Mordiska molekyler – giftig läsning i böckernas värld
KULTUR



Om journalistik som gör skillnad
REFLEXION

Tranexamsyra – nya studier ger fibrinolyshämmare uppsving
KOMMENTAR

Läkartidningen.se

Läkartidningen

NR 34–35/2013

NR 34–35 21 AUGUSTI–3 SEPTEMBER 2013 VOL 110

ORGAN FÖR SVERIGES LÄKARFÖRBUND – GRUNDAD 1904

ÖVERSIKT

Samlande med mycket lidande

Onbrez® Breezhaler®

indakaterol

För minskad andnöd och ökad livskvalitet vid KOL[1,2]





Onbrez® Breezhaler® – den enda långverkande beta$_2$-stimuleraren med 24 timmars effekt[1]

- **Minskad andnöd** – fler patienter når kliniskt betydelsefull effekt jämfört med tiotropium (antikolinergikum)[2]*.
- **Ökad livskvalitet** – fler patienter når kliniskt betydelsefull effekt jämfört med tiotropium (antikolinergikum)[2]*.

*Lungfunktion, FEV$_1$ var primärt effektmått medan andnöd och livskvalitet utgjorde sekundära predefinerade effektmått i studien. Indakaterol och tiotropium är långverkande bronkdilaterare med olika verkningsmekanismer avsedda för underhållsbehandling vid KOL.

Onbrez® (indakaterol) Breezhaler®

- Onbrez Breezhaler är indicerat som bronkvidgande underhållsbehandling av luftvägsobstruktion hos vuxna patienter med kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL).
- Onbrez Breezhaler ska inte användas vid astma eftersom långtidsdata för Onbrez Breezhaler vid astma saknas.
- Rekommenderad dos är inhalation av innehållet i en 150 µg kapsel en gång dagligen med Onbrez Breezhaler inhalator. Dosen bör endast höjas på läkares inrådan.

Onbrez® (indakaterol) Breezhaler® är en bronkvidgande beta$_2$-agonist i pulverform avsedd för inhalation en gång dagligen. Indikation: Bronkvidgande underhållsbehandling av luftvägsobstruktion hos vuxna patienter med kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). Kontraindikation: Överkänslighet mot den aktiva substansen, mot laktos eller mot något av övriga hjälpämnen. Onbrez kapslar finns i styrkorna 150 µg och 300 µg. Onbrez Breezhaler 150 µg och 300 µg finns i 30 respektive 90 kapslar med en respektive tre stycken Breezhalerinhalatorer. För senaste prisuppgift samt övrig information se www.fass.se. Rx – Subventionering: Produkten ingår i läkemedelsförmånen. Produktresumé 2012-07-26.

Referenser: 1. Onbrez Breezhaler produktresumé 2012-07-26. **2.** Buhl R et al. Eur Respir J 2011;38:797–803.

För mer information se: **www.onbrez.se**

1210 SE1210060449

NOVARTIS

Novartis Sverige AB, Box 1150, 183 11 Täby.
Telefon 08-732 32 00, www.novartis.se

onbrez® breezhaler®
indakaterol inhalationspulver

REFLEXION

Angelägen journalistik gör skillnad

»Läkare ses ofta i toppskiktet, ständigt ett bristyrke med lockande löneläge. Ett yrke som brukar hamna i botten är journalist.«

»Framtidens jobb – hela listan« heter det ibland i tidningarna. Läkare ses ofta i toppskiktet, ständigt ett bristyrke med lockande löneläge. Ett yrke som brukar hamna i botten är journalist. Det är en »svår arbetsmarknad« med »stort överskott« på arbetssökande som möter nyutexaminerade, heter det i Statistiska centralbyråns årliga trendspaning.

Jag råkar ha försörjt mig både som journalist, och nu som läkare. Mycket skiljer yrkena åt – i innehåll, i framtidsutsikter. Mina journalistvänner har ytterst svårt att hitta varaktigt arbete eller anställningstrygghet, frilanstillvaron driver fram kronisk gastrit. Läkarbekanta har svårt att välja mellan allt spännande, lock och pock. I båda yrkessfärerna har jag funnit fint kamratskap och kollegialitet. Båda kårerna rymmer individer med stort engagemang och passion, sådana som genom sitt värv och gärning vill göra världen till en bättre plats.

I förra numret av Läkartidningen publicerades artikeln »Två miljoner våldtagna i krigets Kongo« med text av Magda Gad och foto av Niclas Hammarström. Det är bitvis outhärdlig läsning. Spridningen av artikeln – exempelvis över 20 000 delningar på Facebook – visar att angelägen och djuplodande journalistik behövs, engagerar och läses.

»Jag ville göra skillnad, hade jag fått välja om hade jag valt läkarprogrammet«, menade en uppgiven journalistkollega när vi råkade samman härom veckan. I Läkartidningen visades just hur också journalistik gör skillnad. Låt det gärna märkas än mer; hos Läkarmissionen finns råd om hur du bäst bistår Panzisjukhuset med medel.



Anne Brynolf
medicinsk redaktör
anne.brynolf@lakartidningen.se



Foto: Göran Segeholm

Latifa Rulu kommer från Bangladesh och utbildade sig till läkare i huvudstaden Dhaka. Hennes väg in i den svenska sjukvården gick via Arvika. **AKTUELLT Sidan 1454**

REFLEXION
1443 Angelägen journalistik gör skillnad *Anne Brynolf*

SIGNERAT
1447 Deltagande i Pride mot diskriminering *Marie Wedin*

LT DEBATT
1448 Trots avsaknad av TWAR-utbrott – »Gunde Svan-effekten« består *Göran Falck*

NYHETER
1450 Utlandsutbildade läkare håller igång svensk sjukvård

1451 Marie Wedin, ordförande i Läkarförbundet: »Fler utbildningsplatser är inte lösningen«

1453 EU-läkaren: »Ovanligt att franska läkare jobbar utomlands«

Utlandsstudenten: »Det finns fördomar mot utlandsstudenter«

1454 Tredjelandsläkaren: »Lättare komma in i liten stad«

1456 Helsingborg slår rekord i viten

3 frågor till Thomas Zilling

Transportstyrelsens chefsläkare: Många fler sjuka borde få körkortet indraget

KLINIK OCH VETENSKAP
KOMMENTAR
1458 Tranexamsyra – gammalt läkemedel i ny skepnad. Multinationella studier och nya formuleringar ger fibrinolyshämmaren uppsving *Lilian Tengborn, Erik Berntorp*

NYA RÖN
1460 Metod för att följa allmänhetens inställning till vaccin *Anders Hansen*

Unga med idiopatisk förstoppning och unga som opererats för analatresi riskerar sänkt livskvalitet *Rolf Christofferson*

1461 Osäker effekt av magnesium vid astma hos vuxna *Anders Hansen*



Patologiskt samlande – svårigheter att göra sig av med saker på grund av ett upplevt behov att behålla dem och obehag förknippat med att göra sig av med dem. Tillståndet är svårbehandlat, men vissa lovande resultat finns.

Sidan 1462 Foto: Scanpix

Ångest vanligt problem för tidigare cancerpatienter *Anders Hansen*

Genetisk känslighet för H pylori kartlagd *Anders Hansen*

ARTIKLAR

1462 Översikt Patologiskt samlande är ny diagnos i DSM-5. Svårbehandlat tillstånd med hög somatisk och psykiatrisk samsjuklighet *Volen Z Ivanov, Christian Rück*

1466 Originalstudie Dataanalys av äldre patienter med Apodos. Sämre läkemedelsbehandling med många förskrivande läkare *Karin Söderberg, Gösta Bucht, J Lars G Nilsson*

1470 Fallbeskrivning Hypertyreos inducerad av jodkontrastmedel är svårbehandlad. Kan leda till fördröjd terapi av tumörsjukdom, visar två fall *Helene Nilsson, Bengt Hallengren, Mikael Lantz*

1474 Vårdutveckling Snabbspår vid lungcancer gav halverad utredningstid *Karl-Gustaf Kölbeck, Susan Kamareji, Hans Jacobsson, Gunnar Hillerdal*

1477 Rapport Angeläget med generösare provtagning för hepatit C efter blodtransfusion. Socialstyrelsens nya rekommendation för riskgrupper *Ann-Sofi Duberg, Frida Hansdotter, Anna-Lena How, Agneta Holmström, Birgitta Lesko*

DEBATT OCH BREV

1480 Berättelsen viktig vid hälsokontroll av asylsökande ungdomar *Kristian Svenberg*

1481 Behandling med cinacalcet vid sekundär hyperparatyreoidism hos dialyspatienter: Viljan god – men evidensen då? *Peter Bárány, Carl-Gustaf Elinder, Ola Samuelsson*



Foto: Madeleine Ramberg Sundström



Foto: Colourbox

KULTUR En tesked arsenik, en gnutta stryknin, kanske en nypa cyankalium … Skönlitteraturen, i synnerhet deckarnas lugubra luntor, dryper av dödliga dekokter administrerade av marodörer med lönnmord i tankarna. Författaren och professorn Olle Matsson avslöjar deras ljusskygga gärningar. Sidan 1484

KULTUR

1484 Giftig läsning i böckernas värld. »Allting är gift – endast dosen gör att något inte är det« *Olle Matsson*

1487 LEDIGA TJÄNSTER

1489 PLATSANNONSER

1505 MEDDELANDEN

1506 INFORMATION FRÅN LÄKARFÖRBUNDET

ENDAST PÅ WEBBEN

Fler artiklar på Läkartidningen.se

Tipsa Läkartidningen

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

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

Läkartidningen

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

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

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

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

Tf medicinsk redaktionschef
Michael Wilczek 08-790 34 87

Webbchef
Elisabet Ohlin 08-790 34 97

Marknads- och annonsdirektör
Ulf Jansson 08-790 35 47

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

Sekretariat
Inga-Maj Lagerholm 08-790 34 11

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

Ny behandling vid typ 2-diabetes

Ett nytt sätt att reglera överskottsglukos



Den första behandlingen som minskar överskottsglukos och associerade kalorier via njurarna[1]

Forxiga® (dapagliflozin) är den första SGLT2-hämmaren. Forxiga har en verkningsmekanism som är helt oberoende av insulin och kompletterar de flesta nuvarande behandlingar vid typ 2-diabetes.[1,2] Effekten av Forxiga är även oberoende av funktionen hos betacellerna.[1,3] En tablett Forxiga en gång om dagen ger en signifikant och bibehållen sänkning av HbA_{1c} och kan medföra de ytterligare fördelarna viktminskning* och viss sänkning av blodtrycket jämfört med placebo som tillägg till metformin.[1,3-4]

732SE13PR06233-01 38.424,011_26/06/2013_SE

Working Together

Bristol-Myers Squibb AstraZeneca

Bristol-Myers Squibb AB Box 1172 171 23 Solna Tel 08-704 71 00 www.bms.se
AstraZeneca AB AstraZeneca Sverige 151 85 Södertälje Tel 08-553 260 00 www.astrazeneca.se

forxiga® (dapagliflozin)

***Forxiga är inte avsett för behandling av övervikt och viktförändring var ett sekundärt effektmått i de kliniska studierna.**

Referenser: 1. Forxiga www.fass.se. **2.** Idris I och Donnelly R. Diabetes Obes Metab. 2009;11:79–88. **3.** Bailey CJ et al. Lancet. 2010;375:2223–2233. **4.** Bailey CJ et al. BMC Medicine 2013, 11:43.

FORXIGA® (dapagliflozin), Rx, F, är en SGLT2-hämmare. Forxiga är avsett för vuxna från 18 år med diabetes mellitus typ 2 för att förbättra glykemisk kontroll som 1. Monoterapi: När behandling med enbart kost och motion inte ger tillräcklig glykemisk kontroll hos patienter för vilka behandling med metformin inte anses lämplig på grund av intolerans. 2. Tilläggsbehandling: I kombination med andra glukossänkande läkemedel, inklusive insulin, när dessa tillsammans med kost och motion, inte ger tillräcklig glykemisk kontroll. Forxiga finns som tabletter i styrkan 10 mg. Senaste översyn av produktresumén: 2013-04-25. För information om kontraindikationer, försiktighet, biverkningar, dosering och pris se www.fass.se. **Forxiga ingår i förmånssystemet endast som tillägg till behandling med metformin.**

NU BLIR VÅRDEN EN DEL AV APOTEKET.

Nu har vi samlat all vår verksamhet i ett och samma företag.

Verksamheten i dotterbolaget Apoteket Farmaci går in i Apoteket AB, och vi tar nästa steg i utvecklingen av våra vårdtjänster under affärsområde Vård & Företag.

Precis som tidigare är vi marknadsledande inom läkemedelsförsörjning, läkemedelstillverkning och individanpassade läkemedelslösningar, t ex dosförpackning. Genom att bli ett företag istället för två kan vi göra mer för varje enskild patient. Vi kan underlätta övergången mellan sluten vård och öppenvård. Dessutom blir det enklare för oss att möta förändringar som sker på de olika marknaderna och utveckla nya effektiva lösningar som är bra för både vården och patienterna.

Det viktigaste för oss är patientsäkerheten och att varje läkemedel gör maximal nytta.

Då krävs det att rätt läkemedel ges till rätt patient i rätt dos, på rätt sätt och vid rätt tillfälle. Det är viktigt för den som är kund på ett apotek eller patient på ett sjukhus – och inte minst för dig som är läkemedelsansvarig inom vården. Nu blir vi ännu bättre på att förenkla hela kedjan. Välkommen till Apoteket.

apoteket

Redaktör: Michael Feldt
michael.feldt@slf.se

Deltagande i Pride mot diskriminering

En av de viktigaste såväl mänskliga som medicinska landvinningarna under min läkarkarriär har varit förändringen i synen på homosexualitet. Historiskt ansågs sexuellt umgänge med personer av samma kön som ett avvikande beteende och som en synd mot skapelsens ordning.



Foto: Colourbox

I slutet av 1800-talet började homosexualitet att betraktas som en sjukdom hos individer med felaktig könstillhörighet. Homosexuella ansågs vara av ett tredje kön, mellan man och kvinna. När läggningen blev en sjukdom satte läkarkåren i gång med att beskriva symtom som annorlunda kroppsbyggnad, beteende och så vidare.

Olika behandlingar provades mot sjukdomen. Många homosexuella spärrades in på mentalsjukhus. År 1944 kom kastreringslagen som innebar att patienterna fick välja mellan kastrering eller att stanna kvar på mentalsjukhus.

I Sverige fanns homosexualitet med i Socialstyrelsens klassifikation över svenska sjukdomar ända fram till 1979. Det var dåvarande generaldirektör Barbro Westerholm som tog initiativ till att homosexualitet ströks från listan över sjukdomar. WHO gjorde sig inte av med sin definition av homosexualitet som sjukdom förrän 1993. Att så många människor tillfrisknat genom att vad som betraktades vara en sjukligt sexuell abnormitet blev en sexuell läggning är en stor samhällelig och medicinsk framgång. Nu är det gener som antas ligga bakom homosexualitet, och envar har rätt att vara lagd som den är. Den här processen av medvetandegörande fortsätter att spridas i samhället.

I dag arbetas på många olika sätt med att öka samhällets acceptans och öppenhet. Det sker bland annat via den årliga Pridefestivalen i Stockholm och på många andra platser i världen. Med inspiration från San Francisco, Berlin, Stockholm och Mykonos har människor lärt sig att tänka såväl mer kritiskt mot förhärskande normer som mer inkluderande i HBTQ-frågor. Via en öppen och offentlig debatt har medborgarnas människorättsliga medvetande ökat och begreppet normal könstillhörighet breddats. Det här är en utmärkt utveckling mot större förståelse. Diskussionen om homosexuellas rättigheter är viktig. Att motverka diskriminering av homosexuella i arbetslivet är sålunda en viktig fråga för ett professions- och fackförbund.

Jag får ofta brev från olika människor med funderingar om varför jag, eller rättare sagt vi som representerar Läkarförbundet, skriver det vi skriver eller gör som vi gör. Möjligheten att få förklara, förtydliga och stimulera till en konstruktiv diskussion är något jag verkligen uppskattar.

I det här numret av vår medlemstidning ställer en medlem frågan varför, och på vilka grunder, Läkarförbundet deltagit i årets Pridefestival. Jag vill svara henne om hur vi ser på vårt deltagande direkt på debattsidorna, men även använda veckans ledarutrymme för att dryfta frågan om samkönade relationer och hur det kan påverka arbetsmiljön för människor att frysas ut. Fortfarande tycks den här frågan väcka motstånd eller i vart fall ett visst avståndstagande på vissa arbetsplatser.

Till viss del kan det kanske förklaras som en fördröjningseffekt med tanke på det jag inledde med, att homosexualitet för bara något decennium sedan betraktades som sjukligt. Men en förklaring är inte ett försvar av tidigare eller nuvarande missgrepp. Fördomar och skumögda föreställningar gäller det att i möjligaste mån bearbeta och ta sig igenom med faktiska kunskaper och reella erfarenheter.

Sveriges läkarförbund är läkarnas fackliga sammanslutning och har till uppgift att tillvarata medlemmarnas yrkesmässiga, sociala och ekonomiska intressen. Läkarförbundet ska verka för att befordra hälso- och sjukvårdens ändamålsenliga utveckling.

Läkarförbundet arbetar centralt och lokalt för en god arbetsmiljö för läkare och därmed mot diskriminering av homosexuella i arbetslivet. Läkarförbundet är ett förbund för alla läkare, förstås även homosexuella. Något som illustrerar detta är att vi har en delförening för homosexuella läkare. I år firar föreningen sitt 25-årsjubileum.

Jag som styrelseledamot stod bakom beslutet i Saco att delta i årets Pridefestival. Då Läkarförbundet av Saco inbjöds att ta aktiv del i festivalen ställde jag mig positiv även till detta. Fattas bara annat! ■

»I Sverige fanns homosexualitet med i Socialstyrelsens klassifikation över svenska sjukdomar ända fram till 1979.«



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

Trots avsaknad av TWAR-utbrott – »Gunde Svan-effekten« består

Någon ökad förekomst av C pneumoniae-infektion i Sverige har inte gått att påvisa de senaste nio åren. Trots det har förskrivningen av förstahandsmedlet azitromycin ökat med 35 procent sedan hösten 2011. Massmedierna sviker sin informationsuppgift om TWAR, och läkarna vet inte hur de ska bemöta patienter med oro för TWAR.

I Läkartidningen 48/2012 [1] fanns en debattartikel med rubriken »'TWAR' – epidemin som inte finns«. Artikeln var föranledd av den kraftiga överförskrivningen av azitromycin förorsakad av ett rykte om ett pågående TWAR-utbrott. Artikeln omnämndes aldrig i dagspressen, och Expressen och TV4, som skapat utbrottet, fortsatte att exponera familjen Svan som om inget hänt. Mitt mantra till allt mediefolk som de senaste åren ringt och frågat om »kändisar« som gått ut med att de har TWAR har varit: Stressa källan och fråga hur TWAR-diagnosen är ställd. Men nationens hjältar får inte ifrågasättas.

Således tror svenska folket fortfarande att vi har ett stort TWAR-utbrott. Jag vet, för jag får information från gräsrötterna, sedan hösten 2011 fem, sex e-brev dagligen med TWAR-förfrågningar. Ett mer objektivt mått på oron är antalet sökningar på ‹www.internetmedicin.se›, där TWAR under de senaste två åren har toppat som sökord.En mer malign indikator är förskrivningen av azitromycin, som är »drug of choice« vid TWAR-behandling. Försäljningsstatistik från Apotekens Service AB visar att förskrivningen (DDD) sedan hösten 2011 har ökat med cirka 35 procent, och på den nivån ligger den fortfarande kvar (Figur 1).

Men är det så att smittskydds- och infektionsläkarna tappat kontakten med samhället? Då jag nyligen var på en STRAMA-genomgång av aktuell antibiotikaförskrivning visade föredragande infektionsläkare en graf med en 30-procentig ökning för azitromycin. Efter kommentaren »Den ökningen har vi ingen förklaring till« kunde jag inte låta bli att upphäva min stämma: »Men det är ju en Gunde Svan-effekt.« Efter en lång tankepaus kom reflektionen: »Men så kan det väl inte vara. Det var ju länge sedan Gunde var aktiv.«



Faximil: Expressen 19 januari 2012

Gunde Svan-effekten består, skriver Göran Falck, som anser att massmedierna abdikerat från sin uppgift att informera allmänheten om de faktiska förhållanden gällande TWAR.

Det finns flera förklaringar till den skyhöga förskrivningen av azitromycin. Merparten förskrivs troligen av allmänläkare som är i god tro att de behandlar en aktuell TWAR-infektion och som kanske behandlar på en förhöjd IgG-titer, som utan påvisad titerstegring endast indikerar tidigare genomgången infektion. Än mer förrädiskt blir det då en del mikrobiologiska laboratorier svarar ut högre IgG-titrar som positiva. Det är också vanligt att patienterna pressar allmänläkare till förskrivning genom uppvisande av dubiösa skrivningar från kvällspressen eller nätet.

> »Men det är inte bara patienterna som tappat förståndet utan även doktorerna.«

Men det är inte hela sanningen. Det förekommer också en omfattande illegal import av speciellt azitromycin och klaritromycin. Nyligen träffade jag en ung välutbildad kvinna med långdragna luftvägsbesvär som kände sig nonchalerad efter besök på husläkar- och infektionsmottagning.

Som så många andra unga sökte hon hjälp på nätet och blev övertygad om att hon drabbats av »kronisk TWAR«.

Således inhandlade hon en månadskur azitromycin på nätet. Hon upplevde initialt en förbättring, troligen beroende på azitromycins antiinflammatoriska effekt, och tog förbättringen som bekräftelse på att hon verkligen hade en »kronisk TWAR«.

Trots att hon återfick besvären under fortsatt azitromycinbehandlig köpte hon ytterligare två månadskurer. Jag såg henne då hon hade fått en läkemedelsbiverkan. TWAR hade hon inte, och besvärsfri blev hon med nässköljning och nasala steroider.

Men det är inte bara patienterna som tappat förståndet utan även doktorerna. Jag uppsöktes häromdagen av en drygt 20-årig man som för två år sedan fått ett fästingbett utan något erytem. Han var emellertid helt övertygad om att han ådragit sig en Borrelia-infektion. Trots extensiv utredning stillades inte hans oro varför han tog kontakt med Borrelia och TBE-föreningen i Sverige, som rekommenderade en kollega i Mellansverige.

Ett blodprov sickades till Tyskland och patienten fick brevsvar att han led av infektion med Borrelia, TWAR, Ehrlichia och Bartonella. Därefter behandlades han under elva månader med doxycyklin, klaritromycin, azitromycin, minocyklin, ciprofloxacin och rifampicin och möjligen ytterligare antibiotika som han inte kom ihåg.

Han sökte mig då han fått ett nytt brev om att TWAR-infektionen fanns kvar. Men några TWAR-symtom hade han inte, och några C pneumoniae-antikroppar kunde inte heller påvisas med



GÖRAN FALCK
docent i allmänmedicin, allmänläkare, Apoteksgårdens Vårdcentrum, Kopparberg
g-falck@algonet.se

mikroimmunofluorescenstest (MIF).

Andra personer som är missnöjda med den svenska sjukvården har kontaktat tyska »online-doktorer«. Enligt ett e-brev har en kvinna på misstanken TWAR och samtidig Borrelia-infektion förskrivits rifampicin i kombination med minocyklin, metronidazol och Quensyl (malarialäkemedel).

Detta vansinne pågår samtidigt som vi inte kunnat påvisa någon förhöjd förekomst av C pneumoniae i Sverige, vare sig i år eller de senaste nio åren. 2012 var i Umeå 1,5 procent av insända PCR-prov för C pneumoniae positiva, i Linköping 0,01 procent, i Göteborg 1,1 procent och i Lund 0,7 procent.

Från samtliga sju deltagande laboratorier, som väl täcker in landet, var 16 066 prov analyserade, varav 132 var positiva för C pneumoniae, det vill säga 0,8 procent. Den jämna fördelningen av positiva prov över landet talar starkt emot lokala utbrott.

De senaste 20 månaderna har jag träffat åtskilliga individer från kluster av olika konditionsidrotter som misstänker att de smittats med TWAR. Inte i ett enda fall har jag lyckats få fram något »indexfall«, det vill säga någon individ i omgivningen som har en PCR-verifierad C pneumoniae-infektion och som kunnat utgöra en smittkälla.

TWAR är en primärvårdssjukdom. Patienterna blir sällan allvarligt sjuka utan tillståndet är långdraget och segt. Det vanligaste förloppet är en besvärlig luftvägsinfektion som varar fyra till sex veckor och som oftast går över utan specifik behandling.

Då infektionen hos cirka 5–10 procent kan bita sig fast och bli långdragen hade vi på 1990-talet – då TWAR var mycket vanligt – policyn att efter fyra veckors sjukdom ta skrapprov för PCR från bakre svalgslemhinnan.

Om PCR var positiv behandlades patienten för att förhindra utveckling av kvardröjande C pneumoniae-infektion.

Vid negativ PCR: ingen TWAR och ingen ytterligare åtgärd.

PCR kan ge positivt svar i upp till 2–3 månader efter insjuknandet. Därefter är man hänvisad till serologi, som kan vara som stjärntydning.

IgM, som indikerar aktuell infektion, påträffas sällan i vuxen ålder.

IgG, som oftast indikerar tidigare genomgången infektion, fordrar upprepade prov och en fyrfaldig titerstegring för diagnos.

Kriterierna som använts för att diagnostisera kvardröjande TWAR i svenska studier sedan 1990-talet är bestående besvär från någon nivå av luftvägarna samt kardinalsymtomet kraftig slembildning, i kombination med stigande titrar för C pneumoniae-IgA eller enstaka IgA-titrar på >256.

Jag har de senaste åren träffat patienter som uppfyller kriterierna för persisterande C pneumoniae-infektion. De är få och kan räknas på ena handens fingrar. Dessa patienter har ofta behövt månadslånga och ibland upprepade behandlingar med antibiotika.

IgA-antikroppar mot C pneumoniae har sedan början av 1990-talet använts som markör för persisterande infektion. IgA som markör ifrågasattes emellertid vid ett internationellt möte vid CDC (Atlanta, USA) 2001 [2]. Bedömningen gjordes framför allt utifrån hjärtpreventiva studier. Publiceringen har medfört att de flesta svenska mikrobiologiska laboratorier slutat att analysera C pneumoniae med IgA.

Vi har emellertid redovisat och publicerat studier på luftvägsmaterial som indikerat att IgA är den för tillfället bästa markören för kvardröjande C pneumoniae-infektion [3, 4].

»Detta vansinne pågår samtidigt som vi inte kunnat påvisa någon förhöjd förekomst av C pneumoniae i Sverige, vare sig i år eller de senaste nio åren.«

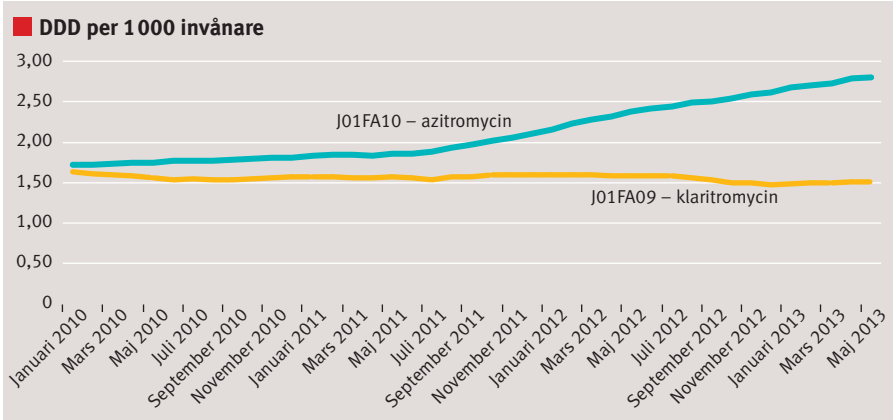
Mikrobiologiska laboratoriet vid länslasarettet i Gävle, som sedan början av 1990-talet varit inofficiellt referenslaboratorium för C pneumoniae-diagnostik, har som enda laboratorium i landet fortsatt att analysera IgA. Man har nu, framför allt av kostnadsskäl, beslutat att sluta analysera IgA. Således går diagnosen persisterande C pneumoniae-infektion inte längre att ställa.

Sammanfattningsvis:

- Massmedierna har abdikerat från sin uppgift att informera allmänheten om faktiska förhållanden gällande TWAR och har i stället lyckats sprida ryktet om ett pågående utbrott med åtföljande kroniska besvär.
- Läkarna klarar inte att bemöta patienter med oro för TWAR, vilket leder till en skrämmande överförskrivning av antibiotika och till illegal import.
- Patienterna har förlorat tilliten till sjukvården då de upplever bristande kunskap och nonchalans för »banala luftvägsbesvär«. Nätet är då räddningen, men där lurar charlataner och »online-doktorer«.
- De mikrobiologiska laboratorierna lägger ner diagnostik och gör det omöjligt att verifiera diagnosen kvardröjande C pneumoniae-infektion.
- Ingen berörd myndighet har reagerat på den »oförklarliga« ökningen av förskrivet azitromycin eller den illegala importen av makrolider eller att diagnosen persisterande C pneumoniae-infektion inte längre går att ställa, och att således oroliga patienter och charlataner inte längre går att bemöta.

Tiden är ur led!

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.



Figur 1. Försäljning av azitromycin och klaritromycin, genomsnitt över de senaste 12 månaderna, januari 2010–maj 2013. Källa: Apotekens Service AB.

REFERENSER

1. Falck G. »TWAR« – epidemin som inte finns. Läkartidningen 2012;109:2196-7.
2. Dowell SF, Peeling RW, Boman J, et al. Standardizing Chlamydia pneumoniae assays: recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention (USA) and the Laboratory Centre for Disease Control (Canada). Clin Infect Dis. 2001;33:492-503.
3. Falck G, Gnarpe J, Hansson LO, et al. IgA-antikroppar – markör för kronisk Chlamydia pneumoniae-infektion. Läkartidningen. 2003;100: 416.
4. Falck G, Gnarpe J, Gnarpe H. Can persistent Chlamydia pneumoniae infection cause a naso-pharyngo-bronchial syndrome? 41th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Chicago, December 16-20, 2001. (Kopia kan rekvireras från: g-falck@algonet.se)

Mer än hälften av alla nya svenska läkarlegitimationer går till läkare som är utbildade i andra länder. Så är det i dag, och så har det varit de senaste tio åren. Men en utlandsutbildad läkare kan se ut på många olika sätt, från en svensk som gått läkarutbildning i Polen till en gynekolog från Paris eller en akutläkare från Bangladesh. Läkartidningen har tittat närmare på de tre stora grupperna.

TEXTER: MIKI AGERBERG

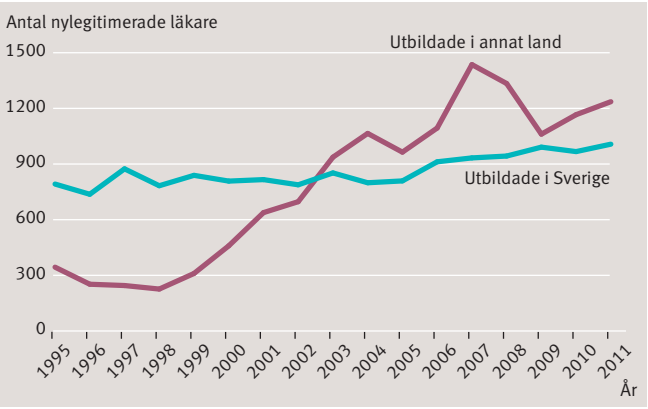
Utlandsutbildade läkare håller igång svensk sjukvård

Vändpunkten kom år 2003. Fram till dess var den vanligaste vägen till en svensk läkarlegitimation att gå en svensk läkarutbildning. Men 2003 utfärdade Socialstyrelsen 855 läkarlegitimationer till personer som var utbildade i Sverige – och 940 till personer utbildade utomlands.

Tendensen har hållit i sig. 2011, det senaste året det finns siffror för, utfärdades 1 010 legitimationer till personer utbildade i Sverige, och 1 239 till personer utbildade utomlands.

Det här leder till att utlandsutbildade läkare får allt större betydelse för svensk sjukvård, konstaterar Socialstyrelsen i en rapport tidigare i år. År 2010 hade 23 procent av alla läkare i svensk sjukvård läkarutbildning från något annat land – nästan en fördubbling mot 1995, då andelen var 13 procent.

I en internationell jämförelse av beroende av utlandsläkare ligger Sverige på den övre halvan, men inte högst: Storbritannien, USA och flera andra länder har ännu högre andelar. Å andra sidan har länder som Italien, Tyskland och Frankrike mindre än 5 procent utlandsutbildade läkare.



Källa: Socialstyrelsen / Illustration: Typoform

Vändpunkten kom år 2003. Sedan dess är mer än hälften av alla som får svensk läkarlegitimation utbildade i andra länder.

Vad är det för läkare som kommer till Sverige? Man kan dela in dem i tre stora grupper med olika förutsättningar:

- Läkare från andra EU-länder (här ingår också de så kallade EES-länderna Norge, Island, Schweiz och Liechtenstein). För dem gäller i princip fri rörlighet inom unionen.
- Läkare från övriga världen, så kallade tredjelandsläkare.
- Svenskar som genomgått läkarutbildning utomlands, nästan alltid i ett annat EU-land.

För Läkartidningens räkning har Socialstyrelsen tagit fram siffror på hur de här tre grupperna har utvecklats, från 1995 till 2010. Siffrorna visar att de följer var sitt spår.

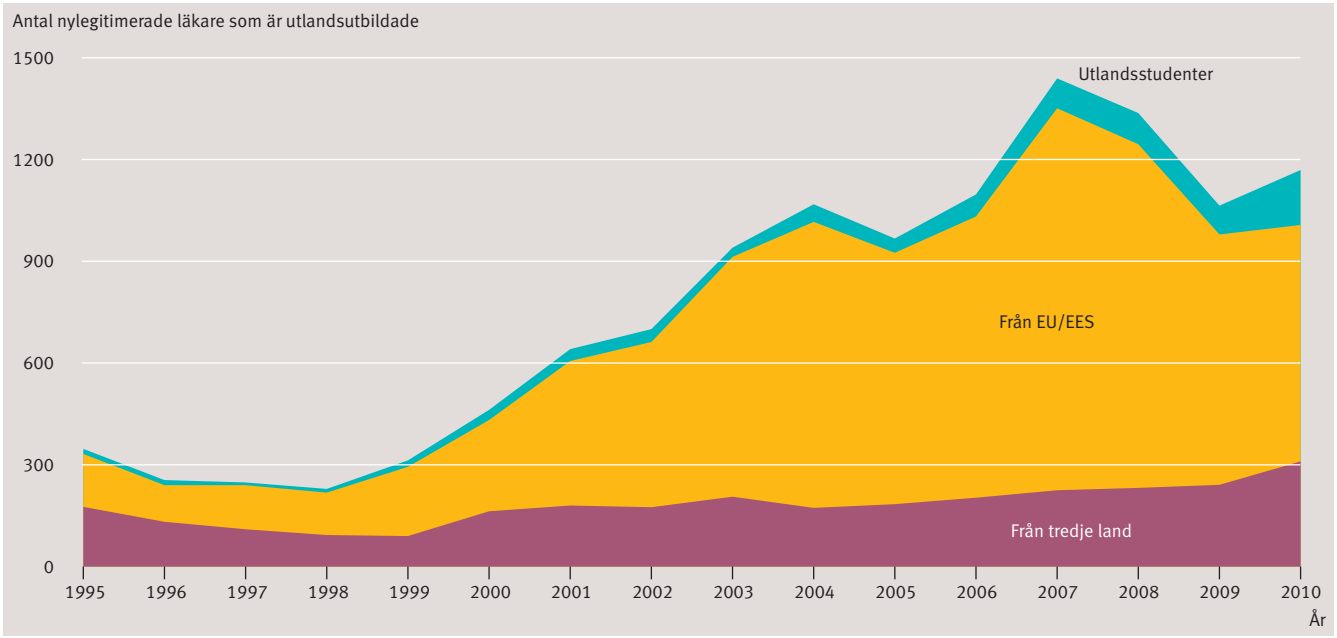
> År 2010 hade 23 procent av alla läkare i svensk sjukvård läkarutbildning från något annat land – nästan en fördubbling mot 1995 ...

Antalet tredjelandsläkare går upp och ner, bland annat beroende på konfliktsituationen i världen, men sett över hela perioden ligger det ganska stabilt. Som minst var det cirka 100 tredjelandsläkare som fick svensk legitimation under ett år, som mest cirka 300. De största grupperna var läkare från Irak och Ryssland.

Antalet läkare från andra EU-länder har däremot växt kraftigt, och de är i dag den överlägset största av de tre grupperna. 1995 var det cirka 150 EU-läkare som fick svensk legitimation, men 2010 var det cirka 700; under några år i slutet av 00-talet låg antalet till och med över tusen per år.

Mycket av ökningen tros hänga samman med utvidgningarna av EU 2004 och 2007, då unionen fick sammanlagt tolv nya medlemsstater – de flesta gamla ststater med betydligt lägre levnadsstandard än Västeuropa. När en estnisk läkare kan tjäna sex gånger så mycket i Finland, eller en läkare från Rumänien kan tjäna tio gånger så mycket i Frankrike, blir den fria rörligheten lockande att använda.

Den tredje gruppen är svenskar som gjort sin läkarutbildning utomlands. På 1990-talet var det bara en handfull sådana som legitimerades, men de senaste åren har antalet börjat växa snabbt. År 2010 var det 162



Största delen av de utlandsutbildade läkarna i Sverige kommer från andra EU-länder. Men den grupp som nu växer snabbast är svenskar som gör sin läkarutbildning i andra länder.

utlandsstudenter som fick svensk legitimation; 140 av dem hade utbildat sig i ett EU-land.

Den siffran kommer att stiga kraftigt de närmaste åren. Allt fler svenska ungdomar använder möjligheten att läsa utomlands med svenska studiemedel, och i länder som Polen, Rumänien och Ungern har engelskspråkiga läkarutbildningar inrättats.

I början av 2000-talet läste 600 svenskar medicin utomlands, men i dag är de omkring 3 000. När de första stora kullarna är färdigutbildade, bör de ge närmare femhundra nylegitimerade per år.

Också vägen in i svensk sjukvård skiljer sig mellan de tre grupperna. För EU-läkarna är den formella processen snabb och enkel: man skickar in läkarlegitimation och eventuellt specialistbevis till Socialstyrelsen, och är allt i sin ordning får man klartecken inom några veckor. Att hitta arbetsgivare och att lära sig svenska är den enskilde läkarens ansvar.

För läkare från länder utanför EU är processen betydligt längre. Efter att man fått uppehållstillstånd och utbildningen validerats av Socialstyrelsen, ska man lära sig svenska motsvarande gymnasienivå. Är man specialist gör man sedan sex månaders provtjänstgöring, men är man inte specialist gör man först ett kunskapsprov och sedan AT. Som alternativ finns en ettårig högskoleutbildning, följd av AT.


Joel Hellstrand

I en rapport från 2011 riktade Riksrevisionen skarp kritik mot att det tar för lång tid att få in utländska akademiker på den svenska arbetsmarknaden. För en läkare från tredjeland tar det i genomsnitt fyra år att få svensk legitimation, konstaterade Riksrevisionen (se LT nr 18/2011).

Joel Hellstrand, internationell samordnare på Läkarförbundet, håller med:

– Det är för svårt för tredjelandsläkarna att komma in. Någon sammanhållen process finns inte, utan man har själv ansvaret. Det bygger på att man har eller skaffar sig egna kontakter.

– Men det finns landsting som har bra lösningar. Stockholms läns landsting har till exempel ett system som ersätter kliniker och vårdcentraler för kostnader under provtjänstgöring. ▶

Marie Wedin, ordförande i Läkarförbundet:

»Fler utbildningsplatser är inte lösningen«


Foto: MRS

»Vi kan inte bygga ut läkarutbildningen fortare än vad kvaliteten tillåter«, säger Läkarförbundets ordförande Marie Wedin.

I Sverige råder ingen generell läkarbrist, men däremot en stor brist inom vissa specialiteter. Lösningen på detta är inte att bygga ut grundutbildningen, säger Läkarförbundets ordförande Marie Wedin.

Den stora ökningen av antalet utlandsutbildade läkare i Sverige har fått många debattörer att kräva en snabb utbyggnad av den svenska läkarutbildningen. Men det säger Marie Wedin nej till:

– Som det ser ut nu kan vi inte öka antalet utbildningsplatser. Vi kan inte bygga ut läkarutbildningen fortare än vad kvaliteten tillåter.

Ett påstående som ofta återkommer i debatten är att Läkarförbundet skulle utnyttja sitt inflytande till att hålla nere antalet platser på läkarutbildningen, detta i syfte att få upp läkarnas löner. Marie Wedin medger att sådana åsikter kunde förekomma i vissa föreningar i början av 1990-talet. Men inte de senaste tjugo åren. Nu är det kvaliteten i utbildningen man vill slå vakt om, säger hon:

– Sjukvården har förändrats. Nu ligger patienterna bara inne en kort tid. Det är mycket färre vårdplatser och mycket fler studenter. Då blir det svårare för studenterna att skapa relationer med patienterna och att få göra de undersökningar som behövs. ▶

Om man läser till läkare utomlands är det viktigt att man arbetar och praktiserar i Sverige på somrarna, för att hålla kontakten med den svenska sjukvården. Det anser Ulrika Berglund, som ska påbörja sista året vid läkarutbildningen i Gdansk i Polen. Hon är också ordförande för MSF Utland, medicinstudenternas utlandsorganisation.

– Jag engagerade mig i MSF när jag själv upplevde hur svårt det var att få en praktikplats, säger hon. Men från andra sommaren blev jag erbjuden praktik av Kalmar läns landsting, tillsammans med 19 andra studenter från Gdansk. Vi fick bra handledning och ersättning för resa och boende. Jag hoppas fler landsting tar efter Kalmars initiativ.



Ulrika Berglund

En annan stor stridsfråga har varit möjligheten att vikariera som underläkare i Sverige efter termin nio. Detta krävde tidigare tillstånd från Socialstyrelsen, som systematiskt avslog alla ansökningar från utlandsstudenter. Martin Ahlström, som gick läkarutbildningen i Gdansk, överklagade, och i februari i år fick han rätt: den polska utbildningen är i allt väsentligt jämförbar med den svenska, konstaterade kammarrätten.

Nu går Socialstyrelsen igenom kursplanerna för andra utländska universitet, och har hittills godkänt ett halvdussin.

– Domen är det största som hänt sedan MSF Utland bildades, säger Ulrika Berglund. Den öppnar möjligheter för oss att komma in på arbetsmarknaden under utbildningen, vilket är värdefullt när man senare ska söka AT.

Hur ska man då se på den snabba ökningen av utlandsutbildade läkare? »Att Sverige under mer än ett decennium inte förmått vara självförsörjande på läkare är ett fattigdomsbevis«, skrev Dagens Nyheter i en ledare i slutet av juli, och fick medhåll av många andra ledarredaktioner. Lösningen skulle då bli att snabbt och radikalt öka antalet platser på den svenska läkarutbildningen.

Men även antalet Sverigeutbildade läkare har ökat under 2000-talet, om än inte lika snabbt som de utlandsutbildade. Högskoleverkets statistik över nybörjare på läkarlinjen visar en viss minskning i slutet av 1990-talet. Men från år 2000 till i dag har antalet nybörjare på svenska läkarutbildningar ökat med cirka 60 procent, från cirka 1 000 till cirka 1 600. I år och nästa år tillkommer ytterligare 80 nybörjarplatser som redan är beslutade.

Beslut om en eventuell fortsatt utbyggnad måste vila på en bedömning av läkarbehovet i Sverige i framtiden. Men sådana bedömningar är mycket osäkra, säger Joel Hellstrand. Det är mycket svårt att veta hur exempelvis vårdbehov och migrationsmönster kommer att se ut.

– Ett betydligt vassare verktyg för att åtgärda brister inom vissa specialiteter och regioner är en bättre dimensionering av antalet ST-platser, säger han. Den ökning av läkartätheten i Sverige som vi sett de senaste årtiondena har också sin gräns. Sverige är i dag ett av de läkartätaste länderna inom OECD.

Det finns fler osäkerheter i siffrorna. Exempelvis är det inte alla utlandsutbildade med svensk legitimation som verkligen börjar arbeta i Sverige. Men tendenserna är tydliga.

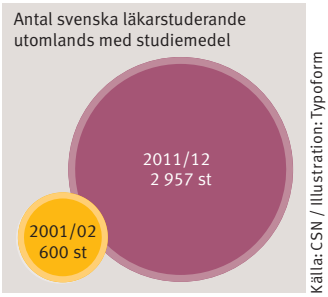
Under 2000-talet har Sverige haft en nettoimmigration av läkare på i genomsnitt cirka 400 om året, och Socialstyrelsen räknar med att inflödet kommer att fortsätta i samma takt. Men så sent som i slutet av 1990-talet låg nettot på minus under några år: fler läkare flyttade ut än in.

Under 2000-talet har Sverige haft en nettoimmigration av läkare på i genomsnitt cirka 400 om året, och Socialstyrelsen räknar med att inflödet kommer att fortsätta i samma takt.

Nettot påverkas också av svenska läkare som flyttat ut och arbetar i andra länder. Det finns ingen bra statistik över denna grupp, men Socialstyrelsens statistiker uppskattar att det rör sig om cirka 6 000 personer. Många av dem arbetar i Norge, Tyskland, Storbritannien och USA.

I grunden är den fria rörligheten inom EU/EES något mycket positivt för läkare, säger Joel Hellstrand:

– Den öppnar nya möjligheter för våra medlemmar. Läkare är en mycket rörlig yrkesgrupp. EU-direktivet om erkännande av yrkeskvalifikationer, som möjliggör den fria rörligheten för bland annat läkare, omfattar cirka 800 reglerade yrken. Men av dem som använt sig av detta direktiv är ungefär en tredjedel läkare. ■



Källa: CSN / Illustration: Typoform

På tio år har antalet svenska läkarstuderande utomlands ökat från 600 till nära 3000.

– MSF, medicinstudenternas förening, skrev nyligen en artikel om att de nu står i dubbla och tredubbla led framför patienten. De klagar över att utbildningen har försämrats. Då kan man inte bara fylla på med ännu fler studenter.

Marie Wedin vill också att svenskar som studerar medicin utomlands ska få det lättare att komma in i den svenska sjukvården. Eftersom utbildningen i många länder är mer teoretisk och mindre praktisk än i Sverige, har de utlandsutbildade i dag svårt att konkurrera om ST-tjänster.

Läkarförbundet föreslår därför att den svenska grundutbildningen ska byggas på med ett halvår till sex år, precis som den

»Vad som behövs är fler specialister ...«

är i de flesta andra länder, och att man ska få sin legitimation efter dessa sex år. Den praktiska AT-delen ska finnas kvar, men lyftas bort från grundutbildningen och i stället läggas som början på ST-tjänstgöringen.

Hon bedömer att förslaget har goda chanser att gå igenom:

– Jag förstår inte var motståndet skulle ligga. Det kan kosta pengar att öka antalet AT-tjänster. Men å andra sidan får man bra möjligheter att se till att alla läkare har ungefär samma praktiska bas.

Trots att antalet läkare blir fler, både svensk- och utlandsutbildade, talas det ofta om läkarbrist. Men det handlar inte om någon generell läkarbrist, säger Marie Wedin, utan om en brist inom ett antal specialiteter. Inom vissa stora specialiteter är läget mycket allvarligt. Fram till år 2025 väntas antalet psykiatrer i Sverige minska med 28 procent, och antalet specialister i allmänmedicin minska med 32 procent, enligt en prognos från Socialstyrelsen tidigare i år.

Just nu arbetar Läkarförbundet mycket med bristen på allmänmedicinare (se LT nr 11/2013). En förklaring till bristen tros vara dålig arbetsmiljö, som får många allmänmedicinare att arbeta deltid. Att öka antalet platser i grundutbildningen är definitivt ingen lösning på allmänläkarbristen, säger Marie Wedin:

– Vad som behövs är fler specialister, och för att få det behövs fler ST-block. Läkarförbundet vill ha en nationell handlingsplan mot läkarbristen i primärvården, och vi har påbörjat diskussioner om detta med Socialdepartementet och SKL, Sveriges Kommuner och landsting. ■

EU-läkaren:

»Ovanligt att franska läkare jobbar utomlands«

När Yael Levy-Zauberman blivit färdig specialist ville hon se något annat än Paris. Det blev ett vikariat i Södertälje.

Yael Levy-Zauberman från Paris är specialist i gynekologi och obstetrik. När hon fått sitt specialistbevis ville hon pröva på att arbeta i något annat land. Hon sökte stipendier till USA, men när hon inte fick något föll tankarna på Sverige.

Tio år tidigare hade hon nämligen varit här ett år, som utbytesstudent på Karolinska institutet. Hon hade trivts bra och lärt sig lite svenska. Genom en kontakt fick hon nu tips om ett gynekologvikariat på Södertälje sjukhus. Hon sökte jobbet, fick det och började i augusti förra året.

Eftersom hon kommer från ett EU-land krävdes det inte mycket formaliteter, bara att skicka in några dokument till Socialstyrelsen. Svårare var det med svenska språket. Yael Levy-Zauberman förberedde sig med kvällskurser på Svenska institutet i Paris, och förra våren åkte hon till Sverige för en treveckorskurs i sjukvårdssvenska. Ändå var det tufft i början, berättar hon:

– Jag kom hit i slutet av juli och började jobba en vecka senare. Det var bara att kasta sig i vattnet och försöka simma. I början kom jag hem med huvudvärk varje dag.

Ett av hennes skäl till att jobba utomlands är att kunna jämföra hur sjukvården fungerar. Inom gynekologi och obstetrik är skillnaderna stora mellan Sverige och Frankrike, säger hon:

– Gravida kvinnor i Frankrike följs upp på sjukhus, av barnmorska och läkare. I Sverige finns MVC, vilket gör att de flesta kvinnor aldrig behöver komma till sjukhus under hela graviditeten. Där är den svenska modellen bättre. Varför träffa läkare om allt går bra?



Foto: Göran Segeholm

»Här i Sverige jobbar man inte lika hårt som i Frankrike«, säger Yael Levy-Zauberman.

En annan sak hon uppskattar med den svenska sjukvården är det lugna tempot:

– Här i Sverige är det bekvämare. Man jobbar mycket mindre, man har bra betalt och kan gå hem efter jourer. I Frankrike skulle jag behöva jobba dubbelt så många timmar, utan att få mer betalt.

I september börjar Yael Levy-Zauberman ett nytt ettårigt gynekologvikariat, nu på Danderyds sjukhus. Efter det återvänder hon till Paris för en tvåårig specialtjänstgöring, som krävs om man vill göra karriär i den franska sjukvården.

> »I Frankrike skulle jag behöva jobba dubbelt så många timmar, utan att få mer betalt.«

Och sedan? Det kan bli Frankrike, eller Sverige, eller USA som pojkvännen kommer ifrån.

– Det känns bra att inte veta säkert, säger hon. Möjligheterna är öppna.

Hon är förvånad över att inte fler franska läkare tar chansen att jobba utomlands:

– Det är mycket ovanligt. Jag känner ingen annan som har gjort det. Många har dåliga språkkunskaper, och jag tror helt enkelt inte att fransmän är så intresserade av andra länder. ■

Utlandsstudenten:

»Det finns fördomar mot utlandsstudenter«

Philip von Arbin är en av de drygt femhundra svenskar som just nu gör sin läkarutbildning i polska Gdansk. Han anser inte att utbildningen där är sämre än den i Sverige.

Ända sedan han var barn har Philip von Arbin velat bli läkare. När hans betyg inte räckte för att komma in på den svenska läkarutbildningen, sökte han till Gdansk. Det är den läkarutbildning utanför Sverige som har flest svenska studenter, och han hade flera vänner som rekommenderade den.

Intagningen i Gdansk grundas på både betyg, intagningsprov och en intervju som görs av kursansvarig läkare. Det ger en mer rättvisande bild än det svenska systemet, där man bara går på betyg, anser han.



Foto: Göran Segeholm

»Plötsligt kan det komma en negativ ton, när de får veta att jag inte pluggar i Sverige«, säger Philip von Arbin.

Nu har Philip von Arbin gått två år av den sexåriga ut- ▶

»Den polska läkarutbildningen kritiseras ibland för att vara alltför teoretisk. Det stämmer att det är mest teori de första två–tre åren. Men sedan är det mycket praktik, och när man väl har gått AT brukar det ha jämnat ut sig.«



»Det bästa med svensk sjukvård är att det är lika vård för alla«, säger Latifa Rulu.

Foto: Göran Segeholm

Tredjelandsläkaren:

»Lättare komma in i liten stad«

Latifa Rulu kommer från Bangladesh och utbildade sig till läkare i huvudstaden Dhaka. Hennes väg in i den svenska sjukvården gick via Arvika.

År 1988 flyttade Latifa Rulu och hennes man till Sverige. Båda var nyutexaminerade läkare; de hade träffats på läkarutbildningen i Dhaka. De bosatte sig i Arvika, där några släktingar redan bodde.

Tanken var att de skulle stanna i fyra–fem år och sedan återvända. Men när den tiden gått bestämde de sig för att stanna i Sverige.

Under denna tid hade maken börjat sin karriär i det svenska sjukvårdssystemet, medan Latifa Rulu fött två barn och varit hemmafru. Nu var det dags för henne att återuppta sitt yrkesliv. Hon fick snabbt ett vikariat på geriatrikkliniken i Arvika, auskulterade i medicin och gjorde förkunskapsprovet. På sommaren 1995 började hon AT i Arvika, bara två år efter att de bestämt sig för att stanna i Sverige.

– Jag tror att det går mycket lättare och snabbare att få jobb om man bor i en mindre stad, säger hon. Att jag talar bra svenska underlättade också.

»Att jag talar bra svenska underlättade också.«

Under åren därefter talades det mycket om att lägga ner sjukhuset i Arvika, och när maken fick ett vikariat på Stockholms sjukhem tog han chansen och flyttade. När Latifa var klar med sin AT flyttade hon och barnen efter. Efter att ha sökt en hel del jobb fick hon ett på geriatrikkliniken vid Karolinska universitetssjukhuset.

I dag är Latifa Rulu specialist i både akutsjukvård, internmedicin och geriatrik. Sedan tio år arbetar hon på akutkliniken vid Karolinska universitetssjukhuset i Solna, där hon är chef för ST-läkarna.

– Jag stortrivs här, säger hon. Redan när jag kom hit första gången tyckte jag att akutmedicin är otroligt intressant, och jag är glad att jag fick ett erbjudande att arbeta här.

Kan du jämföra den här akuten med en akutmottagning i Dhaka?

– Det går inte att jämföra. I Dhaka är det minimalt med pappersarbete och administration. Här tillbringar vi mer tid framför datorn än vid patienten.

– Samtidigt har Sverige en mycket mer jämlik vård. Till en statlig akutmottagning i Bangladesh kommer bara de fattiga. De som har pengar åker till privatkliniker. Det bästa med svensk sjukvård är att det är lika vård för alla.

Är det vanligt att läkare från Bangladesh flyttar utomlands för att jobba?

– Mycket vanligt. Bangladesh är ett fattigt land. Av mina 150 kursare är nog ett 50-tal i USA nu. 30–40 är i England, och andra i bland annat Singapore och Japan. Det är nog bara 30–40 av oss som är kvar i Bangladesh.

– Så brukar det vara, och det gäller inte bara läkare. Alla vill ut ur Bangladesh.

Miki Agerberg

► bildningen. Under sommaren vikarierar han som undersköterska på Danderyds sjukhus för att få praktik. Så här långt är han mycket nöjd med studierna i Gdansk:

– Det är hård press från början, och det passar mig. Jag behöver lite eld i baken. Det hjälper mig att plugga att det ställs lite högre krav.

– Den polska läkarutbildningen kritiseras ibland för att vara alltför teoretisk. Det stämmer att det är mest teori de första två–tre åren. Men sedan är det mycket praktik, och när man väl har gått AT brukar det ha jämnat ut sig.

Ett problem med att studera i utlandet är att det kan vara svårare att komma in i den svenska sjukvården. Det är tufft att få underläkarvikariat, och viktigt att jobba in sig på ett sjukhus eller en klinik för att få en chans. Philip von Arbins vikariat på Danderyd, både denna sommar och den förra, är ett sätt att försöka få in en fot.

Något som förvånat honom är de fördomar mot utlandsstudenter han ibland möter, även hos läkare och annan sjukvårdspersonal:

– Ibland känner jag att det finns en osynlig gräns. Helt plötsligt kan det komma en negativ ton, när de får veta att man inte pluggar i Sverige.

– Därför behöver vi mer upplysning i Sverige om utlandsstudierna. Om det öppnas fler underläkarplatser för utlandsstudenter, kommer det att vidga vyerna för svenskarna. ■

BET-130187 RELEVANS.NET

NYHET!

2013 YEAR OF THE OVERACTIVE BLADDER

NÄR KUNDE DU SENAST FÖRESLÅ NÅGOT NYTT FÖR DINA OAB-PATIENTER?

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

Betmiga™ 50 mg
mirabegron

Den första β_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

Helsingborg slår rekord i viten

Helsingborgs lasarett har dömts att böta två miljoner kronor för arbetsmiljöbrister kopplade till överbeläggningar. Nu krävs man på ytterligare en miljon. Det gör sjukhuset till det mest vitesdrabbade i landet.

Fram till i april i år hade Helsingborgs lasarett betalat ut över 1,8 miljoner kronor i viten för att man i samband med överbeläggningar placerat patientsängar i korridorer eller på andra ställen där personalen inte kan utföra sitt arbete utan risk för skador. Det gjorde sjukhuset till ett av de mest vitesdrabbade sjukhusen i landet, enligt en sammanställning Läkartidningen gjorde tillsammans med Kommunalarbetaren (se LT nr 17–18/2013).

Trots vitesstraffen har problemen fortsatt. I juli dömdes landstinget att betala ut två miljoner för brott mot förbudet vid två tillfällen under 2012 och 2013. Och i början av augusti vände sig Arbetsmiljöverket till förvaltningsrätten med krav om att ytterligare en miljon skulle dömas ut för en överträdelse som inträffade i juni i år.

De senaste domarna innebär att Helsingborgs lasarett nu är det sjukhus i landet som tvingats betala mest i vite för arbetsmiljöbrister.

– Det är beklagligt, det är ingen tävling vi vill vinna, säger P-O Sjöblom, förvaltningschef för Skånevård Sundet, där Helsingborgs lasarett ingår.

Hur kan ni försvara att så mycket pengar går till viten som skulle kunna gå till vård?

– Det går inte att rättfärdiga. Sedan är det svårt att helt gardera sig mot toppar i patientflödet där det minst dåliga alternativet är att ställa några sängar i korridoren. Det var det som inträffade i juni. Arbetsmiljöverket gjorde en flygande inspektion i juli, och då var man väldigt nöjda.

Varför fortsätter problemen trots att ni får betala viten med jämna mellanrum?

– Sjukhusledningen har jobbat rätt mycket med handlingsplaner och vad jag förstår har problemen minskat successivt över tid. På längre sikt projekteras det för en ny sjukhusbyggnad i Helsingborg som skulle ge fler vårdplatser. Men där finns inget slutligt beslut.

P-O Sjöblom tror också att regionens nya geografiskt baserade organisation där sjukhusen och primärvården ingår i samma förvaltning kommer ge möjlighet att hantera flöden och utnyttja den totala vårdkapaciteten på ett bättre sätt.

Tanken är att sjukhusens ansvar inte ska sluta vid sjukhusgrindarna.

– Vi har exempelvis ett projekt där sjuksköterskor på sjukhuset ringer upp patienter och frågar hur det gått. Genom att säkra övergången till kommunen hoppas vi kunna minska återinläggningarna.

Även ett annat av de mest vitesdrabbade sjukhusen, Sundsvalls sjukhus, riskerar nya miljonböter. I december 2012 krävde Arbetsmiljöverket att sjukhuset skulle betala 2 miljoner för brott mot ett vite som gäller fysiska och psykosociala arbetsmiljöproblem i samband med överbeläggningar. Det målet väntar fortfarande på att avgöras i förvaltningsrätten.

Michael Lövtrup

FÖRELÄGGANDE SEDAN 2009

Helsingborgs lasarett har sedan 2009 ett föreläggande från Arbetsmiljöverket över sig om att inte placera patientsängar så att det inte finns minst 80 centimeters fritt utrymme på alla sidor. Förbudet var till att börja med kopplat till ett vite på 100 000 kronor, ett belopp som 2011 höjdes till en miljon eftersom det lägre vitet inte fått någon effekt. ■



Thomas Zilling

3 frågor ...

... till Sjukhusläkarnas ordförande Thomas Zilling, som i en debattartikel i Dagens Samhälle (14/8) pläderar för att avskaffa landstingen och förstatliga vården.

Varför bör landstingen avskaffas?

– Sverige håller på att hamna på efterkälken när det gäller den högspecialiserade, lågfrekventa vården. Det är ett jätteproblem. Jag kan ta mitt eget område, magsäcks- och matstrupscancerkirurgi. I Göteborg gör man ett 20-tal operationer för magstrupscancer per år. I Helsingborg gör man fem, sex. Det är för lite för att ge en patientsäker vård. I Århus där jag arbetar gör vi 100 per år, men i Danmark görs operationerna på fyra sjukhus och inte på 20 som i Sverige.

– Sedan är det en skandal att vi inte kommit längre på IT-området i Sverige. Att en läkare från Skåne som åker över Hallandsåsen för att arbeta där ett tag måste lära sig ett helt nytt journalsystem, som inte kan kommunicera med det i Skåne, är helt barockt.

Är det din personliga uppfattning eller Sjukhusläkarnas?

– Det är min personliga uppfattning att Sverige är för litet för att ha 21 olika organisationer och att vi på sikt måste gå den vägen. Det finns inget fullmäktigebeslut i Sjukhusläkarna om att verka för att avskaffa landstingen, däremot finns en levande diskussion om att en solidarisk sjukvård norr om Dalälven kräver att sjukvården förstatligas, eftersom man inte kommer att kunna bära sina kostnader själva.

Borde Läkarförbundet bli mer aktivt i den här frågan?

– Ja, absolut. Särskilt nu när det är ett år kvar till valet. I dag är det inget riksdagsparti som vill ta ställning, och då har vi som organisation ett ansvar att försöka påverka den politiska processen. Annars gör vi patienterna en otjänst.

Michael Lövtrup

Transportstyrelsens chefsläkare:

Många fler sjuka borde få körkortet indraget

Antalet körkort som dras in av medicinska skäl ökar från år till år. Men fortfarande är det alldeles för få körkort som återkallas, enligt Transportstyrelsens chefsläkare.

Enligt statistik från Transportstyrelsen drogs 4 527 körkort in under första halvåret 2013, antingen på grund av direkta medicinska skäl eller för att innehavaren inte lämnat in begärt läkarintyg. Motsvarande siffra för 2012 var 3 825.

Den 1 februari 2012 ändrades regelverket så att läkare är skyldiga att meddela alla olämpliga förare till Transportstyrelsen, inte bara de som är uppenbart olämpliga. Lars Englund, chefsläkare på Transportstyrelsen, tror dock inte att lagändringen är den viktigaste förklaringen till att läkare anmäler fler olämpliga bilförare. Enligt honom har man sett en årlig ökning av anmälningsfrekvensen på 10–20 procent under en längre tid.

– Jag tror att det mer handlar om en långsiktig förändring av attityden bland doktorer. Det finns en ökad insikt om att det är ett bra sätt att förebygga dödsfall.

Skulle alla olämpliga förare få indraget körkort skulle siffrorna dock vara mycket högre, enligt Lars Englund. Han pekar på att det varje år ställs runt 25 000 demensdiagnoser.

– En stor del av dessa patienter har körkort, och de flesta borde vi få in, kanske inte omedelbart men så småningom. **ML**

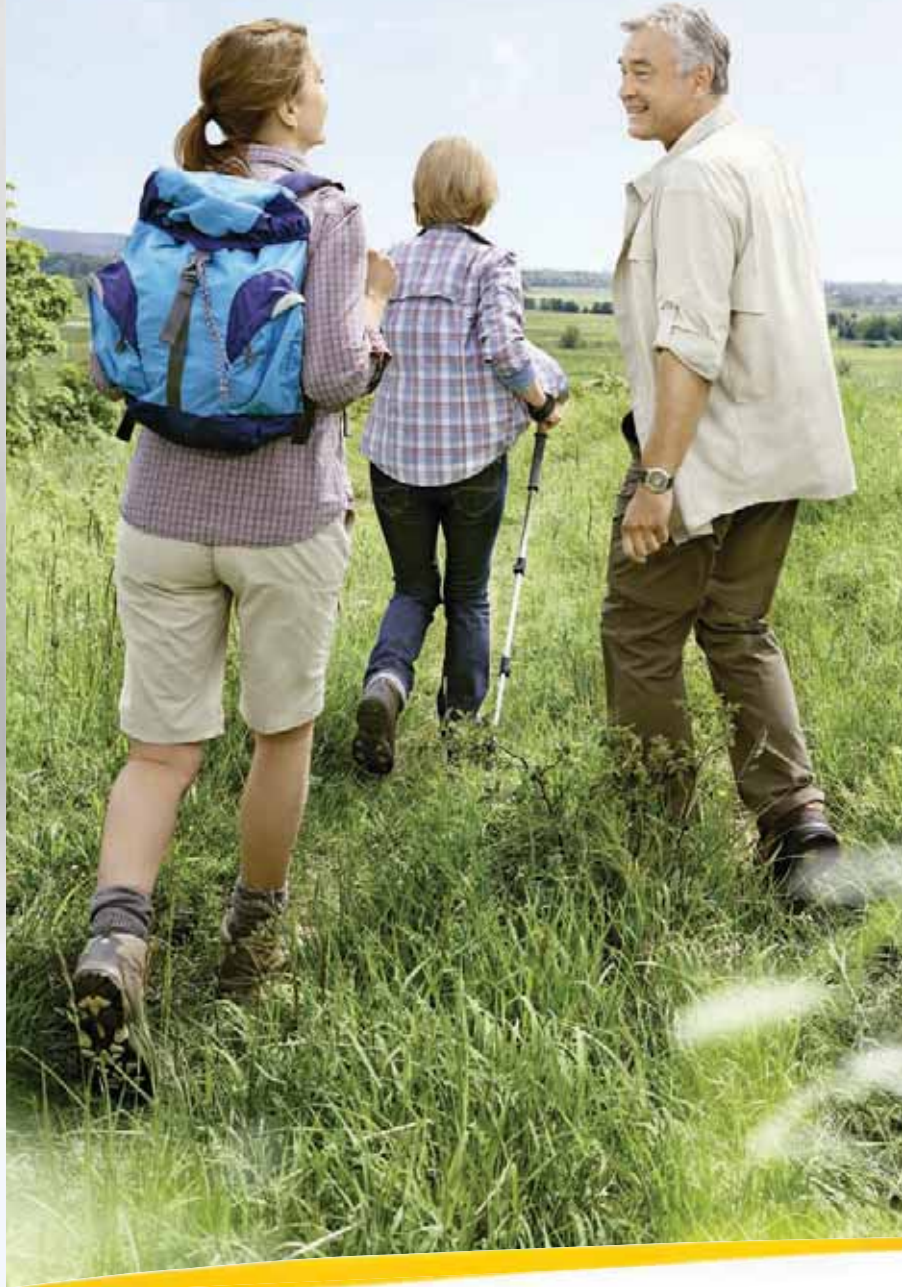
LÄS MER En längre version av artikeln finns på Läkartidningen.se

SE 00486 Juli 2013-07-02

1 av 4

kommer att drabbas av bältros någon gång i livet[1,2]





Från 1 september är det möjligt att förebygga bältros och postherpetisk neuralgi (PHN)

ZOSTAVAX®

vaccin mot bältros (herpes zoster), levande

Ref: 1. Bowsher D. Eur J Pain 1999 Dec;3(4):335-42. **2.** Miller E et al. Rev Med Microbiol 1993;4:222-30.

Zostavax Rx är ett vaccin innehållande levande försvagat varicella zoster-virus (pulver och vätska för injektionsvätska, suspension i en förfylld spruta) för användning från 50 års ålder för prevention av bältros och herpes zoster-associerad post herpetisk neuralgi (PHN). Zostavax ingår i läkemedelsförmånen. Pris: Normalpris per dos på Apoteket (201303) är 1295,50 SEK utan subvention. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot de aktiva substanserna eller något hjälpämne, aktiv obehandlad tuberkulos, graviditet, primära och förvärvade immunbristtillstånd samt viss immunsuppressiv terapi. **Varningar och försiktighet:** Inget vaccin är 100% effektivt och vaccination med Zostavax leder eventuellt inte till skydd hos alla som vaccineras. Zostavax är inte indicerat för behandling av herpes zoster eller PHN. Adekvat medicinsk utrustning bör finnas lätt tillgänglig för sällsynta fall av anafylaktisk reaktion. Om patienten har feber bör vaccinationen eventuellt uppskjutas. Enligt produktresumé från 13-02-13. För fullständig information: se www.fass.se. **Kontakt:** Sanofi Pasteur MSD. Kundsupport tel: 020 21 50 50 vardagar 08.00-16.30 eller e-post zostavaxse@spmsd.com.

sanofi pasteur MSD
vacciner för livet

Citera som: Läkartidningen 2013;110:CDHC

Tranexamsyra – gammalt läkemedel i ny skepnad

Multinationella studier och nya formuleringar ger fibrinolyshämmaren uppsving



LILIAN TENGBORN, docent, överläkare
lilian.tengborn@med.lu.se



ERIK BERNTORP, professor, överläkare erik.berntorp@med.lu.se
båda Lunds universitet; hematologi- och koagulationskliniken, Skånes universitetssjukhus, Malmö

En av de viktigaste uppgifterna för det fibrinolytiska systemet är att lösa upp koagler i blodbanan, men i händelse av onormal blödningsbenägenhet – lokal eller generell, tillfällig eller permanent – kan det finnas anledning till att minska fibrinolysen.

Sedan nära 50 år har vi en effektiv fibrinolyshämmare i tranexamsyra (Fakta 1), som enligt kontrollerade kliniska studier medför minskad blödning. Allvarliga biverkningar av substansen är en raritet. Tranexamsyra verkar gå mot en renässans med ökad användning i och med de stora multinationella studierna CRASH-2 och WOMAN (se nedan) och nya formuleringar med längre halveringstid.

Hämmar aktivering av plasminogen

Tranexamsyra är en syntetisk lysinanalog som indirekt utövar sin antifibrinolytiska effekt genom att kompetitivt och reversibelt hämma aktiveringen av plasminogen till plasmin via lysinbindande strukturer. Blombäck et al visade att vid nedsatt trombinbildning, som vid blödningsrubbning, bildas ett fibrinkoagel med porös gelstruktur, vilket löses upp snabbare än vid normal hemostas [1].

Studier talar för att tranexamsyra genom sin fibrinolyshämning kan stabilisera onormala koagler hos patienter med defekt blodstillning och därigenom förbättra hemostasen [2]. Det är också visat att många strukturer har hög fibrinolytisk aktivitet, t ex uterusendometriet de första dagarna av menstruationen, prostatakörteln, tandalveoler och näsans slemhinnor i samband med näsblödning.

Dessutom har trombocytfunktionsstudier nyligen visat att tranexamsyra i väsentlig grad korrigerar för arakidonsyra- och ADP-inducerad aggregation [3].

Kliniska studier vid ökad blödning

Menorragi. Definitionsmässigt föreligger menorragi när menstruationsblödningarna är minst 80 ml per cykel eller minst 100 poäng enligt Pictorial blood assessment chart (PBAC). Ett flertal kontrollerade studier vid menorragi hos kvinnor med normalt gynekologiskt status och normala fynd vid koagulationsutredning har visat att tranexamsyra under menstruationsperioden minskar blödningarna med 34–59 procent jämfört med placebo eller annan behandling. Vanligtvis har man använt tranexamsyra i tablettform i doseringen 1 g var sjätte timme i 5 dagar från menstruationsdag 1.

Nyligen har publicerats en dubbelblindad placebokontrollerad studie på kvinnor med rikliga menstruationer som behandlats med tranexamsyra för peroralt bruk i ny formulering (Lysteda, registrerat av den amerikanska läkemedelsmyndigheten FDA 2009) [4]. Behandlingsgruppen på 115 kvinnor fick tranexamsyra 3,9 g/dag uppdelat i tre dostillfällen i upp till 5 dagar. De fick en signifikant reduktion av blödningen på >50 ml/cykel, vilket ökade livskvaliteten. Biverkningarna bedömdes som lindriga eller måttliga, och de gastrointestinala biverkningarna var jämförbara med placebogruppens.

> »Fibrinolyshämning kan alltså rekommenderas när indikation finns, förutsatt att kontraindikationerna beaktas.«

Kraftiga menstruationsblödningar är vanligt hos kvinnor med ärftliga rubbningar i hemostasen. Prevalensen av von Willebrands sjukdom hos kvinnor med menorragi uppges till mellan 5 och 20 procent, och trombocytdysfunktioner tycks vara ännu vanligare. Flertalet patienter med lindrig von Willebrands sjukdom och trombocytrubbningar svarar på desmopressin.

Kouides et al [5] presenterade en stor studie, där kvinnorna hade lindriga trombocytdysfunktioner eller koagulationsdefekter av olika slag. Kvinnorna randomiserades till tablett tranexamsyra 1 g × 4 i 5 dagar med start menstruationsdag 1 alternativt desmopressin intranasalt 300 µg dag 2 och 3. Båda preparaten minskade blödningarna enligt PBAC jämfört med resultaten före studiestart, men minskningen var statistiskt signifikant endast för tranexamsyra.

Obstetrisk blödning. Årligen beräknas 530 000 kvinnor avlida i världen i samband med graviditet och förloss-

FAKTA 1. Tranexamsyra

Indikationer
Blödningssymtom
- Trauma med risk för/pågående allvarlig blödning
- Menorragi
- Näs- och munhåleblödning
- Mag–tarmblödning

Kirurgi och ökad blödning
- Oral kirurgi
- Ledplastiker
- Prostatakirurgi

Kontraindikationer
- Pågående venös/arteriell trombos
- Makroskopisk hematuri från övre urinvägarna
- Subaraknoidalblödning

Dosering
Tranexamsyra kan administreras intravenöst, peroralt och lokalt. Intravenös dosering (lösning 100 mg/ml) är oftast 10 mg/kg kroppsvikt upp till 1 g × 4.

Peroralt är 3 tabletter (1,5 g) × 3–4 vanlig dos till vuxen. Till mindre barn är mixtur 100 mg/ml lämplig i dosen 25 mg/kg kroppsvikt × 3–4 (ex tempore).

Vid lokal behandling används tablett 0,5 g upplöst i 5 ml vatten alternativt mixtur 5 ml.

Barn, inklusive nyfödda, kan doseras enligt riktlinjer för vuxna.

SAMMANFATTAT

Tranexamsyra är ett effektivt läkemedel för att hämma fibrinolys.
Kliniska studier visar att behandling med tranexamsyra minskar blödning vid trauma och kirurgiska ingrepp.
Främst på teoretisk grund har hävdats att tranexamsyra kan ge biverkning i form av tromboembolism, men detta har inget tydligt stöd i den vetenskapliga litteraturen.

ning, främst på grund av blödning. En randomiserad kontrollerad studie visade att tranexamsyra i hög dos (bolus 4 g i infusion under 1 timme följt av 1 g/timme i 6 timmar) till kvinnor som blött >800 ml i samband med vaginal förlossning reducerade blodförlusten, transfusionsbehovet och behovet av invasiva åtgärder [6].

I den pågående World maternal antifibrinolytic trial (WOMAN) jämförs tidigt given tranexamsyra med placebo hos 15 000 kvinnor med klinisk postpartumblödning [7]. Resultatet kan komma att få stor betydelse framför allt för länder med begränsad tillgång på sjukvård. Tiden får utvisa om denna regim får plats i terapin i Sverige.

Kirurgi. En metaanalys har gjorts av prospektiva randomiserade placebokontrollerade studier av patienter som genomgått total knäleds- respektive total höftledsartroplastik. Resultaten visar att de som fått tranexamsyra 10–15 mg/kg kroppsvikt omedelbart innan stasen släpptes respektive 10–15 mg/kg preoperativt reducerade den totala blodförlusten med ca 50 procent respektive 25 procent jämfört med placebogruppen; dessutom minskade behovet av blodtransfusion signifikant [8, 9].

En dubbelblindad studie av 200 patienter som genomgick radikal retropubisk prostatektomi på grund av cancer randomiserades till tranexamsyra i låg dos (0,5 g) preoperativt följt av kontinuerlig infusion av 0,25 g/timme peroperativt eller koksalt som placebo. I gruppen som fick tranexamsyra behövde 34 procent blodtransfusion under vårdtiden jämfört med 55 procent i placebogruppen [10].

Detta är några exempel på att tranexamsyra minskar blödning och transfusionsbehov i samband med stor kirurgi.

Biverkningarna är lindriga

Gastrointestinala symtom. Illamående, kräkningar, diarré och dyspepsi är de vanligaste biverkningarna och rapporterades hos 12 procent i en randomiserad, dubbelblindad placebokontrollerad menorragistudie (33 procent hos kontrollerna, som fick minipiller). Gastrointestinala biverkningar har uppfattats som lindriga, och de flesta patienter har velat fortsätta att ta tranexamsyra.

I en studie med den nya formuleringen av tranexamsyra var frekvensen av de rapporterade gastrointestinala biverkningarna (som nämnts ovan) desamma i tranexamsyra- och i placebogruppen [4].

Cerebral påverkan. På senare år har kramptillstånd iakttagits hos patienter som genomgått stor hjärtkirurgi och fått tranexamsyra. DT-undersökning av hjärna har visat normala fynd utan tecken på ischemi. Vid genomgång av sådana patienter har noterats att de fått mycket hög bolusdos av tranexamsyra, ≥100 mg/kg kroppsvikt. Detta är förmodligen förklaringen till kramperna, eftersom tranexamsyra i hög dos kan verka exciterande på vävnader i hjärnan [11].

Tromboser. Det är helt klart att tranexamsyra är ett potent läkemedel för att hämma fibrinolysen. Det förefaller därför logiskt att anta att tranexamsyra är trombogent, men så tycks inte vara fallet generellt sett. Det stora antal kvinnor som medicinerat med tranexamsyra utan att ha fått mer ventromboser/lungembolier än normalbefolkningen som inte behandlats med tranexamsyra talar ett tydligt språk.

I en av författarnas studier [12] kartlades användning av tranexamsyra månaden före trombos hos 662 kvinnor och hos 1 506 åldersmässigt och geografiskt matchade kontroller. Kvinnorna med trombos hade tagit tranexamsyra i signifikant lägre utsträckning än kontrollerna (oddskvot 0,55; P = 0,04) men mera orala kontraceptiva medel (oddskvot 2,41; P < 0,0001).

Visserligen var det här fråga om yngre kvinnor där trombosbenägenheten är låg, men även studier i högriskgrupper ger liknande resultat.

Lindoff et al [13] gick igenom 2 102 fall av gravida kvinnor med blödningsproblem. Av dessa hade 256 individer behandlats med tranexamsyra (mediantid 46 dagar); 169 av dem förlöstes med sectio. Två patienter drabbades av lungemboli; i ett av dessa fall fanns samband med kejsarsnittet. Av de övriga 1 846 kvinnorna, ej behandlade med tranexamsyra, genomgick 443 sectio. I denna senare grupp sågs fyra fall av venös tromboembolism, varav ett fall av lungemboli. Författarna konkluderar att tranexamsyra inte ger ökad trombosrisk hos denna typ av högriskgrupp.

Inte heller i samband med ortopedkirurgi och stor hjärtkirurgi har det framkommit hållpunkter för ökad trombosrisk vid behandling med tranexamsyra jämfört med kontrollgrupperna. I CRASH-2-studien (Clinical randomisation of an antifibrinolytic in significant haemorrhage 2) [14] randomiserades 20 211 traumapatienter till behandling med tranexamsyra eller placebo. Totalmortalitet, inkluderande tromboembolism, och mortalitet i blödning var signifikant lägre i gruppen som fått tranexamsyra.

I en nyligen publicerad Cochraneöversikt [15] ses effekt på blödning vid kirurgi utan risk för allvarliga komplikationer. I två stora metaanalyser av spontana och kirurgiska blödningar sågs ingen eller viss ökad risk för tromboembolism av fibrinolytiska läkemedel (tranexamsyra och epsilon-aminokapronsyra), och ytterligare studier med avseende på denna komplikationsrisk rekommenderas [16, 17].

Tillgängliga material tyder alltså inte säkert på att tranexamsyra skulle medföra ökad risk för tromboembolism jämfört med kontrollgrupperna.

Självklart ska tranexamsyra inte ges i den händelse patienten har en pågående akut venös eller arteriell trombos; patienten behöver då sitt maximala påslag av det fibrinolytiska systemet för att lysera mesta möjliga av trombosmassan.

Fibrinolyshämning rekommenderas

Tranexamsyra är laboratoriemässigt en effektiv fibrinolyshämmare, och vi har gett en rad exempel där tranexamsyra i kontrollerade kliniska studier visat sig ha god effekt och minskat blödningsmängden. De biverkningar som beskrivits är få och lindriga. Enstaka fallbeskrivningar med trombos har rapporterats, men de förefaller inte vara vanligare än i befolkningen i övrigt.

Fibrinolyshämning kan alltså rekommenderas när indikation finns, förutsatt att kontraindikationerna beaktas. I fall där effekten av tranexamsyra kan misstänkas vara tveeggad rekommenderas kontakt med koagulationsexpertis.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

LÄS MER Fullständig referenslista Läkartidningen.se

REFERENSER

4. Lukes AS, Moore KA, Muse KN, et al. Tranexamic acid treatment for heavy menstrual bleeding: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2010;116(4):865-75.
7. Shakur H, Elbourne D, Gulmezoglu M, et al. The WOMAN Trial (World Maternal Antifibrinolytic Trial): tranexamic acid for the treatment of postpartum haemorrhage: an international randomised, double blind placebo controlled trial. Trials. 2010;11:40.
13. Lindoff C, Rybo G, Åstedt B. Treatment with tranexamic acid during pregnancy, and the risk of thrombo-embolic complications. Thromb Haemost. 1993;70(2):238-40.
14. Williams-Johnson JA, McDonald AH, Strachan GG, et al. Effects of tranexamic acid on death, vascular occlusive events, and blood transfusion in trauma patients with significant haemorrhage (CRASH-2) A randomised, placebo-controlled trial. West Indian Med J. 2010;59(6):612-24.
16. Ross J, Al-Shahi Salman R. The frequency of thrombotic events among adults given antifibrinolytic drugs for spontaneous bleeding: systematic review and meta-analysis of observational studies and randomized trials. Curr Drug Saf. 2012;7(1):44-54.

nya.ron@lakartidningen.se

Metod för att följa allmänhetens inställning till vaccin

Allmänhetens inställning till vaccin och vaccination kan, som bekant, ha högst påtagliga konsekvenser. Det finns åtskilliga exempel på att felaktiga rykten spridits om faror kopplade till vaccination. Dessa rykten kan leda till att människor avstår från att vaccinera sig själva eller sina barn. Låg vaccinationsgrad kan i sin tur leda till sjukdomsutbrott. Ett skräckexempel är vad som hände i Nigeria 2003 och 2004 när vaccinationsgraden för polio föll kraftigt till följd av bl a omotiverad rädsla och felaktiga rykten. Detta ledde till omfattande polioutbrott både i och utanför landet. Det är därför viktigt att kunna följa allmänhetens inställning till vaccination och se om denna ändras, inte minst för att kunna reagera med insatser, som t ex informationskampanjer.

I Lancet Infectious Diseases presenteras en metod för att följa den allmänna opinionen kopplad till vaccin och vaccination. Författarna har följt diskussionen på bloggar och forum på internet, dvs inte bara vanliga traditionella medier. Med hjälp av Google News, Google Blog Search och Moreover Public Health (en internetbaserad tjänst som aggregerar nyheter) har de samlat ihop



Författarna har följt bl a diskussioner på bloggar och forum på internet och samlat ihop 10 380 rapporter.

Foto: Colourbox

10 380 rapporter av olika slag från 144 länder som publicerats under 2011 och 2012. Rapporterna handlar om vaccin, vaccination eller grundsjukdomen som vaccinet används mot. De omfattar allt från bloggar, artiklar, diskussionsforum och bokrecensioner till mer etablerade medier och information från hälsovårdsmyndigheter.

Rapporterna har grovt klassificerats av en analytiker utifrån om de är positiva, negativa eller neutrala till vaccin och vaccination. Exempel på en negativ rapport är en blogg i vilken det varnas för olika biverkningar kopplade till vaccination. Man har också klassificerat rapporten utifrån vilket vaccin den avser. Därtill har man delat in rapporterna i grupper utifrån vad de handlar om, t ex utveckling av vaccin, effekt och säkerhet av vaccin och biverkningar kopplade till vaccination. Enligt författarna tog det ungefär fem minuter att gradera en rapport enligt samtliga parametrar.

Det visade sig att två tredjedelar (69 procent) av samtliga rapporter var positiva eller neutrala, medan resterande 31 procent var negativa. Rapporter som handlade om utveckling av vaccin var överlag mer positiva än rapporter som rörde effekt och säkerhet. Tittar man specifikt på olika typer av vaccin så var vaccin mot polio och influensa oftare positivt omskrivna än mässlingsvaccin.

Författarna har letat brett och tittat på rapporter oberoende av vilken typ av vaccin de avser och geografisk avgränsning (var den skrivits). Metoden skulle naturligtvis kunna användas för att analysera inställningen till ett enskilt vaccin i ett avgränsat geografiskt område, exempelvis ett land. Författarna skriver att vikten av att lyssna på allmänhetens inställning till vaccination inte får underskattas när man sätter samman vaccinationsprogram.

Anders Hansen
leg läkare, frilansjournalist

Larson H, et al. Lancet Infect Dis. Epub 10 maj 2013. doi: 10.1016/1473-3099(13)70108-7

Unga med idiopatisk förstoppning och unga som opererats för analatresi riskerar sänkt livskvalitet

En studie från London visar att anal inkontinens och förstoppning kan sänka livskvaliteten hos yngre individer (11–30 år) med kronisk idiopatisk förstoppning (CIC) eller som genomgått rekonstruktion av en anorektal missbildning.

Vart fjärde barn som behandlats för svår förstoppning eller anal inkontinens tar med sig besvären in i vuxenlivet. Vissa av barnen har opererats på grund av anorektal missbildning eller Hirschsprungs sjukdom, medan andra inte har någon påvisbar organisk orsak.

Syftet med studien var att kontrollerat utvärdera tarmfunktion, livskvalitet och mental och fysisk hälsa hos ungdomar och unga vuxna med CIC eller anorektal missbildning. Studiegrupperna var dels 49 individer som opererats för anorektal missbildning, dels 45 med CIC. De med utvecklingsförsening exkluderades. Kontrollgruppen var 39 ålders- och könsmatchade individer som appendektomerats ett år tidigare. Alla fick besvara validerade enkäter för tarmfunktion (KESS, Vaizey score) och livskvalitet (GIQLI) samt genomgå olika psykometriska test.

Förstoppning rapporterades hos 39 procent i gruppen med anorektal missbildning och hos 69 procent i CIC-gruppen (5 procent i kontrollgruppen). Anal inkontinens sågs hos 45 procent av dem som opererats för anorektal missbildning och hos 47 procent av dem med CIC (12 procent i kontrollgruppen). Risken för sänkt fysiskt eller psykiskt välmående var signifikant högre vid anorektal missbildning och CIC än hos kontrollerna. Ingen skillnad i förekomst av depression eller oro sågs mellan grupperna. Författarna bekräftar att både förstoppning och avföringsinkontinens kan ge sänkt livskvalitet, och att CIC ger lika stor risk för detta som anorektal missbildning.

Studien begränsas av små grupper och ett stort åldersspann, där kontrollgruppen var signifikant äldre trots matchning. Ingen bortfallsanalys gjordes. Gruppen med anorektal missbildning hade avancerade missbildningar (24 med VACTERL-association och 21 med antegrada kontinenslavemang), och 61 procent var opererade med nuvarande teknik (PSARP).

Studien bekräftar risken för sänkt livskvalitet hos dem som opererats för anorektal missbildning, men nytt är att yngre med CIC har lika mycket besvär. Denna och kommande studier talar för ett behov av kirurgi inriktad på tarmfunktionsrubbningar hos unga vuxna och med kännedom om barnkirurgisk diagnostik och behandling.

Rolf Christofferson
docent, överläkare, barnkirurgiska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Athanasakos EP, et al. Br J Surg. 2013;100(6):832-9.

Osäker effekt av magnesium vid astma hos vuxna

Ibland ges magnesiumsulfat som tillägg vid behandling av svår astma. Evidensen för detta har undersökts i en studie som presenteras i Lancet Respiratory Medicine.

Studien omfattar 1 109 vuxna (över 16 års ålder) som inkom med svår astma till någon av 34 olika akutmottagningar i Storbritannien. De lottades till att, vid sidan av sedvanlig behandling med bl a betaagonist, få tillskott av magnesiumsulfat eller placebo. Magnesiumsulfat gavs intravenöst (2 gram under 20 minuter) eller nebuliserat (3 doser om vardera 500 mg på en timme). Det innebär att en grupp fick nebuliserat magnesiumsulfat, en annan intravenöst dito och en tredje placebo. Primärt effektmått var hur många patienter som lades in för sjukhusvård inom sju dagar samt upplevd andfåddhet (som patienterna fick skatta på en 100-gradig skala) två timmar efter det att behandlingen påbörjats. Studien genomfördes under perioden 2008–2012.

Det visade sig att tillskott av magnesiumsulfat inte gav någon tydlig effekt. 79 respektive 72 procent av patienterna som fick magnesiumsulfat i nebuliserad respektive intravenös form lades in på sjukhus inom en vecka, mot 78 procent i placebogruppen. När man tittade på patienternas gradering av andningssvårigheter såg man inga statistiskt säkerställda skillnader mellan grupperna. Författarna sammanfattar resultaten med att nebuliserat magnesiumsulftat inte har någon roll i behandlingen av astma. Intravenöst magnesiumsulfat skulle däremot eventuellt kunna ha en begränsad roll.

Viktigt att notera är att studien gjorts på vuxna och att resultaten inte med automatik kan antas gälla för barn. I en delstudie som också den presenteras i Lancet Respiratory Medicine har man inkluderat barn mellan 2 och 16 års ålder med svår astma. Där visas däremot att tillägg av nebuliserat magnesiumsulfat gav god effekt.

Anders Hansen
leg läkare, frilansjournalist

Goodacre S, et al. Lancet Resp Med. 2013 .
doi: 10.1016/S22113-2600(12)70070-5

»Intravenöst magnesiumsulfat skulle däremot eventuellt kunna ha en begränsad roll.»

Ångest vanligt problem för tidigare cancerpatienter

Ångest är ett större problem än depression för patienter som överlevt cancer. Det är ett av de huvudsakliga fynden i en artikel som presenteras i Lancet Oncology. Studien har gjorts mot bakgrund av att allt fler patienter överlever en cancersjukdom. Vilka blir konsekvenserna på lång sikt vad gäller det psykiska välbefinnandet för denna växande grupp patienter?

Författarna har gjort en metaanalys och sammanställt data från 43 olika material som undersökt förekomsten av psykiska problem såsom ångest och depression minst två år efter att en cancersjukdom diagnostiserats. Man har jämfört cancerdrabbade med friska individer. I ett antal av materialen har man även tittat på depression och ångest hos make/maka till den cancerdrabbade.

Resultaten förvånar säkert många; bl a visade det sig att depression inte var särskilt mycket vanligare bland de dryga 51 000 canceröverlevarna än bland de friska kontrollerna; prevalensen var 11,6 procent för patienterna och 10,2 procent för kontrollerna. För ångest noterades däremot lite större skillnader. Bland de närmare 49 000 canceröverlevande där uppgifter fanns tillgängliga om ångestproblematik noterades en prevalens på 17,9 procent, vilket ska jämföras med 13,9 procent för kontrollerna.

Viktigt att notera är att för såväl depression som ångest var tidpunkten då detta undersökts minst två år efter cancerdiagnosen. På längre sikt, tio år efter diagnos, var risken för ångest än mer ökad för canceröverlevare än för friska kontroller. Värt att notera i övrigt är att hos make/maka till den cancerdrabbade var ångestproblematik till och med vanligare än hos canceröverlevarna själva, särskilt efter så lång tid som tio år. Man kan således konstatera att det är särskilt viktigt att vara uppmärksam på ångest hos patienter som haft cancer, även flera år efter sjukdomen. Det är dessutom viktigt att undersöka om detta förekommer hos deras anhöriga.



Foto: Colourbox

Tio år efter diagnosen var risken för ångest än mer ökad hos canceröverlevarna, även hos make/maka.

Anders Hansen
leg läkare, frilansjournalist

Mitchell AJ, et al. Lancet Oncol. Epub 4 juni 2013.
doi: 10.1016/S1470-2045(13)70244-4

Genetisk känslighet för H pylori kartlagd

Infektion med Helicobacter pylori kan leda till bl a annat gastrit och ulkus. Många människor bär på bakterien utan att de har några symtom. Det finns också de som inte tycks bli smittade med bakterien trots att de exponeras för den. Genetiska orsaker till att vissa är bärare och andra inte är den huvudsakliga frågeställningen i en artikel i JAMA.

Artikeln är en metaanalys som omfattar två oberoende populationsbaserade helgenomstudier (GWAS) där man undersökt om områden i genomet kan kopplas till känslighet för att smittas med H pylori. Totalt omfattar studierna närmare 11 000 individer. Av dessa var drygt hälften (56,3 procent) bärare av bakterien.

När man tittade på den genetiska kartläggningen av individerna visade det sig att områden i genomet kring den s k toll-lika receptorn på kromosom fyra kunde kopplas till känslighet för infektion med bakterien. Den kliniska innebörden av detta är oklar.

Författarna hoppas att rönen ska kunna bidra till att utforma ett genetiskt test som kan underlätta den kliniska utredningen av H pylori, dvs identifiera individer med hög respektive låg smittrisk. Dessutom hoppas man att rönen ska leda till ökad förståelse för bakteriens patofysiologiska roll i utvecklingen av gastrit, ulkus och malignitet.

Anders Hansen
leg läkare, frilansjournalist

Mayerle J, et al. JAMA. 2013;309(18):1912-20.

Citera som: Läkartidningen 2013;110:CDMD

Patologiskt samlande är ny diagnos i DSM-5

Svårbehandlat tillstånd med hög somatisk och psykiatrisk samsjuklighet

VOLEN Z IVANOV, doktorand, leg psykolog, Psykiatri Nordväst volen.ivanov@ki.se
CHRISTIAN RÜCK, docent, överläkare Psykiatri Sydväst; båda institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm

Att samla på saker är ett allmänmänskligt fenomen, vilket bekräftas i studier som bl a visar att 70 procent av barn [1] och 30 procent av vuxna [2] har en samling. Ur ett evolutionsbiologiskt perspektiv är det tänkbart att det har varit en stark fördel för människan att spara på livsnödvändigheter som mat och verktyg för att maximera chanserna till överlevnad, särskilt under perioder med knappa resurser [3]. Vår benägenhet att samla på oss och behålla saker har också rönt stort medialt intresse exemplifierat bl a av tv-programmet »Antikrundan« (nu inne på sin 20:e säsong).

Utifrån ovanstående kan det tyckas märkligt att samlande kommer att bli en ny diagnos i den kommande femte utgåvan av den psykiatriska diagnosmanualen DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

En av förklaringarna till detta illustreras av engelskans distinktion mellan två olika typer av samlande: »collecting« och »hoarding«. Eftersom det på svenska finns endast ett ord för samlare använder vi i stället för »hoarding« begreppet »patologiskt samlande« för att beteckna det beteende som, till skillnad från samlande, är förenat med lidande och funktionshinder. Samlande och patologiskt samlande har visat sig vara två, visserligen relaterade, men ändå distinkta fenomen. En väsentlig skillnad är att en samlares samlingar präglas av ordning och organisation, medan patologiska samlares tillhörigheter ligger huller om buller och därför helt eller delvis hindrar dem (och eventuella sammanboende) från att använda sina levnadsutrymmen [4].

Den systematiska forskningen om patologiskt samlande började först under 1990-talet och har sedan dess ökat stadigt och utmynnat i bl a slutsatsen att tillståndet bäst konceptualiseras som skilt från men besläktat med tvångssyndrom [5]. I den nya utgåvan av DSM kommer patologiskt samlande därför att tillsammans med tvångssyndrom, dysmorfofobi (BDD), dermatillomani (skin picking) och trikotillomani (hair pulling) ingå i den nya diagnosgruppen »Tvångssyndrom och liknande tillstånd«. Samtliga tillstånd kännetecknas av repetitiva beteenden och svarar delvis på liknande psykologisk och farmakologisk behandling [6].

Patologiskt samlande har visat sig vara ett vanligt tillstånd, som förekommer hos ca 2–6 procent [7-9] av befolkningen och som ibland får katastrofala konsekvenser för dem som drabbas. Social isolering, familjekonflikter och vräkningar och, i de mest extrema fallen, död (till följd av fallande tillhörigheter) är potentiella konsekvenser [10].

Klassificering och fenomenologi

Följande är diagnoskriterier i DSM-5 för patologiskt samlande [11]:

A. Ihållande svårigheter att slänga eller göra sig av med saker, oavsett deras faktiska värde.
B. Svårigheterna beror på ett upplevt behov av att behålla sa-

FAKTA 1. Ett fall

Margareta, 59 år, kom till en specialistmottagning för tvångssyndrom via remiss från allmänpsykiatrin. Margaretas dotter var med vid första besöket, och Margareta beskrev att det var framför allt dottern som initierat kontakten med psykiatrin.

Utredningen visade att Margareta hade stora svårigheter att göra sig av med i stort sett alla typer av saker i sitt hem, vilket resulterat i att stora delar av hemmet inte kunde användas. Hon kunde fortfarande använda delar av sitt kök men måste då flytta bort saker för att komma åt sin spis och diskho.

Hon hade begränsad ekonomi och shoppade därför sällan. Hon tyckte om att samla på gratis saker, t ex recept från mataffären och olika mässor, och hon erkände något skamset att hon då och gick ned till grovsoprummet för att göra fynd såsom tyger och leksaker. Hon upplevde att hennes saker kunde vara bra att ha i framtiden och hade bl a planer på att skriva en kokbok.

Margareta kunde inte komma ihåg att hon någonsin tyckt om att göra sig av med saker, men berättade att detta blivit än mer påtagligt sedan hennes man gått bort två år tidigare.

Enligt dottern hade hemmet dock alltid varit fullt med saker, och som barn hade hon aldrig tagit hem kompisar, eftersom hon skämdes för hur det såg ut hemma. Dotterns främsta oro handlade om att modern skulle ramla och slå sig bland sina saker eller att det skulle börja brinna.

Margareta själv tyckte inte att samlandet var allvarligt, och hon ansåg att hon snarare tog vara på saker som annars skulle ha gått till spillo. Hon besvärades mest av att dottern var på henne och tog med henne till olika terapeuter.

Utredningen visade att Margareta utöver diagnosen patologiskt samlande även uppfyllde kriterierna för egentlig depression. Vissa tvångshandlingar, såsom upprepade kontroller av spis och tvättmaskin, förekom också men inte i tillräcklig utsträckning för att ge diagnosen tvångssyndrom.

Margareta var inte intresserad av att pröva någon behandling för sitt samlande men kunde tänka sig farmakologisk behandling för sin depression.



Fullt av saker ... brandrisk?

SAMMANFATTAT

Patologiskt samlande är svårigheter att göra sig av med saker på grund av ett upplevt behov att behålla dem och obehag förknippat med att göra sig av med dem. Symtomen resulterar i att hemmet blir stökigt och överhopat.

Patologiskt samlande kommer att bli en av få nya diagnoser i kommande utgåva av den psykiatriska diagnosmanualen DSM.

Vid bedömning och diagnostisering bör somatiska och psykiatriska tillstånd uteslutas som primära orsaker till samlarproblematiken.

Tillståndet är svårbehandlat, men vissa lovande resultat finns med läkemedelsbehandling och psykologisk behandling. Troligtvis krävs samordnade insatser från sjukvård, socialtjänst, bostadsbolag etc.

»Patologiskt samlande har visat sig vara ett vanligt tillstånd, som förekommer hos ca 2–6 procent [7-9] av befolkningen …«

kerna och obehag förknippat med att göra sig av med dem.

C. Symtomen resulterar i ansamling av saker, som hopas och belamrar nödvändiga levnadsutrymmen och väsentligen förhindrar den avsedda användningen av dessa. Om levnadsutrymmen inte är stökiga och överhopade beror detta enbart på inblandning från en annan part (t ex familjemedlemmar, städare, myndigheter).
D. Samlandet orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden (inklusive att upprätthålla en säker miljö för en själv och andra).
E. Samlandet beror inte på ett annat medicinskt tillstånd (t ex hjärnskada, cerebrovaskulär sjukdom eller Prader–Willis syndrom).
F. Samlandet förklaras inte bättre av ett annat tillstånd i DSM-5 (t ex samlande till följd av tvångstankar i tvångssyndrom, minskad energi i egentlig depression, vanföreställningar i schizofreni eller annat psykotiskt tillstånd, kognitiva nedsättningar i demens, avgränsade intressen i autismspektrumstörning).

Svårigheterna med att göra sig av med saker förstärks av dysfunktionella tankar om ansvar för dessa, känslomässig anknytning till sakerna, svårigheter med beslut om huruvida sakerna ska slängas eller behållas [12], uppskjutande, svårigheter med organisering, undvikande och perfektionism samt tankar om att saker har människoliknande egenskaper (antropomorfism) [10].

Samlingarna består oftast av kläder, tidningar, böcker, kvitton, förpackningar och saker som den som samlar har en sentimental anknytning till.

Ett fåtal personer med patologiskt samlande samlar också på ett stort antal djur som de inte förmår sköta om. Medianantalet djur per samlare var enligt en amerikansk studie 39, och oftast var en del av djuren antingen döda eller vanskötta. Det är oklart hur vanligt detta tillstånd är, men de uppskattningar som gjorts pekar mot en årlig incidens på mellan 700 och 2 000 nya fall i USA. Till skillnad från samlandet av föremål, som ofta innefattar en rad olika typer av föremål, samlar patologiska samlare av djur i huvudsak på en art, oftast katter eller hundar [13].

Bedömning/diagnostisering

Problematiskt samlande kan uppstå som en konsekvens av flertalet psykiatriska och somatiska tillstånd. Patienter med depression kan få stökiga och belamrade hem som en konsekvens av minskad energi och initiativförmåga, och patienter med tvångssyndrom kan till följd av tvångstankar (t ex rädsla för att smitta andra via saker de berört) samla på sig en stor mängd saker eller undvika att slänga dessa på grund av omfattande ritualer (t ex kontrollritualer med tvångstankar om att något jätteviktigt ska åka ut med soporna) [14].

En viktig fråga att ställa till patienten är varför han/hon samlar och vilka känslor samlandet är förknippat med. Patienter med tvångssyndrom upplever inte samlandet som tillfredsställande, medan patologiska samlare ofta får en »kick« när de skaffar nya saker. Att rapportera känslomässig anknytning till sina saker är mycket vanligare bland patologiska samlare men obefintligt om samlandet uteslutande drivs av tvångstankar. Patologiska samlare upplever inte heller tankarna om samlande som oönskade, repetitiva och jagfrämmande [15]. Överdrivet samlande kan förekomma som ett enskilt syndrom eller vara en konsekvens av tvångssyndrom men också vara samsjukligt med tvångssyndrom [16].

»Patienter med tvångssyndrom upplever inte samlandet som tillfredsställande, medan patologiska samlare ofta får en ’kick’ när de skaffar nya saker.«

Som stöd för bedömning och diagnostisering av patologiskt samlande finns numera flera skattningsskalor. Frågor om samlande ingår förvisso i det mest använda bedömningsinstrumentet för tvångssyndrom: Yale–Brown obsessive compulsive scale [17]. Med tanke på de skillnader mellan tvångssyndrom och patologiskt samlande som uppgivits ovan rekommenderar vi i stället att symtom på patologiskt samlande och deras svårighetsgrad bedöms med hjälp av instrumenten Hoarding rating scale-interview [18], Saving inventory-revised [19], Saving cognitions inventory [20] och Child saving inventory – föräldraversion [21] (samtliga finns på ‹http://rucklab.com› för nedladdning).

Efter bedömningen, då diagnosen patologiskt samlande fastställts, bör klinikern bedöma vilken risk samlaren är utsatt för i sitt hem. Viktiga aspekter att ta hänsyn till är huruvida individen riskerar att få fallande saker över sig, om risk för brand föreligger och om det är möjligt att ta sig ut vid en eventuell brand.

Det är också av vikt att ta hänsyn till eventuell somatisk och psykiatrisk samsjuklighet och hur denna påverkar säkerhetsrisken och patientens möjlighet att tillgodogöra sig behandling. I utredningsprocessen bör även patientens sociala stöd och de möjligheter och begränsningar detta innebär beaktas.

Samsjuklighet

Problematiskt samlarbeteende kan förekomma hos individer med en rad olika tillstånd. Bland patienter med tvångssyndrom uppskattas mellan 18 och 40 procent ha symtom på samlande [22-24].

Förekomsten är hög även bland individer med neuropsykiatriska tillstånd. Höga nivåer av patologiskt samlande bland barn och vuxna med autismspektrumstörningar har påvisats [25-27] och indikerar sammantaget att symtom på patologiskt samlande kan vara upp till 10 gånger vanligare bland patienter med autismspektrumstörning än i övriga befolkningen. I likhet med ADHD karakteriseras patologiskt samlande av svårigheter med organisationsförmåga, och det är därför inte förvånande att en stor andel barn (29 procent) med ADHD också uppvisar symtom på patologiskt samlande [28].

Bland äldre kan patologiskt samlande förekomma som ett symtom på demens [29] och överlappar till viss del även med Diogenes-syndromet; ett tillstånd bland äldre, vilket karakteriseras av att den drabbade slutar ta hand om sin hygien och lever i extremt smutsiga hemförhållanden [30]. En majoritet av dessa personer rapporteras också ha ett överdrivet samlande, som resulterat i anhopningar av saker i hemmet [31], och man har funnit att 38 procent av patologiska samlare hade extremt smutsiga hem [32]. Trots ovanstående är förhållandet mellan patologiskt samlande och Diogenes-syndromet fortfarande oklart.

Samsjukligheten bland dem som uppfyller diagnoskriterierna för patologiskt samlande är regel snarare än undantag. En majoritet av dem (77 procent) uppfyller också samtidigt kriterierna för en annan ångestdiagnos eller ett affektivt tillstånd. Depression är det vanligaste samsjukliga tillståndet (51 procent), och även ADHD har visat sig vara ofta förekommande (28 procent) [33]. Däremot är autistiska drag inte vanligare än bland psykiatriska patienter med andra tillstånd [26], och

endast 18 procent av patologiska samlare har tvångssyndrom. Förekomsten av posttraumtiskt stressyndrom (PTSD) är inte högre bland patologiska samlare än bland personer med tvångssyndrom, trots att traumatiska händelser har visats vara vanligare [34]. En tänkbar förklaring till detta kan vara att samlandet utgör ett slags bemästringsmekanism för hantering av trauma [33].

Etiologi

Det finns en tydlig genetisk komponent bakom uppkomsten av patologiskt samlande, vilket visades i en studie där över 4 000 en- och tvääggstvillingars patologiska samlande jämfördes [7]. Vad gäller omgivningsfaktorer har det framkommit en koppling mellan traumatiska händelser och symtomdebut och -försämring [35].

Däremot verkar ekonomiska svårigheter under barndomen inte öka risken att utveckla sjukdomen [34].

Förlopp

Retrospektiva studier av vuxna med patologiskt samlande visar att samlarbeteendet börjar redan i 12–13-årsåldern och att symtomen blir kännbara i 20-årsåldern [35], troligtvis eftersom det tar tid att samla på sig stora mängder saker och eftersom föräldrar kan stävja beteendet så länge personen bor hemma. För de allra flesta är tillståndet kroniskt med en gradvis försämring för varje decennium [36].

Det är oklart hur vanlig diagnosen patologiskt samlande är bland äldre, men överdrivet samlande förekommer bland 23 procent av äldre med demens [29]. Med tanke på att äldre personer har svårare att göra sig av med saker och har hunnit samla på sig fler saker, är det troligt att äldre är de som drabbas hårdast av patologiskt samlande. Olyckor i hemmet, ohygienisk hemmiljö som ökar risken för infektioner och andra sjukdomar samt svårigheter att hantera läkemedel är potentiella konsekvenser av patologiskt samlande bland äldre.

Behandling och handläggning

Till följd av den bristande insikten i samlarproblematikens omfattning och konsekvenser är det ovanligt att patologiska samlare självmant söker behandling, och ofta är det andra ur familjen som söker hjälp [37]. Det är också vanligt att social- och hemtjänst samt bostadsbolag upptäcker problemet. Bland dem som påbörjar behandling bidrar insiktsbristen till för tidiga avhopp [38], och en del patienter som fullföljer behandlingen kan motsätta sig föreslagna interventioner [39].

Bristen på insikt är således en stor utmaning i arbetet med patologiska samlare. Motiverande samtalstekniker, med vilka behandlaren försöker få samlaren att se fördelar med att upphöra med sitt beteende i stället för att påtvinga denne behandling, är därför oumbärliga i arbetet med denna patientgrupp.

Alliansbyggandet med en individ med patologiskt samlande tar, enligt vår erfarenhet, betydligt längre tid än med en patient med tvångssyndrom. Huruvida detta beror på den bristande insikten eller att patienten tidigare bemötts av bristande förståelse och felaktiga lösningsförsök från omgivningen är oklart och varierar troligtvis från person till person.

Arbetet bör därför inledningsvis framskrida långsammare med denna patientgrupp. Efter bedömning och motivering bör behandlingsplanering ske. Eftersom många patienter kan känna sig överväldigade och hotade av för högt ställda behandlingsmål bör målen vara rimligt ställda i bemärkelsen att ett fullständigt utrensat hem i många fall är ogenomförbart. Det är i vissa fall även fruktbart att betona skapandet av en säkrare hemmiljö snarare än enbart utrensning.

Behandling av samtidiga tillstånd som försvårar möjligheterna till behandling, såsom depression eller ångesttillstånd, kan också vara en mer framkomlig väg inledningsvis.

Patologiskt samlande är ett problem som ofta är för omfattande för en enskild individ att hantera, inte minst på grund av mängden saker som ackumulerats och som följaktligen behöver rensas ut. Ofta kan socialtjänsten därför behöva involveras. Deras stöd kan bestå av t ex boendestöd som hjälper till med sortering och utrensning.

I de fall där minderåriga barn riskerar att fara illa i hemmet bör anmälan till socialtjänsten genomföras.

Svårigheterna i arbetet med patologiska samlare gör att de personalgrupper som arbetar med dem upplever mer frustration och irritation och en sämre arbetsallians än vid arbete med patienter utan samlarproblematik [40].

Några randomiserade kontrollerade läkemedelsstudier av patologiskt samlande finns inte. Farmakologisk behandling med SSRI har i flera studier visat sig vara ineffektiv för patienter med tvångssyndrom och samtidiga symtom på patologiskt samlande [38, 41]. Däremot visade sig paroxetin och venlafaxin verksamma mot »rent« patologiskt samlande i okontrollerade läkemedelsprövningar och resulterade i att symtomen på patologiskt samlande minskade med 24 procent [42] respektive 31 procent [43] efter 12 veckors behandling. Även glutamatmodulatorer har i enstaka fall rapporterats ha effekt [44].

Med tanke på de svårigheter patologiska samlare uppvisar med organisation är det tänkbart att centralstimulerande läkemedel kan vara till hjälp [28].

Den enda psykologiska behandling som hittills utvärderats i en kontrollerad klinisk prövning och som gett lovande resultat är kognitiv beteendeterapi (KBT) med särskilda tillägg: motiverande samtal, färdighetsträning av organisering, beslutsfattande och problemlösning. En central del av behandlingen utgörs av exponering för utrensning av hemmet och för suget att anskaffa nya tillhörigheter [45]. Vid mätning efter 12 veckor hade patienterna i genomsnitt uppnått en symtomreduktion på 14 procent, och efter avslutad behandling hade symtomen minskat med nästan 40 procent. En majoritet (70 procent) av patienterna bedömdes ha blivit förbättrade av behandlingen, och 24 procent bedömdes som mycket förbättrade.

Behandlingen är dock mycket tidskrävande (i genomsnitt 26 sessioner), många av de behandlade har kvar symtom, och långtidsuppföljningar av behandlingens effekter saknas. Studiens design begränsas också av att en trovärdig aktiv kontrollgrupp saknades, eftersom behandlingsgruppen jämfördes endast med patienter som stod på väntelista.

Evidensläget för behandling är trots vissa lovande inslag således knapert. Det är tänkbart att effektiv behandling och handläggning av detta svåra tillstånd kommer att kräva samarbete mellan sjukvård, socialtjänst, bostadsbolag och rättsväsende. Multidisciplinära team av detta slag finns i bl a USA och tjänar till att upprätta handlingsplaner utifrån de olika professionernas kompetensområden [46].

Behandling och handläggning av patologiskt samlande är krävande och mindre effektiv än för många andra tillstånd. Ändå ser vi en nytta i att behandlingsförsök genomförs även innan den drabbade hamnat i svåra situationer såsom vräkningshot, trots att dessa skulle kunna ha en motiverande funktion. Den kliniska erfarenheten talar för att behandling i

»Bristen på insikt är således en stor utmaning i arbetet med patologiska samlare.«

ett tidigare skede kan vara mer effektiv, eftersom patienternas tillstånd då inte hunnit bli lika allvarligt.

Den nya status som patologiskt samlande nu får som officiell diagnos kommer dock förhoppningsvis att leda till än mer forskning som kan hjälpa de drabbade och deras familjer.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

LÄS MER Fullständig referenslista och engelsk sammanfattning Läkartidningen.se

KOMMENTERA denna artikel på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Evans DW, Leckman JF, Carter A, et al. Ritual, habit, and perfectionism: the prevalence and development of compulsive-like behavior in normal young children. Child Dev. 1997;68 (1):58-68.
2. Pearce S. Objects in the contemporary construction of personal culture: Perspectives relating to gender and socio-economic class. Museum Management and Curatorship. 1998; 17(3):223-41.
7. Iervolino AC, Perroud N, Fullana MA, et al. Prevalence and heritability of compulsive hoarding: a twin study. Am J Psychiatry. 2009;166 (10):1156-61.
9. Timpano KR, Exner C, Glaesmer H, et al. The epidemiology of the proposed DSM-5 hoarding disorder: exploration of the acquisition specifier, associated features, and distress. J Clin Psychiatry. 2011;72 (6):780-6; quiz 878-9.
11. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
13. Patronek GJ. Hoarding of animals: an under-recognized public health problem in a difficult-to-study population. Public Health Rep. 1999;114(1):81-7.
17. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry. 1989;46(11):1006-11.
18. Tolin DF, Frost RO, Steketee G. A brief interview for assessing compulsive hoarding: the Hoarding Rating Scale-Interview. Psychiatry Res. 2010;178(1):147-52.
19. Frost RO, Steketee G, Grisham J. Measurement of compulsive hoarding: saving inventory-revised. Behav Res Ther. 2004;42(10):1163-82.
20. Steketee G, Frost RO, Kyrios M. Cognitive aspects of compulsive hoarding. Cognit Ther Res. 2003;27:463-79.
21. Storch EA, Muroff J, Lewin AB, et al. Development and preliminary psychometric evaluation of the Children's Saving Inventory. Child Psychiatry Hum Dev. 2011;42(2): 166-82.
22. Samuels J, Bienvenu OJ, Riddle MA, et al. Hoarding in obsessive compulsive disorder: results from a case-control study. Behav Res Ther. 2002;40(5):517-28.
24. Mataix-Cols D, Nakatani E, Micali N, et al. Structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2008;47(7):773-8.
25. Ruta L, Mugno D, D'Arrigo VG, et al. Obsessive-compulsive traits in children and adolescents with Asperger syndrome. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2010;19(1):17-24.
27. Russell AJ, Mataix-Cols D, Anson M, et al. Obsessions and compulsions in Asperger syndrome and high-functioning autism. Br J Psychiatry. 2005;186:525-8.
32. Frost RO, Steketee G, Williams LF, et al. Mood, personality disorder symptoms and disability in obsessive compulsive hoarders: a comparison with clinical and non-clinical controls. Behav Res Ther. 2000;38 (11):1071-81.
33. Frost RO, Steketee G, Tolin DF. Comorbidity in hoarding disorder. Depress Anxiety. 2011;28(10):876-84.
43. Saxena S, Brody AL, Maidment KM, et al. Paroxetine treatment of compulsive hoarding. J Psychiatr Res. 2007;41(6):481-7.
44. Saxena S. Pharmacotherapy of compulsive hoarding. J Clin Psychol. 2011;67(5):477-84.
46. Steketee G, Frost RO, Tolin DF, et al. Waitlist-controlled trial of cognitive behavior therapy for hoarding disorder. Depress Anxiety. 2010;27(5): 476-84.



Citera som: Läkartidningen. 2013;110:CD7T

Dataanalys av äldre patienter med Apodos

Sämre läkemedelsbehandling med många förskrivande läkare

KARIN SÖDERBERG, leg apotekare, Apoteket AB
GÖSTA BUCHT, professor emeritus, sakkunnig
J LARS G NILSSON, professor emeritus, sakkunnig; båda Sveriges pensionärsförbund
lars.nilsson@spf.se

Sedan början av 1990-talet har antalet personer 80 år och äldre (80+) ökat med 30 procent, och antalet förväntas öka ytterligare under de kommande två decennierna [1]. Med ökande andel äldre multisjuka patienter ökar bruket av och riskerna med läkemedel. Samtidig användning av många läkemedel ökar risken hos äldre för biverkningar, läkemedelsinteraktioner och bristande följsamhet till ordinationerna, särskilt bland äldre med flera kroniska sjukdomar [2]. Hög förekomst av dessa faktorer, t ex i en kommun, indikerar med stor sannolikhet brister i läkemedelsbehandlingen [2]. Läkemedel som enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör undvikas vid behandling av äldre (nedan kallade olämpliga läkemedel) förskrivs i stor utsträckning även till de äldsta [2, 3].

Socialstyrelsen har i en rapport visat att omfattande läkemedelsbehandling hos äldre är kopplat till ökad risk för död, akutmottagningsbesök, magblödning och fallolyckor [4]. Detta gällde även då man tog hänsyn till antalet sjukdomar och hur allvarliga de var, vilket indikerar ett samband mellan antal läkemedel och sjuklighet.

Studier har rapporterat ett samband mellan antalet förskrivande läkare per patient och graden av multimedicinering och även med en lägre kvalitet i läkemedelsbehandlingen när det gäller personer med dosförpackade läkemedel som bor i särskilt boende [5, 6]. Många förskrivande läkare per patient ökar riskerna för felmedicinering, t ex flera likartade läkemedel för samma indikation. Risken ökar även för att nyinsatta läkemedel inte blir uppmärksammade. Detta försvårar för läkare att ta ett övergripande ansvar för den äldre patientens läkemedelsbehandling.

Syftet med denna studie var att undersöka sambandet mellan antalet förskrivande läkare per patient och graden av multimedicinering, användningen av olämpliga läkemedel och förekomsten av tänkbara läkemedelsinteraktioner för alla patienter 80+ som under år 2010 hade dosförpackade läkemedel, i såväl ordinärt som särskilt boende.

METOD

Patienter i åldersgruppen 80+ valdes, då denna patientgrupp är mest känslig för effekten av många läkemedel, olämpliga läkemedel och läkemedelsinteraktioner. För att kunna genomföra studien skapades en databas med information om samtliga patienter som under år 2010 hade dosdispenserade läkemedel. Detta är för närvarande den enda tillgängliga databasen där det finns en koppling mellan enskilda patienter och enskilda läkare. Den kan därför användas för att studera relationen mellan en patients ordinerade läkemedel och antalet förskrivande läkare.

Varje patient fick ett unikt nummer, och deras personnummer var okända för undersökarna. För varje individ fanns uppgift om ålder, kön, hemkommun, ordinärt eller särskilt boende, expedierade läkemedel med 7-ställig ATC-kod samt förskrivande läkare för vart och ett av läkemedlen. För varje läkemedel angavs om det gällde stående ordination eller användning vid behov. Varje läkare fick ett unikt nummer, och deras identitet var okänd för undersökarna.

Databasen var tillgänglig som en Excel-fil. Med hjälp av Excels standardprogram och med program som skapades för ändamålet genomfördes följande analyser av materialet:

- antalet patienter i olika åldersgrupper
- antalet olika läkemedel för varje patient med stående ordinationer och vidbehovsordinationer sammanslagna
- antalet olika läkare per patient som ordinerat läkemedlen
- antal olika läkemedel per patient relaterat till antalet förskrivande läkare per patient
- andel av patienterna som under året haft olämpliga läkemedel relaterad till antalet förskrivande läkare per patient
- andel av patienterna som under året haft läkemedelskombinationer som kan ge läkemedelsinteraktioner relaterad till antalet förskrivande läkare per patient.

De läkemedelskombinationer som analyserats var de som i Läkemedelsboken 2011–2012 anges medföra risk för interaktioner av typ D, dvs läkemedelskombinationer som bör undvikas [7] .

RESULTAT

Apodos-databasen för år 2010 omfattade alla 180 516 patienter som hade Apodos detta år. Denna studie redovisar analyser för patienterna i åldersgrupperna 80+. Data i Tabell I visar att antalet olika läkemedel, medelantalet läkare och olämpliga läkemedel per patient minskade med ökande ålder. Patienter i ordinärt boende hade i genomsnitt 9,3, och i särskilt boende 9,2, läkemedel per person (Tabell I).

Mellan 17 och 20 procent av patienterna i de olika åldersgrupperna hade olämpliga läkemedel. Bland patienter i ordinärt boende hade 20,9 procent olämpliga läkemedel, jämfört med 18,2 procent i särskilt boende (Tabell I).

Antal patienter med Apodos relaterat till antalet förskrivande läkare per patient visas i Tabell II. Knappt 48 procent av befolkningen i åldern 80 år eller äldre hade endast en förskrivande läkare medan 3,9 procent hade fem läkare eller fler. Medelantalet olika läkemedel per patient ökade linjärt med antalet förskrivande läkare (Tabell II, Figur 1).

Andelen patienter med olämpliga läkemedel relaterad till

SAMMANFATTAT

I studien undersöktes sambandet mellan antalet förskrivande läkare per patient och graden av multimedicinering, användningen av olämpliga läkemedel och förekomsten av tänkbara läkemedelsinteraktioner för alla patienter över 80 år (80+) som under 2010 hade dosförpackade läkemedel, i såväl ordinärt som särskilt boende.
Antalet läkemedel per patient 80+ ökade med antalet förskrivande läkare.
Andelen patienter 80+ som förskrivits olämpliga läkemedel ökade med större antal förskrivande läkare.
Andelen patienter 80+ med riskfyllda läkemedelskombinationer ökade med ökande antal förskrivande läkare.
Många förskrivande läkare per patient försämrar kvaliteten i äldres läkemedelsbehandling och ökar riskerna för patienterna.
Bristerna i äldres läkemedelsbehandling är större i ordinärt än i särskilt boende.

TABELL I. Data för patienter 80+ med Apodos år 2010.

Ålder, år	Antal patienter	Kvinnor/män, procent	Boende ordinärt/särskilt, procent	Antal olika läkemedel[1] per patient kvinnor/män, medeltal	Andel med olämpliga läkemedel[2], procent
80–89	70 941	69/31	40/60	9,5/9,3	19,6
90–99	28 506	78/22	29/71	8,8/8,6	16,9
100+	604	88/12	18/82	7,7/7,1	18,7

[1] Patienter i ordinärt boende hade i genomsnitt 9,3 och i särskilt boende i genomsnitt 9,2 olika läkemedel per person.

[2] Bland patienter i ordinärt boende hade 20,9 procent olämpliga läkemedel jämfört med 18,2 procent i särskilt boende.

TABELL II. Antal olika läkemedel per patient 80+, andel med olämpliga läkemedel och andel med potentiella D-interaktioner i relation till antalet förskrivande läkare.

Antal läkare per patient	Antal patienter 80+	Antal olika läkemedel per patient	Andel patienter med olämpliga läkemedel, procent	Andel patienter med potentiella D-interaktioner, procent
1	50 321	7,7	11,5	2,1
2	30 293	9,4	13,5	2,8
3	14 027	10,9	16	3,7
4	6 299	12,4	18,1	4,8
5	2 486	13,9	21,1	5,2
6	976	15,4	24,3	6,9
7	407	16,8	26,3	6,4
8	133	18,5	33,1	15,0
9	47	20,5	29,8	14,3
10+	29	22,2	55,2	21,4

antalet förskrivande läkare per patient bestämdes också (Tabell II, Figur 2). Även här ökade andelen patienter som hade ordinerats olämpliga läkemedel linjärt med ökande antal förskrivande läkare per patient.

Andelen patienter som hade läkemedelskombinationer som potentiellt kan ge D-interaktioner bestämdes och relaterades till antalet förskrivande läkare per patient (Tabell II, Figur 3). Även här ökade andelen patienter med de undersökta läkemedelskombinationerna med ökande antal förskrivande läkare per patient.

DISKUSSION

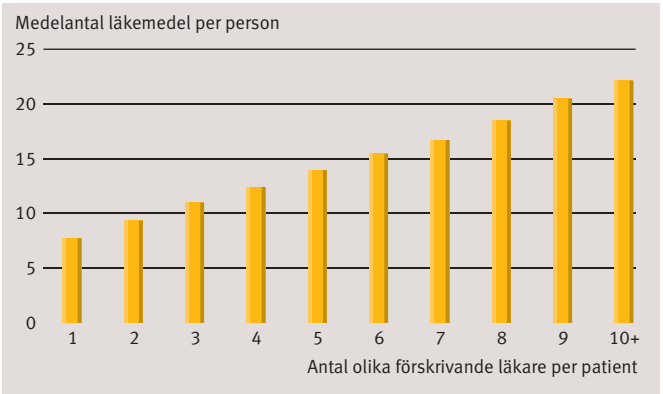
Dosförpackade läkemedel, där varje dospåse innehåller de läkemedel som ska intas vid samma tillfälle, är ett distributionssystem för läkemedel. Det kan ordineras till patienter som antas själva inte kunna sköta sin medicinering och som har många läkemedel. Avsikten är att underlätta för patienterna att följa läkares ordinationer och att minska mängden läkemedel som kasseras. Apoteket AB har varit den enda tillverkaren, och bolaget äger varumärket Apodos.

Databasen som använts för analyserna är för närvarande den enda tillgängliga källan med koppling mellan enskilda patienter och enskilda läkare. Data från Apodos har använts för den typen av patienter i särskilt boende [5, 6]. Det har också rapporterats att dosförpackning av läkemedel kan medverka till olämplig läkemedelsbehandling hos äldre [8].

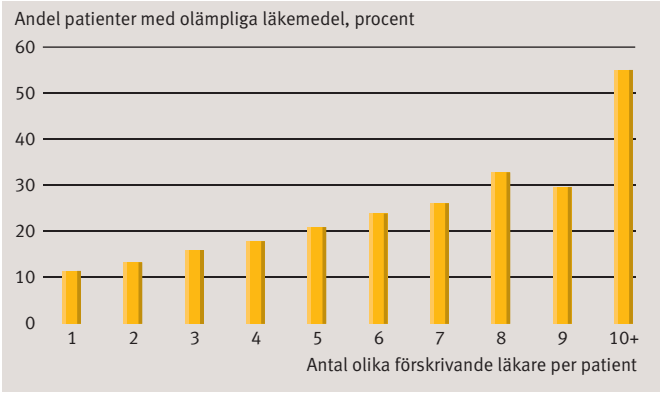
I denna studie fanns majoriteten äldre patienter i särskilt boende, och andelen ökade med stigande ålder. I samtliga åldersgrupper hade kvinnor i genomsnitt fler läkemedel än män (Tabell I). Eftersom patientdata samlats in från aktuella ordinationshandlingar anger siffrorna de läkemedel som användes samtidigt. En betydande andel av patienterna hade olämpliga läkemedel (Tabell I). Även i åldersgruppen 100+ hade 18,7 procent sådana läkemedel. Den nivån kanske inte ska vara noll, men den borde vara låg.

Olämpliga läkemedel var vanligare i ordinärt än i särskilt boende. Patienter 80+ i ordinärt boende hade även något fler läkemedel än de i särskilt boende. Eftersom databasen omfattar alla patienter med Apodos under år 2010 är detta de verkliga siffrorna. Tidigare publikationer har fokuserat på patienter i särskilt boende [5, 6, 9] och då funnit stora brister i äldres läkemedelsbehandling. Den här studien visar att läkemedelsproblematiken bland äldre kan vara ännu större bland dem i ordinärt boende, där möjligheten att upptäcka en felmedicinering är mindre, än i särskilt boende där personal ständigt är närvarande.

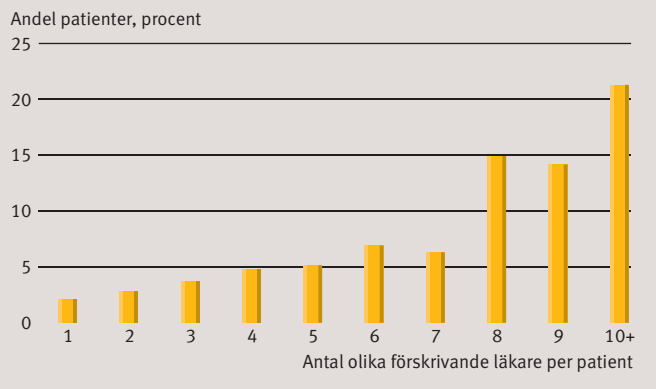
De flesta av patienterna (77 procent) hade endast en eller två läkare under år 2010. Denna patientgrupp hade lägst medelantal olika läkemedel per patient, lägst andel patienter med olämpliga läkemedel och lägst andel patienter med po-



Figur 1. Antal olika läkemedel per patient 80+ relaterat till antal förskrivande läkare år 2010. Korrelationskoefficient = 0,998.



Figur 2. Andel patienter 80+ med olämpliga läkemedel relaterat till antalet förskrivande läkare år 2010. Korrelationskoefficient = 0,994.



Figur 3. Andel patienter 80+ med potentiella D-interaktioner år 2010. Korrelationskoefficient = 0,907.

tentiella D-interaktioner (Tabell II). Patienter som anlitar en eller ett fåtal läkare har sannolikt i de flesta fall en väl avpassad behandling, men som siffrorna visar kan den ytterligare förbättras.

Våra analyser visar att ökande antal förskrivande läkare per patient leder till ökande multimedicinering, högre andel patienter med olämpliga läkemedel och ökad andel patienter med läkemedelskombinationer som kan ge interaktioner av typ D (Tabell II och figurerna 1–3). Antalet förskrivande läkare per patient korrelerade starkt till dessa faktorer. Korrelationskoefficienterna var i samtliga fall >0,9. Ökande antal förskrivande läkare per patient kan anses visa sämre terapikvalitet och sannolikt ökande patientrisker, vilket också framgår av tidigare studier [5, 6].

Det kan tänkas att patienter med många läkemedel är sjukare och därför anlitar fler läkare. Övriga data i tabellerna I och II stöder dock inte detta. Ju äldre och sannolikt sjukare patienterna är, desto färre läkare har de i medeltal (Tabell I). Ökande andel patienter med många läkemedel, olämpliga läkemedel och riskfyllda läkemedelskombinationer i relation till ökande antal läkare per patient tyder i stället på att läkarna inte vet om varandras ordinationer och att de kan ha svårt att ta reda på vilka läkemedel som patienterna redan använder. Det betyder att många läkare inte har överblick över eller tar ansvar för patientens hela behandling. Kunskapen hos förskrivare kanske också brister då det gäller Socialstyrelsens rekommendationer om olämpliga läkemedel för äldre liksom vilka kombinationer som kan ge D-interaktioner [3].

De viktigaste slutsatserna från den här studien är dels att många förskrivande läkare per patient försämrar kvaliteten i läkemedelsbehandlingen av äldre och sannolikt ökar riskerna för patienterna, dels att bristerna i äldres läkemedelsbehandling är större i ordinärt än i särskilt boende. Det finns behov av att tydliggöra vem som har ansvaret för den äldre patientens läkemedelsbehandling; en läkemedelsansvarig läkare med mandat att inte bara sätta ut läkemedel som andra läkare förskrivit, utan dessutom makulera olämpliga recept [10].

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Daniel Karlsson och Anders Nilsson har medverkat i studien med dataprogrammering.

REFERENSER

1. Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och landsting. Stockholm: Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och landsting; 2013.
2. Socialstyrelsen. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010. Artikelnr 2010-6-29.
3. Söderberg KG, Frisk P, Nilsson JLG. Olämpliga läkemedel till äldre ordineras främst i primärvården. Läkartidningen. 2012;109:1019-21.
4. Socialstyrelsen. Äldre med regelbunden medicinering – antalet läkemedel som riskmarkör. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012. Artikelnr 2012-6-18.
5. Bergman Å, Olsson J, Carlsten A, et al. Evaluation of the quality of drug therapy among elderly patients in nursing homes. Scand J Prim Health Care. 2007;25:9-14.
6. Olsson J, Bergman Å, Carlsten A, et al. Quality of drug prescribing in elderly people in nursing homes and special care units for dementia: a cross-sectional computerized pharmacy register analysis. Clin Drug Investig. 2010;30:289-300.
7. Rane A, Hammarlund-Udenaes M. Kliniskt farmakologiska principer. Läkemedelsboken 2011–2012. Uppsala: Läkemedelsverket; 2012. p. 1139-56. Tabell 4.
8. Sjöberg C, Wallerstedt SM. Olämplig läkemedelsbehandling hos äldre patienter med Apodos. Läkartidningen. 2012;109:27.
9. Kragh A. Två av tre på äldreboenden behandlas med minst tio läkemedel. Läkartidningen. 2004:101;994-9.
10. Gunnarsdotter S. Socialstyrelsen efterlyser läkemedelsansvarig läkare. Läkartidningen. 2011:108;258-61.

LÄS MER Engelsk sammanfattning Läkartidningen.se

Missat något tema?

Titta under »Temanummer« på Läkartidningen.se
Där finns alla våra temaartiklar

Utmanande saklig **Läkartidningen**

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

Citera som: Läkartidningen. 2013;110:CCH3

Hypertyreos inducerad av jodkontrastmedel är svårbehandlad

Kan leda till fördröjd terapi av tumörsjukdom, visar två fall

HELENE NILSSON, ST-läkare
Helene.SB.Nilsson@skane.se
BENGT HALLENGREN, docent, överläkare
MIKAEL LANTZ, docent, överläkare; samtliga endokrinologiska kliniken, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Hypertyreos inducerad av jodkontrastmedel kan uppstå hos individer med multinodös struma eller latent Graves sjukdom som genomgår röntgenundersökning med jodkontrastmedel [1, 2]. En vanlig mängd jodkontrastmedel vid t ex undersökning med datortomografi är 100 ml av styrkan 300 mg/ml; dvs 30 g jod i bunden form till en bensenring.

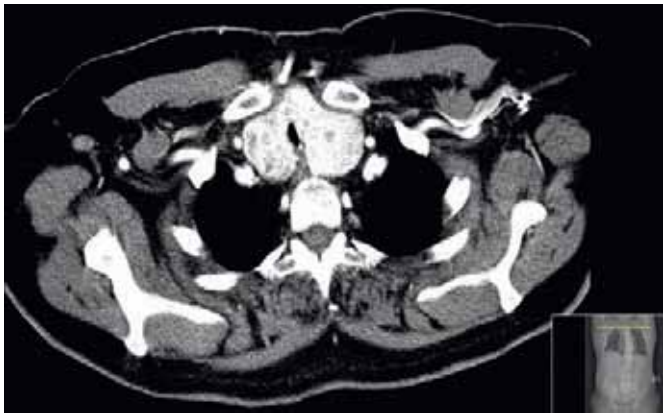
Jod i bunden form i kontrastmedel anses inte påverka tyreoideafunktionen, däremot finns alltid små mängder fritt jodid på ca 0,001–0,005 procent av den totala mängden bundet jod i kontrastmedlet. Övre gränsvärdet för fritt jodid i kontrastmedel anges till ca 0,01 procent av totalmängden jod [3]. Till följd av bl a dejodering av kontrastmedlet i kroppen kan det resultera i en mängd fritt jodid som kan uppgå till 0,01–0,15 procent av den organiskt bundna mängden jod [1]. En datortomografiundersökning med jodkontrastmedel skulle alltså kunna resultera i att tyreoidea kan exponeras för mellan 300 och 45 000 µg jodid. Sköldkörteln kan också påverkas vid extravaskulär administration av jodkontrastmedel, t ex ERCP (endoskopisk retrograd kolangiopankreatografi) [1].

Vi redogör här för tre fall av jodkontrastmedelsinducerad hypertyreos, som upptäcktes i samband med utredning av gastrointestinal tumörsjukdom och som i två av fallen fördröjde tiden till tumörbehandling.

FALLBESKRIVNINGAR

Fall 1. En 83-årig pigg och vital kvinna hade genomgått högersidig hemityreoidektomi på 1960-talet och hade vid tidigare provtagning en känd lindrig hypertyreos (Tabell I). Patienten genomgick undersökning med datortomografi av torax och buk med intravenöst kontrastmedel (Omnipaque 300 mg/ml; 77 ml) som ett led i utredning av nyupptäckt koloncancer. Datortomografin visade som bifynd kraftig förstoring av vänster tyreoidealob med trakeadeviation åt höger med ringa försnävning av lumen samt en intratorakal komponent. Två och en halv vecka senare togs blodprov som visade hypertyreos, och patienten remitterades till endokrinologisk mottagning.

Den kliniska bedömningen blev nodös toxisk struma orsakad av jodkontrastmedel. Patienten erhöll behandling med tyreostatika (tiamazol), som högst 30 mg dagligen. Hon opererades som planerat med högersidig hemikolektomi efter 6 veckors tyreostatikabehandling; 4 månader senare fick hon behandling med radioaktivt jod (150 Gy). Efter radiojodbehandlingen var patienten välmående utan behov av tyroxinsubstitution.



Figur 1. Datortomografiundersökning av torax och buk med jodkontrastmedel visar intratorakal struma och påverkat trakealumen (fall 3).

Fall 2. Patienten var en 76-årig man med tidigare känd subklinisk hypertyreos och obehandlat paroxysmalt förmaksflimmer. Tre månader respektive en månad före det aktuella insjuknandet genomgick patienten undersökning med datortomografi av lungartärer med intravenöst kontrastmedel (Omnipaque 300 mg/ml; 85 ml) respektive datortomografiundersökning av torax och buk med intravenöst kontrastmedel (Omnipaque 350 mg/ml; 94 ml). På röntgenbilderna noterades förstorade tyreoidealober.

Den senare undersökningen gjordes på grund av nyupptäckt tumör i gastroesofageala övergången. Planerad esofagusoperation fick avbrytas, eftersom patienten hade förmaksflimmer med snabb kammarfrekvens. Anamnestiskt framkom viktnedgång, sväljningsbesvär och emellanåt hjärtklappning men inga trycksymtom av struman. Resultat av blodprov var förenliga med hypertyreos (Tabell I).

Patienten bedömdes ha nodös struma med autonom funktion, där röntgenundersökning med jodkontrastmedel orsakat hypertyreos. Han behandlades med upp till 60 mg tiamazol dagligen. Efter 3 veckor gavs tillägg med kaliumperklorat 10 mg/ml, 100 ml dagligen (50 ml × 2) och senare tillägg med tyroxin (Tabell I). Efter behandling med tiamazol i 9 veckor, kaliumperklorat i 6 veckor och tyroxin i 3 veckor genomgick patienten esofagusoperation.

Postoperativt sattes kaliumperklorat ut, och patienten re-

SAMMANFATTAT

Jodinducerad hypertyreos kan uppstå hos individer med bakomliggande tyreoideasjukdom som genomgår röntgenundersökning med jodkontrastmedel.
Behandlingen består av tyreostatika och kaliumperklorat med ibland längre behandlingstid och oftast högre dos tyreostatika än normalt. Inför tyreoidektomi – som är ett behandlingsalternativ om patienten är resistent mot medicinsk behandling – kan kaliumjodid ges som tillägg till tyreostatika och kaliumperklorat.
Vi beskriver tre fall av hypertyreos efter röntgenundersökning med jodkontrastmedel i utredning av tumörsjukdom. Behandlingen av tumörsjukdomen fördröjdes 2 månader i två av fallen.
Fallen illustrerar att jodinducerad hypertyreos kan vara svårbehandlad.
Vi ger rekommendation om tyreostatikabehandling till riskpatienter inför undersökningar med jodkontrastmedel.

TABELL I. Laboratorievärden och behandling hos de tre i artikeln beskrivna fallen.

	Fall 1	Fall 1	Fall 1	Fall 2	Fall 2	Fall 2	Fall 2	Fall 3	Fall 3	Fall 3
Före/efter jodkontrastmedel, antal veckor	–2,5	6	9	–208	4 resp 12	7 resp 15	10 resp 18	9	12	17
TSH, mIE/l (referensvärde 0,4–3,5)	0,01	<0,01	<0,01	0,1	0,01[a]	0,1	<0,01	0,2	0,1	<0,01
fT4, pmol/l (referensvärde 8–14)	20	28	21		34[a]	28	16	45	43	25
fT3, pmol/l (referensvärde 3,5–5,4)	5,4	6,3	3,9	4,9	8,4[a]	7,1	5,7	8	7,2	5,1
TRAK, IE/l (referensvärde <1,0)/ anti-TPO, kIE/l (referensvärde <35)	<1,0/<10					<1,0/<10			<1,0/<10	
Tyreostatika, antal veckors behandling	–[b]	3	6	–	Insattes	3	6	Insattes	3	8
Kaliumperklorat, antal veckors behandling	–	–	–	–	–	Insattes	3	–	Insattes	5
Tyroxin, antal veckors behandling	–	–	–	–	–	–	Insattes	–	–	–
Kaliumjodid, antal veckors behandling	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1
Före operation[c], antal veckor	11	3	0	217	9	6	3	8	5	1

[a] Avser följande referensintervall: TSH 0,4–4,0 mIE/l, fT4 12–22 pmol/l, fT3 3,6–6,3 pmol/l.

[b] I fall 1 insattes tyreostatika 2,5 veckor efter exponering för jodkontrastmedel.

[c] Avser följande kirurgi: fall 1 hemikolektomi, fall 2 esofagusoperation, fall 3 tyreoidektomi.

kommenderades radiojodbehandling, vilken han dock avböjde. Tyreostatika utsattes 2 månader postoperativt, och 3 månader senare hade patienten fortsatt normala tyreoideavärden.

Fall 3. Det avslutande fallet var en 74-årig man med hypertoni och typ 2-diabetes. I samband med utredning av nyupptäckt rektalcancer hade patienten genomgått undersökning med datortomografi av torax och buk med intravenöst kontrastmedel (Omnipaque 300 mg/ml; 120 ml) 2 månader tidigare. Som bifynd på röntgen såg man en stor intratorakal struma med trakeaförträngning inom ett 4 cm långt parti med minsta lumen ca 5 mm (Figur 1). Utredning med spirometri bekräftade misstanken om ett högt andningshinder.

Strålbehandling och påföljande operation av rektalcancern planerades, och med hänsyn till röntgenfyndet remitterades patienten till endokrinologisk mottagning för preoperativ bedömning. Anamnestiskt framkom andfåddhet vid ansträngning och viktnedgång men ingen hjärtklappning, tremor eller svettningar. Vid undersökning noterades regelbunden normofrekvent hjärtrytm, förstorad tyreoidea och stridor samt Pembertons tecken, och blodprov bekräftade misstanken om hypertyreos (Tabell I).

Patienten bedömdes ha intratorakal struma med trycksymtom och jodkontrastmedelsinducerad hypertyreos. Behandling påbörjades med tyreostatika, initialt 30 mg tiamazol dagligen, som sedan ökades till 60 mg dagligen. Vid kirurgisk preoperativ bedömning avseende rektalcancern fann man att patientens trakealstriktur utgjorde en ökad risk inför intubation. Det beslutades därför att tyreoideaoperationen skulle genomföras före strålbehandling och rektalcanceroperation. Inför total tyreoidektomi fick patienten behandling med tiamazol, kaliumperklorat 10 mg/ml 100 ml dagligen (50 ml × 2) och kaliumjodid 1 300 mg dagligen (65 mg 20 × 1) (Tabell I).

Patienten erhöll planerad strålbehandling mot tumören 2 veckor efter tyreoidektomin, och efter ytterligare 4 veckor blev han opererad med resektion av rektum.

DISKUSSION

Vi har beskrivit tre fall av hypertyreos efter röntgenundersökning med jodkontrastmedel. Hos patienter utan riskfaktorer är hypertyreos inducerad av jodkontrastmedel sällsynt. Patienter med Graves sjukdom och patienter med multinodös struma med autonom funktion löper dock ökad risk, och risken är högre i jodbristområden [1], vilket Sverige inte är [4]. I våra beskrivna fall var patienterna över 70 år gamla, hade struma, och en av dem hade känd subklinisk hypertyreos; detta i överensstämmelse med att äldre individer med struma och autonom funktion har ökad risk för att utveckla jodinducerad hypertyreos [1, 5].

I fall 1 bedömdes jodkontrastmedel vara en bidragande orsak till hypertyreos med hänsyn till ökningen av fritt T4 (fT4) från 20 pmol/l till 28 pmol/l före respektive efter röntgenundersökningen med jodkontrastmedel samt att patienten hade kvarstående hypertyreos trots tyreostatikabehandling i 6 veckor. I fall 3 kan en eventuell befintlig hypertyreos före utförd röntgenundersökning med jodkontrastmedel inte uteslutas; med hänsyn till patientens svårbehandlade tillstånd, både med tyreostatika i hög dos och med kaliumperklorat, bedöms dock röntgenundersökningen med jodkontrastmedel vara en klart bidragande orsak.

> »Om patienten är resistent mot medicinsk behandling, är kaliumjodid med påföljande tyreoidektomi ett alternativ ...«

Uppstår oftast inom 3 månader efter exponering

Jodinducerad hypertyreos uppstår oftast inom 3 månader efter exponering för jodkontrastmedel, och två prospektiva studier visade varierande frekvens mellan 0,25 och 2,7 procent hypertyreos efter röntgenundersökning med jodkontrastmedel [6, 7]. Av 28 äldre individer med hypertyreos hade 7 (25 procent) tidigare exponerats för jodkontrastmedel [8]. I en stor retrospektiv fall–kontrollstudie fann Rhee et al [9] ett samband mellan exponering för jodkontrastmedel och insjuknande i overt hypertyreos (oddskvot 2,5). En komplicerande faktor i våra tre fall var att patienterna hade obehandlad tumörsjukdom, varför det var viktigt att åstadkomma snabb eutyreoidism inför planerad tumörkirurgi.

Tyreostatika förstahandsval för behandling

Behandling av jodkontrastmedelsinducerad hypertyreos består i första hand av tyreostatika [10]. Oftast krävs högre doser tyreostatika än vid behandling av Graves sjukdom. Ibland behövs dessutom tillägg med kaliumperklorat och kaliumjodid inför tyreoidektomi [11, 12]. Om patienten är resistent mot medicinsk behandling, är kaliumjodid med påföljande tyreoidektomi ett alternativ [12]. Kombinationsbehandling med tyreostatika och kaliumperklorat ger i de allra flesta fall bättre effekt än behandling med enbart tyreostatika eller kaliumperklorat såsom vid behandling av amiodaroninducerad hypertyreos typ 1 [13].

Amiodaroninducerad hypertyreos delas in i typ 1 och typ 2. Vid typ 1 ses hypertyreos till följd av ökad hormonsyntes på grund av bakomliggande tyreoideasjukdom som nodös struma eller latent Graves sjukdom, medan typ 2 är en destruk-

FAKTA 1. Nationella rekommendationer

Reviderat utdrag ur nationella rekommendationer för användning av jodkontrastmedel [17].

Kontraindikation för jodkontrastmedel:
- Obehandlad manifest hypertyreos
- Misstänkt/nydiagnostiserad tyreoideacancer där radiojodundersökning/-behandling kan bli aktuell

Ökad risk för utveckling av hypertyreos:
- Eutyreoid patient med Graves sjukdom – obehandlad eller tidigare tyreostatikabehandlad
- Tillstånd med konstaterad/risk för autonom funktion, t ex multinodös/uninodulär struma

Tillstånd sannolikt utan risk för utveckling av hypertyreos:
Graves sjukdom eller toxisk nodös struma som endera är
- adekvat blockerad under behandling med tyreostatika
- tidigare radiojodbehandlad och substituerad med levotyroxin
- behandlad med nära total tyreoidektomi och substituerad med levotyroxin

Rekommendationer vid risk för hypertyreos:
Undvik kontrastmedel eller minimera dosen. Om kontrastmedel ges
- är profylax i allmänhet inte nödvändig
- kan selekterade högriskpatienter behöva profylax med tyreostatika och eventuellt kaliumperklorat
- bör uppföljning av tyreoideafunktion göras, inte minst då tidigare inte känd nodös struma påvisats
- bör uppföljning med kontroll av TSH, fT4, fT3 göras 6 och 12 veckor efter undersökning.

tionstyreoidit som oftast uppkommer hos individer utan bakomliggande tyreoideasjukdom [11, 14]. För att differentiera mellan amiodaroninducerad hypertyreos typ 1 och typ 2 kan tyreoideaskintigrafi, spårjodsundersökning och ultraljudsundersökning av tyreoidea med färgdoppler ge vägledning [11, 14] utöver anamnes och blodprov. Amiodaroninducerad hypertyreos typ 2 behandlas med steroider.

Vid hypertyreos inducerad av jodkontrastmedel brukar inte destruktionstyreoidit förekomma [10]. Vid behandling med kaliumperklorat som tillägg till tyreostatika vid jodinducerad hypertyreos bör dosen kaliumperklorat vara högst 1 gram/dag i 2–6 veckor [11, 15, 16] för att minska risken för biverkningar [15]. Behandling med radioaktivt jod kan vanligen inte ges på flera månader vid jodinducerad hypertyreos på grund av blockerat jodupptag i tyreoidea, men kan ges i ett senare skede som definitiv behandling [14, 16]. För patienter som planeras för radiojodbehandling ska man avstå röntgenundersökning med jodkontrastmedel under minst 2 månader före radiojodbehandling i enlighet med nationella rekommendationer för användning av jodkontrastmedel [17].

De tre beskrivna fallen illustrerar att jodinducerad hypertyreos är ett svårbehandlat tillstånd, eftersom alla patienterna hade kvarstående hypertyreos trots intensiv behandling med tyreostatika enbart eller i kombination med kaliumperklorat samt kaliumjodid inför tumörkirurgi eller tyreoidektomi. I två av fallen (fall 2 och fall 3) fördröjdes tiden till behandling av tumörsjukdomen med 2 månader.

Profylaktisk behandling kan minska risken

I våra tre fall hade patienterna riskfaktorer för att utveckla jodinducerad hypertyreos (Fakta 1). Profylaktisk behandling med tyreostatika och eventuellt kaliumperklorat inför röntgenundersökning med jodkontrastmedel minskar risken för jodinducerad hypertyreos [17] även om hypertyreos inte kan undvikas hos alla [18, 19].

För att minska risken för fördröjning av behandling av tumörsjukdom till följd av hypertyreos inducerad av jodkontrastmedel föreslår vi följande: Hos patienter med känd struma och/eller subklinisk hypertyreos som planeras för utredning av tumörsjukdom med röntgenundersökning med jodkontrastmedel ges behandling med tyreostatika, tiamazol 20 mg dagligen i 2 veckor med början dagen före röntgenundersökning [18]. Denna regim kan även tillämpas i utvalda fall hos andra grupper med hög risk att utveckla hypertyreos, särskilt äldre individer med struma och/eller subklinisk hypertyreos hos vilka risken för förmaksflimmer är ökad. I utvalda fall kan kaliumperklorat ges som tillägg till tyreostatika.

Uppföljning med kontroll av TSH, fT4, fT3 bör ske efter 6 och 12 veckor efter röntgenundersökningen [17]. Innan förebyggande behandling med tyreostatika initieras bör diskussion ske med endokrinolog/invärtesmedicinare.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

LÄS MER Engelsk sammanfattning Läkartidningen.se

KOMMENTERA denna artikel på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. van der Molen AJ, Thomsen HS, Morcos SK. Effect of iodinated contrast media on thyroid function in adults. Eur Radiol. 2004;14(5):902-7.
2. Roti E, degli Uberti E. Iodine excess and hyperthyroidism. Thyroid. 2001;11(5):493-500.
3. SBU. Blodpropp – förebyggande, diagnostik och behandling av venös tromboembolism. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2002. Rapport nr 158, volym 3, appendix IV.
4. Filipsson Nyström H, Berg G, Eggertsen R, et al. Svenska joderingen av salt har minskat frekvensen av struma. Men låg användning av joderat salt i skolorna ger oro för framtiden. Läkartidningen. 2012; 109(3):90-3.
5. Braverman LE. Iodine and the thyroid: 33 years of study. Thyroid. 1994;4(3):351-6.
6. Conn JJ, Sebastian MJ, Deam D, et al. A prospective study of the effect of nonionic contrast media on thyroid function. Thyroid. 1996;6(2):107-10.
7. Hintze G, Blombach O, Fink H, et al. Risk of iodine-induced thyrotoxicosis after coronary angiography: an investigation in 788 unselected subjects. Eur J Endocrinol. 1999;140(3):264-7.
8. Martin FI, Tress BW, Colman PG, et al. Iodine-induced hyperthyroidism due to nonionic contrast radiography in the elderly. Am J Med. 1993;95(1):78-82.
9. Rhee CM, Bhan I, Alexander EK, et al. Association between iodinated contrast media exposure and incident hyperthyroidism and hypothyroidism. Arch Intern Med. 2012;172(2):153-9.
10. Bahn RS, Burch HB, Cooper DS, et al. Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: management guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. Thyroid. 2011;21(6): 593-646.
11. Bogazzi F, Bartalena L, Martino E. Approach to the patient with amiodarone-induced thyrotoxicosis. J Clin Endocrinol Metab. 2010;95 (6):2529-35.
12. Bogazzi F, Miccoli P, Berti P, et al. Preparation with iopanoic acid rapidly controls thyrotoxicosis in patients with amiodarone-induced thyrotoxicosis before thyroidectomy. Surgery. 2002;132 (6):1114-7.
13. Martino E, Aghini-Lombardi F, Mariotti S, et al. Treatment of amiodarone associated thyrotoxicosis by simultaneous administration of potassium perchlorate and methimazole. J Endocrinol Invest. 1986;9(3):201-7.
14. Martino E, Bartalena L, Bogazzi F, et al. The effects of amiodarone on the thyroid. Endocr Rev. 2001;22 (2):240-54.
15. Wolff J. Perchlorate and the thyroid gland. Pharmacol Rev. 1998;50(1):89-105.
16. Eskes S, Wiersinga WM. Amiodarone and thyroid. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2009; 23(6):735-51.
17. Svensk uroradiologisk förenings kontrastmedelsgrupp. Jodkontrastmedel – nationella rekommendationer, reviderade 2012. http://www.sfbfm.se/sidor/jodkontrastmedel
18. Nolte W, Müller R, Siggelkow H, et al. Prophylactic application of thyrostatic drugs during excessive iodine exposure in euthyroid patients with thyroid autonomy: a randomized study. Eur J Endocrinol. 1996;134(3):337-41.
19. Fricke E, Fricke H, Esdorn E, et al. Scintigraphy for risk stratification of iodine-induced thyrotoxicosis in patients receiving contrast agent for coronary angiography: a prospective study of patients with low thyrotropin. J Clin Endocrinol Metab. 2004;89(12):6092-6.

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

Citera som: Läkartidningen 2013;110:CEPU

Snabbspår vid lungcancer gav halverad utredningstid

KARL-GUSTAF KÖLBECK, med dr, överläkare, lung- och allergikliniken
karl.kolbeck@karolinska.se
SUSAN KAMAREJI, sektionsledare, Dagvården, Solna
HANS JACOBSSON, professor, överläkare, kliniken för radiologi; sektionschef, Nuklearmedicin
GUNNAR HILLERDAL, docent, överläkare, lung- och allergikliniken; samtliga Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Långa väntetider inom tumörsjukvården är ett problem. Inte minst gäller det lungcancer, som har varit en eftersatt tumörgrupp, trots att det är den vanligaste orsaken till cancerdöd i Sverige och numera även dödar fler kvinnor varje år än bröstcancer gör. Den dåliga prognosen har sannolikt bidragit till ett begränsat intresse för sjukdomen jämfört med andra tumörgrupper och därmed till en »ond cirkel« vad gäller omhändertagandet av dessa patienter.

Data från det nationella kvalitetsregistret för lungcancer visar att mediantiden för utredning av lungcancer (tiden från remissankomst till behandlingsbeslut) är 30 dagar [1]. Vid tidig lungcancer är denna tid 49 dagar! Till detta kommer patient- och läkarfördröjning (tiden till dess att remiss sänds till utredande klinik). Slutligen dröjer det innan behandlingen startas; totalt kan det röra sig om många månader [2]. Femårsöverlevnaden vid lungcancer är endast 15 procent [1, 3]. De flesta som överlever har undergått kurativt syftande kirurgi, men långtidsöverlevnad kan också ses efter multimodal onkologisk behandling [1]. PET/DT har förbättrat möjligheterna till en mer noggrann stadieindelning, vilket är en förutsättning för att kunna välja adekvat behandling. Socialstyrelsens riktlinjer för lungcancer rekommenderar också metoden [4].

Snabbspår Karolinska

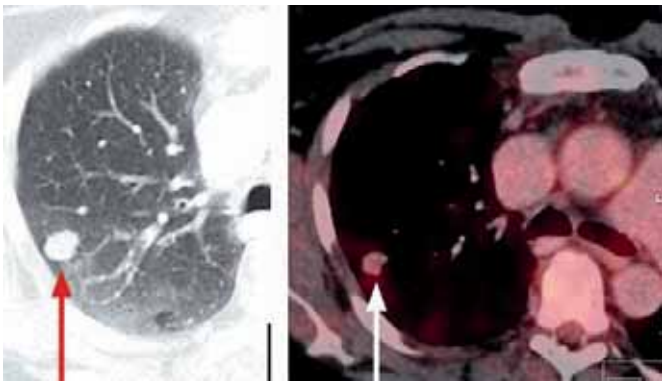
I Stockholms läns landsting är utredning och behandling av lungcancer centraliserade till Karolinska universitetssjukhusets lung- och allergiklinik vid utredningsenheterna i Solna och Huddinge. Över 1000 patienter utreds där varje år för misstänkt lungcancer, och 700 nya fall diagnostiseras. I december 2009 infördes i Solna ett schemalagt utredningsprogram, Snabbspår Karolinska, som inkluderar PET/DT, för att försöka förkorta utredningstiden. Utredningen sker i nära samarbete med klinikerna för röntgen, nuklearmedicin, toraxkirurgi och onkologi. Programmet ingår i ett större projekt som syftar till att skapa ett lungonkologiskt centrum för att förbättra utredning och behandling av lungcancer.

MATERIAL OCH METOD

Ett flödesschema för utredning av starkt misstänkt lungcancer i stadium I–III, dvs potentiellt botbara patienter, skapades (Fakta 1). Från starten har till att börja med en, numera två, patienter per vecka ingått. Patienterna selekterades av en erfaren lungspecialist utgående från remissuppgifter och röntgenutlåtanden. Inbokning av mottagningsbesök, diagnostiska ingrepp och bilddiagnostik görs av mottagningssköterska. Vi redovisar här de första 80 patienterna.

FAKTA 1. Snabbspårsmodell

Vecka 1: Remissgranskning av erfaren specialist, planering.
Vecka 1–2:
- Fredag: Nybesök hos specialist
- Måndag: PET/DT
- Tisdag: Fiberbronkoskopi (endobronkiellt ultraljud om PET/DT så indikerar)
- Torsdag: Terapironder
- Fredag (eller måndag vecka 3): återbesök



Figur 1. Kvinna född 1963. PET/DT bedömd som sannolikt benign. Transtorakal lungpunktion av tumör (pilen) visade adenokarcinom och torakotomi dessutom flera positiva N1-körtlar. DT vänster bild, PET/DT höger bild.

RESULTAT

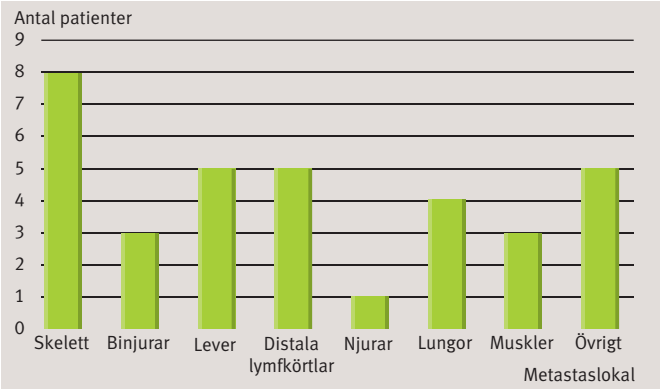
Av totalt 80 patienter hade vid remisskrivandet 71 redan genomgått DT-undersökning; övriga nio endast lungröntgenundersökning. 78 patienter fullföljde programmet, och PET/DT och bronkoskopi utfördes på 79 patienter. En undersökning avbokades då det vid röntgengranskning uppdagades att det rörde sig om spridd sjukdom. 58 patienterna hade lungcancer, varav flertalet adenokarcinom. Tre patienter hade metastaser från annan malignitet, och två visade sig vara lymfom. 64 procent av lungcancerpatienterna ansågs vara färdigutredda efter utredningsprogrammet.

Ytterligare diagnostik behövdes för 21 av de 58 patienterna med lungcancer, vanligen för att bekräfta cancerdiagnosen i tveksamt operabla fall eller där riktad strålbehandling (i regel med transtorakal punktion) övervägdes (nio fall) eller för att utesluta eller konfirmera spridd sjukdom. Sensitiviteten för cancer var hög vid PET/DT. Endast en av de 63 maligniteterna bedömdes vara negativ (Tabell I, Figur 1). Spridd sjukdom (stadium 4) kunde påvisas hos 17 patienter.

Den vanligaste metastaslokalen var skelettet, där flertalet patienter saknade lokala symtom (Figur 2 och 3). Engagemang av regionala lymfkörtlar påvisades också i många fall. Tre fall av tidigare ej känd synkron tumör påvisades: bröst-

SAMMANFATTAT

Långa väntetider inom lungcancersjukvården är ett problem.
Snabbspår Karolinska är ett försök att förkorta tiderna.
Inbokning av besök, ingrepp och bilddiagnostik för lämpliga patienter görs av sköterska inom en vecka.
Av 80 patienter hade 58 lungcancer, tre metastaser från annan malignitet, och två lymfom. 37 patienter med lungcancer erbjöds kurativt syftande behandling.
64 procent var färdigutredda efter utredningsprogrammet.
Nybesök skedde i median sju dagar efter remiss, och utredningstiden var i genomsnitt tio dagar.
Utredningen kan alltså göras snabbt och välplanerat, vilket talar för ökad kostnadseffektivitet; en vecka är sannolikt optimalt.



Figur 2. Metastaslokaler vid lungcancer efter PET/DT-bedömning. 17 patienter med totalt 34 metastaser detekterades.

TABELL I. PET/DT-fynd (primär lesion) vid utredning av potentiellt kurabel lungcancer (n = 79).

PET/DT	Malign	Benign
Positiv	61	8
Negativ	1	9
Totalt	62	17

cancer, prostatacancer respektive rektalcancer. Falskt positiva fynd förekom också vid t ex infektioner.

Totalt gjordes 29 operationer, varav två med benignt fynd. Två fall utgjordes av lymfom och ett av metastas från gynekologisk cancer. En patient hade en ovanlig tumör, ett epitelialt hemangioendoteliom, med malign potential. Två av lungcancerfallen var inoperabla, medan 21 kunde opereras radikalt. En patient erbjöds strålknivsbehandling och 15 patienter kurativt syftande kemoradioterapi. Två patienter avled före behandling och en postoperativt. Totalt kunde alltså 37 av 58 patienter med lungcancer (63 procent) erbjudas kurativt syftande behandling.

Mediantiden för nybesök var sju dagar efter att remiss anlänt. Utredningstiden var tio dagar i median. Hela utredningen (från remissankomst till behandlingsbeslut) tog 17 dagar i median för dem med lungcancer (Figur 4). Mediantiden från behandlingsbeslut till dess att behandling inleddes var 19 dagar för alla och 22 dagar för de opererade.

DISKUSSION

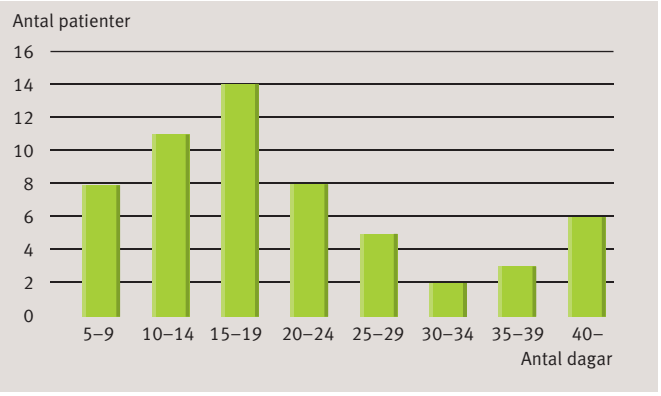
Ett snabbspår av denna typ kräver fasta tider som kan bokas av planeringssjuksköterska för mottagningsbesök, röntgen, bronkoskopi, PET/DT och konferenser med onkologer och toraxkirurger. Det är också viktigt att patolog-/cytologavdelningen kan ge snabba svar. Här behövs ett nätverk mellan inblandade och förståelse för utredningsprocessen. En fördel är att patienten från början kan ges en individuell plan för utredningen, vilket efterlysts från patienthåll. Stor erfarenhet hos remissbedömarna – liksom viss minimikvalitet på remisserna – är en förutsättning för att kunna upprätthålla kvaliteten. Kanske har vi varit väl restriktiva eftersom »träffsäkerheten« varit så stor, betydligt större än i t ex Danmark [5].

Risker

Det beskrivna snabbspåret är utvecklat specifikt för patienter med tumörstadium I–III och där kurativ terapi synes vara möjlig. Den största delen av våra patienter har tyvärr spridd sjukdom eller andra tillstånd som gör dem mindre lämpade för denna utredningsväg. Dessa patienter behöver klinisk bedömning, information och diskussion kring diagnostik och terapi och individuell planering. Risken för att ett snabbspår används på bekostnad av dessa patienter finns, men granskning av väntetiderna före och efter införandet av snabbspåret talar emot det. I stället sparas resurser. Det blir färre återbesök och inte minst färre samtidiga »bollar i luften«.



Figur 3. Ockult skelettmetastas vid rutinmässig PET/DT-undersökning.



Figur 4. Antal dagar från remissankomst till behandlingsbeslut för patienter med lungcancer (median 17 dagar).

Tidens betydelse på gott och ont

Vilken betydelse har snabb utredning? Rent medicinskt har man aldrig kunnat påvisa någon effekt på t ex överlevnad. I stället föreligger ett omvänt förhållande. Ju snabbare utredningstid, desto sämre prognos. Det beror på att patienter med dramatiska symtom – som hemoptys, hjärnmetastasering, skelettsymtom, stora palpabla lymfkörtlar etc – snabbt kommer till läkare och är lätta att diagnostisera men ofta har spridd sjukdom med dålig prognos.

I många fall, särskilt nu när DT av torax har blivit en vanlig undersökning, är förutsättningen också att man observerar patienten länge, ibland upp till två år, innan man ser en säker tillväxt av en förändring och en utredning därmed startas. Tiden har däremot stor psykologisk betydelse för patienten, och snabb och effektiv utredning sparar sannolikt också sjukvårdsresurser.

Hur snabbt ska man då utreda? Vi tror att en vecka är opti-

malt. Då hinner patienten även »anpassa sig« bättre, vilket inte ska underskattas. Att få hela utredningspaketet på en dag har prövats [6]. Det innebär att patienten tas in på morgonen och får besked på eftermiddagen. Detta kräver mycket god tillgång till sjukvårdsresurser och kan leda till att patienten inte hinner med psykologiskt.

KONKLUSION

Projektet utgör en pilotstudie som ett led i ett projekt att förbättra utredningen vid misstänkt lungcancer. Som synes är erfarenheterna goda. Utredningen var snabb, välplanerad och därigenom kostnadseffektiv. Med tillräcklig tillgång till radiologi, nuklearmedicin och patologi bör denna utredningsväg kunna omfatta flera patienter.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Nationellt kvalitetsregister för lungcancer. Regionalt cancercentrum, Uppsala–Örebro; 2010.
2. Koyi H, Hillerdal G, Brandén E. Patient's and doctors' delays in the diagnosis of chest tumors. Lung Cancer. 2002;35:53-7.
3. Coleman MP; for ICBP Module 1 Working Group. Cancer survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden, and the UK, 1995–2007 (the International Cancer Benchmarking Partnership): an analysis of population-based cancer registry data. Lancet. 2011:377(9760):127-38.
4. Nationella riktlinjer för lungcancervård 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
5. Pakkeforløb for lungekræft 2009. Köpenhamn: Sundhedsstyrelsen.
6. Aukema TS, Olmos RA, Klompe HM, et al. Evaluation of (18) F-FDG PET-CT for differentiation of pulmonary pathology in an approach of outpatient fast track assessment. J Thorac Oncol. 2009; 4:1226-30.

LÄS MER Engelsk sammanfattning Läkartidningen.se

Projekt har fått stöd från Sveriges Kommuner och landsting (SKL).

Prenumerera!

Skaffa dig ett eget exemplar av Läkartidningen.
Fyll i denna talong eller gå in på Lakartidningen.se

Ja, jag vill prenumerera på Läkartidningen under 12 månader

❑ LÄKARE, ej medlem i SLF 1523 kr
❑ MEDICINE STUD, ej medlem i MSF 1523 kr
❑ MEDICINE STUD, medlem i MSF 150 kr
❑ ÖVRIGA 2539 kr

Porto till utlandet tillkommer med max 950 kr/år.

❑ Ja, tack! Jag vill även ha Läkartidningens nyhetsbrev till min e-postadress helt kostnadsfritt

Läkartidningen
SVERIGE
PORTO
BETALT
PORT PAYÉ

Namn

Adress

Postadress

E-postadress

Pren/Personnummer

LÄKARTIDNINGEN

SVARSPOST
110 555 202
110 26 STOCKHOLM

Klipp ut och posta!

All kundinformation, såsom namn- och adressuppgifter m m, behandlas med hjälp av modern informationsteknik och lagras i Läkartidningen Förlag AB:s interna prenumerations- och kundregister. Prenumerationsregistret är integrerat i Sveriges läkarförbunds medlemsregister.

Utmanande saklig Läkartidningen

Citera som: Läkartidningen 2013;110:CESE

Angeläget med generösare provtagning för hepatit C efter blodtransfusion

Socialstyrelsens nya rekommendation för riskgrupper

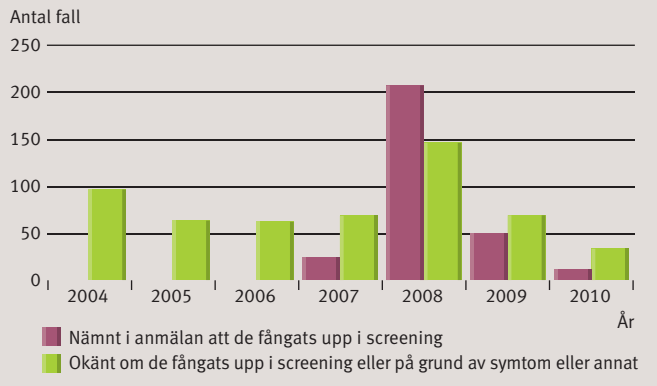
ANN-SOFI DUBERG, med dr, överläkare, infektionskliniken, Universitetssjukhuset, Örebro
ann-sofi.duberg@orebroll.se
FRIDA HANSDOTTER, epidemiolog, Smittskyddsinstitutet
ANNA-LENA HOW, utredare, enheten för hälsoskydd och smittskydd, Socialstyrelsen
AGNETA HOLMSTRÖM, enhetschef, enheten för hälsoskydd och smittskydd, Socialstyrelsen
BIRGITTA LESKO, leg läkare, utredare, enheten för hälsoskydd och smittskydd, Socialstyrelsen; de fyra senare Stockholm

Hepatit C-viruset (HCV) upptäcktes 1989, och därefter utvecklades diagnostiska metoder som visade att >90 procent av transfusionsorsakade hepatiter orsakades av HCV. I Sverige var förekomsten av HCV bland blodgivare 0,1–0,3 procent när blodgivarscreening infördes under 1991; därefter elimineradesrisken för transfusionssmitta nästan helt. Epidemiologiska studier i Sverige har visat att spridningen av HCV i befolkningen ökade under slutet av 1960- och under 1970-talet. Risken att smittas med HCV via blodtransfusion antas ha funnits under framför allt perioden 1965–1991, med störst risk åren 1970–1985 och vid upprepade och stora transfusioner [1].

Screening rekommenderades

Några uppmärksammade fall av transfusionssmitta som orsakade allvarliga leverkomplikationer, samtidigt som möjligheten att behandla och bota kronisk hepatit C hade förbättrats, föranledde Socialstyrelsen att utreda om screening av blodtransfunderade var motiverad. Efter inhämtande av underlag från en expertgrupp [1] kom man fram till att screening av vissa riskgrupper var befogad.

Socialstyrelsen rekommenderade i oktober 2007 landstingen att aktivt leta upp och erbjuda HCV-testning till personer som i barndomen hade hjärtopererats, behandlats för cancer eller vårdats på neonatalavdelning för utbytestransfusion eller prematuritet under åren 1965–1991 [2]. Man antog att många av dem hade fått blodtransfusioner men var omedvetna om det, och därför behövdes aktiv spårning. Socialstyrelsens expertgrupp beräknade att det fanns ca 150 000 personer i dessa riskgrupper, varav ca 45 000 sannolikt fått blodtransfusion som barn under perioden 1965–1991 [1]. Under 2010 utvidgades rekommendationen till att även inkludera kvinnor som transfunderats i samband med graviditet eller förlossning, då det hade framkommit att detta var en stor grupp som aldrig följts upp. Motivet till screeningen var att vid behov kunna erbjuda vård och behandling [2]. Socialstyrelsen har följt resultatet av HCV-screeningen och vid flera tillfällen begärt in rapporter från landstingen. Den senaste och avslutande uppföljningen redovisar resultatet av screeningen under 2007–2010.



Figur 1. Hepatit C-smitta via transfusion av blod eller blodprodukter i Sverige (före 1992), antal som diagnostiserades och anmäldes enligt smittskyddslagen åren 2004–2010.

Här följer en sammanfattning av resultat och slutsatser med syftet att belysa problematiken kring transfusionsöverförd HCV-infektion och att påminna om att det i Sverige fortfarande finns personer med oupptäckt transfusionsöverförd hepatit C. Sammanfattningen är utförd av de personer som på Socialstyrelsens uppdrag arbetat med uppföljningen av screeningen. Den fullständiga rapporten finns att läsa på Socialstyrelsens webbplats [3, 4].

Resultat: varierande engagemang i landstingen

Många landsting planerade initialt att aktivt spåra personer i de definierade riskgrupperna men konstaterade att det var mycket resurskrävande att söka i gamla journaler och att det ofta var omöjligt att bedöma om blod hade getts; dessutom saknades datoriserade register för stora delar av perioden. Endast fem landsting har bedrivit någon form av aktiv screening, där man försökt spåra och kontakta personer som tillhört vissa riskgrupper eller som vårdats under år när register funnits tillgängliga.

Alla landsting, med varierande grad av engagemang, har bedrivit någon form av informationskampanj till allmänheten med information via medier, presskonferenser, landstingens webbplatser, affischer på vårdinrättningar eller i samband med mammografi. Kostnadsfri HCV-provtagning erbjöds till alla som kunde ha fått blod 1965–1991. Kampanjerna bedrevs framför allt under 2008, därefter har informationen vanligen funnits kvar på webbplatser och vårdinrättningar.

Som ett resultat av kampanjen togs 2007–2010 (mest under 2008) minst 65 000 prov, varav minst 554 (0,9 procent) var positiva i antikroppstest, och av de 525 som testades vidare

SAMMANFATTAT

Blodtransfusion före 1992 innebar viss risk för smitta med hepatit C-virus (HCV).
Socialstyrelsen rekommenderade landstingen att spåra och erbjuda HCV-test till dem som i barndomen hade hjärtopererats, cancerbehandlats eller neonatalvårdats åren 1965–1991.
Kampanjer i landstingen bidrog till att det under åren 2007–2010 hittades drygt 600 personer som HCV-infekterats via blodtransfusion i Sverige före 1992, men alla som kan ha smittats som spädbarn har inte nåtts.
Socialstyrelsen har reviderat rekommendationen och förespråkar att landstingen ska vara generösa med provtagning och att det är angeläget med fortsatt information till riskgrupper, särskilt till dem som kan ha smittats vid vård i späd ålder.

var 389 (0,6 procent av samtliga prov) positiva för HCV-RNA som tecken på pågående infektion. Antalet provtagna var störst i Västra Götaland, där ambitionen varit hög. Kampanjernas omfattning i olika landsting har betydelse för hur man lyckats, men antalet redovisade prov beror också på i vilken utsträckning man märkt och bokfört remisserna samt på länets storlek och karaktär (t ex geografi och befolkningsstruktur). De olika landstingens resultat finns redovisade i rapporten [3]. Sannolikt resulterade kampanjerna i ännu fler prov som inte räknats därför att omärkta remisser användes. Detta stöds av rapporteringen enligt smittskyddslagen under 2008.

Enligt Smittskyddsinstitutet har det under åren 2007–2010 anmälts 294 personer (varav 207 år 2008) med hepatit C, där man på anmälan angett att de fångats upp tack vare screeningverksamheten. Dessutom anmäldes under 2008 ytterligare närmare 147 personer med inhemsk transfusionssmitta. Det betyder totalt 354 det året jämfört med tidigare 60–70 per år och 45 under 2010. Totalt under åren 2007–2010 har 613 personer med trolig inhemsk transfusionssmitta anmälts mot förväntade ca 250 (Figur 1).

Provtagning med sned ålders- och könsfördelning

Flest prov har tagits på personer som åldersmässigt inte kan ha tillhört de av Socialstyrelsen definierade barnriskgrupperna, och ca 80 procent av dem som screenats har varit kvinnor. De riskgrupper som fått blod i barndomen har visat sig vara svåra att nå; i några landsting har många hjärt- och cancersjuka barn redan tidigare HCV-testats, men de som vårdats på neonatalavdelning för utbytestransfusion eller prematuritet har man inte lyckats fånga upp.

Åtta landsting har rapporterat HCV-smittade uppdelade på riskgrupper. Totalt sett fanns flest positiva prov bland kvinnor som fått blod i samband med graviditet och förlossning, men kirurgi eller trauma i vuxen ålder var också en vanlig orsak (Tabell I). Från Smittskyddsinstitutet rapporteras att av dem som anmäldes 2007–2010 med inhemsk transfusionssmitta var 64 procent kvinnor och ungefär hälften av alla anmälda var födda så tidigt att de inte kan ha ingått i barnriskgrupperna (Figur 2).

Aktiv spårning och mödravårdsscreening

Fem landsting har bedrivit någon form av aktiv spårning. Halland och Västra Götaland har störst erfarenhet av att spåra och skicka kallelsebrev till tidigare icke-testade personer som tillhört de definierade barnriskgrupperna. Responsen har dock varit oväntat dålig. I Halland kom 264 av 577 kallade till provtagning (46 procent) och i Västra Götaland 479 av 4 535 kallade (11 procent). I Halland var ingen av de kallade HCV-positiv, däremot upptäcktes två som själva sökte med anledning av kampanjen och som hade smittats vid hjärtoperation i barndomen. Västra Götaland har, som resultat av screeningverksamheten, ur barnriskgrupperna funnit fem hjärtopererade, tre prematurvårdade och tio med annan orsak (t ex cancerbehandling) med positiva anti-HCV-test. Av dessa var tre hjärtopererade, tre prematurvårdade och åtta av de övriga HCV-RNA-positiva som vid pågående infektion.

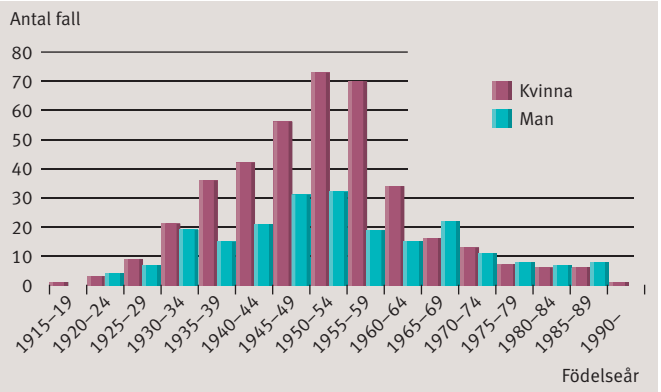
I Region Skåne HCV-screenades under 2009–2010 en tredjedel av alla gravida, totalt 10 767 personer. Man fann nio nyupptäckta HCV-infektioner, varav åtminstone åtta bedömdes som smittade på annat sätt än via blodtransfusion i Sverige.

Delvis lyckad verksamhet

Screeningverksamheten har varit lyckad såtillvida att ca 350 fler transfusionssmittade har identifierats: drygt 600 i stället för 250 förväntade under perioden 2007–2010. Skillnaden i aktivitet och engagemang mellan de olika landstingen är ändå en besvikelse. Endast ett fåtal landsting har verkligen försökt att aktivt spåra personer i riskgrupperna, men några har varit passiva även när det gäller kampanjer till allmänheten och uppföljning av dessa.

TABELL I. Antal positiva prov fördelade på riskgrupper (från åtta landsting: Stockholm, Blekinge, Halland, Västra Götaland, Värmland, Västmanland, Dalarna och Västerbotten).

Riskgrupp	Screening-positiv, antal	HCV-RNA-testad, antal	HCV-RNA-positiv, antal
Neonatal/prematur	15	13	11
Barncancer	1	1	1
Barnhjärtoperation	10	10	6
Barn, annan operation/trauma	23	23	19
Graviditet/förlossning	104	97	83
Vuxen, kirurgi/trauma	87	87	68
Vuxen,annan sjukdom	51	50	46
Totalt	291	281	234



Figur 2. Födelseår och kön hos dem som smittskyddsanmäldes 2007–2010 på grund av inhemsk HCV-smitta genom blod eller blodprodukter.

Personer med nyupptäckt HCV-infektion har vanligen remitterats till infektionsklinik för ställningstagande till behandling. I Västra Götaland konstaterades att majoriteten av de nydiagnostiserade transfusionssmittade kan vara aktuella för behandling [5]. Med nuvarande behandlingsmetoder kan HCV-infektionen botas hos mer än hälften av patienterna; i behandlingsstudier botades 65–80 procent beroende på HCV-genotyp, och inom några år kommer nya läkemedel med ännu bättre effekt och färre biverkningar [6].

Screeningkampanjen har huvudsakligen lockat medelålders och äldre till provtagning, och majoriteten har varit kvinnor. Yngre har varit svåra att nå, och även försök till aktiv spårning av personer som tillhört barnriskgrupperna har gett låg provtagningsfrekvens. Den största identifierade gruppen med transfusionsöverförd HCV-infektion är kvinnor som fått blod i samband med graviditet och förlossning. Med tanke på den sneda könsfördelningen i provtagningen kan man undra om kampanjen riktats mer till kvinnor än till män eller om män är mindre intresserade av hälsokontroller. En förklaring är också att prevalensen blodmottagare hos unga vuxna (20–39 år) är närmare dubbelt så hög bland kvinnor beroende på graviditets- och förlossningskomplikationer [7].

En stor grupp har missats

Landstingen är överens om att man inte lyckats nå alla i de utpekade riskgrupperna. Framför allt tror man att många av dem som vårdats som spädbarn för neonatal utbytestransfusion eller prematuritet inte har kontrollerats. Därmed finns troligen en relativt stor grupp i åldern 20–45 år som inte uppmärksammat uppmaningen att testa sig. Dessa personer mår

sannolikt bra och har ingen kännedom om att de kan ha fått blodtransfusion. Därmed känner de sig inte träffade av landstingens informationskampanj. En del av informationen har också getts på vårdinrättningar eller via kanaler som kanske inte nått denna målgrupp.

Intravenöst missbruk vanligaste smittväg

Blodtransfusion har orsakat ca 6 procent av alla diagnostiserade HCV-infektioner i Sverige. Den vanligaste smittvägen är intravenöst missbruk (ca 65 procent), där även sporadiskt eller kortvarigt missbruk innebär stor smittrisk. Den högsta prevalensen av diagnostiserad HCV-infektion, ca 1 procent, finns bland personer födda på 1950- och 1960-talen [8]. I USA ses en liknande åldersfördelning, och där rekommenderas nu screening med »engångstestning« av alla födda 1945–1965 [9]. Sannolikt finns det även i Sverige många personer med oupptäckt sjukdom eftersom hepatit C vanligen är en symtomlös infektion ända tills den orsakat allvarlig leverskada. Detta belyser vikten av frikostig provtagning för alla som så önskar. Screening av vissa åldersgrupper har hittills inte varit aktuell i Sverige.

Reviderade rekommendationer

Socialstyrelsen tar i den aktuella rekommendationen enbart upp dem som kan ha smittats inom vården via blodtransfusion, framför allt personer som kan vara omedvetna om att de fått blod som spädbarn. Det primära motivet till screeningen var att kunna erbjuda behandling när sådan bedömdes lämplig. Förutom smittskyddslagens krav på att spåra smittade så fanns ett etiskt ställningstagande i att försöka finna dessa patienter och att erbjuda behandling för en infektion som uppkommit i samband med sjukvård.

Socialstyrelsen har beslutat att rekommendationen om HCV-screening av personer som kan ha fått blodtransfusion under perioden 1965–1991 ska finnas kvar men har reviderat den. Landstingen rekommenderas inte längre att aktivt söka efter individer i riskgrupper då erfarenheterna visar att en sådan spårning är svår att genomföra, kräver stora resurser och inte ger önskat resultat. Representanter för landstingen har informerats om resultatet av screeningen, och att de flesta som fått blod som spädbarn och nu är unga vuxna troligen inte har nåtts av de informationskampanjer som genomförts. Landstingen bör därför fortsätta att aktivt informera om risken för HCV-smitta vid blodtransfusion under åren 1965–1991 och erbjuda gratis HCV-provtagning [2, 4].

Konklusion

Sammanfattningsvis finns det fortfarande personer med odiagnostiserad HCV-infektion som skulle ha nytta av diagnostik och behandling. Det är viktigt att landstingen gör vad de kan för att nå ut med information och erbjuder provtagning, framför allt till unga vuxna som kan vara omedvetna om att de fått blod som spädbarn. Information till allmänheten ger resultat, och nya kampanjer som riktas mot önskad målgrupp kan troligen bidra till att fler diagnostiseras. Alla inom sjukvården måste vara medvetna om att kronisk hepatit C kan förekomma även hos personer utan uppenbara riskfaktorer, t ex efter transfusion som spädbarn, sporadiskt missbruk eller okänd smittväg, och att hepatit C numera vanligen kan botas om diagnosen ställs innan allvarliga komplikationer har uppstått.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

LÄS MER Engelsk sammanfattning Läkartidningen.se

REFERENSER

1. HCV och blodtransfusion före 1992. Underlag från experter. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007 [citerad 19 febr 2013]. http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2007/2007-123-44.
2. Rekommendation för screening av patientgrupper som fått blodtransfusion i Sverige före 1992. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010 [citerad 19 febr 2013]. http://www.socialstyrelsen.se/publikationer 2010/2010-2-6.
3. Hepatit C hos patienter efter blodtransfusion – resultat av screening 2007–2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012 [citerad 19 febr 2013]. http://www. socialstyrelsen.se/publikationer 2012/2012-7-6.
4. Rekommendation för screening av patientgrupper som fått blodtransfusion i Sverige före 1992 – reviderad juni 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012 [citerad 19 febr 2013]. http://www.socialstyrelsen.se/publikationer 2012/2012-7-7.
5. Ydreborg M, Söderström A, Håkanson A, et al. Look-back screening for the identification of transfusion-induced hepatitis C virus infection in Sweden. Scand J Infect Dis. 2011;43(6-7):522-7.
6. Läkemedelsbehandling av hepatit C-virusinfektion hos vuxna och barn – uppdaterad rekommendation. Uppsala: Läkemedelsverket; 2011 [citerad 30 aug 2012]. http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/HCV-rekommendation_webb%5b1%5d.pdf.
7. Kamper-Jorgensen M, Edgren G, Rostgaard K, et al. Blood transfusion exposure in Denmark and Sweden. Transfusion (Paris). 2009;49(5):888-94.
8. Duberg A. Hepatitis C virus infection: A nationwide study of associated morbidity and mortality [dissertation]. Örebro: Örebro universitet; 2009.
9. Smith BD, Morgan RL, Beckett GA, et al. Recommendations for the identification of chronic hepatitis C virus infection among persons born during 1945-1965. MMWR Recomm Rep. 2012;61 (RR-4):1-32.



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

Berättelsen viktig vid hälsokontroll av asylsökande ungdomar

De berättelser ensamkommande barn och ungdomar bär på har mycket att lära oss om förhållanden i deras hemländer, det hårdnande klimatet i Europa, och om ungdomarna själva, skriver Kristian Svenberg.

Vid Flyktingmedicinsk mottagning, Närhälsan, Göteborg gör vi hälsoundersökningar av asylsökande. En stor del av dessa är ensamkommande ungdomar. Vi har först ett samtal, därefter görs en kroppsundersökning och provtagning avseende vissa infektionssjukdomar (tbc, hepatit m fl). 2012 sökte drygt 2 900 ensamkommande barn asyl i Sverige. Av dessa fick 1 800 positivt besked, huvudsakligen grundat på skyddsbehov. 416 fick avslag, och ytterligare 320 fick avslag med besked att asylprocessen skulle övertas av annat land enligt Dublinförordningen.

Majoriteten av barnen kommer från Afghanistan, följt av Somalia. Antalet förväntas öka under det kommande året. Ensamkommande barn definieras av Migrationsverket som »en person under 18 år som kommit hit och ansökt om asyl utan sina föräldrar eller annan legal vårdnadshavare« [1].

Under asylprocessen (vanligen 3–5 månader) får ungdomarna en god man som hjälper dem i kontakterna med myndigheter. I väntan på permanent bostad och kommunplacering får de ett provisoriskt boende och kan börja i skola. Berättelserna är oftast starka och etsar sig fast.

S, 16 år, från Somalia: En kvinnlig släkting hjälpte henne att lämna landet genom att betala en människosmugglare. Hon hade upprepade gånger misshandlats av en lokal milisgrupp och hotades med bortgifte.

På vägen till Sverige tvingades hon göra ett nästan halvårslångt uppehåll i Grekland. Där bodde hon i ett rum tillsammans med åtta andra flyktingar. En dag, på promenad med några väninnor, överfölls hon och de andra av ett gäng unga greker som misshandlade dem svårt.

S lyckades göra sig fri och sprang iväg, men förövarna skickde en hund efter henne som bet henne i armarna. Flickorna klarade av att ta sig till ett sjukhus, där de bakvägen lyckades få hjälp av en sjuksköterska. S har en avlägsen släkting i Sverige som hon får bo hos. Lugnt och stillsamt visar hon ärren efter hundbetten på armarna och märken efter de slag hon fått av milisen i hemlandet.

N, 17 år, från Afganistan: N förlorade tidigt sina föräldrar i kriget. Hon växte upp med sin farbror, som hotade gifta bort henne med en kusin, vilket hon vägrade. Hon gifte sig i stället med en jämnårig man och gick under jorden, då de hotades till livet av farbrodern och hans släkt. Hennes mormor, den enda person hon litade på förutom sin make, hjälpte dem att fly.

Färden gick i etapper genom Iran, Turkiet och Grekland. Hon utsattes för svår polisbrutalitet, framför allt i Ungern, där man tvingade henne att lämna fingeravtryck, vilket hennes make slapp. Av denna anledning hotas hon nu av utvisning till Ungern enligt Dublinförordningen. Maken kommer sannolikt att få asyl här.

N sover knappt på natten och har ofta mardrömmar. »Sverige är det land som hittills behandlat oss bäst under flykten. Men jag dör hellre än jag utvisas till Ungern.«



Foto: Colourbox

Majoriteten av alla ensamkommande barn och ungdomar som tagit sig till Sverige kommer från det krigshärjade Afghanistan.

A, 16 år, från Afghanistan: Den sista sträckan (mellan Grekland och Sverige) färdades A hopkrupen i en lastbil tillsammans med tre kamrater. En av kamraterna dog under resan.

A var så stel i kroppen när han dumpades i centrala Göteborg att det tog honom flera timmar innan han kunde gå igen. Av en slump stötte han ihop med landsmän som hjälpte honom att kontakta Migrationsverket.

I Grekland blev A ofta misshandlad av ungdomsgäng som drev omkring på gatorna. Han hade ensam lämnat sitt hemland då han vägrat ansluta sig till talibanerna. Han blev vid ett tillfälle svårt knivhuggen i ryggen och fick basal läkarvård.

Han har arbetat som herde i hela sitt liv. Hans pappa är död, modern lever under svåra förhållanden i Iran med två döttrar. Hans blick är stadig och handslaget fast.

»Man talade gott om Sverige i mitt hemland. Kanske kan jag få lugn och ro här och skaffa mig ett arbete.«

D, 16 år, från Somalia: D är trött och blek, men det finns en humoristisk gnista i hennes ögon. Hennes mormor hjälpte henne att lämna Somalia. Hon är föräldralös sedan många år och hennes liv har varit hårt. Då man ville att hon skulle gifta sig med en milisman som verkade mycket våldsam vägrade hon och gömde sig. Mormodern ordnade så att hon kunde flyga till Sverige från Kenya. Då hon pratar om sin mormor lyser det i hennes ögon. Hon opererades för struma för fem år sedan, men uppföljningen fungerade inte. Prover visade att hon har en grav hypotyreos med anemi. Hon lades in på sjukhus, fick blodtransfusion och medicin, och kommer att följas upp och kontrolleras för sina sjukdomar.

Ungdomarnas berättelser säger oss något om förhållandena i de länder varifrån de kommer. Släktkonflikter, som förvärrats av pågående krig och fattigdom, är vanliga. De säger oss också något om personerna själva.

Trots traumatiska upplevelser har de haft kraft att under svåra umbäranden ta sig till vårt land. Många tar stora risker för att bryta sig loss ur patriarkala system och våldsamma hemförhållanden. De gör det med stor målmedvetenhet. Några har upplevelser som kräver extra insatser. Detta gäller främst dem som utsatts för övergrepp eller misshandel.

De allra flesta berättar om förväntningar och drömmar, som alla andra ungdomar. Att skapa nätverk som möjliggör kontakter med svensktalande



KRISTIAN SVENBERG
specialist i allmänmedicin, MD, Flyktingmedicinsk mottagning, Närhälsan Göteborg
kristian.svenberg@vgregion.se

jämnåriga är kanske den viktigaste uppgiften.

Vi får också veta en del om det hårdnande klimatet i Europa. Den behandling många utsatts för i Grekland, Ungern och Slovakien för tankarna till helt andra tider. Vi måste värna asylrätten och fortsatt verka för en human flyktingpolitik. Barn borde helt undantas från Dublinförordningen, och slippa skickas tillbaka till andra EU-länder där de ofta har genomlidit svåra upplevelser.

Vi lär oss också av själva berättelsen. Hur återberättar man upplevelser som dessa? En del av ungdomarna är förtegna, andra mer öppna. En version kan aldrig vara den andra lik, erfarenheterna är oftast alltför kaotiska och skrämmande. Personliga förluster, kulturella skillnader i återberättande och individuella olikheter kan påverka berättelsen. Detta kan bädda för godtycke hos den som lyssnar, vilket påpekats av psykiatern Laurence J Kirmayer i hans kontakter med asylsökande i Kanada [2].

Till sist vill vi påminna om att dessa ungdomar har samma rätt till sjukvård – i samtliga avseenden – som alla andra barn i Sverige.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Statistik. Inkomna ansökningar om asyl, 2013. Norrköping: Migrationsverket; 2013.
2. Kirmayer LJ. Failures of imagination: The refugee's narrative in psychiatry. Anthropol Med. 2003;10(2):167-85.

FOTNOT

Sedan denna artikel skrevs har EU i en dom den 6 juni slagit fast att ett barns asylärende ska prövas i det land där barnet befinner sig. Vad gäller barnets bästa är detta ett klart framsteg mot tidigare praxis. Lagen är dock oklar på en del punkter, och utvecklingen om hur lagen tolkas måste följas. Mer information kan fås på Flyktinggruppernas riksråds webbplats http://farr.se

Behandling med cinacalcet vid sekundär hyperparatyreoidism hos dialyspatienter:

Viljan god – men evidensen då?

Stora förhoppningar har ställts på cinacalcetbehandling av patienter med kronisk njursvikt. De eventuella gynnsamma effekterna förefaller dock enligt kända studier vara mycket måttliga, och kostnaden för en förebyggd händelse torde uppgå till några miljoner kronor. Är detta väl använda pengar eller finns det bättre alternativ?



Illustration: Ewa Knutsson

Patienter med kronisk njursvikt, och i synnerhet de med dialysbehandling, är drabbade av en hög kardiovaskulär sjuklighet med stor risk att dö i förtid. Kärlsjukdomen karakteriseras av arteriell kalcifiering (= förkalkning) i både intima och media (Mönckeberg-ateroskleros) [1].

Stort intresse har riktats mot den störda mineralmetabolismen vid kronisk njursvikt som etiologisk faktor i kärlkalcifieringen. Särskilt förhöjda fosfatnivåer men även hyperkalcemi, sekundär hyperparatyreoidism, adynamiskt ben och förhöjda halter av FGF23 (fibroblast growth factor 23) har associerats med ökad risk för kärlkalcifiering och hög mortalitet [2].

Störningar i mineralomsättningen startar tidigt i förloppet vid kronisk njurinsufficiens. Urinutsöndringen av fosfat tenderar att minska med sjunkande glomerulär filtration. Detta leder initialt till en liten ökning i plasmanivåerna av fosfat. En rad kompensatoriska mekanismer inträder, och det fosfaturiska hormonet FGF23 frisätts för att återställa fosfatnivåerna. Nivåerna av aktivt vitamin D minskar, vilket bidrar till sjunkande plasmakalcium och en ökad PTH-frisättning. Till en början är processerna adaptiva, men med tilltagande njurfunktionsnedsättning överväger de negativa konsekvenserna. En rad observationsstudier har visat att förhöjda plasmakoncentrationer av fosfat och PTH är associerade med högre mortalitet och då i synnerhet kardiovaskulär sådan [3].

Förutom kärlförkalkningar leder långvarig, obehandlad sekundär hyperparatyreoidism med hyperfosfatemi till renal osteodystrofi med hög benomsättning och urkalkning av skelettet. Detta ger ökad frakturrisk och smärtsamma metastatiska mjukdelsförkalkningar och bidrar även till svårbehandlad uremisk klåda.

För att korrigera den störda kalk- och fosfatbalansen har njurmedicinen traditionellt använt sig av tre olika angreppssätt med begränsad framgång: kostråd med fokus på att minska födans fosfatinnehåll, intensifierad dialysbehandling samt fosfatbindande läkemedel och behandling med aktivt vitamin D för att minska PTH-frisättningen [4].

När läkemedlet cinacalcet, med en kalcimimetisk verkningsmekanism direkt på bisköldkörtlarna, kom för tiotalet år sedan var förhoppningarna stora att problemen med hyperparatyreoidism hos dialyspatienterna var löst. I den randomiserade, kontrollerade studie som utgjorde underlaget för registrering av cinacalcet visades att behandling av patienter i hemodialys ledde till en sänkning av PTH (medeltal 43 procent), medan plasmanivåerna av kalcium och fosfat sjönk något (<10 procent) [5].

En intensiv marknadsföring startades. Att behandlingen var dyr med en kostnad per patient och år på drygt 40 000 kr (vid en dos av 60 mg/dag), och att gastrointestinala biverkningar var vanliga, bekymrade föga. Inte heller verkade avsaknaden av evidens för att behandlingen gynnsamt påverkade betydelsefulla effektmått på hälsan hos den njursjuka patienten vara ett bekymmer.

Ytterligare studier visade att cinacalcet reducerade PTH med ca 40 procent såväl hos patienter med peritonealdialys [6] som hos dem med måttlig njursvikt [7-9]. Parallellt med detta sjönk kalcium med 10 procent medan fosfat kunde öka med upp till 20 procent [9]. I flertalet internationella njurmedicinska behandlingsriktlinjer under 2000-talet framhölls nu nyttan av cinacalcet för att nå de behandlingsmål som satts upp [10, 11].

En första analys av cinacalcets effekter på kliniskt relevanta utfall kom 2005 [12] och visade också lovande resultat [12]. I sammanställningen redovisades långtidsuppföljning av fyra kontrollerade studier i vilka biokemiska effekter av cinacalcet studerats.

PETER BÁRÁNY
docent i njurmedicin, Karolinska institutet; överläkare, njurmedicinska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge

CARL-GUSTAF ELINDER
adjungerad professor i njurmedicin, Karolinska institutet; chef för avdelningen för evidensbaserad medicin vid Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting
carl-gustaf.elinder@sll.se

OLA SAMUELSSON
docent i njurmedicin, överläkare vid njurmedicinska kliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg; verksam vid HTA-centrum, Västra Götalandsregionen

Analysen baserades på post hoc-analyser. Författarna redovisade en rad olika sekundära och tertiära utfall (incidensen av paratyreoideaoperation, frakturer, kardiovaskulärt betingad sjukhusvård, total sjukhusvård och dödlighet).

Slutsatsen var att cinacalcet kunde minska incidensen för några av dessa utfall. Att frekvensen paratyreoideaoperation sjönk hos patienter som behandlats med cinacalcet är dock inte så förvånande då höga PTH-nivåer i sig är en operationsindikation.

Mer intressant var, vilket poängterades av författarna, den minskade incidensen av frakturer. Att detta väsentligen berodde på en minskning av antalet rapporterade revbensfrakturer diskuterades dock inte.

Trots att vissa kritiker [13] påpekade att det fortfarande saknades studier som visade att behandling med cinacalcet har patientnytta i form av minskad sjuklighet och död, så ökade användningen av cinacalcet. Detta uppenbarligen utan att de höga kostnaderna beaktades. I Sverige har fram till 2012 cinacalcet nu förskrivits till en samlad kostnad på 243 miljoner kronor.

År 2010 publicerades en observationsstudie av hemodialyspatienter som rapporterade att cinacalcetbehandling var förenad med en lägre total dödlighet [14]. Detta var en icke-randomiserad studie och därmed fanns risk för okontrollerade förväxlingsfaktorer, vilket också påpekades i en ledare i samma nummer av tidskriften [15].

En randomiserad, kontrollerad studie från 2011 av 235 hemodialyspatienter undersökte utvecklingen av förkalkningar i koronarkärl och hjärtklaffar [16]. Den visade att progressen av kärlförkalkningar var något mindre uttalad i den cinacalcetbehandlade gruppen efter ett år. Skillnaderna i olika förkalkningsvariabler, som bör karakteriseras som surrogatutfall, var emellertid små (kring 10 procent), och i de flesta jämförelserna var de inte statistiskt signifikanta.

Först i slutet av 2012, åtta år efter registrering i Sverige, publicerades en randomiserad, kontrollerad internationell studie som var designad att utvärdera om cinacalcet har positiva effekter på kliniskt betydelsefulla utfallsvariabler [17].

I studien, som fått akronymen EVOLVE, randomiserades 3 900 hemodialyspatienter med PTH-värden över 300 mikrog/l till behandling med cinacalcet eller placebo. All övrig behandling sköttes enligt lokal praxis.

Patienterna följdes i upp till 64 månader. Den primära utfallsvariabeln var tiden till död eller till en allvarlig hjärt–kärlkomplikation (icke-fatal hjärtinfarkt, sjukhusvård på grund av kärlkramp, hjärtsvikt, eller utveckling av perifer kärlsjukdom), en »composite outcome variable«.

Som förväntat var dessa typer av händelser vanliga i båda studiegrupperna med en årlig incidens kring 10–15 procent. Trots detta kunde man inte påvisa någon skillnad i det primära utfallet, som inträffade hos 48 procent av de

MER DEBATT PÅ LÄKARTIDNINGEN.SE

Att Sveriges läkarförbund i år deltog tillsammans med Sylf (Sveriges yngre läkares förening) i Stockholm Pride har väckt debatt på Läkartidningen.se. Här publiceras utdrag ur debattinläggen.

Varför deltog Läkarförbundet i Pridefestivalen?

På vilket sätt motiveras ett deltagande i Pride utifrån förbundets portalparagraf eller övriga stadgar? Är ett deltagande över huvud taget i enlighet med förbundets stadgar? Vilket är förbundets mål med deltagandet?

––– Det är mycket angeläget för mig och andra medlemmar i Sveriges läkarförbund att få ta del av dokumenterade beslut och beslutsmotiveringar angående årets Pride-festival, samt att få svart på vitt om hur presidiet och/eller styrelsen i övrigt resonerar rent principiellt i frågan om deltagande i olika organisationers demonstrationer och annan lobbyberksamhet.

Annika Landgren

Replik: Ett ställningstagande mot diskriminering på arbetsplatserna

I Läkarförbundets aktuella verksamhetsplanering anges att vi ska arbeta mot diskriminering på våra arbetsplatser. Vårt blygsamma deltagande i Pride kan ses som ett litet steg bland flera i den riktningen. Läkarförbundets vision är ju också att vara till för alla läkare under hela yrkeskarriären. Det är ett inkluderande synsätt som självklart också omfattar HBT-personer bland läkare.

––– Läkarförbundets kommunikationsavdelning fick uppdraget att undersöka förutsättningarna för ett deltagande under Sacos paraply. Nu återstår att utvärdera resultatet av vår medverkan i Pride.

Marie Wedin

Slutreplik: Förbundet gick över gränsen under Pride

Tack, Marie Wedin, för ditt välavvägda svar! Sacos »vision om ett samhälle baserat på allas lika värde« och möjligheten att diskutera rätten till en god arbetsmiljö är enligt min mening bra motiv för Läkarförbundet att delta i Pridefestivalen och andra evenemang, på sådant sätt att man samlas i till exempel ett tält för information och samtal.

––– Att som fackförbund hissa regnbågsflaggan utanför Läkarförbundets hus, att uppmana »alla läkare att delta i Prideparaden« samt att även åka med på Sacos lastbilsflak, torde däremot vara att gå över gränsen för ett fackförbunds uppgifter. Då identifierar sig Läkarförbundet med den mångfald av politiska och etiska agendor som Pridedemonstrationen manifesterar. Förhoppningsvis beaktas denna viktiga balansgång i Läkarförbundets utvärdering av sin medverkan i Pride.

Annika Landgren

Sylf driver jämlikhetsfrågan »with Pride«

Sylf (Sveriges yngre läkares förening) deltog tillsammans med Läkarförbundet och Föreningen homosexuella läkare i Stockholm Pride under parollen »Läkare på Pride«. ––– Sylfs deltagande i Stockholm Pride är baserat i övertygelsen att alla människor är lika mycket värda och har samma rättigheter. ––– Våra kollegors lika värde och rättigheter, och våra patienters rätt till ett bra bemötande och likvärdig vård, baseras båda på mänskliga rättigheter och innefattar samtliga diskrimineringsgrunder. Hälso- och sjukvården är en mycket viktig samhällsfunktion och bör vara ett föredöme i arbetet för mänskliga rättigheter. ––– Jämlikhet är en viktig facklig fråga och Sylf driver den – with Pride!

Jonas Ålebring, Emma Spak

Glädjande att Läkarförbundet och Sylf fanns med i Stockholm Pride

Prideparaden är den största manifestationen under Stockholm Pride och omfattar nu 50 000 deltagare och över 500 000 åskådare. ––– Man glömmer lätt att de flesta deltagarna i paraden är vanliga människor och yrkesmänniskor som vill visa sitt stöd. ––– Enligt Stockholm Prides ledning har det i många år varit sektionerna Stolta föräldrar till homosexuella barn, Gaypoliserna och Föreningen homosexuella läkare som fått störst applåder och bifall. Detta upplever vi som ett kraftigt stöd till vårt arbete från allmänheten, och vi gläds nu åt att även Läkarförbundet och Sylf officiellt stödjer oss genom att delta i Stockholm Pride.

Sven Grützmeier



Foto: Colourbox

Att hissa regnbågsflaggan utanför Sveriges läkarförbunds hus var att gå över gränsen, anser Annika Landgren.

behandlade och 49 procent av kontrollerna. Biverkningar och avbrytande av behandling med studieläkemedlet var dock vanligare i behandlingsgruppen.

Cinacalcetbehandling medförde ingen minskad risk för frakturer, men gav lägre incidens av den ovanliga kärlsjukdomen kalcifylaxi. Flera problem med studien har diskuterats. Basala patientkarakteristika skiljde sig i några avseenden mellan grupperna, många avbröt studien i förtid och hos nästan en femtedel av patienterna i kontrollgruppen påbörjades cinacalcetbehandling under studien.

»I vår iver att göra nytta för de patienter vi är satta att hjälpa ägnas mycket behandlingsresurser åt att korrigera laboratorievärden.«

Vad kan vi lära av detta? Det är tyvärr inte första gången inom njurmedicinen som vi läkare begår misstaget att behandla laboratorievariabler, som i associationsstudier funnits vara riskfaktorer för sämre prognos, innan det tydligt visats att behandlingen påtagligt minskar risken för komplicerande sjukdom eller död hos våra patienter.

En rad negativa randomiserade studier av njurmedicinska patienter, som t ex tidig anemibehandling till normala Hb-värden [18], sevelamerbehandling av hyperfosfatemi [19], dubbel RAS-blockad [20, 21], statinbehandling av dialyspatienter [22-24], PTRA vid njurartärstenos [25], tidig dialysstart [26] och ökad dialysdos [27], borde ha lärt oss en del.

Inte bara att det är svårt att designa och genomföra bra studier, men också att antaganden om positiva behandlingseffekter från patofysiologiska förhållanden inte alltid utfaller som förväntat.

I vår iver att göra nytta för de patienter vi är satta att hjälpa ägnas mycket behandlingsresurser åt att korrigera laboratorievärden. Detta gör vi ofta påhejade av läkemedelsindustrin som till sitt stöd har arvoderade medicinska experter. Vi förmår då inte hålla emot, tänka kritiskt och basera våra kliniska beslut på tillräckligt stark vetenskaplig dokumentation.

EVOLVE-studiens resultat utesluter förstås inte att cinacalcet kan ha vissa gynnsamma effekter. Om de finns förefaller de emellertid vara mycket måttliga.

Med utgångspunkt från kända studier kan man möjligen minska de absoluta riskerna med några procent efter år av behandling till en årskostnad på ca 40 000 kronor. Detta innebär att kostnaden för en förebyggd händelse torde vara i storleksordningen några miljoner kronor.

Ska vi då ge en behandling som vi inte säkert vet gör nytta? De betydande resurser som då åtgår kan sannolikt användas bättre om de används till sådan med väldokumenterade och tydligt positiva effekter.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

LÄS MER Fullständig referenslista Läkartidningen.se

REFERENSER

3. Block GA, Klassen PS, Lazarus JM, et al. Mineral metabolism, mortality, and morbidity in maintenance hemodialysis. J Am Soc Nephrol. 2004;15:2208-18.
5. Block GA, Martin KJ, de Francisco AL, et al. Cinacalcet for secondary hyperparathyroidism in patients receiving hemodialysis. N Engl J Med. 2004;350:1516-25.
12. Cunningham J, Danese M, Olson K, et al. Effects of the calcimimetic cinacalcet HCl on cardiovascular disease, fracture, and health-related quality of life in secondary hyperparathyroidism. Kidney Int. 2005;68:1793-800.
14. Block GA, Zaun D, Smits G, et al. Cinacalcet hydrochloride treatment significantly improves all-cause and cardiovascular survival in a large cohort of hemodialysis patients. Kidney Int. 2010;78:578-89.
17. Chertow GM, Block GA, Correa-Rotter R, et al. Effect of cinacalcet on cardiovascular disease in patients undergoing dialysis. N Engl J Med. 2012;367:2482-94.

MER DEBATT PÅ LÄKARTIDNINGEN.SE

I Läkartidningen 25–26/2013 (sidorna 1228-9) publicerade vi ett inlägg av distriktsläkare Niklas Högerås, som ifrågasatte den information som patienterna i Kalmar län får inför screening för bukaortaaneurysm. I en kommentar i samma nummer konstaterade professor Martin Björck att screening av äldre män för bukaortaaneurysm är en av de mest effektiva och evidensbaserade medicinska åtgärderna. Han framhöll att det är rimligt att de som ansvarar för aortascreeningen också utformar informationen.

Debatten fortsätter på Läkartidningen.se med replik från Niklas Högerås som får svar av Martin Björck. Från Danmark skriver John Brodersen och bemöts även han av Martin Björck.

Nedan publicerar vi utdrag ur de respektive inläggen.

Replik till Martin Björck:
Hur kan man göra skada genom information?

Martin Björck skriver att det är oetiskt att inte erbjuda screening om det kan förlänga livet på människor. Detta påstående är i sig just det som är kärnan i min artikel. Läkaretiken grundar sig på att människor ska behandlas med respekt. Det är betydligt mer sannolikt att få veta att man har ett aneurysm som inte ska opereras men följas, än att man har ett aneurysm som kräver operation. Hur denna grupp mår har vi nästan ingen kunskap om – endast att screeningen, enligt Björck, förlänger liv. Betydligt fler ska må dåligt för att några inte ska dö av just bukaortaaneurysm. ––– För att information inför screening ska bli balanserad bör den utformas av andra än just kirurgerna. Det finns säkert många människor som hellre är ovetande. De kanske inte tycker att det är så viktigt vad de dör av. Människor ska väl inte genomgå screening för att minska belastningen för anhöriga och kirurger? Hur kan man göra skada om man informerar så att varje människa själv kan göra sitt val?

Niklas Högerås

Slutreplik till Niklas Högerås:
Ett bra samarbete bygger oftast på att man respekterar varandras kompetens

Självklart informerar vi kärlkirurger våra patienter mycket utförligt om för- och nackdelar med läkemedelsbehandlingar, undersökningar och operationer. Men då man inbjuder hela befolkningen av 65-åriga män till en helt ofarlig och smärtfri ultraljudsundersökning, som tar 4 minuter att genomföra, kan man inte skicka ut en alltför komplicerad information. Det har uppenbarligen skurit sig mellan dr Högerås och kärlkirurgerna i Kalmar i denna fråga om hur inbjudan ska utformas. Det är tråkigt eftersom ett bra samarbete mellan primärvård och specialistvård alltid gynnar patienterna och verksamheten. Jag känner inte till att det finns sådana problem i andra delar av landet.

Martin Björck

Fortsatt oklar nytta med screening för aortaaneurysm

Konklusionen blir alltså att vi ännu inte vet tillräckligt om möjliga skadliga effekter av screening. Och så länge vi inte gör det kan vi inte yrkesmässigt, etiskt, hälsoekonomiskt eller vårdpolitiskt förhålla oss till huruvida screening för bukaortaaneurysm är effektiv, än mindre till om de positiva effekterna överstiger de skadliga – eller omvänt.

John Brodersen

Replik till John Brodersen:
Svepande och dåligt underbyggda påståenden

JB påstår att mitt svar på Högerås debattartikel innehåller flera felaktigheter, men trots att jag har läst artikeln flera gånger ser jag inte att han har konkretiserat i ett enda avseende vad han menar med detta svepande påstående. Detsamma gäller den inledande meningen där han påstår att den information som kirurgkollegorna i Kalmar har utformat är »bristande och missvisande«. Vi får inte ta del av några exempel. Att debattera med sådana svepande ord är inte seriöst. ––– Vad JB inte verkar förstå är att man inte kan dra allmänna erfarenheter från ett screeningprogram och applicera det på ett annat. ––– Den verksamhet han angriper är ett av de mest kraftfulla instrument vi förfogar över för att förbättra livslängden hos äldre män, något som man faktiskt fäster viss vikt vid när man själv har passerat 60. ––– Avslutningsvis vill jag nämna att vi också bedriver mycket forskning som fokuserar på omvårdnaden av patienter med aortaaneurysm.

Martin Björck

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





Giftig läsning i böckernas värld

»Allting är gift – endast dosen gör att något inte är det«

August Strindberg beskriver i **»Tjänstekvinnans son«** den fascination som hans alter ego, läkarstudenten Johan, känner inför ett dödligt gift: »När han blev ensam i laboratoriet företog han sig små experiment på egen hand, och hade snart skaffat sig en liten flaska med blåsyra framställd med ganska stor fara. Den var märkvärdigt rolig att ha. Döden, slutet, i några droppar under en glaspropp.«

Hjalmar Söderberg tycks ha liknande tankar när han skriver i **»Doktor Glas«** om de små pillren med cyankalium att »I dem slumrar det en kraft, ond och förhatlig i sig själv, människans och allt levandes huvudfiende från begynnelsen.«

Gifterna har sedan antiken haft en central ställning i litteraturen; i Platons dialog **»Faidon«** ges en utförlig redogörelse för hur Sokrates dödsdom verkställdes med en giftdryck år 399 f Kr. Den dödliga drycken, som var beredd av opium, vin och odört, serverades i giftbägaren, koneion; den fick senare ge namn både åt odörten, Conium maculatum, och dess gift koniin. Eirikur Örn Norðdahl kommenterar Sokrates död i romanen **»Gift för nybörjare«**. Berättarjaget Halldór betraktar Davids målning »Sokrates död« och reflekterar över Sokrates sista ord i Platons dialog: »Kriton, vi är skyldiga Asklepios en tupp.« Asklepios var ju läkekonstens gud och till honom skulle man ge gåvor när hans växter, till exempel odört, användes.

Men vad är ett gift? Den mångsidigt och frenetiskt verksamme läkaren och naturvetaren Paracelsus formulerade under 1500-talets första hälft sin ofta citerade uppfattning att »allting är gift och ingenting är utan gift – endast dosen gör att något inte är gift«. Dessvärre är det väl så. År 2012 dog en ung kvinna av en överdos vatten som hon hade druckit snabbt i samband med ett parti vattenpoker. Ett extremt och ovanligt exempel kanske, men våra kroppsegna och livsnödvändiga ämnen insulin och kalium har faktiskt förekommit som mordgifter både i verkliga fall och i deckarnas fiktiva värld. En sjuksköterska i England seriemördade under 1970-talet barn som hon vårdade genom att ge dem injektioner av kalium eller i några fall insulin. Kanske har det fallet inspirerat den norska deckarförfattaren Anne Holt – i **»Det som tillhör mig«** mördas barn med kaliuminjektioner. I kriminalromanen **»Tröstaren«** av Karin Wahlberg, läkare och deckarförfattare, mördas en kvinna med insulin. H K Rönbloms debutdeckare **»Död bland de döda«** innehåller ett annat exempel på insulinmord.

Historiskt sett är det arseniken i form av den vita arseniktrioxiden, ofta kallad »vitt«, som har varit favoriten vid verkliga giftmord. I modern tid har cyanider kommit att dominera. I deckarlitteraturen är klassikerna cyankalium jämte arsenik och den dramatiskt verkande växtalkaloiden stryknin vanligast som mordgifter. Pregnant sammanfattas detta av systrarna Martha och Abby i den välkända komedin **»Arsenik och gamla spetsar«,** som filmatiserades med Cary Grant i huvudrollen. Han är brorson till de mordiska gamla damerna. När han frågar hur de gör svarar Martha att de inbjudna äldre herrarna får ett glas fläderblomsvin som beretts genom att i en gallon av drycken tillsätta en tesked arsenik, en tesked stryknin och »just a pinch of cyanide«.

MORDISKA MOLEKYLER

En tesked arsenik, en gnutta stryknin, kanske en nypa cyankalium... Det vimlar av giftmördare och -mörderskor i skönlitteraturens värld. Bara romanfigurernas – eller författarnas – fantasi sätter en gräns för sätten att administrera mordiska molekyler i hemlighet.

Foto: Colourbox



I Dorothy L Sayers **»Oskuld och arsenik«** möter vi privatdetektiven och aristokraten lord Peter Wimsey. I berättelsen anklagas författarinnan Harriet Vane för att ha mördat sin förre älskare med arsenik. Lord Peters betjänt Bunter, som behärskade konsten att utföra Marshs test, undersökte ett mystiskt vitt pulver och fann att det var arsenik. Den hade placerats i några ägg som använts vid tillagning av en giftig omelett. Astrid Lindgrens unge detektiv Kalle Blomkvist utför samma bravad när han i **»Mästerdetektiven Blomkvist lever farligt«** påvisar arsenik i en chokladkaka.

Varför har cyanider en dominerande plats som gift i kriminalberättelser? Den ganska låga dosen, det snabba förloppet och den karakteristiska doften förklarar väl en del. Och så förstås det faktum att giftet i likhet med arsenik har en förfärlig förankring i verkligheten. Folkmorden i Nazityskland, Hermann Görings välkända självmord i fängelset i Nürnberg, Jim Jones domedagssekt i Guyana, olycksfallet där diktaren Dan Andersson omkom på hotell Hellman i Stockholm efter att man cyanväterökt mot vägglöss, gaskammaren för avrättning av dödsdömda i USA – många verkliga fall påminner om cyankalium och vätecyanid. Mest välkänd bland detektivromaner med cyanid som mordgift är väl **»Tio små negerpojkar**« av Agatha Christie som med sina omkring 100 miljoner exemplar är världens mest sålda deckare – fortfarande ständigt läst.

I Alfred Hitchcocks thriller **»Psycho«**, filmen med den berömda duschscenen, redogör sheriff Chambers kort men kärnfullt för ett mord och ett självmord: »Mrs Bates förgiftade den här killen som hon hade ihop det med när hon kom på att han var gift, och tog sedan hjälp av samma medel själv. Stryknin. Ett fult sätt att dö.« Och på grund av den dödes utseende lär Kleopatra ha valt bort stryknin när hon förberedde sitt självmord genom att prova olika gifter på dödsdömda fångar.



VIT SOM DÖDEN
Oleander är en blomma som prunkar i oskuldens vita färg. Men ve den som förtär den.
Foto: Colourbox

Vad är det då som är så fult? Agatha Christies debutbok **»En dos stryknin«** förklarar en del. Händelserna på Styles Court i Essex utspelas under första världskriget. Mrs Inglethorpe påträffas döende och Agatha Christie beskriver förgiftningsförloppet och dödskampen på följande sätt: »Ett nytt plågoanfall hade kommit över den stackars gamla damen. [...] En sista konvulsion fullkomligt lyfte henne upp från bädden, så att hon slutligen såg ut att vila på blotta huvudet och hälarna, med den övriga kroppen på ett märkvärdigt sätt bildande en båge.«

Det är alltså ett dramatiskt förlopp och den närvarande läkaren doktor Bauerstein misstänker på grund av de specifika symtomen redan från början förgiftning med stryknin.

I klassikern **»Greven av Monte-Cristo«** av Alexandre Dumas inträffar flera dödsfall genom förgiftning med stryknin. I det franska originalet är giftet brucin, en med stryknin nära besläktad men något mindre giftig förening som också finns i Strychnos nux vomica och Strychnos ignatii (Ignatiusböna). En läkare påpekar efter markisinnan Saint-Mérans dödsfall att giftet verkar som läkemedel vid vissa sjukdomar.

Den vackra oleandern (Nerium oleander), vanlig som prydnadsväxt i medelhavsländerna, dödar med sitt innehåll av hjärtglykosider i **»Vit oleander«** av Janet Fitch och **»Med gift i blodet«** av Val McDermid. De aktiva beståndsdelarna i giftiga växter har ofta också en medicinsk användning och förekommer i läkemedel. Mest allmänt känt är förmodligen digitalis, från fingerborgsblomman (Digitalis purpurea), med bland annat hjärtglykosiderna digitoxin och digoxin, som ingår i flera hjärtmediciner. Digitalis är ett populärt gift i deckarlitteraturen. I Dorothy L Sayers **»Pinsamt intermezzo på Bellonaklubben«** används en digitalismedicin för att ta livet av »en gammal fin herre«, general Fentiman, som påträffas död sittande i sin vanliga fåtölj på herrklubben.

Tidlösa (Colchicum autumnale) är en annan giftig växt med en lång tradition som botemedel vid gikt. I kriminallitteraturen nyttjad bland annat i Anna Janssons **»Inte ens det förflutna«** och Nigel McCrerys **»Stilla vatten«**.

Idegranen (Taxus baccata), som dyrkats i vissa äldre kulturer, är synnerligen giftig. Ett ovanligt mord med idegranens gift taxin piggar upp en uttråkad rättskemist i Agatha Christies **»En ficka full med råg«**. Han skulle säkert förvånats över att den besläktade taxolen från en annan idegransart skulle komma att bli en viktig cancermedicin.

En man dör plötsligt i väntrummet på psykiatriska klinikens mottagning. Den tragiska händelsen utgör upptakten i Åsa Nilsonnes **»Tunnare än blod. En medicinsk kriminalroman«**. När kroppen öppnades såg man omfattande inre blödningar. Slutsatsen av obduktionen var att den döde »fått i sig något ämne som stör blodets levringsförmåga«. Han hade mördats med råttgiftet warfarin eller Waran, som ett läkemedel heter, vanligt vid akut behandling

av blodproppar och i förebyggande syfte för riskpatienter med vissa hjärt–kärlsjukdomar. Waran har utvecklats med utgångspunkt från dikumarol, en naturprodukt med en intressant upptäcktshistoria.

Paris år 1889 – världsutställningen pågår för fullt. Människor trängs för att besöka den nya stora attraktionen: Eiffeltornet. I **»Mordet i Eiffeltornet«** av Claude Izner (pseudonym för systrarna Laurence Lefèvre och Liliane Korb) avlider flera personer, med det enda gemensamma att de samtidigt har vistats i Eiffeltornet, av vad som först tycks vara bistick. Offren blir kraftlösa, faller ihop och slutar andas. De ser ut att förstå vad som sägs men kan inte själva tala. När morden – det är förstås inte fråga om några bistick – klaras upp, får läsaren en korrekt redogörelse för några intressanta grundfakta om curare, det gift som mördaren har injicerat med hjälp av en tatueringsnål.

Flera dödsfall som i själva verket är maskerade mord inträffar i **»Frukta inte«** av Anne Holt. Vid utredningen av ett av fallen finner man spår av curacit, ett läkemedel baserat på curare. När kommissarie Yngvar Stubø informeras om fyndet av curacit vet han naturligtvis vad det är – och säkert känner varje erfaren norsk kriminalpolis till att curacit var det gift som seriemördaren Arnfinn Nesset sprutade i sina äldre patienter på ett sjukhem. Nesset dömdes år 1983 för 22 mord och misstänktes ha tagit livet av ännu fler personer.

En detektivroman av Agatha Christie som har fått tämligen stor uppmärksamhet är **»Den gula hästen«**. Flera offer som dött i sjukdomar med diffusa symtom och olika diagnos visar sig ha det gemensamt att de under sjukdomstiden har drabbats av håravfall. Det avslöjas att det rör sig om talliumförgiftning. Talliumsalter hör till de vanligare mordgifterna i modern tid. Eftersom de används som råttgift var de tidigare också lätta att få tag på. Intressant nog har »Den gula hästen« haft betydelse vid upptäckten av en talliumförgiftning. Fallet inträffade 1977. Den drabbade var en 19 månader gammal flicka som vårdades vid Hammersmith Hospital i London för ett allvarligt sjukdomstillstånd. Det var en sköterska vid namn Marsha Maitland som satt hos barnet när läkarna vid ronden diskuterade fallet. Hon läste just Christies »Den gula hästen« och tyckte att flickans symtom stämde väl med dem som beskrevs i boken. Syster Maitland nämnde detta för läkarna och påpekade att barnets hår samma dag hade börjat falla av – ett karakteristiskt tecken på talliumförgiftning. De ansvariga läkarna insåg att just tallium saknades i den screening av olika gifter som man hade gjort. Med hjälp av Scotland Yard kunde misstanken bekräftas. Barnet fick adekvat vård och tillfrisknade. Händelsen gav upphov till en förstasidesrubrik i The Times den 23 juni 1977: »Barn räddat med Agatha Christies hjälp«, och läkarnas rapport avslutas med ett tack till »framlidna Agatha Christie för hennes utmärkta och insiktsfulla kliniska beskrivningar och till syster Maitland för att hon höll oss à jour med litteraturen«.

I dag torde överdosering av läkemedel vara en vanlig orsak till verkliga förgiftningar vare sig det gäller olycksfall, självmord eller mord. I kriminallitteraturen förekommer förutom de redan nämnda en lång rad aktuella eller numera övergivna läkemedel: Serpasil, Doleron, Mogadon, Theralen, Pilokarpin, Atropin, Skopolamin och Coramin är några exempel. Dessutom förekommer förstås de klassiska sömnmedlen kloralhydrat (Fleming, **»Kamrat mördare«**) och barbiturater (Eberhart, **»Veronal«**) men även mera vardagliga mediciner som paracetamol i form av Paracet (Anne Holt, **»Utan eko«**).



DÖDEN I GLASET
Värskan är utan färg, men om man tar en klunk så kan man kanske inte ta fler ...
Foto: Colourbox

Vilket är då det mest potenta giftet i kriminallitteraturen? Helt säkert botulinumtoxin. Två oerhört potenta biologiska gifter, botulinumtoxin och det oförstörbara toxinet »Satan Bug«, som är en vidareutveckling av poliovirus, har försvunnit från Mordon, det brittiska laboratoriet för utveckling av biologiska stridsmedel. Det är upptakten i Alistair MacLeans thriller **»Hotet«**. Mot »Satan Bug« finns inget vaccin och det skulle snabbt kunna utplåna allt liv på jorden. Det är förstås ett påhittat virus.

Botulinumtoxin är däremot inte påhittat, även om dess egenskaper inte skildras särskilt realistiskt i MacLeans thriller. Inte heller är det brittiska forskningscentret för kemisk och biologisk krigföring någon skapelse av MacLean, även om han ändrat namnet till Mordon. Storbritanniens stora militära forskningsanläggning som ligger i närheten av Salisbury heter Porton Down och har en lång och inte helt ärofull historia.

Minsta dödliga dos av botulinumtoxin är endast 0,00000005 gram, vilket kan jämföras med till exempel cyanidens 0,2 gram. Troligen är botulinum också det gift som vi har störst anledning att se upp med i vardagslivet. Botulinumtoxin är ett protein som bildas av Clostridium botulinum, en anaerob bakterie som växer i bland annat konserverade födoämnen och kan orsaka en typ av livsmedelsförgiftning som kallas botulism.

Psykiatern Ulf Durlings debutbok **»Gammal ost«** presenterar en originell mordmetod. Axel Nilsson påträffas död i ett inifrån låst rum på Lilla Pensionatet. Efraim Nylander, som är läkare, löser fallet. Nilsson hade haft en hjärnblödning och led av högt blodtryck. Han tog små skära tabletter – Darenthin. Mördaren hade också tillgång till små ljusröda tabletter – det antidepressiva läkemedlet Niamidal. Niamidal var en hämmare av enzymet monoaminoxidas (MAO), som bryter ner bland annat serotonin. En känd oönskad effekt av MAO-hämmare orsakas av att även nedbrytningen av tyramin minskas. Tyramin är ett ämne som finns i vissa livsmedel; inlagd sill, lagrade ostar och vissa rödviner – bland annat chianti – brukar nämnas som exempel. Allvarliga biverkningar i form av blodtrycksförhöjning med huvudvärk och hjärnblödning har inträffat när patienter som ordinerats MAO-hämmare äter sådana födoämnen. Så hur gjorde mördaren? Jo, han bytte ut Axel Nilssons blodtryckstabletter mot Niamidal och lät en vecka gå. Nu hade Nilsson högt blodtryck och låg halt av fungerande MAO. Då fick han en riktigt vällagrad cheddar och en flaska chianti-vin att festa på. I Sverige avregistrerades läkemedlet 1967.



Olle Matsson
professor, kemiska institutionen – BMC,
Uppsala universitet

Denna artikel är en mycket kort sammanfattning av författarens nyligen utkomna bok »En dos stryknin: om gifter och giftmord i litteraturen« (Atlantis; 2012).

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			
Upptäck Nya Zeeland	–	29–31	1375
Spec-läkare Transmedica Sverige	–	34–35	1503
Spec-läkare Vårdcentralen Arlöv	–	29–31	1371
Distr-läkare Vårdcentralen Teleborg Växjö	–	34–35	1500
Fastlegehjemmel Bjugn kommune Norge	–	34–35	1501
Spec-läkare allmänmed/geriatrik Vårdcentralen Närlunda Helsingborg	–	34–35	1499
Mobila läkare (två) allmänmed/internmed/geriatrik, Medicincentrum Landstinget Kronoberg	–	34–35	1495
Allmänläkare Stavre Vårdcentral Trollhättan	–	34–35	1503
Spec-läkare Aleris Vårdcentral Kneippen Norrköping	–	34–35	1503
Läkare, långa och korta uppdrag Bohus Rekrytering	–	32–33	1425
Spec-läkare Capio Vårdcentral Ringen Stockholm	–	34–35	1502
Distriktsläkare/geriatriker Forums Vårdcentral Stockholm	–	32–33	1429
Spec-läkare Sibyllekliniken Stockholm	–	34–35	1503
Spec-läkare Vårdcentralen Arlöv	–	32–33	1380
Distriktsläkare Axelsbergs vårdcentral Stockholm	–	32–33	1434
Specialister (två) i allmänmedicin Kista	–	29–31	1369
Spec-läkare Ekeby vårdcentral Ekeby	–	34–35	1491
Distriktsläkare eller leg.läkare, Vårdcentralen i Älmhult	–	32–33	1423
AKC-koordinator/Forskningscoach, Centrum för Primärvårdsforkning, Primärvården Skåne	–	32–33	1380
Spec-läkare (två) vårdcentralen Fristaden Eskilstuna	–	29–31	1370
Distriktsläkare Vårdcentralen Glänninge Laholm	–	32–33	1423
Överläkare/Bitr. Överläkare/Spec-läkare, Minneskliniken, Region Skåne Mlmö, Lund	25/8	32–33	1426
Distriktsläkare Närhälsan Dalaberg Vårdcentral Uddevalla	29/8	32–33	1430
Spec-läkare Capio Vårdcentral Högdalen Stockholm	31/8	34–35	1494
Läkare specialistkompetens 50%, Transkulturellt centrum, SLL	4/9	34–35	1496
Överläkare Förenade Care ASIH Byle Gård Stockholm	9/9	34–35	1499
Professor/førsteamanuensis, Tromsø Norge	10/9	34–35	1500
Distr-läkare Närhälsan Torpavallen vårdcentral Göteborg	13/9	34–35	1496
Specialist i allmänmedicin Bollmora	15/9	34–35	1501
ANESTESI OCH INTENSIVVÅRD			
Overleger Sykehuset Østfold Norge	–	34–35	1502
Överläkare Förenade Care ASIH Byle Gård Stockholm	9/9	34–35	1499
BARN- OCH UNGDOMSKIRURGI			
Verksamhetschef Barn- och ungdomskirurgiska kliniken , Skånes universitetssjukhus Lund, Malmö	8/9	34–35	1493
BARN- OCH UNGDOMSMEDICIN			
Spec-läkare Stockholms Läns Sjukvårdsområde	–	29–31	1372
Överläkare/Spec-läkare Lasarettet Trelleborg	–	29–31	1371
Överläkare Skånes universitetssjukhus Lund, Malmö	–	29–31	1371
Spec-läkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset Göteborg	1/9	32–33	1431
Läkare specialistkompetens 50%, Transkulturellt centrum, SLL	4/9	34–35	1496
BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRI			
Verksamhetschef Södra Älvsborgs Sjukhus	6/9	34–35	1496
BARN- OCH UNGDOMSRADIOLOGI			
Overlege Akershus universitetssykehus 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			
Leg läkare/Företagsläkare Previa Borås, Gävle, Jönköping, Kalmar/Oskarshamn	–	32–33	1435
GERIATRIK			
Spec-läkare allmänmed/geriatrik Vårdcentralen Närlunda Helsingborg	–	34–35	1499
Överläkare (två) TioHundra Vårdbolaget Norrtälje	–	34–35	1503
Mobila läkare (två) allmänmed/internmed/geriatrik, Medicincentrum Landstinget Kronoberg	–	34–35	1495
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	34–35	1499
HUD- OCH KÖNSSJUKDOMAR			
Hudläkare Fruängens läkarhus Fruängen	–	34–35	1497
INFEKTIONSSJUKDOMAR			
Bitr smittskyddsläkare Landstinget i Uppsala län	28/8	29–31	1374
Spec-läkare Södersjukhuset Stockholm	1/9	29–31	1370
Professor Lunds universitet Lund	30/9	34–35	1498
INTERNMEDICIN			
Mobila läkare (två) allmänmed/internmed/geriatrik, Medicincentrum Landstinget Kronoberg	18/9	34–35	1495
KARDIOLOGI			
Sektionschef, lasarettet Enköping	25/8	32–33	1430
KIRURGI			
Overlege, generell kirurgi, UNN Narvik Norge	–	32–33	1431
Överläkare/spec-läkare Södra Älvsborgs Sjukhus Borås	28/8	32–33	1431
Överläkare Förenade Care ASIH Byle Gård Stockholm	9/9	34–35	1499
Överläkare NÄL Trollhättan	11/9	34–35	1489
Spec-läkare/Överläkare Uddevalla sjukhus Uddevalla	11/9	34–35	1489
KLINISK FYSIOLOGI			
Överläkare/spec-läkare Fysiologiska kliniken Linköping	15/9	34–35	1492
KLINISK IMMUNOLOGI			
Överläkare/Spec-läkare Labmedicin Skåne Lund	–	34–35	1499
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 Halmstad	–	29–31	1368
Spec-läkare/Överläkare Södra Älvsborgs Sjukhus Borås	13/9	34–35	1496
MEDICINSK RADIOLOGI			
Specialistläkare Torsby	–	34–35	1500
Overleger Akershus universitetssykehus, Oslo Norge	1/9	32–33	1432
MEDICINSKA NJURSJUKDOMAR			
Specialistläkare till njurmedicin Karlstad	–	34–35	1500
NEUROLOGI			
Överläkare neurologi till medicinkliniken i Halmstad	–	29–31	1368
Neurolog Visby lasarett Visby	–	32–33	1423
Överläkare/Bitr. Överläkare/Spec-läkare, Minneskliniken, Region Skåne Malmö, Lund	25/8	32–33	1426

	Ansökningstiden utgår	Annons i nr	Sida
OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI			
Overleger/spesialistar, Kvinneklinikken Kristinsund og Molde sjukehus Norge	31/8	32–33	1424
Spec-läkare Karolinska Universitetssjukhuset Stockholm	31/8	32–33	1427
Överläkare Universitetssjukhuset Örebro	10/9	34–35	1499
Gynekolog IVF-kliniken CuraÖresund Malmö	15/9	34–35	1490
Specialist/Överläkare, kvinnokliniken Hallands sjukhus Varberg, Halmstad	15/9	34–35	1497
Professorship (två) University of Oslo Norge	30/9	29–31	1375
ONKOLOGI			
Överläkare Förenade Care ASIH Byle Gård Stockholm	9/9	34–35	1499
Spec-läkare/Överläkare Södra Älvsborgs Sjukhus	11/9	34–35	1496
ORTOPEDI			
Överläkare Skånes universitetssjukhus Lund, Malmö	–	29–31	1371
PSYKIATRI			
Överläkare med chöluppdrag	–	34–35	1500
Överläkare Psykiatriska kliniken, Ersta sjukhus Stockholm	–	34–35	1492
Överläkare, Psykiatrisk rehabilitering och rättspsykiatri	–	32–33	1380
Överläkare Psykiatriska kliniken, Öppenvårdsmottagningen, Landstinget i Jönköpings län Nässjö	–	29–31	1371
Överläkare Beroendecentrum Malmö	–	29–31	1371
Overlege/Spec-läkare Universitetssykehuset Nord-Norge	–	32–33	1433
Läkare, långa och korta uppdrag Bohus Rekrytering	–	32–33	1425
Overlege, Avdeling psykose, Haukeland universitetssjukehus Bergen	25/8	32–33	1428
Överläkare/Bitr. Överläkare/Spec-läkare, Minneskliniken, Region Skåne Malmö, Lund	25/8	32–33	1426
Overlege/spesialist, Avdeling stemning, Haukeland universitetssjukehus Bergen	25/8	32–33	1428
Överläkare Allmänpsykiatriska Mottag. Väst Alvik, Stockholm	4/9	34–35	1495
Läkare specialistkompetens 50%, Transkulturellt centrum, SLL	4/9	34–35	1496
Överläkare Psykiatrisk vårdenhet med integrerad öppen- och heldygnsvård, Södermalm Stockholm	6/9	34–35	1498
REHABILITERINGSMEDICIN			
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
Överläkare smärtrehabiliteringsteamet, Hallands sjukhus Halmstad	11/9	34–35	1490
REUMATOLOGI			
Spec-läkare/Överläkare medicin- och onkologikliniken Södra Älvsborgs Sjukhus Borås	25/8	32–33	1431
Verksamhetschef Reumatologiska kliniken , Universitetssjukhuset Örebro	25/8	32–33	1430
SKOLHÄLSOVÅRD			
Skolläkare Härnösands kommun Härnösand	–	34–35	1504
ÖGONSJUKDOMAR			
Överläkare/Spec-läkare Lasarettet Trelleborg	–	29–31	1371
Ögonspecialist/överläkare Östersunds sjukhus Östersund	–	34–35	1490
Spec-läkare ögonkliniken Skånes Universitetssjukhus Lund, Malmö	–	32–33	1380
Ögonläkare, ögonmottagningar Sophiahemmet och Vällingby Centrum Stockholm	–	34–35	1498
Ögonläkare Lindsbergs lasarett Lindesberg	15/9	34–35	1489
Spec-läkare/överläkare barnögonvård och skelning, S:t Eriks Ögonsjukhus Stockholm	22/9	34–35	1500
ÖVRIGA LÄKARTJÄNSTER			
Overlege Sykehuset Innlandset HF Norge	–	34–35	1495
Fastlegehjemmel Sør-Varanger kommune Norge	–	34–35	1501
Avdelingsleder, overlege Universitetssykehuset Nord-Norge	–	34–35	1499
Chefsläkare, Hälsa och habilitering Uppsala	–	32–33	1432
Neuropediatriker/Barnläkare Skövde	–	29–31	1372
Överläkare Region Skånes prehospitala enhet, Koncernkontoret Lund	–	29–31	1371
Läkare (alla spec) LäkarJouren, Narco Polo Sverige, Norge	–	32–33	1428
Läkare eller Spec-läkare xtracare Sverige, Norge	–	34–35	1497
Overlæge/afdelingslæge Patologisk Institut, Sygehus Vendsyssel Hjørring	–	34–35	1502
Upptäck Nya Zeeland	–	29–31	1375
Verksamhetschef Clinicum (utbildnings- och simuleringscentra)	1/9	32–33	1427
ÖVRIGA TJÄNSTER			
Divisionschefer (två) Neurodivisionen och Kvinno- och barndivisionen Akademiska sjukhuset Uppsala	–	29–31	1370
Resursområdeschef service och diagnostik Gotland	–	34–35	1504
Avdelningschefer (två) Socialstyrelsen Stockholm	–	29–31	1367
Seksjonsleder Oslo universitetssykehus Norge	–	34–35	1495
Verksamhetschef Höglandets sjukvårdsområde Eksjö	–	34–35	1502
Verksamhetschef, verks.omr Kvinnosjukvård/Förlossning Södersjukhuset Stockholm	–	34–35	1500
Verksamhetschef till ortopedkliniken	–	34–35	1497
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
Verksamhetschef S:t Eriks Ögonsjukhus Stockholm	11/9	34–35	1498
AT-/ST-TJÄNSTER			
ST-läkare, allmänmed Kvartersakuten Tegnérgatan Stockholm	–	34–35	1503
ST-läkare, Kvartersakuten Tegnérgatan Stockholm	–	34–35	1503
Underläkare/ST-läkare barn- och ungdomspsyk Akademiska sjukhuset Uppsala	–	34–35	1502
ST-läkare allmänmed Landstinget Kronoberg	–	34–35	1492
ST-läkare (tre) Jokkmokks Hälsocentral Jokkmokk	–	34–35	1494
ST-tjänst allmänmedicin, Hälsoringen Laholm	–	32–33	1423
ST-läkare Reumatologi, medicin- och onkologikliniken Södra Älvsborgs Sjukhus Borås	25/8	32–33	1431
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
ST-läkare oftalmologi S:t Eriks Ögonsjukhus Stockholm	8/9	34–35	1497
ST-läkare onkologi Södra Älvsborgs Sjukhus	11/9	34–35	1496
ST-läkare oftalmologi, Uddevalla sjukhus Uddevalla	30/9	34–35	1496
LEDIGA VIKARIAT			
Underläkare/ST-läkare barn- och ungdomspsyk Akademiska sjukhuset Uppsala	–	34–35	1502
Overlege kirurgi, Universitetssykehuset Nord-Norge HF Norge	–	34–35	1499
Underläkare (2) Barnkliniken Östersund	–	34–35	1492
ST-läkare/underläkare onkologi Landstinget Sörmland	5/9	32–33	1427
KURSER/SYMPOSIER/SEMINARIER			
Utbildningsdag, HjärtRytmGruppen, Stockholm/Uppsala, Malmö/Lund, Umeå	–	34–35	1494
Svensk-Etiopisk kurs i Tropiska infektioner och HIV Karolinska Universitetssjukhuset Stockholm	29/9	34–35	1497
Utbildning Psykoanalytiker, Svenska psykoanalytiska föreningens institut Stockholm	31/10	34–35	1501
Nationell forskarskola i klinisk cancerforskning, Karolinska Institutet och Uppsala universitet Stockholm, Uppsala	5/11	34–35	1501
STIPENDIER/ANSLAG/BIDRAG			
Forskn-anslag Capios Forskningsstiftelse	1/9	32–33	1424
Forskn-anslag Reumatikerfonden	30/9	34–35	1504
Anslag geriatrisk forskning Stiftelsen för Gamla Tjänarinnor SEB	30/9	34–35	1504
Forskn-anslag Edwin Jordans Stiftelse, Oftalmologisk forskning	30/9	32–33	1434
Anslag forskartjänster, Cancerfonden	1/10	34–35	1491
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

ÖREBRO LÄNS LANDSTING



Ögonmottagningen vid Lindesbergs lasarett söker erfaren

Ögonläkare

Läs mer om tjänsten på
www.orebroll.se/sv/Lindesberg/Arbeta-hos-oss
Sista ansökningsdag är söndag 15 september 2013.

Lindesbergs lasarett
ÖREBRO LÄNS LANDSTING



Vi söker nya medarbetare

Vi söker en:

Överläkare

Ref.nr: 2013/2198

Vi söker nu överläkare till vår Övre-gastrosektion, NÄL, Trollhättan.

För närvarande arbetar en överläkare och tre specialister i teamet. Vid sektionen bedrivs närmast komplett verksamhet inom området övre gastrointestinal kirurgi d.v.s. högspecialiserad vård såsom tumörkirurgi (exklusive pankreas och esofagus), avancerad laparoskopi inklusive betydande volymer bariatrisk kirurgi samt terapeutisk endoskopi inkluderande en stor ERCP-verksamhet. Baskirurgi i form av gallkirurgi och bråckkirurgi är också en del av verksamheten.

Bred kirurgisk erfarenhet med tonvikt på laparoskopisk kirurgi är meriterande liksom ERCP- kompetens.

Jourtjänstgöring ingår i tjänsten. NU-sjukvården har en egen FOU-enhet och möjlighet till forskning finns.

Vi söker en:

Specialistläkare/Överläkare

Ref.nr: 2013/2693

Vi söker en medicinskt ledningsansvarig kirurg, gärna erfaren specialist, som vill vara med och ta ansvar för att leda och utveckla den elektiva kirurgiska verksamheten vid Uddevalla sjukhus

Tjänsten innebär att du arbetar vid Uddevalla sjukhus med allmänkirurgisk mottagning, endoskopi och elektiva operationer. Vårdplatserna disponeras framförallt på en kortidsenhet men vid behov kan patienterna läggas in. I arbetsuppgifterna ingår också att besvara konsulter från andra kliniker samt stödja onkologmottagningens verksamhet.

Arbetet som medicinskt ledningsansvar kirurg vid Uddevalla sjukhus betyder också att du kommer att vara delaktig i klinikledningen.



Upplysningar: Verksamhetschef Maria Wiksten Ericsson.
Medicinskt ledningsansvarig läkare, Stefan Ander.
Sektionschef övre-gastrosektion, Peter Stubberöd.
Läkarföreningen, Andreas Samuelsson.
Alla nås via växel 010-435 00 00.

Sista ansökningsdag: 2013-09-11.

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

www.vgregion.se/jobb

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

IVF-kliniken CuraÖresund

Vi söker en gynekolog

med intresse för reproduktionsmedicin!

Som gynekolog på IVF-kliniken CuraÖresund i Malmö arbetar du med konsultation, utredning och behandling av infertila par. Vi erbjuder ett spännande och ansvarsfullt arbete präglat av nära patientkontakt och kontinuitet.

Läs mer om tjänsten på www.ivfsverige.se. Senast den 15 september 2013 önskar vi få din ansökan.

IVF-kliniken CuraÖresund är en del av IVF Sverige, marknadsledande inom IVF Norden.



FOTO FREDRIK HERRLANDER, VIDAR ASKLAND

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING SÖKER

Ögonspecialist/överläkare till Östersunds sjukhus

För mer information kontakta enhetschef Cathrine Thand 063-15 35 31 eller läs annonsen och sök jobbet på www.jll.se

Jämtlands Läns Landsting

HALLANDS SJUKHUS SÖKER

Överläkare smärtrehabiliteringsteamet

vid rehabiliteringskliniken Hallands sjukhus Halmstad, ref nr 96/13

Rehabiliteringskliniken Halland ansvarar för specialiserad rehabilitering inom sluten och öppenvård. I Halmstad har kliniken en slutenvårds-avdelning med därtill hörande specialiserad öppenvård och dag-rehabilitering. Kliniken är inne i en mycket aktiv utvecklingsfas i riktning mot en kraftigt förstärkt rehabiliteringsmedicinsk profilering. Vi har ansvaret för specialiteten inom hela Region Halland.

I kliniken ingår även all paramedicinsk personal på Hallands sjukhus Halmstad, Varberg och Kungsbacka.

Från 2014 kommer vi att ta över smärtuppdraget i regionen från Närsjukvården. Uppdraget innefattar rehabilitering vid långvarig icke malign smärta hos personer i vuxen aktiv ålder. Du kommer att få vara delaktig i utformning av ett interdisciplinärt, strukturerat och pedagogiskt uppbyggt program med kognitiv inriktning. Vid uppstart kommer ett team att vara stationerat i Varberg och under hösten 2013 utreds för start av ytterligare ett team med placering i Halmstad.

Kliniken har för närvarande tre överläkare, samtliga specialist-kompetenta i rehabiliteringsmedicin, och två ST-läkare.

Tillträde: Januari 2014

Kvalifikationer: Legitimerad läkare. Specialist i rehabiliteringsmedicin eller annan för verksamheten lämplig specialitet. Tilläggsspecialiteten smärtlindring/algologi eller erfarenhet av multimodal smärt-rehabilitering önskvärd.

Upplysningar: Verksamhetschef Lars-Göran Skarph, tfn 070-665 38 94 och överläkare Karin Rennblad Börner, tfn 035-13 65 61.

Facklig företrädare: Hallands läkarförening, överläkare Per Meijer, tfn 035-14 77 47.

Välkommen med din ansökan **senast den 11 september 2013** via vår hemsida **www.regionhalland.se/jobb**.

Du kan också skicka den till:
Hallands sjukhus, Personalavdelningen, 301 85 Halmstad, alternativt till personalavdelningen.hsh@regionhalland.se.

Region Halland
Hallands sjukhus

Inkomster på 150–160 000 kr per månad.

Vikariat i Norge som allmänläkare

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

Transmedica ingår samarbete med Nordvik

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

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

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

Börja när som helst under 2013.

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

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

Sök anslag för forskar-tjänster

- Klinisk cancerforskartjänst (50 %), 2 x 3 år
- Postdoktortjänst, 3 år
- Senior Investigator Award, 6 år
- Young Investigator Award, 6 år

Sista ansökningsdag är den 1 oktober 2013.

Läs mer på cancerfonden.se/forskning

90 SVENSK INSAMLINGSKONTROLL

Cancerfonden

-vårdvalet i din vardag

achima care
EKEBY VÅRDCENTRAL

Achima Care AB är en snabbt växande vårdgivare på den svenska marknaden. Vi driver vårdcentraler i Kronoberg, Västra Götaland, Sörmland, Skåne och Västmanland samt rehabenheter i Skåne och Kalmar län.

Vi söker en specialist i allmänmedicin till Ekeby vårdcentral,

en liten mysig vårdcentral i närheten av Helsingborg.



Isak Lindstedt, Verksamhetschef, Specialist allmänmedicin och internmedicin.

Intresserad?
Kontakta Isak Lindstedt, Verksamhetschef
Tel 0733-248 158
E-post isak.lindstedt@achima.se

Adress: Storgatan 46
Postnr: 267 76 Ekeby

Tel: 042-40 60 920

Internet: www.ekebyvardcentral.se
E-post: info@achima.se

Överläkare

Psykiatriska kliniken
Ersta sjukhus, Stockholm

Ersta diakoni

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/



Landstinget i Östergötland

Överläkare/ specialistläkare

Fysiologiska kliniken i Linköping

Vill du ingå i en högkompetent arbetsgrupp med stor arbetsglädje och arbeta i nära samarbete med andra specialiteter, sjukhusfysiker, ingenjörer och remittenter?

Gillar du även kvalitets- och utvecklingsarbete och vill ha möjlighet till forskning i framkant, ser vi gärna att Du blir vår nya kollega!

Välkommen med din ansökan senast den 15 september 2013.

Läs mer och ansök via www.lio.se/jobb

www.lio.se

Landstinget i Östergötland

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING SÖKER

Underläkare

Barnkliniken i Östersund söker två vikarierande underläkare i höst.

Vill du veta mer kontakta:
Enhetschef
AnnaLena Joelsson
Telefon 063-15 38 42

Jämtlands Läns Landsting

Läs mer och sök jobbet på www.jll.se/ledigajobb

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





Vill du:

- Ha stora möjligheter att påverka din utbildning?
- Ha tillgång till mycket god handledning av erfarna kollegor?
- Arbeta i ett landsting där du blir betydelsefull, får växa i din yrkesroll och kan påverka?

Landstinget Kronoberg söker ST-läkare i allmänmedicin – välkommen till oss!

I Landstinget Kronoberg finns vårdcentraler i städerna och på landet, privata och landstingsdrivna. Som ST-läkare hos oss får du mycket god handledning av erfarna kollegor, och du har stora möjligheter att påverka din utbildning och utveckla specialintressen.

ST-läkarna har regelbundna gemensamma träffar och utbildningar. Du deltar självklart också i den välorganiserade fortbildningsverksamheten för allmänläkare som finns i vårt län.

Läs mer och sök tjänsten på www.ltkronoberg.se, klicka på ”Jobba hos oss” och ”Lediga jobb”.

Landstinget Kronoberg

Kliv ut genom grinden och följ stigen ned till stranden. Här råder ett annat tempo.

Våra fritidshus i Skanör ger dig ett stimulerande avhopp från vardagen.

Välkommen!

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

www.lakarforbundet.se

Region Skåne söker:

Verksamhetschef till Barn- och ungdomskirurgiska kliniken vid Skånes universitetssjukhus

Barn- och ungdomskirurgiska kliniken finns i Division 2 vid Skånes universitetssjukhus (SUS) i Lund. Här ingår barnkardiologisk avdelning med dagvård och mottagning, barnkirurgisk avdelning med dagvård och mottagning, barnoperationsavdelning, dagkirurgisk avdelning med postoperativ enhet och barnintensivvårdsavdelning (BIVA). Vi bedriver även rikssjukvård för barnhjärtoperationer och hjärttransplantationer för hälften av Sveriges hjärtbarn.

Som verksamhetschef är du ansvarig för klinikens samlade verksamhet, ekonomi och personal och är direkt underställd divisonschefen. Du ingår i divisionschefens ledningsgrupp och förväntas själv leda den barn- och ungdomskirurgiska klinikens ledningsgrupp där bland annat klinikens enhetschefer och sektionsansvariga läkare ingår.

Vill du vara med och utveckla klinikens olika specialitetsområden och samordna verksamheten i syfte att vidareutveckla kvalitet, patientsäkerhet, resurseffektivitet och en god arbetsmiljö?

Vi söker dig som har högskoleexamen inom hälso- och sjukvård eller annat för tjänsten lämpligt område. Erfarenhet av arbete inom specialiserad/högspecialiserad sjukvård är ett krav, liksom flerårig chefserfarenhet. Ledarskapsutbildning och forskarexamen är meriterande. Vi ser även gärna att du har erfarenhet av forskning ur ett ledningsperspektiv samt av att driva verksamhetsutveckling. Utöver det är det en fördel om du tidigare har arbetat med fusionsarbete samt har klinisk erfarenhet.

Du är kommunikativ och har god samarbetsförmåga. Vi ser att du har intresse för samt god förmåga att motivera, entusiasmera och skapa delaktighet hos dina medarbetare. Du ser dig själv som en kreativ och lösningsfokuserad person som ser saker ur ett helhetsperspektiv. Du fattar, driver och följer upp beslut. Vidare har du engagemang och ett stort intresse för forskning, utveckling och utbildning.

Kontaktpersoner
Anders Dybjer, divisionschef, 0702-95 15 97
Charlotta Kjellin, HR-ansvarig, 046-17 23 52

Sista ansökningsdatum: 2013-09-08
Välkommen med din ansökan.
Läs mer och ansök 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.

JOKKMOKKS VÄLBEMANNADE HÄLSOCENTRAL UTLYSER



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

TEMA
Utbildningsdag i Förmaksflimmer

- Förmaksflimmer på Akutmottagningen
  - Kardioversion? Frekvensreglering? Strokeprofylax?
- Rytm- eller frekvensreglering?
  - Evidens och värdet av patient information
- Nya antiarytmiska preparat:
  - Är de effektiva och säkra?
- Ablation för förmaksflimmer:
  - ESC-rekommendationer och erfarenheter i Sverige
- Stroke profylax och blödning – experterna talar:
  - Vad välja i olika kliniska situationer?
  - Vilka score system skall användas?
- Förmaksflimmer i särskilda patientgrupper
  - Ischemisk hjärtsjukdom, njursvikt, unga/äldre
- Hälsoekonomi och förmaksflimmer
- Framtidsblickar



HjärtRytmGruppen

HRG

HRG’s Utbildningsdag

Stockholm/Uppsala -14/10

Malmö/Lund - 17/10

Umeå - 23/10

För mer information se:
http://cardio.se

Bayer · Cardiome · Boehringer Ingelheim · Takeda · Sanofi · Bristol-Myers Squibb · Pfizer · Medtronic · Biosense Webster · St. Jude Medical · Octopus Limedic

Sykehuset Innlandet HF

Fast 100 % overlegestilling
Granheim Lungesykehus
Läs mer på www.legestillinger.no

Oslo universitetssykehus

Oslo universitetssykehus söker:
Seksjonsleder till Oslo
Läs mer på legestillinger.no



STÖD FORSKNINGEN
Ring 020-90 20 90

BARNCANCER FONDEN
www.barncancerfonden.se

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

Två mobila läkare

till Medicincentrum Landstinget Kronoberg

I landstinget pågår ett arbete med skapa en välfungerande vårdprocess där samverkan sker mellan landstingets olika centrum och den kommunala hälso- och sjukvården. Genom utökad läkarmedverkan ska förutsättningar skapas för att den äldre patienten ska få sitt behov av vård och omsorg i hemmet. De mobila läkarna är ett komplement till primärvården. Det kommer att finnas möjligheter att utveckla verksamheten efter behov. Projektet omfattar två år.

Vi söker dig som är allmänläkare alt specialist inom internmedicin eller geriatrik med lång erfarenhet. Du ska ha stor social kompetens, kunna samarbeta, vara flexibel och vara bekväm med att fatta beslut. Projektet som mobil läkare kombineras med en tillsvidareanställning inom din medicinska specialitet.

Sista ansökningsdag 2013-09-18.
För mer information gå in på www.ltkronoberg.se och klicka på ”Jobba hos oss” eller ring centrumchef Per-Henrik Nilsson, tel. 0470-58 81 21.

Medflyttarservice — besök www.medak.info

Landstinget Kronoberg
www.ltkronoberg.se

www.slso.sll.se

Överläkare

till Allmänpsykiatriska Mottagningen Väst i Alvik

Vi behöver förstärka vårt nybesöksteam med ytterligare överläkare. Mottagningen är placerad vid Alviks Torg, på cykelavstånd från City och med T-bana, Tvärbanan samt bussar precis runt knuten.

Arbetsuppgifter: Verksamheten är organiserad i nybesöksteam och behandlingsteam. Arbetet i nybesöksteam präglas av nybesök med utredning, bedömning och kortare behandlingskontakter. Arbetet i behandlingsteamen innebär längre behandlingskontakter samt viss utredning. Nybesöksteamet är bemannat med specialistläkare, psykologer, sjuksköterskor, psykoterapeut samt sekreterare.

Mottagningen som helhet präglas av hög psykiatrisk och psykoterapeutisk kompetens. Verksamheten är välbemannad med specialistläkare, sammanlagt tolv befattningar.

Vi har kontinuerligt flera ST- och underläkare placerade hos oss.

Anställningsform: Tillsvidare. Heltid, möjlighet till deltid finns.

Kvalifikationer: Leg läkare med specialistkompetens i allmänpsykiatri. Erfarenhet av allmänpsykiatrisk öppenvård är meriterande. Stor vikt läggs vid personlig lämplighet samt god samarbetsförmåga.

Information om tjänsten lämnas av:
Enhetschef Lena Lilja, tel 08-123 486 29, medicinskt ledningsansvarig öl Pontus Edberg, tel 08-123 486 18.

Fackliga företrädare: Läkarföreningen Signe Dagh, tel 072-578 92 31.

Övrig information: Vi undanber oss kontakt med annons- och rekryteringsföretag.

Sista ansökningsdatum: 2013-09-04.

Refnr: **SLSO-13-62964**

Välkommen till din ansökan via **www.jobb.sll.se/SLSO-13-62964.**

Stockholms läns sjukvårdsområde
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING



Vi söker nya medarbetare

NU-sjukvården

ST-läkare inom oftalmologi

Ögonkliniken, Uddevalla sjukhus

Tillsvidare. Heltid. Tillträde enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2013/2692

Upplysningar: Verksamhetschef Christina Öberg, tfn 010-435 00 00 (vxl).

Sista ansökningsdag: 2013-09-30.

Södra Älvsborgs Sjukhus

Verksamhetschef

Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken

Tillsvidare. Heltid. Tillträde enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2013/2415

Upplysningar: Biträdande sjukhusdirektör Suzanne Guregård, tfn 033-616 19 90. HR-partner Anna Hedlund, tfn 033-616 24 02

Sista ansökningsdag: 2013-09-06.

Specialist/Överläkare Lungmedicin

Hjärt- och Lungkliniken, Borås

Tillsvidare. Heltid. Tillträde efter överenskommelse.

Ref.nr: 2013/2680

Upplysningar: Verksamhetschef Monica Hjelmgren, tfn 033-616 10 07, 0736-25 47 70.

Sista ansökningsdag: 2013-09-13 .

Specialist/Överläkare samt ST-läkare i Onkologi

Medicin- och onkologkliniken

Tillsvidareanställning

Tillsvidare. Heltid. Tillträde snarast eller enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2013/2679

Upplysningar: Verksamhetschef Ulrika Tägnfors, tfn 033-616 10 22. Sektionsansvarig läkare i onkologi Chaido Chamalidou, tfn 033-616 19 68. Läkarchef för underläkare Måns Thörnqvist, tfn 033-616 47 28.

Sista ansökningsdag: 2013-09-11.

Närhälsan

Distriktsläkare

Närhälsan Torpavallen vårdcentral Göteborg

Tillsvidare. Heltid. Tillträde enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2013/2678

Upplysningar: Vårdcentralschef Lotta Rinné-Ljungkvist, tfn 031-747 81 03, eller 0703-91 12 61.

Sista ansökningsdag: 2013-09-13.

www.vgregion.se/jobb

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

www.slso.sll.se

Läkare med specialist-kompetens, 50%

till Transkulturellt Centrum, SLL

Transkulturellt Centrum är ett kunskapscentrum inom Stockholms läns landsting med uppdrag att stärka landstingpersonalens kunskaper i transkulturella frågor. Centret arbetar med utbildning och information, handledning, konsultation och samordning kring hälsa och migrationsfrågor. Centret är en resurs för samtliga verksamheter med avtal med SLL.

Transkulturellt centrum arbetar även med hälsokommunikation. Syftet är att i samarbete med hälso- och sjukvården, arbetsförmedlingen och kommuner främja hälsa och förebygga ohälsa bland nyanlända och personer med bristande kunskaper i svenska språket.

Arbetsuppgifter: På grund av pensionsavgång söker Transkulturellt centrum en läkare på halvtid. Arbetet innehåller flera skilda arbetsuppgifter. Ett stort område är planering och genomförande av utbildning för vårdpersonal och ett annat är konsultation och handledning. Arbetet på centret innebär såväl självständigt arbete som samarbete i arbetsgrupper och team.

Anställningsform: Tillsvidare 50%.

Kvalifikationer: Legitimerad läkare med specialistkompetens i allmänmedicin, psykiatri, eller pediatrik. Erfarenheter av arbete inom transkulturell sjukvård och med asylsökande samt nyanlända flyktingar i sjukvården är meriterande, likaså erfarenhet av pedagogiskt arbete, forskning samt av att arbeta i projektform. Stor vikt läggs vid personlig lämplighet.

Information om tjänsten lämnas av: Enhetschef/överläkare Sofie Bäärnhielm. Tel: 08-123 486 79 eller 070-484 6162. Sjuksköterska Ann Johansson Olsson. Tel: 08-123 486 76 eller 073-684 1128.

Fackliga företrädare: Läkarföreningen Signe Dagh. Tel: 072-578 9231.

Övrig information: Vi undanber oss kontakt med annons- och rekryteringsföretag.

Sista ansökningsdatum: 2013-09-04.

Refnr: SLSO-13-62963, ansökan skickas via www.jobb.sll.se.

Stockholms läns sjukvårdsområde
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

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

Verksamhetschef

till ortopedkliniken

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

Medflyttarservice — besök www.medak.info

Landstinget Kronoberg
www.ltkronoberg.se

HUDLÄKARE

Vi söker specialist hudläkare till våra hudmottagning Fruängens läkarhus.

Vid frågor & information kontakta oss.
jamedicalcare@gmail.com

Svensk – Etiopisk kurs i Tropiska Infektioner och HIV

Karolinska Huddinge 3v; dec -13 – feb -14. Distansundervisning motsvarande totalt 1v.

Etiopien 15/3 – 30/3 2014.

Sista anmälan 29/9-13

www.lipus.se (nr 20130053), **www.tropcourse.se**

Jobba *var* och *när* du vill!

Är du **Läkare** eller **Specialistläkare**? Vi har jobb till dig både i Sverige och Norge!



MER INFORMATION PÅ:
www.xtracare.se eller **www.xtracare.no**
Maila oss på **doctor@xtracare.se**

xtra care

S:t Eriks Ögonsjukhus söker

ST-läkare i oftalmologi

Välkommen med din ansökan senast 2013-09-08.
Läs mer om tjänsten och ansök på www.jobb.sll.se
Se även vår webbplats www.sankterik.se

S:T ERIKS ÖGON SJUKHUS

Vi är en del av Stockholms läns landsting

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

Medicinska fakulteten ledigförklarar härmed följande anställning

Professor i infektionsmedicin

MEDICINSKA FAKULTETEN
ANSÖK SENAST 30 SEPTEMBER 2013, REF NR PA 2013/284

För mer information se
www.lu.se/ledigajobb

LUNDS UNIVERSITET

www.slso.sll.se

Överläkare

till Psykiatrisk vårdenhet Södermalm med integrerad öppen- och heldygnsvård

Vi söker nu överläkare till Psykiatriska vårdenheten Södermalm med integrerad öppen- och heldygnsvård.

Vårt framgångsrika arbete bygger på teamarbete och ett nära samarbete mellan läkaren och behandlingsansvarig personal av olika yrkeskategorier – en arbetsmodell som vi har utvecklat och finslipat under längre tid än kanske någon annanstans i landet. På enheten arbetar ca 90 personer.

Som specialistläkare hos oss har du ett självständigt och flexibelt arbete. Du har goda möjligheter att styra över din arbetsdag och ta egna initiativ. Du kommer att ingå i ett nätverk för läkare inom verksamheten som träffas en gång/månad för ömsesidigt erfarenhetsutbyte och samverkan. Det finns också goda möjligheter till kompetensutveckling. Du kommer att ha flexibel arbetstid och bland annat möjlighet till en timmes friskvård per vecka.

Dina arbetsuppgifter kommer att vara att bedöma, behandla och följa upp patienter, vilket innefattar att medicinska, sociala, psykologiska och juridiska perspektiv beaktas. Du ansvarar för både frivillig vård och vård enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Du deltar i teamarbete – ett gemensamt ansvar för vårdplanering tillsammans med patienten, behandlingsansvarig personal och samarbetspartners. Du samverkar med övriga enheter inom verksamheten och deltar i utvecklingsarbete och även i jourverksamhet.

Anställningen är en tillsvidaretjänst – men på minst 75 %. Du ska ha specialistkompetens i allmänpsykiatri. Vi vill också att du har en god samarbetsförmåga och är intresserad av att vara delaktig i arbetsplatsens utveckling och förändringsarbete.

Låter det här som en spännande utmaning? Hör av dig så berättar vi mer!

Kontakta medicinskt ansvarig överläkare Mehdi Javadi tel 08-616 65 35, alt 073-688 42 18 eller personalhandläggare Annika Elm tel 08-123 41016, alt 070-484 40 84. Facklig företrädare Anna Norberg/Läkarföreningen tel 070-513 78 03

Du är välkommen att ansöka via **www.jobb.sll.se/slso**
Sista ansökningsdag är 13 09 06.
Ref nr. SLSO-13-62993

Psykiatri Södra Stockholm
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

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

S:t Eriks Ögonsjukhus söker

Verksamhetschef

S:t Eriks Ögonsjukhus AB är ett av Europas ledande ögonsjukhus. Vi bedriver både planerad och akut ögonsjukvård och tar varje år emot 200 000 patientbesök från Sverige och utlandet. Som universitetssjukhus driver vi tillsammans med Karolinska Institutet forskning, utveckling och utbildning inom ögonsjukvård.

Verksamhetschef till kliniken för främre segmentet, glaukom, neurooftalmologi och ögonplastik

Här får du vara med och skapa framtidens ögonsjukvård och bidra till att nå vår vision om att vara ett av världens ledande ögonsjukhus. Som verksamhetschef har du det övergripande ansvaret för verksamhet, ekonomi och personal. Forskning, utbildning och utveckling är en integrerad del i klinikens verksamhet. Du är med i ledningsgruppen och rapporterar direkt till vd.

Kvalifikationer
Du är en god ledare med tidigare erfarenhet av ledarskap inom hälso- och sjukvården. Du är specialistkompetent läkare inom oftalmologi, och vi ser gärna att du är disputerad.

Personliga egenskaper
Du är tydlig, målinriktad och kommunikativ. Du stimulerar till nytänkande och utveckling av verksamheten och dina medarbetare för att åstadkomma ett värde för patienten. Du har lätt för att samverka och skapa goda relationer. Vi lägger stor vikt vid personliga egenskaper.

För mer information om tjänsten
Anders Boman, VD, 08-672 32 37,
anders.boman@sankterik.se
Se även vår webbplats: **www.sankterik.se**

Facklig företrädare
Lena Ivert, SACO/Läkarföreningen

Ansökan sker via www.jobb.sll.se

Sista ansökningsdag är 2013-09-11

S:T ERIKS ÖGON SJUKHUS

Vi är en del av Stockholms läns landsting

ÖREBRO LÄNS LANDSTING



Överläkare
med obstetrisk inriktning

Läs mer på www.orebroll.se/uso/jobb

Sista ansökningsdag 10 september 2013

Universitetssjukhuset Örebro
ÖREBRO LÄNS LANDSTING

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTÁBUOHCCEVIESSU

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN):
Årsvikariat som overlege
Kirurgisk seksjon
Läs mer på www.legestillinger.no

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTÁBUOHCCEVIESSU

2 lediga tjänster i Norge!
Avdelingsleder och fast stilling som overlege
Läs mer på www.legestillinger.no

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

Region Skåne söker:

REGION SKÅNE

Överläkare/specialistläkare

Klinisk immunologi och transfusionsmedicin
Labmedicin Skåne
Lund

Specialistläkare allmänmedicin/geriatrik

Vårdcentralen Närlunda
Primärvården Skåne
Helsingborg



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.

Södersjukhuset, verksamhetsområde Kvinnosjukvård/Förlossning söker

Verksamhetschef

som ska leda utvecklingen av framtidens kvinnosjukvård på Södersjukhuset



Läs mer på www.sodersjukhuset.se/jobb

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

Distriktsläkare

till vårdcentralen Teleborg i Växjö

Allt fler väljer att lista sig på vårdcentralen Teleborg och därför söker vi en kollega.
Vi har en stabil sammansättning med hög kompetens och serviceanda, vilket bidrar till nöjda patienter och arbetsglädje. Vill du bli en i gänget?

För mer information ring verksamhetschef Elisabeth Ferner tel 0470-58 67 38 eller gå in på www.ltkronoberg.se och klicka på "Jobba hos oss", ansökan senast 8 sept.

Medflyttarservice
- ring 073-048 50 05
eller besök www.medak.info

Landstinget Kronoberg
www.ltkronoberg.se

Landstinget i Värmland söker

Specialistläkare

Välkommen till **njurmedicinkliniken, Karlstad**.
Kontaktperson: verksamhetschef Anna-Karin Larsson, tfn 054-61 70 71 eller läkare Lars Weiss, tfn 054-61 50 00 vx.

Specialistläkare

Välkommen till **radiologi, Torsby.**
Kontaktperson: bitr enhetschef Britt-Marie Eskilsson, tfn 070-312 63 66 eller enhetschef Henry Andersson, tfn 054-19 17 50.

Överläkare med chöluppdrag

Välkommen till **allmänpsykiatriska slutenvården.**
Kontaktperson: verksamhetshef Anna-Karin Törnqvist, tfn 054-61 97 70, 073-077 77 19.

Läs mer om tjänsterna på

www.liv.se/jobb

Landstinget i Värmland

UNIVERSITETET I TROMSØ UiT

STILLING LEDIG

Det helsevitenskapelige fakultet
Institutt for samfunnsmedisin

Professor/førsteamanuensis i allmennmedisin

Stillingen er tilknyttet Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for samfunnsmedisin og er tillagt undervisnings- og fagutviklingsoppgaver knyttet til profesjonsstudiet medisin. Søkere med spesialitet i allmennmedisin eller samfunnsmedisin vil bli prioritert.

Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til instituttleder Bjørn Straume, tlf. (+47) 77 64 48 16/ 900 91 564, e-post: bjorn.straume@uit.no eller professor Hasse Melbye, tlf. (+47) 77 64 48 14, e-post: hasse.melbye@uit.no.

Søknadsfrist 10.09.2013

Fullstendig kunngjøring og elektronisk søknadsskjema, se: ***www.jobbnorge.no***

uit.no/tavla

jobbnorge.no

S:t Eriks Ögonsjukhus söker

Specialistläkare/ överläkare

till kliniken för barnögonvård och skelning

Välkommen med din ansökan senast 2013-09-22.
Läs mer om tjänsten och ansök på www.jobb.sll.se.

Se även vår webbplats www.sankterik.se.

S:T ERIKS ÖGON SJUKHUS

Vi är en del av Stockholms läns landsting

Utbildning till psykoanalytiker

Svenska psykoanalytiska föreningens institut planerar att starta en ny utbildning hösten 2015. **Sista ansökningsdag är 31 oktober 2013.**

Ansökningsformulär kan laddas ner från föreningens hemsida eller erhållas från föreningens expedition, tel 08-10 80 95.

För ytterligare information, se hemsidan **www.psykoanalys.se** eller kontakta antagningskommitténs ordförande Anneli Mark Orbinski: *anneli.mark-orbinski@ownit.nu*, tel 08-122 05 418.

spaf SVENSKA PSYKOANALYTISKA FÖRENINGEN

Svenska psykoanalytiska föreningen
Västerlånggatan 60, 111 29 Stockholm

Bjugn kommune

Fastlegehjemmel
Allmennmedisin

Läs mer på www.legestillinger.no

Sør-Varanger kommune

Fastlegehjemmel
3. gangs utlysning

Läs mer på www.legestillinger.no

www.slso.sll.se

Specialist i allmänmedicin

till Bollmora vårdcentral!

Bollmora vårdcentral har idag 14 000 listade patienter. Vi har nio ordinarie tjänster som är besatta av specialister i allmänmedicin. Då allt fler väljer att lista sig hos oss söker vi nu ytterligare en distriktsläkare

Vi erbjuder frihet under ansvar, regelbundna utbildningsinsatser samt arbetstider som kan diskuteras. Medicinskt ansvarig läkare ser till att vi har god kvalitet i patientomhändertagandet.

Vår väl fungerande vårdcentral har bl a BVC, Rehab, psykosocialt team samt specialsjuksköterska i diabetes. I anslutning till vårdcentralen finns ett laboratorium (Karolinska Universitetslaboratoriet).

Bollmora vårdcentral ligger vid trevliga Tyresö centrum med flera restauranger och butiker, och i närhet till vackra naturområden. Bollmora vårdcentral har mycket goda bussförbindelser med centrala Stockholm.

Du är varmt välkommen att höra av Dig!

Ansök elektroniskt via **www.jobb.sll.se**
Annonsen ref-nr SLSO-13-52152

Sista ansökningsdatum **2013-09-15**

Verksamhetschef Monica Skantze tel: 070 929 57 09
Medicinskt ansvarig läkare Maria Warenmark
tel: 08-718 72 84.
SLSOs Läkarförening: Cecilia Palm 070 829 5622

Bollmora vårdcentral
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Nationell forskarskola i klinisk cancerforskning – NatiOn – **utlyser kursplatser**

Karolinska Institutet och Uppsala universitet erbjuder hösten 2014 för tredje gången en nationell forskarskola i klinisk cancerforskning.

Utlysning och ansökan sker 5 september–5 november 2013.

För ytterligare information, se
ki.se/forskarskola/cancer

UPPSALA UNIVERSITET

Karolinska Institutet

Verksamhetschef

Kvinnokliniken, Höglandets sjukvårdsområde
Eksjö

Läs mer och ansök på www.lj.se/jobb

Landstinget i Jönköpings län

Capio Vårdcentral

En av Stockholms största vårdcentraler
Capio Vårdcentral Ringen söker

Specialist i allmänmedicin

Läs mer om tjänsten och ansök via
www.capio.se *(välj Ringen)*

För ytterligare information kontakta
Kerstin Henriksson, Verksamhetschef och Specialistläkare i allmänmedicin
Tel: 070-671 10 87, kerstin.henriksson@capio.se

AKADEMISKA SJUKHUSET

Med 8 000 anställda, 1 100 vårdplatser och omfattande öppenvård är Akademiska sjukhuset ett av Sveriges största universitets- och forskningssjukhus. Förutom rollen som länssjukhus är Akademiska storsäljare av högspecialiserad vård och betjänar två miljoner människor i Mellansverige.

Underläkare/ST-läkare

Psykiatridivisionen/BUP

Vi söker en underläkare/ST-läkare till Barn- och ungdomspsykiatrin.

Läs mer på www.akademiska.se/arbeta
Välkommen med din ansökan!

www.akademiska.se LANDSTINGET I UPPSALA LÄN

SYKEHUSET ØSTFOLD

Jobba i Norge!

Vi er en av Østfolds største arbeidsplasser med 4800 medarbeidere, og er lokalisert i Fredrikstad, Moss, Halden, Sarpsborg, Askim og Eidsberg.

Overleger - anestesiologi
Avdeling for anestesileger

2 100 % faste stillinger ledig fra 02.01.2014.

Sykehuset Østfold bygger nytt akuttsykehus på Kalnes og utvider og moderniserer i Moss. Her bygges nye operasjonsstuer og vi vil i løpet av høsten 2013 åpne en operasjonsavdeling med oppvåkning og mottaksarealer.

Gå in på www.legestillinger.no och läs mer!

---

job.rn.dk

JOB I REGION NORDJYLLAND

Overlæge/afdelingslæge

Patologisk Institut, Sygehus Vendsyssel, Hjørring
Som speciallæge får du et eller flere hovedansvarsområder, idet der tilstræbes en vis form for subspecialisering. Du indgår på lige fod med afdelingens øvrige speciallæger i det daglige afdelingsarbejde.
Vi sætter fokus på uddannelse og forskning. Hvis egenskaber som ansvarsfølelse, kvalitetsbevidsthed, fællesskab og arbejdsglæde tiltaler dig, så hold dig ikke tilbage men send os en ansøgning.

Yderligere oplysninger
Viceklinikchef og specialeansvarlig ledende overlæge Morten Johansen tlf. 45 97641204.

REGION NORDJYLLAND

Niels Bohrs Vej 30 9220 Aalborg Ø www. job.rn.dk

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.



Pengar är inte allt, men viktigt! Vi söker nytänkande och innovativa Allmänläkare för fast tjänst till Stavre Vårdcentral i Trollhättan. Vi erbjuder ett utvecklande arbete tillsammans med ett stabilt och fast läkarteam. **www.medpro.eu.**

medpro CLINIC

Kontakta: Danielle Braender
danielle@medpro.se eller
070 5599200

Medpro Clinic är grundat och drivs av läkare sen 1999. Vi driver 4 vårdcentraler i Trollhättan med omnejd. 35.000 listade patienter, 100 anställda och omsätter för ca 140 Mkr

Aleris Vårdcentral Kneippen söker

Specialist i allmänmedicin

Växa med oss!

Aleris Vårdcentral Kneippen i Norrköping söker dig som är Leg. Läkare.

- Specialist i allmänmedicin är meriterande
- Annan specialistkompetens kan också vara av intresse

Intervjuer sker löpande. Välkommen med din ansökan.

Vid frågor är du välkommen att kontakta:
Ewa Arnbom verksamhetschef, ewa.arnbom@aleris.se, 076-724 46 72 eller Elizabeth Lindström bitr. verksamhetschef, elizabeth.lindstrom@aleris.se se, 073-317 47 21.

Läs mer om tjänsten och ansök på
aleris.se/ledigajobb

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

Aleris VÅRDCENTRAL

Lyckopenningen
- gåvan som är mer än ett vackert smycke
Ring och beställ **08-39 90 70**
Synskadades Riksförbund
www.lyckopenningen.nu

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

Sibylle KLINIKEN

SPECIALIST
i allmänmedicin

Sibyllekliniken är en väletablerad läkarmottagning centralt på Östermalm. Mottagningen bedriver husläkar- och specialistläkarvård.

Husläkarmottagningen expanderar och vi söker ytterligare kollega som vill ingå i en mycket trivsam organisation.

Tjänstgöringsgrad och tillträde enligt ök.

Välkommen att kontakta dr Hans Berglund
hans.berglund@sibyllekliniken.se

Tel 070-767 75 82 för ytterligare information och ansökan.

TRANSMEDICA

Är du allmänspecialist och vill jobba inom primärvården i Sverige?
Du kan tjäna upp till 180 000 SEK per månad.

Här ser du varför du ska välja Transmedica:

- Bästa lön
- Gratis skatterådgivning
- Flera anställningsformer
- Bonusprogram
- Vi sammarbetar med Nordvik-Transmedica för vikariat i Norge som kommunläkare

För mer information kontakta:
Anette Hagel Olsen +46 31 123980 / aol@transmedica.se eller
Cecilia Rosenquist +46 702839009 /cro@transmedica.se

Två överläkare
till Geriatriska kliniken i Norrtälje

För mer information kontakta klinikchef/ överläkare Leif Spångberg, tel 0176-326 804.

tiohundra VÅRDBOLAGET



För mer information besök
www.tiohundra.se/ledigajobb

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



HÄRNÖSANDS KOMMUN

Skolförvaltningen söker

Skolläkare 50 % till skolhälso-vården/den medicinska insatsen i elevhälsan vid grundskolan, gymnasieskolan och särskolan.

Mer information om tjänsterna finner du på **www.harnosand.se/tjanster**

Härnösands kommun
www.harnosand.se



Var med och utbilda varje flicka!
Bli Flickaföretag på plansverige.org

Plan Because I am a Girl



Gotland

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

Betala räkningar? Kul!

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

Geriatrisk forskning

Stiftelsen för Gamla Tjänarinnor anslår medel för främjande av vetenskaplig forskning inom Geriatriken. Anslag kommer att utdelas våren 2014. Tillgängligt belopp för utdelning är cirka 3 000 000 kronor. Ansökningar om anslag bedöms av en vetenskaplig kommitté och beslut om utdelning fattas av stiftelsens styrelse.

Ansökningar (4 exemplar) skall vara poststämplade senast den 30 september 2013.

Ansökan skall ske på särskild blankett som insändes till:
SEB Stiftelser, ST S3, 106 40 Stockholm

Ansökningsblankett kan rekvireras på seb.se/stiftelser under "Ansök om stipendium".

SEB

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

NYTT OM NAMN

Alzheimerforskare får Lennart Levi-priset


Foto: Stefan Zimmerman
Miia Kivipelto

Miia Kivipelto, professor i klinisk geriatrisk epidemiologi vid Karolinska institutet och verksam vid Alzheimercentrum och Aging Research Center, har utsetts till mottagare av Skandias Lennart Levi-pris 2013.

Miia Kivipelto får priset för att hon i sin forskning om demenssjukdomar påvisat flera behandlingsbara riskfaktorer och därmed gett en mer optimistisk bild av möjligheterna att förebygga och behandla dessa sjukdomar.

Priset, som är på 100 000 kronor, kommer att delas ut vid Karolinska institutets installationshögtid den 24 oktober. ■

Nya docenter vid Lunds universitet

Vid Lunds universitet har som docenter antagits **Kristina Forslind** i reumatologi, **Xinjun Li** i medicinsk epidemiologi, **Elin Trägårdh** i experimentell klinisk fysiologi och nuklearmedicin, **Fariba Vaziri-Sani** i experimentell diabetesforskning och **Sven Olof Wikström** i plastikkirurgi. ■

Avlidna

Ulla Barnholdt Larsson, Lidingö, 80 år, död 26 juli
Henrik Bjurwill, Bromma, 69 år, död 25 maj
Tore Dalén, Sundsvall, 65 år, död 10 juli
Ingemar Ingemarsson, Lund, 74 år, död 13 juli
Ingvar Junerfält, Kungälv, 81 år, död 22 juli
Per Kronvall, Lund, 66 år, död 3 augusti
Britt Küntzel, Uppsala, 82 år, död 18 juli
Raili Lindholm, Tyresö, 70 år, död 17 april
Karin Osterman, Åre, 73 år, död 17 juni
Henrik Peterhoff, Norrköping, 60 år, död 24 maj
Barbro Ralfsson Tham, Malmö, 71 år, död 22 juni
Ben William Walther, Helsingborg, 92 år, död 23 juni
Lasse Wikström, Hudiksvall, 81 år, död 2 juli

KALENDARIUM

Svenska Läkaresällskapet, tisdagssammankomst den 3 september, kl 18.00, Klara Östra Kyrkogata 10, Stockholm
Tema: Transplantationer
Medverkande: *Håkan Gäbel, Anders Milton, Göran Hägglund* eller annan företrädare för regeringen, *Heidi Stensmyren, Anette Richardsson, Bengt-Åke Henriksson, Håkan Hedman* och *Markus Gäbel*
För mer information, se ‹www.sls.se›
Ingen föranmälan krävs

Vaccinationsdebatter – då och nu, seminarium torsdagen den 12 september, kl 16.30–18.30, föreläsningssal 1, Centralblocket, Skånes universitetssjukhus, Lund, i arrangemang av Enheten för medicinens historia
Program
Birgitta Castor: Mellan tillförsikt och tvivel – nedslag i smittkoppsvaccinationens historia
Anders Jeppsson: Vaccinationer – vetenskap eller djävulens påfund?
Mats Lundström: Vad ska man tro på? Tonåringars beslutsfattande under svininfluensapandemin
Paneldiskussion
Fritt inträde. Ingen föranmälan krävs

Kurs i barnortopedi, torsdagen den 26 september, kl 09.00–16.00, Hotel Birger Jarl, Stockholm
Kursen vänder sig till ST-läkare i allmänmedicin och barnmedicin samt som vidareutbildning för specialister inom dessa områden
För ytterligare information, se ‹www.barnortopedi.se› eller ‹www.lipus.se› (Lipus-nr: 20130068)
Sista anmälningsdag är den 15 september

Luftvägsregistrets årsmöte och utbildningsdag, onsdagen den 25 september, Göteborg
Program
ONSDAG 25 september
Årsmöte Luftvägsregistret
10.00 Ann Ekberg-Jansson: Välkommen
10.10 Viktiga observationer i årsrapporten för Luftvägsregistret 2012. Aktuellt läge
12.00 Lunch
Tema: Effekter av tobaksrök och andra »rökverk« från foster till vuxen
Moderator: *Johan Hellgren* och *Christophe Pedroletti*
13.00 Hannah Rosenqvist: Hur kan barn och unga påverka för att få en rökfri uppväxt?
13.20 Emma Goksör: Effekter av rökexponering under fosterlivet och uppväxten
13.40 Göran Wennergren: Överraskande hög förekomst av rökning och bronkitbesvär hos unga kvinnor – resultat från West Sweden Asthma Study
14.00 Ann Ekberg-Jansson: Cannabis och vattenpiprökning, allt mer populärt. Skadar de lungorna? Kan vi räkna med ännu fler KOL-patienter i framtiden?
15.00 Mats Holmström: Det nya vårdprogrammet för rinit–astma
15.30 Birgitta Jagorstrand: Certifiering av Skånes astma- och KOL-vård. Hur kommer det att fungera?
15.50 Peter Odebäck: Registerarbete i praktiken
16.10–16.30 Avslutande diskussion
För ytterligare information och anmälan, se ‹www.luftvägsregistret.se›. Alla intresserade är välkomna

Grundkurs i palliativ medicin för läkare inom alla specialiteter som möter den obotligt sjuke och döende patienten i sin kliniska vardag, del I 14–17 oktober, del II 31 mars–3 april 2014 (välj att gå en del eller båda)
Kursen täcker brett från etik och brytpunktssamtal till smärt- och symtomlindring samt falldiskussioner
Kursansvarig: *Bertil Axelsson*, tel 070-580 56 51
Sista anmälningsdag till del I är den 14 september
För program och anmälan, se ‹www.cancerakademin.se› eller kontakta Monica Sandström, e-post: monica.sandstrom@onkologi.umu.se

Nationella kvalitetsregisterkonferensen, 9–10 oktober, Quality Hotel Friends Arena, Stockholm
För ytterligare information, se ‹www.kvalitetsregister.se›

Den svårnåbara tonårspatienten – ungdomsmedicinska verktyg och neuropsykiatrisk komorbiditet, utbildningsdag fredagen den 11 oktober, Piperska Muren, Stockholm, i arrangemang av Svensk förening för ungdomsmedicin
För ytterligare information och anmälan, se ‹www.ungdomsmedicin.blogspot.com›

MSF Utlands kongress 2013: inbjudan till alla medicinstuderande svenskar som läser till läkare utomlands, 1–3 november, Warszawa, Polen
Programmet inleds med en välkomstfest och konsert tillsammans med den norska studentföreningen ANSA. Under helgen kommer det att bjudas på AT-mässa, bankett och två dagar med inspirerande föreläsningar
Inbjudna föreläsare är *Maciej Zaremba, Staffan Herrström, Claes Hultling, Sven Olof Dahlgren, Rolf Svensson, Anders Kallryd* och *Andreas Eenfeldt*
Biljetter kan köpas via ‹www.ticnet.se› (1 300 kr under augusti, ordinarie pris 1 450 kr)
För ytterligare information, se ‹www.msfutland.se›

Bidrag att söka från Värkstadsstiftelsen

Värkstadsstiftelsen utlyser bidrag om maximalt 20 000 kr för projekt med syfte att öka livskvaliteten för människor med långvarig värk och smärta, psykiska eller psykosomatiska sjukdomstillstånd. Ansökan ska ha inkommit före den 30 september.

För ytterligare information, se ‹www.varkstaden.se/pdf_filer/ansokan.pdf›. ■

På gång i höst

Karriärkvällar

Vill du få inspiration av andra läkares karriärval, mingla och knyta kontakter med potentiella arbetsgivare under några timmar en kväll? Välkommen att anmäla dig till någon av höstens karriärkvällar.

3 oktober	Luleå
9 oktober	Göteborg
13 november	Uppsala

För program och anmälan
www.lakarforbundet.se/karriarseminarier





Nytt specialistbevis?

Meddela Läkarförbundet om du nyligen har fått nytt specialitets-kompetensbevis.

För att vi ska kunna ge dig information anpassad till just din arbetssituation är det viktigt att vi vet dina rätta uppgifter. Vi ber dig att rapportera din specialistkompetens till Läkarförbundets medlemsregister:
medlem@slf.se
08-790 35 70
eller att fylla i formuläret på:
www.lakarforbundet.se/specialistbevis

AT-mässa

AT-mässan är en unik chans för dig som studerar på de tre sista terminerna på läkarutbildningen, att hitta din kommande AT-placering.
På plats finns AT-rekryterare och representanter från flera arbetsgivare runt om i landet. Läkarförbundet föreläser om AT och dess innehåll samt om dina villkor ute på arbetsplatsen. Vi berättar också om hur Läkarförbundet kan stötta dig som nybliven läkare.

Arrangör: Medicine Studerandes Förbund i samarbete med Läkarförbundet och Läkartidningen.

Välkommen!

Umeå 10 sept kl 17.00
Bergasalen, Norrlands universitetssjukhus, Umeå
Uppsala 11 sept kl 17.00
Blåsenhus, von Kraemers Allé 1a, Uppsala
Stockholm 12 sept kl 17.00
Berzeliuslaboratoriet, KI campus, Solna
Göteborg 17 sept kl 18.00
Academicum, Medicinaregatan 13, Göteborg
Malmö 18 sept kl 18.00
Mässområdet utanför CRC aula, Malmö
Linköping 19 sept kl 17.00
Berzeliussalen, Universitetssjukhuset, Linköping

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

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

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

BESTÄLL BOKEN OM ASTRID LINDGREN-FALLET

3 ml
Om ett blodprov och ett åtal

Av Läkartidningens reporter Sara Gunnarsdotter

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

Ulrika Kärnborg, Aftonbladet 14/12 2012



Läkartidningen FÖRLAG AB

Klipp ut och posta!

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

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

Priset inkluderar 6 procent moms. Frakt tillkommer.

Namn _____

Adress _____

Postadress _____

Ev medlemsnummer _____

Läkartidningen

SVERIGE
PORTO
BETALT
PORT PAYÉ

LÄKARTIDNINGEN

SVARSPOST
110 555 202
110 26 STOCKHOLM

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