2013 års Nobelpris i fysiologi eller medicin
NYHETER



»Ökad säkerhet behövs inom psykiatrin«
DEBATT & BREV

Misstänk PANDAS hos barn med akuta neuropsykiatriska symtom
ÖVERSIKT

Läkartidningen.se

Läkartidningen

NR 41/2013

NR 41 9–15 OKTOBER 2013 VOL 110 1773–1840

ORGAN FÖR SVERIGES LÄKARFÖRBUND – GRUNDAD 1904

ÖVERSIKT

Psoriasis mer än en hudsjukdom

Viktigt med tidig diagnos av samsjuklighet

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,** Doc Martin Ingelsson, 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

Utställare GE Healthcare

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

REFLEXION

USA:s regering stängd – mötet blev inställt

»Man kan fråga sig om det är optimalt att världens största biomedicinska kunskapskälla drivs av en enskild nations regering.«

I fredags hade jag ett avtalat möte med National Institute of Health (NIH), den amerikanska myndighet som bland annat står bakom PubMed. Tre dagar innan mötet, stänger USA:s regering ner. Mitt möte ställs in. Min kontaktpersons e-post kopplas till ett autosvar som informerar om att hon blivit hemförlovad tills vidare. Hon är inte ensam, 73 procent av NIH:s 18 646 anställda har fått samma besked.

På PubMeds hemsida möts man av en varning som förklarar att uteblivet regeringsstöd gör att databasen underhålls med minimal personalstyrka; information uppdateras i möjligaste mån. PubMed är bara en av NIH:s verksamheter. Organisationen ansvarar även för kliniska prövningar och är normalt världens största finansieringskälla för forskning. Initiativet ‹clinicaltrials.gov› där kliniska prövningar bör registreras ligger också under NIH.

I dag finns över 23 miljoner citeringar i PubMed och 2 000–4 000 nya indexerades dagligen fram till för en vecka sedan. PubMed är den i särklass viktigaste kanalen för att kommunicera medicinsk forskning globalt. Amerikanska inrikespolitiska problem får således globala konsekvenser i detta fall. Man kan fråga sig om det är optimalt att världens största biomedicinska kunskapskälla drivs av en enskild nations regering.

Senast USA:s regering stängde ner var 1995–96. Då dröjde det hela 21 dagar innan myndigheterna öppnade, och det tog betydligt längre tid innan verksamheterna började återgå till det normala. Låt oss hoppas att det går fortare denna gång.



Michael Wilczek
tf medicinsk redaktionschef
michael.wilczek@lakartidningen.se



Foto: Colourbox

Majoriteten av de barn som överlever en stroke får neurologiska resttillstånd; till exempel har 64 procent skolsvårigheter. **KOMMENTAR, ÖVERSIKT Sidan 1790, 1799**

REFLEXION
1775 USA:s regering stängd – mötet blev inställt *Michael Wilczek*

SIGNERAT
1779 Förhandlingarna om ALF-medel måste slutföras *Eva Engström*

LT DEBATT
1780 Läkare måste delta i sjukvårdens terminologiarbete *Urban Forsum*

1781 Apropå! Barn och unga med utvecklingsneurologiska problem Diagnos inget villkor för LSS-stöd *Karl Grunewald*

Replik: Vi har svårt att få gehör *Elisabeth Fernell, Magnus Landgren, Katarina Lindström, Mats Johnson, Christopher Gillberg*

NYHETER
1782 Nobelpriset: De kartlade cellernas transportsystem

1784 Uppskjuten specialitetsreform oroar

Färdig specialist får vänta ett år på beviset

1786 »Det är hög tid även för Läkarförbundet att agera«

1787 Alternativa Nobelpriset till doktor Mukwege

1788 DSM-5: Nya diagnoser ersätter missbruk och beroende

Pär Gunnarsson blir ny chefredaktör för Läkartidningen

1789 Patientsäkerhet/Ärende

KLINIK OCH VETENSKAP
KOMMENTAR
1790 Barn med stroke måste få evidensbaserad vård. Kvalitetsregister och samarbete i nätverk kan ge bättre behandlingsutfall *Olof Rask, Pernilla Grillner*

NYA RÖN
1792 Peritoneala metastaser från ventrikelcancer – ny strategi behövs *Bo Hultman*

Mutationssignaturer som orsakar malignitet kartlagda *Anders Hansen*



Måttlig till svår psoriasis är kopplad till ökad samsjuklighet, till exempel metabola syndromet och kardiovaskulära sjukdomar. Övervikt, nikotin och alkohol påverkar också psoriasis. **Sidan 1796**

Foto: Fotolia/IBL Bildbyrå

Ökad risk för autism av en viss IVF-form *Anders Hansen*

1793 Antikropp prövad mot inflammatorisk tarmsjukdom *Anders Hansen*

Fler klarade sig själva efter att ha fått trombolys *Anders Hansen*

Metoder för att understödja andning hos för tidigt födda har jämförts *Anders Hansen*

1794 Chans till livräddande insats vid hjärtstopp utanför sjukhus varierar *Anneli Strömsöe*

Anemiprevalensen går åt rätt håll – men för långsamt *Anders Hansen*

ARTIKLAR

1796 Översikt Psoriasis är mer än bara en hudsjukdom. Patienter bör kontrolleras för kardiovaskulära riskfaktorer *Albert Duvetorp, Anders Ljungberg, Oliver Seifert*

1799 Översikt Även barn och ungdomar kan drabbas av stroke. Tidig diagnos kan ge bättre prognos. Nya riktlinjer för utredning och terapi *Sten Christerson*

1803 Översikt Misstänk PANDAS hos barn med akuta neuropsykiatriska symtom. Infektion bakom sjukdomen – långvarig antibiotikabehandling bör övervägas *Susanne Bejerot, Kai Bruno, Gunilla Gerland, Lars Lindquist, Viviann Nordin, Henrik Pelling, Mats B Humble*

1807 Fallbeskrivning Akut binjuresvikt Lätt att missa Waterhouse–Friderichsens syndrom, visar två fall *Nalin Wijesekara, Hunrik Falhammar, Marcus Rzewuski, Cristina Volpe, Jan Calissendorff, Buster Mannheimer*

LÄKEMEDELSFRÅGAN

1809 Inga givna alternativ till klozapin vid behandlingsresistent schizofreni *Jaran Eriksen, Staffan Rosenborg*

DEBATT OCH BREV

1810 Våld i vården: Socialstyrelsen måste agera för ökad säkerhet i psykiatrin *Irma Rymo*

FÖRRA VECKANS MEST KOMMENTERADE
på Läkartidningen.se

1. Handledning ett måste för vikarierande underläkare
2. Paracetamolförgiftningar allt vanligare
3. Socialstyrelsen måste agera för ökad säkerhet i psykiatrin
4. Landstinget backar från hyrläkarstoppet i Östersund
5. DSM-5: Ny diagnos ersätter missbruk och beroende



Illustration: Longquattro/Fotolia/IBL

KULTUR Hjärnan är ingen svart låda. Bokrecensioner, sidan 1814

1811 Socialstyrelsen svarar: Tydligare regler behövs *Lars-Erik Holm, Maria Nyström Agback*

Vi måste göra upp med vår nutidshistoria *Bengt Järhult*

1812 I huvet på en gammal kollega *Casten Lychou*

1813 Replik från TLV om prioriteringar: Man är inte värd mindre vård eller läkemedel för att man inte arbetar *Douglas Lundin, Leif Lundquist*

Mer debatt på Läkartidningen.se

KULTUR

1814 Recensioner

1816 Sann integration *Jakob Endler*

1817 LEDIGA TJÄNSTER

1819 PLATSANNONSER

1837 MEDDELANDEN

1838 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

Webb: Läkartidningen.se

E-post: fornamn.efternamn@lakartidningen.se
annonser@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, vik underläkare
Margaretha Bågedahl-Strindlund, docent (psykiatri)
Ylva Böttiger, docent (klinisk farmakologi
Pelle Gustafson, docent (ortopedi/organisation)
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 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

ARCOXIA® – DOKUMENTERAD LÅNGVARIG EFFEKT
EN TABLETT – EN GÅNG OM DAGEN

30 mg	60 mg	90 mg	120 mg[1]
• Artros	• Artros	• Reumatoid artrit • Ankyloserande spondylit	• Smärta och tecken på inflammation vid akut giktartrit



Dosen vid varje indikation är högsta rekommenderade dagliga dosen, förutom artros där 60 mg är högsta rekommenderade dagliga dos. Eftersom de kardiovaskulära riskerna med etoricoxib kan öka med dos och behandlingstid, bör kortast möjliga behandlingstid eftersträvas och lägsta effektiva dygnsdos användas.

1. ARCOXIA 120 mg ska endast användas under den akuta symtomatiska perioden (maximalt 8 dagars behandling). Se vidare FASS.

ARCOXIA (etoricoxib) coxib (Rx; SPC mars 2013) filmdragerad tablett 30 mg, 60 mg, 90 mg och 120 mg.

Indikationer: För symtomatisk lindring av artros, reumatoid artrit, ankyloserande spondylit samt smärta och tecken på inflammation i samband med akut giktartrit. För korttidsbehandling av måttlig smärta i samband med tandkirurgi. Beslut om att förskriva en selektiv COX-2-hämmare ska baseras på en individuell bedömning av patientens samtliga riskfaktorer (se Kontraindikationer och Varningar och försiktighet). Patientens behov av symtomlindring bör, liksom terapisvaret, utvärderas regelbundet, speciellt hos patienter med artros.

Kontraindikationer: Överkänslighet mot den aktiva substansen eller något av hjälpämnena (se Innehåll). Aktivt ulcus eller aktiv gastrointestinal (GI) blödning. Patienter som fått bronkospasm, akut rinit, näspolyper, angioneurotiskt ödem, urtikaria eller reaktioner av allergisk typ efter användning av acetylsalicylsyra eller NSAID inklusive COX-2-hämmare. Graviditet och amning. Svår leverdysfunktion. Uppskattat renalt kreatininclearance <30 ml/min. Barn och ungdomar under 16 år. Inflammatorisk tarmsjukdom. Kronisk hjärtsvikt. Patienter med hypertoni vars blodtryck konstant ligger över 140/90 mmHg och som ej är adekvat kontrollerat. Etablerad ischaemisk hjärtsjukdom, perifer kärlsjukdom och/eller cerebrovaskulär sjukdom.

ARCOXIA ingår i läkemedelsförmånerna för patienter som har hög risk för blödningar och för patienter med hög risk för gastrointestinala biverkningar, till exempel på grund av hög ålder eller tidigare magsår.

Vid förskrivning och för aktuell information om förpackningar och priser se www.fass.se.

08-15-MUSC-1094208-0000 Aug 2013

MSD Box 7125, 192 07 SOLLENTUNA, 08-578 135 00, www.msd.se

ARCOXIA® (etoricoxib, MSD)

”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

Redaktör: Michael Feldt
michael.feldt@slf.se

Förhandlingarna om ALF-medel måste slutföras

Sedan 1984 har staten och de landsting som har medicinska fakulteter slutit avtal om läkarutbildning och medicinsk forskning, så kallade ALF-avtal. Bakgrunden till avtalet är att staten är huvudman för universiteten och deras forskning och utbildning medan landstingen ansvarar för sjukvården.

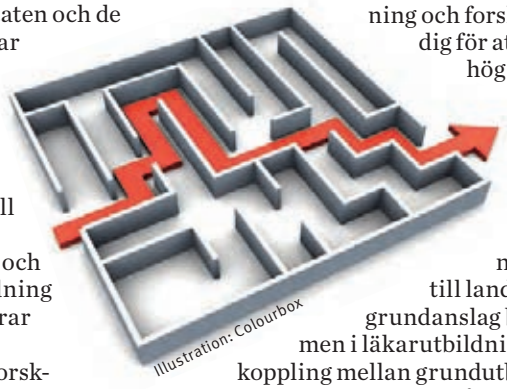


Illustration: Colourbox

Eftersom den kliniska forskningen och utbildningen huvudsakligen bedrivs i sjukvården förs statliga medel varje år över till berörda landsting. I år rör det sig om nästan 1,7 miljarder kronor för forskning och cirka en halv miljard för läkarutbildning. Nuvarande ALF-avtal är uppsagt och förhandlingar om ett nytt avtal pågår sedan en längre tid. En av statens förhandlare, Kjell Asplund, gick häromveckan ut med en svidande kritik av processen och sin uppdragsgivare Utbildningsdepartementet.

I en debattartikel i Dagens Medicin (nr 38/2013) anklagar Kjell Asplund departementets politiska ledning för bland annat en »förkvävande detaljstyrning« och »ständigt svajiga, ofta motsägelsefulla« instruktioner till förhandlarna. Asplund tillkännagav också att varken han eller den andra statliga förhandlaren Sigbritt Franke fått förlängt uppdrag. Detta trots att förhandlingarna är långt ifrån klara.

Det finns ett stort behov av långsiktighet i finansieringen av klinisk forskning, och vägen från centralt ALF-avtal till forskningsmedel hos den enskilda forskaren är lång. Eftersom det nuvarande avtalet löper ut i slutet av 2014 börjar det bli bråttom att komma överens om ett nytt. Läkarförbundet har i en utredning visat att forskningsmedlen i ALF-avtalet har urholkats med minst 300 miljoner sedan avtalets tillkomst, och anser det mycket angeläget att dessa medel nu tillförs i det nya avtalet.

Läkarförbundet anser att en större transparens än tidigare är nödvändig, både gällande hur ALF-medlen fördelas till respektive landsting och hur medlen används inom varje landsting. Det är inte rimligt att så stora summor fördelas utan att grunderna för fördelningen är kända och utan tydlig redovisning av hur resurserna har kommit till nytta.

En stark koppling mellan grundutbildning och forskning är nödvändig för att upprätthålla en hög kvalitet i utbildningen. Läkarförbundet anser därför att en väsentlig del av ALF-medlen för klinisk forskning bör fördelas till landstingen som ett grundanslag baserat på volymen i läkarutbildningen. En sådan koppling mellan grundutbildning och forskning skapar också goda förutsättningar för att rekrytera unga forskare.

Projektmedlen ska naturligtvis fördelas i öppen konkurrens och styras till de forskningsprojekt som håller högst kvalitet, men detta kan till stor del ske på regional nivå. En sådan decentraliserad konkurrens möjliggör nödvändiga strategiska satsningar samtidigt som den främjar kvalitet.

Läkarförbundet har bejakat den utbyggnad av läkarutbildningen som pågår, men har varit tydligt med att utbyggnaden inte får ske till priset av urholkade resurser och försämrad kvalitet. Resurserna för den kliniska utbildningen måste utökas i samma takt som antalet utbildningsplatser.

Örebro, som tidigare inte haft någon läkarutbildning, måste få tillgång till FoU-medel på samma villkor som övriga ALF-landsting. Detta förutsätter att staten skjuter till nya medel. Det är mycket oroväckande att det nu förefaller som om Utbildningsdepartementet svajar på denna punkt.

Läkarförbundets ordförande Marie Wedin och jag har skrivit till utbildningsminister Jan Björklund och framfört vår oro över de strandade förhandlingarna. Det är också märkligt att Läkarutbildningsutredningens slutbetänkande »För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning«, som presenterade i våras, ännu inte har skickats ut på remiss. Läkarförbundet har ställt sig bakom huvuddragen i Läkarutbildningsutredningens förslag, och i vårt brev till utbildningsministern påtalar vi vikten av att utredningens snarast skickas på remiss.

Jag hoppas att utbildningsministern nu är beredd att visa att han menar allvar med allt vackert tal om satsningar på medicinsk forskning och utbildning. En konstruktiv hållning i de fortsatta ALF-förhandlingarna och en omgående remittering av Läkarutbildningsutredningen vore en bra början. ■

»En konstruktiv hållning i de fortsatta ALF-förhandlingarna och en omgående remittering av Läkarutbildningsutredningen vore en bra början.«



Eva Engström
ordförande i Läkarförbundets utbildnings- och forskningsdelegation
eva.engstrom@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

Läkare måste delta i sjukvårdens terminologiarbete

Det är hög tid att läkarkollektivet engagerar sig i de terminologiska grunderna för hälso- och sjukvårdens IT-arbete. Det anser Urban Forsum och exemplifierar med terminologin i de kliniskt mikrobiologiska laboratoriernas utbudskataloger.

Jag har med stigande förvåning och olust tyckt mig märka att de flesta läkarkollegor inte verkar ta till sig att hälso- och sjukvårdens IT-arbete, och inte minst dess terminologiska grunder, är vetenskapsdomäner att förhålla sig till för att den digitala informationsrevolutionen ska få den fasta grund som behövs. Många läkare verkar endast mena att de på grund av sin stora erfarenhet minsann vet hur deras specialitets språk (bl a uttryckskraft, kategorisering och granulering) bäst tas tillvara i e-journaler m m. Detta är en primitiv ståndpunkt!

Hälso- och sjukvårdens språk i IT-sammanhang måste beakta de vetenskapliga och filosofiska grunder vi känner till för att rätt representera de egenskaper och fenomen som utgör själva grunden för vårt handlande. Jag menar att det är hög tid att läkarkollektivet engagerar sig i terminologiskt arbete för att ett bra och hållbart jobb ska bli gjort precis som i alla andra vetenskapliga sammanhang.

Jag vill kortfattat illustrera med ett exempel som egentligen kräver större utrymme än vad som medges i en debattartikel i Läkartidningen. Exemplet gäller terminologi i utbudskataloger för klinisk mikrobiologi – en nog så viktig grund för kommunikation mellan klinikern och kollegan på laboratoriet. En utförligare version är tryckt i en annan tidskrift [1].

Kliniskt mikrobiologiska laboratorier presenterar sitt utbud av analyser och tjänster i utbudskataloger producerade för de lokala sjukhusens behov.



URBAN FORSUM
ordförande i Svenska Läkaresällskapets sektion för medicinsk informatik (SFMI); professor emeritus/f d överläkare, institutionen för klinisk och experimentell medicin, Linköpings universitet
urban.forsum@liu.se

Termer, begrepp, syntax och informationsstruktur är ännu, i nådens år 2013, i allmänhet förankrade endast i en lokal tradition beträffande hur remisser och svar mellan klinik och laboratorium ska se ut.

Dessa intuitiva strukturer bör ersättas med en genomarbetad informatik och tekniskt genomförbar terminologi. Någon form av övergripande nationell eller internationell normering av struktur och innehåll i utbudskataloger behövs också. Det är viktigt att med säkerhet veta exakt vilka analyser som är beställda och utförda för en patient och vilka resultat analyserna har gett, samt att medicinska kommentarer hanterats korrekt i svarsrapporter. I dag kan en och samma analys vara betecknad med olika termer och resultat uttryckas med olika enheter på olika laboratorier.

Att detta ger upphov till problem är uppenbart. Provsvar från olika laboratorier samlas också i gemensamma databaser eller tas in från olika databaser och presenteras i ett användargränssnitt för en vårdgivare vid en tidpunkt. Ett exempel på detta är Nationell patientöversikt (NPÖ).

Hur bör då analysresultat hanteras i IT-system så att de är begripliga och inte förvanskas? Insatser har gjorts för att beskriva och standardisera analysresultat från klinisk mikrobiologi utifrån vetenskapliga och filosofiska grunder [2, 3], vilket skapar grund för logiska nomenklatursystem. Två grundläggande idéer finns.

- Den ena är att representation av egenskaper hos verkligheten bör beskrivas med termer och syntax utarbetade inom andra vetenskapsområden (bl a metrologi, läran om mätning).
- Den andra idén är att med de representerade egenskaperna ges förutsättningar för en entydig elektronisk transmission mellan olika IT-system [4, 5]. Specifika egenskaper som mäts eller observeras hos patienter kan tilldelas unika koder (NPU-koder), vilket i Sverige görs av Equalis i samarbete med Svenska Läkaresällskapets laboratoriemedicinska sektioner.



Foto: Colourbox

Urban Forsum uppmanar alla läkarkollegor att med liv och lust delta i nationella arbetsgrupper och att fördjupa sina kunskaper i terminologiska frågor.

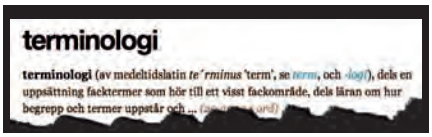
Vi kommer nu till pudelns kärna. Jämfört med de flesta analyser inom t ex klinisk kemi, med resultat i form av mätvärden, är det inom klinisk mikrobiologi vanligt med observationer på nominalskalenivå [1, 3]. Detta medför att relationen mellan utbudskatalogstermer, analysresultat samt svarsrapport inte nödvändigtvis är 1 till 1 [5].

Ett exempel: Remittenten skickar ett provmaterial med en öppen frågeställning: klinisk mikrobiologisk undersökning av provmaterialet. Resultatet är antingen avsaknad av bakterier eller namn på en eller flera bakterier. Ofta specificerar man även egenskaper som är av klinisk betydelse; känslighet för antibiotika är en sådan egenskap.

En eller flera bakterier påträffas, av dem är en eller flera kliniskt intressanta; vidare undersökning visar vilka egenskaper bakterierna har. En eller flera av egenskaperna har klinisk betydelse. Inte så sällan måste detta kommenteras. Detta, som inrymmer en nominalskale- och granuleringsproblematik i representationen av egenskaper, är inget man kan komma ifrån, utan är något som laboratoriesystem och kommunikationsstandarder måste anpas-

sas till [5, 6]. Av detta skäl har i NPÖ-projektet en informationsmodell för klinisk mikrobiologi tagits fram [1]. Vilken granuleringsnivå ska man eftersträva? Är det önskvärt att finna ett beställningsbegrepp för varje provmaterial, exempelvis för sekret från sår i ansiktet, sekret från sår på läppar, sekret från svalg, sekret från nasofarynx osv?

Antalet system (t ex uttryckt som provtagningsmaterial och lokalisation) blir i praktiken oändligt. Någon form av överenskommelse (normering) behövs därför för att antalet NPU-koder inte ska bli oändligt. NPÖ-projektet inrymmer dock möjligheten till ett konstruktivt och systematiskt nationellt normeringsarbete till gagn för klinisk mikrobiologis utbudskataloger. Man kan fråga sig om det är möjligt att normera utbudet i klinisk mikrobiologis utbudskataloger. Beställning och remissvar görs ju i samtal mellan människor, även om det sker via flera IT-system.



Hälso- och sjukvårdens IT-arbete är vetenskapsdomäner att förhålla sig till, anser Urban Forsum.

Erfarenheter från hur svensk klinisk virologi har förmått normera många virologiska utbud är dock inspirerande. För klinisk bakteriologi har utvecklingen mot nationell normering ännu inte börjat. En bidragande orsak torde just finnas i komplexiteten i bakteriologins representationsbehov.

NPÖ-projektets informationsmodell för klinisk mikrobiologi förefaller vara den framkomliga vägen. Med detta vill jag uppmana mina läkarkollegor att med liv och lust delta i nationella arbetsgrupper och att fördjupa sina kunskaper i terminologiska frågor. Tåget går annars, med andra aktörer i förarhytten utan förståelse för det medicinska behovet!

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Kamrani S, Forsum U. Nationell normering av klinisk mikrobiologis utbudskataloger med NPU-systemet som grund. Laboratoriet. 2013; (3):6-8.
2. Forsum U, Olesen H, Frederiksen W, et al. Properties and units in the clinical laboratory sciences. VIII. Properties and units in clinical microbiology. Pure Appl Chem. 2000;72:555-745.
4. Forsum U, Hallander HO, Kallner A, et al. Impact of qualitative analysis in laboratory medicine. Trends Analyt Chem. 2005;24:546-55.
5. Forsum U, Karlsson D. Terminology, categories and representation of examinations in laboratory medicine. Clin Chem Lab Med. 2005;43: 344-5.
6. Nordin G, Dybkaer R, Forsum U, et al. An outline for a vocabulary of nominal properties and examinations – basic and general concepts and associated terms. Clin Chem Lab Med. 2010;48:1553-66.

LÄS MER Fullständig referenslista Läkartidningen.se

APROPÅ! Barn och unga med utvecklingsneurologiska problem

Diagnos inget villkor för LSS-stöd

I LT 38/2013 (sidan 1674) beklagar sig fem kolleger över att barn och unga med utvecklingsneurologiska problem inte får insatser med stöd av LSS (lag om stöd och service till vissa funktionshindrade) eller hjälp från barn- och ungdomshabiliteringen. Orsaken till det är att de inte uppfyller kraven på »rätt« diagnos.

Men kriterierna för att få LSS-insatser som tillhörig personkrets 3 (»personer med andra fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar som inte beror på normalt åldrande och som finns kvar under lång tid«) innefattar inget om diagnos. Det som gäller är att man ska ha stora funktionshinder som är varaktiga och som medför betydande svårigheter i den dagliga livsföringen. Skulle en kommun/stadsdelsnämnd mer eller mindre rutinmässigt avslå en ansökan motiverat av brist på eller på grund av en felaktig diagnos ska det anmälas till Inspektionen för vård och omsorg. Gäller beslutet en person kan det överklagas hos förvaltningsrätten.



Foto: Colourbox

Kriterierna för att få LSS-insatser som tillhörig personkrets 3 innefattar inget om diagnos, skriver Karl Grunewald.

Habiliteringen regleras i hälso- och sjukvårdslagen. Landstingen/regionerna är huvudmän för den, med undantag för habilitering för dem som bor i en bostad med särskild service enligt LSS. För den är kommunen huvudman. Varje person som anser sig ha behov därav har rätt att få sitt behov prövat som vid all annan hälso- och sjukvård. Habiliteringen ska vara lättillgänglig. Skulle så inte vara fallet vänder man sig till huvudmannen.

Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (SOSFS 2008:20). Landsting och kommuner ska gemensamt utarbeta rutiner just för att motverka sådana problem som framförs i artikeln. Vid de sjukvårdsinrättningar där de fem kollegerna är anställda bör det finnas en överrenskommelse om sådan samverkan.

Karl Grunewald
f d medicinalråd, Saltsjö-Duvnäs
karl.grunewald@swipnet.se

REPLIK:

Vi har svårt att få gehör

Vi uppskattar kommentaren från Karl Grunewald. Han påtalar – precis som vi också gör i vår artikel – att LSS enligt personkrets 3 inte innefattar krav på specifik diagnos, utan kräver stora och varaktiga funktionshinder som underlag för insatser.

Problemet är dock, i den verklighet vi möter, att personkrets 3 mycket sällan tillämpas för barn och ungdomar med svår ADHD eller andra kognitiva problem, trots att dessa medför påtaglig funktionsnedsättning. Få föräldrar har kraft att överklaga till förvaltningsrätten.

Så till exempel får barn med fetalt alkoholsyndrom (FAS), som ofta är i stort behov av LSS-insatser och habilitering, inte självklart tillgång till dessa, eftersom de inte nödvändigtvis har en utvecklingsstörning per definition.

Det skulle vara till stor hjälp om ansvariga, som socialminister Göran Hägglund med flera, kunde uppmärksamma kommunernas LSS-ansvariga och landstingens/regionernas habiliteringsansvariga på problemet. Vi har svårt att få gehör!

Elisabeth Fernell
Elisabeth.Fernell@neuro.gu.se
Magnus Landgren
Katarina Lindström
Mats Johnson
Christopher Gillberg



Foto: Robert Galbraith/Reuters/TT

Randy W Schekman har beskrivit hur vesikeltrafiken i cellen styrs genetiskt. Det gjorde han genom att identifiera muterade gener i jästceller där transportsystemet inte fungerade.

Randy Schekman föddes 1948 i St Paul, Minnesota, USA, och är professor vid institutionen för molekylär- och cellbiologi vid University of California i Berkeley.



Foto: EPA/TT

James E Rothmans upptäckt rör hur vesiklarna lämnar sin last på rätt plats, nämligen genom att särskilda kombinationer av proteiner på vesikler och membran binder till varandra. Vesikeln kan bindas till ett membran i cellen eller till cellens yttermembran. I det senare fallet släpps vesikelns last ut ur cellen.

James Rothman föddes 1950 i Haverhill, Massachusetts, USA, och är professor i cellbiologi vid Yale University i New Haven, Connecticut, USA.



Foto: Reuters/TT

Thomas C Südhof visade hur vesiklar i nervceller lämnar sin last vid en given tidpunkt eller signal. Han identifierade kalciumkänsliga proteiner i nervcellerna, som när det sker ett inflöde av kalcium signalerar till andra proteiner att binda vesiklerna till cellens yttermembran och frisätta signalsubstansen.

Thomas Südhof föddes 1955 i Göttingen, Tyskland. Han tog läkarexamen och doktorerade i neurokemi 1982. I dag är han professor i cell- och molekylärfysiologi vid Stanford University.

Hur är det möjligt att rätt substanser inne i en cell levereras till rätt ställe, i rätt tid? Årets tre Nobelpristagare i fysiologi eller medicin har kartlagt mekanismerna bakom detta.

TEXT: MIKI AGERBERG, KARIN BERGQVIST, ELISABET OHLIN

Nobelpriset i fysiologi eller medicin 2013:

De kartlade cellernas

De tre Nobelpristagarna Randy Schekman, James Rothman och Thomas Südhof har studerat olika delar av den så kallade vesikeltrafiken, ett centralt system för transporter inom cellen och till cellytan. Molekylerna transporteras i små paket som liknar bubblor, vesikler.

Tidigare visste man inte hur dessa transporter regleras, förklarar Juleen Zierath, professor i klinisk integrativ fysiologi och ordförande i Nobelkommittén:

– Hur är det möjligt att rätt substanser kan levereras till rätt ställe i rätt tid? Årets tre Nobelpristagare har löst det mysteriet, och klarlagt hur cellen organiserar sina transporter.

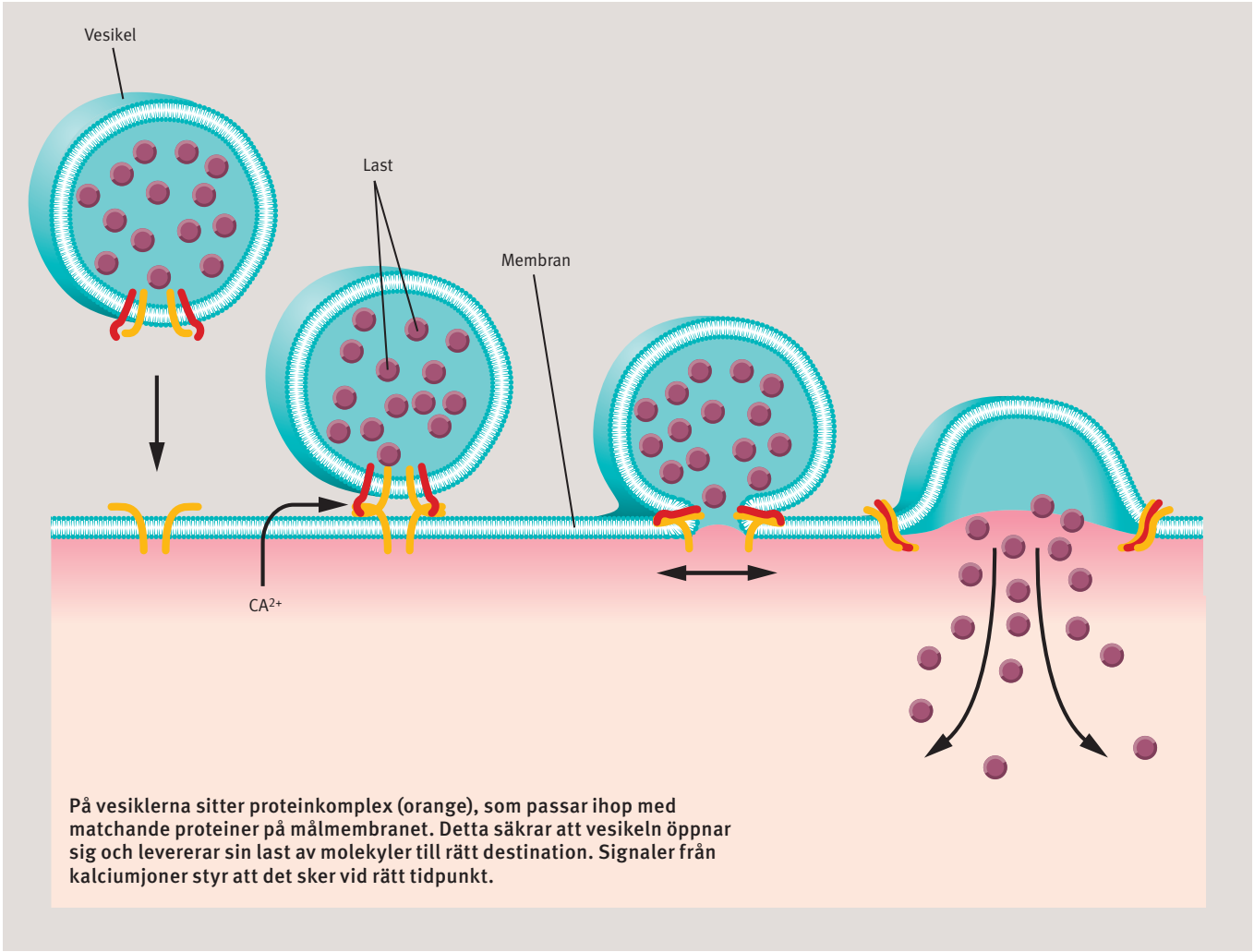
De tre forskarna har närmat sig problemet på olika sätt. Randy Schekman började med att studera jästceller, och lyckades identifiera gener som kodar för proteiner som styr vesikeltrafiken. James Rothman upptäckte ett proteinkomplex som gör att vesiklarna binder vid rätt ställe och smälter ihop med sina målmembran. Och Thomas Südhof upptäckte hur signaler från kalciumjoner får vesiklerna att öppna sig i precis rätt tid.

När allt det här fungerar som det ska fungerar transporterna som i en stad med väl fungerande infrastruktur, säger Jan-Inge Henter, professor i klinisk barnonkologi och ledamot av Nobelförsamlingen:



Foto: Ulf Sirbom

Jan-Inge Henter



På vesiklerna sitter proteinkomplex (orange), som passar ihop med matchande proteiner på målmembranet. Detta säkrar att vesikeln öppnar sig och levererar sin last av molekyler till rätt destination. Signaler från kalciumjoner styr att det sker vid rätt tidpunkt.

Illustration: Typoform

Förlaga: Nobelkommittéen för fysiologi eller medicin/Mattias Karlén

transportsystem

– Vesikeltransporterna kan liknas vid ett trafikledningssystem för cellerna. Fungerar inte trafikledningen blir det kaos.

Forskningen om vesikeltransporten har ännu inte lett fram till några nya läkemedel. Däremot har den ökat kunskaperna om olika sjukdomar. Nobelförsamlingen räknar upp några typer av sjukdomar som kan uppstå på grund av störningar i vesikeltransporten: Metabola sjukdomar, som typ 2-diabetes, sådana som rör immunsystemet, där t ex cytokintransporter berörs, samt sådana som uppstår på grund av mutationer i gener som kodar för något av de proteiner som ingår i transportsystemen.

Ett exempel på en metabol sjukdom är typ 2-diabetes, där störningar ses både i frisättningen av insulin från betacellerna i bukspottkörteln och i den insulinberoende transporten av vesikler som innehåller glukostransportörer i skelettmuskel och fettvävnad. Den sistnämnda delen tas upp mer i detalj av Nobelkommitténs ordförande Juleen Zierath och medförfattare i en artikel om insulinresistens i skelettmuskeln som publicerades i Läkartidningens Tema Diabetes typ 2 i nr 45/2010.

Kunskap om vesikelsystemet används i dag kliniskt för diagnostik, berättar Jan-Inge Henter. Det handlar om barn som har störningar i immunförsvaret, som gör att inflammationen inte går tillbaka när en virusinfektion är över.

– Barn med hyperinflammation har ofta ett dåligt fungerande vesikelsystem, säger han. Analyser av detta hjälper oss att hitta rätt behandling. ■

Uppskjuten specialitetsreform

Beskedet att den nya specialitetsstrukturen dröjer till 2015 har skapat otrygghet för ST-läkare och osäkerhet för utbildningsansvariga. Nu kräver Läkarförbundet att Socialstyrelsen vidtar åtgärder för att minska osäkerheten.

Många var de specialitetsföreträdare som jublade när Socialstyrelsen för ett drygt år sedan presenterade den nya specialitetsstruktur som ska gälla i framtiden. Med färre grenspecialiteter och i stället en gemensam kunskapsbas för näraliggande ämnen hoppades man att utbildningen skulle kunna effektiviseras och rekryteringen få ett uppsving.

I dag är stämningen mindre uppåt. Skälet är Socialstyrelsens besked att de nya föreskrifterna och målbeskrivningarna inte blir klara förrän den 1 januari 2015, eftersom man vill synkronisera arbetet med en del andra uppdrag som rör ST, såsom utvecklingen av SK-kurserna.

Enligt ordföranden för Sveriges yngre läkares förening, Emma Spak, har man på många ställen redan börjat utbilda enligt den nya strukturen. Nu vet många ST-läkare inte om de kommer att kunna tillgodogöra sig de delar de gjort innan den nya indelningen formellt träder i kraft.


Emma Spak

– Det är ett jätteproblem att folk i systemet som gör sin ST i dag inte har målbeskrivningar. Man riskerar få problem när man söker sitt specialistbevis, säger Emma Spak.

Förseningen drabbar alla de läkare som gör sin ST på akutmottagningar runtom i landet och som när de är klara hoppas kunna söka specialistbevis i den ännu inte införda basspecialiteten akutsjukvård. Den drabbar också blivande urologer, handkirurger, kliniska fysiologer och andra som sett fram mot en kortare utbildningstid när deras specialiteter övergår från gren- till basspecialitet.

Emma Spak håller med om att den som börjar en ST-utbildning som inte är formellt införd i viss mån gör det på egen risk, men tror att många uppfattat det som att det var klart att den nya strukturen skulle införas den 1 januari 2014.

– Många har nog tänkt att om man börjar ST ett år innan de nya målbeskrivningarna är klara så löser det sig, men två år är betydligt längre tid, säger Emma Spak, som inte heller tror att alla är medvetna om att deras ST-utbildningar inte finns formellt.

– Jag tror att arbetsgivarna inte alltid är så bra på att förmedla det till dem som anställs.

De försenade målbeskrivningarna innebär också ett hot mot kompetensförsörjningen. Det säger Eva Engström, ordförande i Läkarförbundets utbildnings- och forskningsdelegation.

– Vi står inför stora pensionsavgångar och måste rekrytera för att lära upp nya

Färdig specialist får vänta ett år på beviset

Samtidigt som det råder skriande brist på kliniska fysiologer, tvingas färdigutbildade ST-läkare i ämnet nu vänta på sitt specialistbevis i minst ett år till. En av dem är Henrik Engblom, ST-läkare vid Skånes universitetssjukhus i Lund.

Henrik Engblom började sin ST 2008, formellt i bild- och funktionsmedicin men redan från starten med avsikt att bli klinisk fysiolog. Hade den ursprungliga tidsplanen hållit och klinisk fysiologi blivit en basspecialitet vid årsskiftet hade han snart kunnat vara färdig specialist.

Nu kan han varken bli specialist i klinisk fysiologi eller i bild- och funktionsmedicin.

– Jag har sett till att utbilda mig till klinisk fysiolog och skulle kunna ta ut en examen i klinisk fysiologi under 2014. De delar som handlar om bild- och funktionsmedicin har jag senarelagt och är inte i land med än.

Nu kommer Henrik Engblom att få fortsätta som ST-läkare ett år till, kanske ännu längre om målbeskrivningarna dröjer ännu mer.

– För mig betyder det konkret att jag kommer att vara kvar i ett lägre löneläge ett år till. För sjukhuset innebär det att jag inte kan utföra alla uppgifter eftersom det finns vissa delar som det krävs att en specialist tar ansvar för.

En annan effekt av att målbeskrivningar och föreskrifter dröjer är enligt Henrik Engblom att många färdiga kliniska fysiologer blir låsta till sitt nuvarande sjukhus, samtidigt som det råder stor brist på specialister i ämnet runtom på landets sjukhus.

– För mig betyder det mindre eftersom jag har min forskning här, men för många andra betyder det att man får vänta på sitt specialistkörkort som gör att man kan söka tjänster på sjukhus där det behövs. Det finns en stor efterfrågan eftersom många inte velat utbilda sig 3,5 år i radiologi för att bli klinisk fysiolog.


Foto: Roger Lundholm

Henrik Engblom, en av flera kliniska fysiologer som – trots skriande brist – tvingas vänta minst ett år till på sitt specialistbevis.

Michael Lövtrup

oroar

»Det är ett jättestort problem att folk i systemet som gör sin ST i dag inte har målbeskrivningar.«

specialister så att det inte blir glapp mellan generationerna. Problemet är att man inte vet vad man ska rekrytera till, när man inte vet hur målen kommer att se ut.

Även Marcus Carlsson, ordförande för Svensk förening för klinisk fysiologi, vittnar om en rekryteringsprocess som gått i stå.

– De flesta specialitetsföreningar har redan tagit fram utbildningsböcker och skulle kunna sätta igång och utbilda ST-läkare enligt den nya strukturen. Men det går inte att rekrytera till något som inte finns.

För att undanröja den osäkerhet som råder kräver Läkarförbundet nu i en skrivelse till Socialstyrelsen att man snarast presenterar en »karta« som ger ST-läkare, specialitetsföreningar, utbildningsansvariga och andra berörda möjlighet att fatta trygga beslut. Man vill också att Socialstyrelsen preciserar vilka övergångsbestämmelser som ska gälla för personer som påbörjat sin utbildning enligt nuvarande system och som vill växla över och slutföra sin utbildning enligt det nya.

Tidigare har ordförandena för tjugo specialitetsföreningar i en gemensam skrivelse till Socialstyrelsen föreslagit att man slår fast själva specialitetsstrukturen redan nu, utan att invänta målbeskrivningarna. Därigenom skulle ST-läkare och utbildningsansvariga kunna börja planera och verksamheterna komma igång och rekrytera enligt den nya strukturen.

– Så gjorde man när den nuvarande specialitetsindelningen infördes. 2006 togs själva beslutet, medan föreskrifterna med målbeskrivningar blev klara 2008, säger Marcus Carlsson, som är orolig för att det kan bli fler förseningar:

– Man säger att planen är att det ska vara klart första januari 2015. Men inget datum har hittills hållits, och det är inget som säger att det inte blir två år den här gången också.

Febe Westberg, projektledare på Socialstyrelsen för revideringen av specialitetsindelningen, vill inte kommentera förslaget att fatta ett separat beslut om strukturen.

– Men den frågan kommer att vara huvudfrågan på ett möte med specialitetsföreningarna som ska hållas den 6 november.

Hur de utlovade övergångsreglerna kommer att se ut för dem som påbörjat sin ST i det nuvarande systemet och vill byta till det nya kan hon inte säga. Men hon bekräftar att det under en period ska vara möjligt att söka specialistbevis enligt båda föreskrifterna.

– Avsikten är att göra övergången så smidig som möjligt.

Michael Lövtrup





Foto: Elisabet Ohlin

Klimatpanelen presenterar det vetenskapliga underlaget i Stockholm.

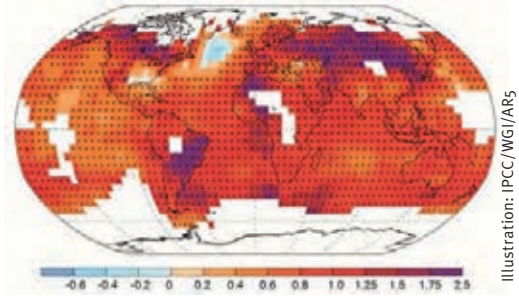


Illustration: IPCC/WG1/AR5

Observerad förändring av genomsnittlig yttemperatur (°C) under perioden 1901–2012.

»Det är hög tid även för Läkarförbundet att agera«

Det är otvetydigt så att klimatet blir varmare och att människan påverkar klimatsystemet. Det var huvudbudskapet från FN:s klimatpanel den 27 september. Det är hög tid att agera, säger Läkarförbundets ordförande Marie Wedin.

FN:s klimatpanel IPCC har i sin senaste rapport ännu säkrare vetenskapligt underlag än tidigare. Det är »extremt sannolikt« (95–100 procent) att människan är den dominerande orsaken till den uppvärmning och övriga förändringar i klimatsystemet som observerats sedan 1950-talet. Det handlar om temperaturhöjning såväl i haven som i atmosfären, höjd koncentration av växthusgaser, stigande havsnivåer och smältande glaciärer.

Det konstaterar FN:s klimatpanel i det vetenskapliga underlaget, som presenterades i en sammanfattning för beslutsfattare i Stockholm.

FN:s generalsekreterare Ban Ki-moon framträdde på videolänk vid presskonferensen och sa att rapporten blir ett viktigt dokument inför klimatförhandlingarna 2015 då målet är ett bindande globalt klimatavtal.

– The heat is on, now we must act, sa han.

Läkarförbundets ordförande Marie Wedin:

– Det är hög tid även för Läkarförbundet att agera på ett mer konkret sätt, att komma från ord till handling, till exempel att fundera på vad klimatförändringarna konkret kan leda till ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Och det är dags att föra upp klimatfrågan på CPME:s (den europeiska läkarorganisationen, red anm) bord igen. Frågan ska också diskuteras på medicinska riksstämman.

»Klimatkris! Behöver doktorn bry sig?« är rubriken på symposiet som arrangeras av Läkare för miljön och hålls på riksstämman den 6 december.

Ingrid Eckerman, Läkare för miljön:

– Vi tycker att läkarorganisationerna, både nationellt och internationellt, har varit väldigt tama i de här frågorna. Man tog fram ett dokument i WMA 2009, men vad har hänt sedan? Det har legat i en låda.



Ingrid Eckerman

Enligt Ingrid Eckerman engagerar sig inte läkarkåren i vilka effekter framtida hot kan väntas ha på hälsan och hälso- och sjukvården. Läkarkåren koncentrerar sig på individens hälsa men har abdikerat från folkhälsoansvaret, menar hon.

– Vi har missat chansen att påverka. Åtgärderna som behövs för att minska utsläpp och mildra effekterna blir allt mer drastiska och kostsamma.

– Klimatförändringarna kan leda till att sjukvården även i Sverige inte fungerar, till exempel vid översvämningar, strömavbrott och transportproblem. Vi har också klimatrelaterade sjukdomar och sjukdomar sekundära till katastrofer. Därtill kommer hotad energitillgång i samband med att oljan blir dyrare. Sjukvårdens infrastruktur är beroende av riklig tillgång till billig transportenergi. Kan vi fortsätta med dagens sjukvård? Hur ser läkarkåren på detta?

Elisabet Ohlin

KORT UR RAPPORTEN:

Vart och ett av de tre senaste årtiondena har varit de varmaste sedan 1850. Sannolikt är de senaste 30 åren också den varmaste 30-årsperioden på 1 400 år på norra halvklotet. Koncentrationen av växthusgaserna koldioxid, metan och lustgas i atmosfären är de högsta på 800 000 år. Koldioxidhalten i atmosfären har stigit med 40 procent sedan industrialismens början.

För att bromsa den fortsatta klimatförändringen krävs en kraftig och ihållande minskning av utsläpp av växthusgaser, enligt rapporten, som presenterar fyra olika framtidsscenarier baserade på olika stora utsläpp av växthusgaser. Det handlar om en temperaturhöjning med i värsta fall upp till 4,8 grader vid nästa sekelskifte. ■

LÄS MER Rapporten: ipcc.ch

ACG-systemet tvingar fram onödiga diagnoser

En majoritet av distriktsläkarna anser att ACG-systemet tvingar fram omotiverade diagnoser. Det framgår av en enkät från Distriktsläkarföreningen i Jönköping, som visar att varannan distriktsläkare vill att landstinget skrotar ersättningsystemet ACG (adjusted clinical groups)

Det framkommer också att 62 procent anser att ACG-systemet skapar merarbete som inte gagnar patienterna och 30 procent att det i viss mån gör det, medan endast 8 procent av läkarna menade att det inte gjorde det.

Michael Lövtrup

Novartis ber om ursäkt för forskningsfusk

Den globala chefen för Novartis Pharma, David Epstein, bad i veckan det japanska folket om ursäkt för företagets inblandning i forskningsfusket i två japanska studier av företagets blodtryckssänkare valsartan (Diovan) (se LT nr 39–40/2013). Det skedde i samband med ett möte mellan Novartis-chefen och Japans socialminister Norisha Tamura med anledning av den uppståndelse avslöjandet har fått i Japan.

»Vi vill uttrycka vår djupaste ånger för den oro som detta har åsamkat patienter, det medicinska samhället samt socialdepartementet«, sa David Epstein.

Fredrik Hedlund

■ Dålig koll på om insatser för ökad patientsäkerhet har effekt

För fem år sedan visade Socialstyrelsen att nästan var tionde patient i den somatiska slutenvården skadas av vården. Trots regeringens miljardsatsningar vet ingen om något blivit bättre. Nu föreslår Socialstyrelsen en nationell strategi för förbättrad patientsäkerhet.

■ Landstinget backar från hyrläkarstoppet i Östersund

■ Fler läkare får lära sig dokumentera tortyrskador

LÄS MER på Läkartidningen.se:

Alternativa Nobelpriset till doktor Mukwege

Grundaren av Panzisjukhuset i Demokratiska republiken Kongo, dr Denis Mukwege, har tilldelats Right Livelihood-priset 2013.



Doktor Denis Mukwege, tidigare i år porträtterad i LT, får pris för sina insatser för våldtagna kvinnor i Kongo.
Foto: Niclas Hammarström

Denis Mukwege, tillika Panzisjukhusets chef, arbetar sedan starten 1999 oförtrutet med att behandla kvinnor och barn efter lemlästning och våldtäkter i krigets Kongo. Enligt juryns motivering får han priset »för sitt modiga arbete med att kurera kvinnor som överlevt konfliktrelaterat sexuellt våld samt för att uppmärksamma övergreppens bakomliggande orsaker«.

Panzisjukhuset i Bukavu grundades av Mukwege med hjälp av svenska Läkarmissionen, och hans arbete på sjukhuset beskrevs i ett reportage i Läkartidningen nr 32–33/2013.

2009 blev Mukwege nominerad till Nobels fredspris men ville inte ha det. Han anser att det är okej att få ett pris om han får stöd i sitt arbete att stoppa kriget, men inte att få ett pris utan att det leder till en förändring.

– Hur länge behöver FN observera situationen för att förstå att de måste ingripa? frågar han i reportaget. De har observerat i tio år.

Right Livelihood-priset på en halv miljon kronor delas ut i riksdagen den 2 december.

Priset kallas även det alternativa Nobelpriset och instiftades av svensken Jakob von Uexkull 1980. ■

Nya möjligheter till vård utomlands

Den 1 oktober trädde patientrörlighetsdirektivet i kraft. Men ingen väntar sig någon större rörlighet.

– Vi vet från tidigare att patienter egentligen vill få sin vård hemmavid. Man vill ha kontinuitet och närhet till sin vårdgivare, säger Hasse Knutsson, utredare på Sveriges Kommuner och landsting.

Nyheten med direktivet, jämfört med den förordning som fortfarande gäller, blir främst att patienten inte behöver något förhandstillstånd; däremot finns möjligheten att be om ett förhandsbesked om ersättning för kostnader hos Försäkringskassan. Ett positivt förhandsbesked kräver bland annat att vården tillhandahålls av hälso- och sjukvårdspersonal och att patienten skulle ha haft rätt att få vården bekostad av det allmänna om den tillhandahållits i Sverige.



Foto: Colourbox

Det är patientens ansvar att ta kontakt och ordna med den utländska vårdtjänsten och i den kontakten också begära en offert på vad den kommer att kosta. Om Försäkringskassan sedan bedömer att patienten ska få ersättning så får den maximalt uppgå till den summa vården skulle ha kostat i hemlandstinget, resten får patienten betala själv.

Den enskilda yrkesutövaren, till exempel läkaren, behöver inte alls ta ställning till en patients önskemål om vård i ett annat EU-land, utan ska hänvisa patienten till Försäkringskassan. ■



DSM-5: Ny diagnos ersätter missbruk och beroende

En av de största förändringarna i den nya diagnoshandboken DSM-5 är att begreppen missbruk och beroende avskaffas. De ersätts av ett nytt, gemensamt begrepp. Betyder det något för behandlingen? Och vad kommer den nya diagnosen att heta på svenska?

Missbruk och beroende är inarbetade begrepp inom alkohol- och narkotikavården. För att räknas som beroende enligt den tidigare upplagan, DSM-IV, måste man uppfylla ett antal kriterier som vittnar om ett starkt biologiskt och psykologiskt beroende av drogen. Missbruk, däremot, är ett begrepp som mer tar fasta på drogbrukets sociala konsekvenser.

När DSM-5 offentliggjordes i maj i år, visade det sig att de här två begreppen hade ersatts av ett enda nytt: »substance use disorder«. Detta kan sedan preciseras utifrån vilken drog det handlar om, till exempel »alcohol use disorder«.



Illustration: Colourbox

Skälet till förändringen är att författarna till DSM-5 gjorde bedömningen att missbruk och beroende inte är fristående från varandra, utan till stor del uttryck för samma underliggande tillstånd. Vad de gjort är att de har plockat bort ett av missbrukskriterierna (problem med rättvisan på grund av missbruk), lagt till ett nytt kriterium (sug efter droger), och i övrigt slagit ihop kriterierna för beroende och missbruk.

Man får då elva kriterier, varav minst två ska vara uppfyllda för att man ska kunna tala om »substance use disorder«. Genom att räkna antalet kriterier får man också ett mått på problemets allvar: från milt (två till tre kriterier) över måttligt (fyra till fem) till svårt (sex eller fler kriterier).

Sven Wåhlin, som är överläkare vid alkoholmottagningen Riddargatan 1 i Stockholm, tycker att ändringarna är bra:

– Framför allt är jag glad över att begreppet missbruk försvinner, säger han. Det är stigmatiserande och saknar medicinskt innehåll.

– Däremot hade man kanske kunnat ha kvar beroende. Det är en bra term, och vi märker att den är lätt att förstå för våra patienter.

Sven Wåhlin understryker dock, att när man ställer diagnoser i sjukvården är det vanligtvis ICD-systemet som används, inte DSM. Beroende finns med i ICD-10, och mycket talar för att det kommer att finnas med även i den kommande ICD-11, säger han.

DSM-5 håller nu på att översättas till svenska; den planeras komma ut i vår på Pilgrim Press, samma förlag som gett ut de tidigare DSM-översättningarna. Men hur översätter man en term som »substance use disorder«? Det är inte givet. I slutet av september hade representanter för Svensk förening för beroendemedicin ett möte med förläggaren Jörgen Herlofson för att diskutera terminologin.

Mötet var konstruktivt, berättar Lars Håkan Nilsson, medicinsk rådgivare vid Kriminalvården och en av representanterna för beroendemedicinarna. Man tyckte att termen »substanssyndrom« kunde vara en lämplig svensk översättning, vilket sedan kan preciseras till exempelvis »alkoholsyndrom«.

I likhet med Sven Wåhlin är han glad över att få bort missbruksdiagnosen, som ensidigt för tankarna till sociala problem i stället för till en medicinskt behandlingsbar sjukdom. Han ser en möjlighet att behålla beroende som ett tillägg till diagnosen, som syftar på syndromets svårighetsgrad: måttligt eller svårt substanssyndrom skulle då kunna betecknas som beroende.

Även om sjukvården använder ICD-systemet har det betydelse vad som står i DSM, säger Lars Håkan Nilsson:

– DSM har blivit mer och mer av allmänt intresse. Det märks inte minst på mediabevakningen av DSM-5. Många utanför sjukvården använder också termer och definitioner från DSM – till exempel Transportstyrelsen i sina föreskrifter för bedömning av rattfylleri.

Miki Agerberg

Samverkansavtal i Gävleborg sägs upp

Gästrike-Hälsinge läkarförening har tillsammans med Vårdförbundet och Kommunal sagt upp samverkansavtalet med Gävleborgs läns landsting. Enligt Magnus Hjelm (bilden), ordförande för läkarföreningen, har personalorganisationerna tröttnat på att beslut fattas över deras huvuden.

– Det har fungerat halvknackigt i många år. Gång på gång har beslut har tagits utan samverkan.

Förra sommaren stängdes exempelvis länsrehab i Sandviken utan samverkan, vilket ledde till att landstinget fick betala skadestånd. Andra exempel är enligt Magnus Hjelm stängningen av flera vårdavdelningar.

Landstinget har meddelat att man nu ska inleda samtal om ett nytt avtal. Magnus Hjelm hoppas att det blir ett avtal där arbetstagarorganisationerna ska ses mer som en resurs än i dag.



– Jag har jämfört med Jönköpings läns landstings samverkansavtal. Där har man har mjukare formuleringar som tyder på en mer positiv inställning till arbetstagarna.

Lyckas man inte komma överens gäller MBL.

– Då blir det blir bökigare för bägge parter.



Pär Gunnarsson

Pär Gunnarsson blir ny chefredaktör för Läkartidningen

Pär Gunnarsson tillträder som chefredaktör och ansvarig utgivare för Läkartidningen den 1 december.

49-årige Pär Gunnarsson är i dag verksam vid PR-byrån Effektiva Media med inriktning mot hälso- och sjukvården samt läkemedelsbranschen. Innan dess var han i tio år redaktionschef på tidningen Dagens Medicin.

– Pär Gunnarssons breda erfarenhet av både journalistik och ledarskap i kombination med stor kunskap om hälso- och sjukvårdsbranschen gör honom väl lämpad att axla rollen på Läkartidningen och Läkartidningen Förlag AB, säger Läkartidningens och Läkarförbundets vd Håkan Wittgren i ett pressmeddelande.

Till Läkartidningen säger Pär Gunnarsson att det känns »otroligt roligt och spännande« att få ta på sig uppdraget.

– Jag har följt Läkartidningen under många år och vet att det är en bra, relevant och för läsarna viktig tidning.

Enligt Pär Gunnarsson innehåller uppdraget flera utmaningar. Liksom för mediabranschen i stort handlar det främst om att se över distributionsformerna samt att säkra så att man får tillräckligt med intäkter.

– Det finns väldigt mycket kunskaper inom Läkartidningen som ger bra förutsättningar för att arbeta framåt. Jag tror att jag kan tillföra idéer, energi och erfarenheter i den processen.

Pär Gunnarsson efterträder Jonas Hultkvist, som fyller 65 år nästa år och kommer att ägna sig åt egen verksamhet.

Michael Lövtrup

Barnläkare: **Omskärelse strider mot mänskliga rättigheter**

Ordförandena för Sveriges barnläkarförening och Svensk barnkirurgisk förening skriver i en debattartikel (DN 28/9) tillsammans med ordföranden i Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik, Barnombudsmannen och ordföranden för Vårdförbundet att omskärelse av pojkar strider mot barns mänskliga rättigheter.

Enligt debattörerna saknas det hälsomässiga grunder för omskärelse av pojkar där det inte är medicinskt motiverat.

Samtidigt innebär ingreppet smärta för barnet, även vid nervblockad, är oåterkalleligt och kan medföra allvarliga komplikationer. Mot den bakgrunden anser de att föräldrarätten inte får sättas före barnets kroppsliga integritet och rätt till medbestämmande. Man begär därför att lagstiftningen ändras så att omskärelse utan medicinsk grund endast får utföras på pojkar som uppnått en sådan ålder och mognad att de kan samtycka till ingreppet. ■

PATIENTSÄKERHET ÄRENDE

Handledning ett måste för vikarierande underläkare

Att inte säkerställa handledning för en icke legitimerad läkare på vikariatsförordnande är enligt Inspektionen för vård och omsorg mycket allvarligt. Det fråntar dock inte den aktuella läkaren ansvar för sitt arbete. (IVO 8.2-8050/2013)

En tonårig flicka sökte akutmottagningen för en djup sårskada i ena foten. En icke legitimerad underläkare som ännu inte påbörjat sin AT bedömde att inget ben och ingen sena i foten var skadad. Enligt journalanteckningen löpte såret, som var cirka 8 cm långt och så djupt att det gick in till benet i stortån, på trampdynan mot stortån ut mot medialsidan. Såret rengjordes och suturerades. Antibiotikaprofylax sattes in och smärtstillande läkemedel skrevs ut. Patienten uppmanades att söka vård vid tecken på infektion.

Efter fyra veckor hade patientens pappa telefonkontakt med en sjuksköterska på vårdcentralen. Pappan berättade att man själv hade tagit bort suturerna och att såret såg fint ut men att stortån inte gick att böja nedåt samt hade visst känselbortfall. Sjuksköterskan bedömde att sårläkning fortfarande pågick och att patienten kunde avvakta ett par veckor. Efter ytterligare en månad träffade patienten en läkare på vårdcentralen som misstänkte senskada och därför remitterade henne till ortoped, därifrån remitterades hon sedan vidare till en fotorienterad ortoped på ett större sjukhus. Magnetkameraundersökning inför det besöket, fem månader efter skadan, visade en ruptur av flexor hallucis longus. I journalanteckningen uttrycks tveksamhet till om det är indicerat att åtgärda den typen av senskada och att det dessutom skulle vara tekniskt svårt efter så lång tid och resultatet därför skulle vara osäkert.

En anmälan om fel i vården har gjorts av patientens pappa. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) skriver att det inte går att fastställa hur prognosen för patienten sett ut om senskadan upptäckts redan vid besöket på akutmottagningen. Men IVO bedömer att patienten drabbats av en vårdskada eftersom diagnosen försenades. IVO påpekar att försenad diagnos är ett exempel på en anmälningspliktig händelse, men att någon anmälan från vårdgivaren inte inkommit.

Att underläkaren arbetat utan handledning och utan att själv konsultera högre kompetens har enligt IVO bidragit till att patientens vård på akutmottagningen inte varit i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. IVO riktar kritik mot underläkaren men är också kritisk till det faktum att vårdgivaren anställt en läkare på vikariatsförordnande och inte sedan säkerställt att denna enbart arbetat under handledning. Det är enligt IVO så allvarligt att myndigheten öppnar ett nytt ärende för att ytterligare granska vårdgivaren. **SG**

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



Citera som: Läkartidningen 2013;110:CF7T

Barn med stroke måste få evidensbaserad vård

Kvalitetsregister och samarbete i nätverk kan ge bättre behandlingsutfall



OLOF RASK, med dr, överläkare, sektionen för neuropediatrik, Skånes universitetssjukhus, Lund olof.rask@med.lu.se



PERNILLA GRILLNER, med dr, specialistläkare, neuropediatriska verksamheten, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

»De kliniska omständigheterna vid stroke under ungdomen överensstämmer inte helt med de i högre ålder. Detta gäller även förekomsten av olika predisponerande faktorer«, skrev Gösta Blennow och medarbetare redan 1978 i den första svenska rapporten om stroke hos barn [1]. De noterade med hjälp av angiografi särskilt »förekomst av segmentell arterit av okänd (infektiös?) etiologi«, vilket i dag får anses som mycket klarsynt i en era långt före dagens avancerade avbildningstekniker.

I dag vet vi med säkerhet att intrakraniell arteriopati kan orsaka stroke hos barn, t ex efter föregående varicellainfektion. Vi vet också att faktorer som ligger bakom stroke hos barn skiljer sig från dem som orsakar stroke hos vuxna. Cerebral arteriopati, hjärtsjukdom och koagulopatier representerar bara några av de möjliga orsakerna till ischemisk stroke hos barn, medan kärlmissbildningar är de vanligaste orsakerna till hemorragisk stroke. En kombination av flera, till synes små, riskfaktorer kan leda till stroke i barndomen.

Allvarligt tillstånd – 10 procent avlider

I detta nummer av Läkartidningen presenterar Sten Christerson en sammanställning av publicerade behandlingsrekommendationer för denna patientgrupp.

Pediatrisk stroke är ett allvarligt tillstånd förknippat med en mortalitet kring 10 procent samt en hög förekomst av recidiv och bestående morbiditet. Majoriteten av överlevare har neurologiska sequelae av någon grad. Dröjsmål hos både föräldrar och vårdgivare innan rätt diagnos ställs är vanligt och en viktig fråga att hantera för både sjukvård och kliniska prövningar.

Vad gäller behandling av akut stroke bygger nuvarande rekommendationer fortfarande på konsensus och expertutlåtande och inte på randomiserade studier [2, 3]. Interventionell behandling bör fortsatt utvärderas från fall till fall av läkare med erfarenhet av pediatrisk stroke.

Identifiering av riskfaktorer kan ge möjlighet till en individuell riskstratifiering av behandling och utformning av sekundärprofylax.

Ung, plastisk hjärna inte alltid av godo

Den omogna hjärnan är mer formbar – plastisk – för yttre faktorer, en egenskap som ofta har framhållits som en betydande fördel när det gäller återhämtning av funktion efter stroke, t ex vad gäller motoriska färdigheter.

»Skador i den unga hjärnan kan dock medföra att full utvecklingspotential inte återkommer ...«

Skador i den unga hjärnan kan dock medföra att full utvecklingspotential inte återkommer, vilket därmed påverkar förmågan till nyinlärning. Återvinning av färdigheter enbart till samma nivå som före skadan är helt klart ett otillräckligt utfallsmått vid neurorehabilitering av barn.

Det finns ingen enhetlig kognitiv påverkan efter stroke. Långsam informationsbearbetning och exekutiva svårigheter tycks dominera. Förlångsammad förmåga att lära nya färdigheter i kombination med ökande kognitiva och sociala krav under skolåren medför växlande behov i fråga om rehabilitering. Kontinuerlig uppföljning av barn som drabbats av stroke är därför nödvändig för att optimera förutsättningarna för ett självständigt liv med god livskvalitet.

Olika lovande tekniker för att främja neural plasticitet (t ex motion, transkraniell kortikal stimulering och neuromodulerande läkemedel) behöver utvärderas systematiskt för att i framtiden kunna gynna kognitiv funktion efter stroke [4].

Vuxenvården har trimmat vårdkedjor

De senaste 20 åren har strokesjukvården av vuxna patienter genomgått en dramatisk förändring. Akut omhändertagande enligt konceptet »rädda hjärnan« har fått hög prioritet, och vältrimmade vårdkedjor har inrättats. Organisation av vården i s k strokeenheter omfattar 1) omhändertagande på specialiserad strokevårdsavdelning, 2) ett multiprofessionellt teamomhändertagande och 3) ett integrerat system för akut diagnostik och behandling, tidig mobilisering, rehabilitering och sekundärprevention.

Dessa grundläggande vårdprinciper har visat sig vara mycket effektiva när det gäller förbättrade resultat (färre dödsfall, ökad självständighet).

I den uppdaterade s k Helsingborgsdeklarationen anges fortsatta målsättningar, bl a att »alla strokepatienter i Europa ska ha tillgång till en kontinuerlig



Foto: Olof Rask

Tidig reperfusion är den mest effektiva behandlingen för akut hjärnischemi. Även för barn bör akut intervention övervägas från fall till fall av läkare med erfarenhet av pediatrisk stroke (bilden visar endovaskulär behandling).

SAMMANFATTAT

Akut medicinsk behandling och kontinuerlig vårdkedja är hörnstenar i modern strokesjukvård.

En nationell arbetsgrupp har tagit fram rekommendationer om handläggning vid akut stroke hos barn.

Endovaskulära metoder för att åstadkomma reperfusion vid akut ischemisk stroke är under utveckling och kan förlänga det terapeutiska tidsfönstret. Dessa metoder bör utvärderas för barn.

Upprättande av kliniska register liksom lokala, nationella och internationella nätverk kan underlätta utvecklingen mot evidensbaserad vård för stroke hos barn.

vårdkedja, från organiserade strokeenheter i den akuta fasen till lämplig rehabilitering och sekundärprofylaktiska åtgärder« och att »evidensbaserade terapier bör göras tillgängliga för alla strokepatienter« [5, 6].

Detta är i högsta grad eftersträvansvärt även för barn som drabbats av stroke.

Vuxenmetoder bör utvärderas för barn

Tidig reperfusion är den mest effektiva behandlingen för akut hjärnischemi. Trombolys med rekombinant vävnadsplasminogenaktivator (rtPA) EU-godkändes för behandling av vuxna med akut ischemisk stroke 2003.

Hos barn med stroke föreligger ofta en fördröjning mellan symtomdebut och diagnos. Detta har medfört att endast ett fåtal barn har kunnat behandlas med trombolys inom stipulerad tid, vilket kan förklara varför behandlingen i fallrapporter varit behäftad med blödningskomplikationer.

Prospektiva studier för utvärdering av trombolysbehandling vid pediatrisk ischemisk stroke har föreslagits, dock finns ännu inga publicerade data [2, 3, 7].

En kombinerad behandlingsstrategi, trombolys följd av endovaskulär terapi (s k överbryggning, »bridging«), har nyligen visat sig framgångsrik hos vuxna med akut ischemisk stroke. Rekanalisering med endovaskulära/mekaniska metoder kan också förlänga det terapeutiska tidsfönstret [8]. Dessa metoder bör utvärderas för barn för att potentiellt kunna minska antalet blödningar associerade med trombolytisk behandling.

För att korrekt bedöma huruvida olika behandlingar verkligen förbättrar utfallet behöver väl validerade, lättanvända effektmått utvecklas, lämpligen via registrering i kvalitetsregister.

Hemorragisk stroke hos barn behandlas i samråd med neurokirurg. Åtgärder för att stabilisera vitala funktioner, behandla pågående blödning och motverka reblödning kräver i akutskedet intensivvård och i vissa fall neurokirurgisk eller endovaskulär intervention. Större studier vad gäller barn med hemorragisk stroke saknas; den mesta kunskapen baseras på fallrapporter.

Ungefär lika vanligt som hjärntumör

Incidenser av pediatrisk stroke rapporterade från studier i den industrialiserade världen varierar från 1,3 till 13 per 100 000 [9]. Som jämförelse motsvarar detta ungefär förekomsten av hjärntumörer hos barn, den näst vanligaste cancerformen.

Många av de epidemiologiska studier som finns baseras dock på retrospektiva undersökningar av små populationer. Incidensen tycks vara stigande; ökad medvetenhet om att diagnosen förekommer hos barn, förbättrad diagnostik liksom ökad överlevnad bland barn med kända predisponerande tillstånd (t ex komplexa medfödda hjärtfel, meningit och cancer) kan vara bidragande faktorer. Långsiktiga studier för att kunna analysera tidstrender saknas dock.

Dyrt för både samhälle och individer

Kostnaden för stroke hos vuxna har ingående studerats och legat till grund för viktiga kostnadseffektivitetsanalyser av förebyggande åtgärder och behandling.

För barn är motsvarande data begränsade. I en nyligen publicerad studie från Kalifornien mättes sjukvårdskostnaderna i en populationsbaserad kohort av 266 barn med stroke [10]. Den direkta kostnaden för den akuta sjukhusvistelsen var i genomsnitt 81 869 dollar, och under 5 år efter stroke var kostnaden 135 161 dollar. Därtill kommer indirekta kostnader som sannolikt är betydande i form av förlorad produktivitet för både föräldrarna och barnet, ofta under många år.

Pediatrisk stroke innebär således betydande kostnader för både samhälle och individ.

Samarbete i nätverk behövs

För att förbättra epidemiologiska data krävs gemensamma ansträngningar i nationella och internationella samarbetsnätverk. I Sverige har en arbetsgrupp inom Svensk neuropediatrisk förening under det senaste året arbetat fram rekommendationer om handläggning vid akut stroke hos barn [11].

Arbetet med att upprätta ett nationellt register även för barn med stroke har påbörjats. Förhoppningsvis kan detta även ligga till grund för framtida kliniska prövningar.

Utveckla nya strategier!

Vården står inför stora utmaningar men också stora möjligheter att kunna förbättra omhändertagandet av barn som insjuknar i akut stroke.

Vuxensjukvården har visat hur en välfungerande vårdkedja kan byggas upp. Även pediatriken behöver utveckla nya strategier. Tiden till diagnos för barn med stroke behöver förkortas för att möjliggöra akut behandling i form av trombolys/endovaskulär behandling eller neurokirurgiska ingrepp. För barn innebär detta större krav på neuroradiologi, i vissa fall magnetkameraundersökning i narkos.

Eftersom kliniska prövningar är svåra att genomföra i denna barngrupp är fortsatt forskning och insamling av erfarenhet nödvändig.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

LÄS MER Artikel sidan 1799
Fullständig referenslista
Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Blennow G, Cronqvist S, Hindfelt B, et al. On cerebral infarction in childhood and adolescence. Acta Paediatr Scand. 1978;67:469-75.
5. Kjellström T, Norrving B, Shatchkute A. Helsingborg Declaration 2006 on European stroke strategies. Cerebrovasc Dis. 2007;23:229-41.
7. Amlie-Lefond C, Chan AK, Kirton A, et al. Thrombolysis in acute childhood stroke: design and challenges of the thrombolysis in pediatric stroke clinical trial. Neuroepidemiology. 2009;32:279-86.
8. The Penumbra Pivotal Stroke Trial Investigators. The penumbra pivotal stroke trial: safety and effectiveness of a new generation of mechanical devices for clot removal in intracranial large vessel occlusive disease. Stroke. 2009;40:2761-8.
11. Arbetsgruppen för stroke hos barn, Svensk Neuropediatrisk förening. Riktlinjer för omhändertagande vid stroke hos barn efter nyföddhetsperioden. 1 mars 2013 [citerat 12 sept 2013]. http://www.blf.net/neuropediatrik/vardprogram/stroketolv.pdf

Vill du skriva en medicinsk kommentar?

Välkommen! Men kontakta först Michael Wilczek, tf medicinsk redaktionschef: michael.wilczek@lakartidningen.se

Utmanande saklig Läkartidningen

nya.ron@lakartidningen.se

Peritoneala metastaser från ventrikelcancer – ny strategi behövs

AVHANDLING. I en avhandling från Uppsala universitet framkom att peritoneala metastaser från ventrikelcancer är vanligare än vad som tidigare varit känt. Det visades också att multimodal behandling av denna sjukdom är genomförbar men kostsam samt att kemosensitiviteten för ventrikelcancerprov är jämförbar med kolorektalcancerprov, men att den individuella variationen mellan prov från olika patienter är betydande.

Ventrikelcancer är en av de vanligaste orsakerna till död i världen, och peritoneala metastaser är det vanligaste recidivet. Prognosen för patienter med sådana recidiv är dålig: medianöverlevnad på ca 3 månader och inga femårsöverlevare. Syftet med avhandlingen var att undersöka incidensen och utvärdera prognostiska faktorer avseende medianöverlevnad för ventrikelcancer och peritoneala metastaser, och att granska effekten och kostnaden av en ny multimodal behandlingsregim. Läkemedelskänslighet mellan olika patienter och tumörtyper undersöktes också.

Incidensen av lokoregionalt avancerad ventrikelcancer var högre än tidigare rapporterat, 3,8 per 100 000 personår. Synkron lokoregionalt avancerad ventrikelcancer i kombination med synkrona fjärrmetastaser var en negativ prognostisk faktor, medan kemoterapi och bra »performance status« (patientens välmående och aktivitetsnivå) samt strålbehandling i kombination med kemoterapi var positiva prognostiska faktorer.

Det var ingen signifikant skillnad i medianöverlevnad under perioden 2000–2004 jämfört med perioden 2005–2009, och avsaknaden av förbättring i överlevnad under det senaste decenniet rättfärdigar uppfattningen att det finns ett stort behov av nya behandlingsstrategier för denna sjukdom. I en fas 2-studie på patienter behandlade med neoadjuvant kemoterapi följd av cytoreduktiv kirurgi tillsammans med hypertermisk intraperitoneal kemoterapi och tidig postoperativ intraperitoneal kemoterapi var medianöverlevnaden 14,3 månader och hos patienter som erhöll makroskopiskt radikal kirurgi var medianöverlevnaden 19,1 månader, vilket är bättre resultat än de senaste rapporterna från behandling med systemisk kemoterapi. Den totala medelkostnaden för lokoregional behandling var 1 014 000 kronor per patient, jämfört med 412 000 kronor för patienter som endast fick systemisk kemoterapi. Behandling av avancerad ventrikelcancer är alltså kostsam oavsett behandlingsregim. I ett kemosensitivitetstest ex vivo konstaterades att ventrikelcancerprov var jämförbara med kolorektalcancerprov beträffande kemosensitivitet för standardläkemedel och för målsökande läkemedel, medan ovarialcancerprov var mer känsliga. De individuella ventrikelcancerproven varierade betydligt i känslighet för ökande läkemedelskoncentration, vilket talar för individuellt anpassad kemoterapi.

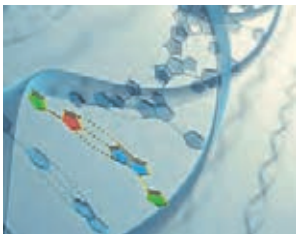
Bo Hultman
överläkare, kirurgkliniken, Mora lasarett

Hultman B. Clinical and experimental studies in peritoneal metastases from gastric cancer. Uppsala: Uppsala universitet; 2013.

Mutationssignaturer som orsakar malignitet kartlagda

I Nature presenteras en omfattande sammanställning av mutationer som orsakar cancer. Studien omfattar många olika malignitetsformer. Forskarna har gjort en genetisk analys av 7 042 tumörer och identifierat närmare fem miljoner mutationer. Dessa finns både i delar av genomet som kodar för gener och i icke-kodande delar. Mutationerna har identifierats genom att jämföra cancercellernas arvsmassa med arvsmassa från bärarens friska celler. Med hjälp av avancerad mjukvara har man delat in de fem miljoner mutationerna i 21 olika genetiska signaturer där varje signatur utgör ett mutationsmönster och kan ses som ett genetiskt fingeravtryck efter en specifik mutationsprocess.

Vissa genetiska signaturer var kopplade till enskilda malignitetsformer. Andra förekom i olika former av cancer. En enskild tumör kan ha flera signaturer. Vissa av signaturerna kan kopplas till en specifik orsak som rökning eller exponering för UV-strålning, men för flera signaturer är orsaken inte känd. Vid sidan av de 21 identifierade signaturerna kan det, enligt författarna, finnas ytterligare signaturer som ännu inte har kunnat identifieras eller klassificeras. Till fynden i studien hör dessutom att en signatur som tidigare visats förekomma vid bröstcancer även visade sig vara vanligt förekommande vid 16 andra malignitetsformer, vilket inte tidigare varit känt. Resultaten kan sammanfattas med att det tycks finnas en enorm diversitet vad gäller mutationer som kan leda till cancer. Olika mutationsprocesser (med olika signaturer) ger upphov till olika former av cancer och bör angripas på olika sätt. Författarna konstaterar att ökad förståelse kring de olika processerna ger bättre behandlingsmöjligheter.



Forskarna har analyserat 7 042 tumörer och identifierat närmare fem miljoner mutationer. Foto: Colourbox

Anders Hansen
leg läkare, frilansjournalist

Alexandrov L, et al. Nature. 2013;500(7463):415-21.

Ökad risk för autism av en viss IVF-form

I JAMA presenteras en svensk studie som visar att ICSI (intracytoplasmatisk spermieinjektion) innebär måttligt ökad risk för att barnet ska drabbas av autism.

Författarna inkluderade data från 2,5 miljoner barn födda i Sverige 1982–2007. Av dessa föddes 1,2 procent, närmare 31 000 barn, efter IVF. I register såg man om de fått diagnosen autismspektrumstörning eller mental retardation. Genomsnittlig uppföljningstid var tio år.

När man slog samman samtliga former av IVF sågs ingen skillnad vad gäller autism mellan barn som fötts efter IVF och barn där befruktning skett på normal väg. För mental retardation sågs däremot en liten men statistiskt signifikant ökad risk hos barn som fötts efter IVF.

När författarna tittade specifikt på olika IVF-former såg man att ICSI var förknippad med något högre förekomst av både autism och mental retardation än övrig IVF. Det bör dock betonas att riskökningen i absoluta tal räknat är blygsam.

Anders Hansen
leg läkare, frilansjournalist

Sandin S, et al. JAMA. 2013;310(1):75-84.

Antikropp prövad mot inflammatorisk tarmsjukdom

I New England Journal of Medicine presenteras en studie där en monoklonal antikropp prövats mot ulcerös kolit. Preparatet går under namnet vedolizumab och är verksamt mot autoimmuna sjukdomar då det blockerar ett protein som lymfocyterna använder sig av för att ta sig in i olika vävnader.

De 374 deltagarna, samtliga med ulcerös kolit i aktiv fas, som fått otillräcklig behandlingseffekt av bland annat kortison lottades till två grupper. En grupp fick antikroppsbehandlingen, som gavs intravenöst då studien påbörjades samt efter två veckor. En kontrollgrupp gavs koksaltlösning vid samma tidpunkter. Behandlingseffekten utvärderades efter sex veckor och följdes genom Mayo-klinikens tolvgradiga skala, där ett positivt behandlingssvar innebär att poängen minskade med minst 3 på skalan vid mätningen efter sex veckor jämfört med när studien påbörjades. Det visade sig att 47 procent av de antikroppsbehandlade uppnådde behandlingssvar, vilket ska jämföras med 26 procent av kontrollerna. De som svarade på behandlingen (vilket även gäller placebohandlade kontroller) fick fortsätta med denna i en uppföljningsdel av studien. Antikroppspreparatet gavs under uppföljningen i två intervaller, var fjärde eller var åttonde vecka. Efter ett år var 45 procent av dem som fått preparatet var fjärde vecka i remission. Andelen var 42 procent i gruppen som fick preparatet var åttonde vecka och 16 procent i placebogruppen. Vad gäller biverkningar noterades inte några större skillnader mellan grupperna.

I tidskriften presenteras även en studie där vedolizumab har prövats mot Crohns sjukdom. I den visades bland annat att 14 procent av Crohn-patienterna hade fått behandlingssvar av antikroppen efter sex veckor, vilket ska jämföras med 7 procent i placebogruppen.

Anders Hansen
leg läkare, frilansjournalist

Feagan B, et al. N Engl J Med. 2013;369:699-710.



Av patienter med ulcerös kolit som behandlats med en antikropp kallad vedolizumab uppnådde 47 procent behandlingssvar mot 26 procent av kontrollerna.
Bild: David Mack/SPL/IBL

Fler klarade sig själva efter att ha fått trombolys

I Lancet Neurology presenteras en studie i vilken man tittat på långtidseffekterna av trombolys vid ischemisk stroke. Studien har bedrivits vid 156 sjukhus i tolv länder, däribland Sverige. Totalt omfattar den 3 055 patienter med ischemisk stroke. Dessa lottades till två grupper – en grupp som senast sex timmar från symtomdebut gavs trombolys (alteplas i dosen 0,9 mg/kg) och en obehandlad kontrollgrupp som, trombolysen undantagen, givetvis i likhet med behandlingsgruppen fick sedvanlig behandling.

Författarna har sedan följt upp 2 348 patienter efter 18 månader och då fokuserat på hur bra de klarade vardagen. Primärt effektmått har varit andel patienter i respektive grupp som klarade sig utan hjälp, vilket definierats som maximalt 2 poäng på den så kallade OHS-skalan (Oxford Handicap Scale). Andelen patienter som uppfyllde detta, dvs klarade sig själva enligt definitionen, var något högre i behandlingsgruppen: 35,0 procent jämfört med 31,4 procent i kontrollgruppen. Skillnaderna kan tyckas små, men författarna understryker att de är kliniskt relevanta. Patienter över 80 års ålder var en grupp där trombolysbehandling gav mer markerade fördelar vad gäller att klara sig själv än i materialet i stort. Deltagarna fick dessutom rapportera hur de upplevde den egna hälsan enligt skalan EQ-5D, som tar hänsyn till bland annat aktivitetsnivå, smärta, ångest och obehag. Det visade sig att trombolysbehandlade överlag upplevde sin hälsa som bättre än kontrollgruppen. Viktigt att notera är att man inte sett någon skillnad i dödlighet mellan grupperna; 35 procent av patienterna i respektive grupp hade avlidit efter 18 månader.



Hos strokepatienterna över 80 år gav behandlingen mer markerade fördelar.
Foto: Hattie Young/SPL/IBL

Anders Hansen
leg läkare, frilansjournalist

Sandercock P, et al. Lancet Neurol. 2013. doi: 10.1016/S1474-4422(13)70130-3

Metoder för att understödja andning hos för tidigt födda har jämförts

I New England Journal of Medicine presenteras en studie i vilken man har jämfört effekten av två olika metoder för att understödja andningen hos för tidigt födda barn. Studien har gjorts vid 34 centrum i tio olika länder och omfattar 1 009 barn som alla fötts före vecka 30 med en födelsevikt som understeg 1 000 gram. Andningen är en kritisk faktor för dessa barn då lungorna inte hunnit utvecklas ordentligt. I studien har en grupp barn fått behandling med CPAP (kontinuerligt positivt luftvägstryck) vilket innebär ökat lufttryck i lungorna men att barnet självt andas. I en annan grupp fick barnen CPAP i kombination med IPPV (intermittent övertrycksventilation), vilken i korthet omfattar konstgjord andning, till skillnad från CPAP som bara innebär övertrycksandning.

Vid en tidpunkt som motsvarar graviditetsvecka 36, dvs sex veckor efter förlossningen för barn som föddes vecka 30, har man undersökt dels överlevnad, dels förekomst av pulmonell dysplasi, en vanlig komplikation vid mekanisk ventilation av för tidigt födda. Primärt effektmått i den aktuella studien har varit överlevnad utan förekomst av pulmonell dysplasi. Det visade sig att andelen barn som avlidit alternativt överlevt men drabbats av pulmonell dysplasi var 36,7 procent i CPAP-gruppen och 38,4 procent i gruppen som fått både CPAP och IPPV. Tittar man enbart på dödlighet noteras att 6,7 procent av barnen som fått både CPAP och IPPV avled jämfört med 8,2 procent av barnen som bara fått CPAP. Skillnaderna är inte statistiskt signifikanta. Inte heller efter att man justerat för användning av glukokortikoider antenatalt eller när man enbart tittade på pojkar respektive flickor. Resultaten sammanfattas med att man inte kunnat visa att IPPV gav ytterligare effekt vad gäller att minska dödlighet och pulmonell dysplasi. Det kan inte uteslutas att faktorer som personalens vana att hantera respektive metod skiljer sig åt, vilket kan ha påverkat resultaten.

Anders Hansen
leg läkare, frilansjournalist

Kirpalani H, et al. NEJM. 2013;369:611-20.

Chans till livräddande insats vid hjärtstopp utanför sjukhus varierar

AVHANDLING. I dag behandlas årligen 5 000 hjärtstopp utanför sjukhus i Sverige. Förekomst och utfall av dessa hjärtstopp varierar mellan länen. I en avhandling från Sahlgrenska akademien analyserades förekomst och utfall av behandlade hjärtstopp som sker utanför sjukhus. Implementering och utfall av den nationella utbildningen i hjärt–lungräddning utreddes också. Arbetet baserades på data från det svenska kvalitetsregistret för hjärtstopp utanför sjukhus samt utbildningsregistret i hjärt–lungräddning. Sedan 1990 dokumenteras patienter med hjärtstopp behandlade utanför sjukhus, vilket ger en epidemiologisk bild av Sveriges samtliga län. Faktorer som studerades var bland annat om hjärt–lungräddning utförts och om defibrillering skett före ambulansens ankomst samt överlevnad såväl vid ankomst till sjukhus som efter en månad. Inom ramen för avhandlingsarbetet utfördes även en kvalitetsuppföljning av data som rapporterats de senaste åren. Uppföljningen påvisade ett bortfall på 25 procent. En jämförelse mellan rapporterade och icke-rapporterade hjärtstopp visade dock relativt små skillnader. De patienter som inte rapporterats var i genomsnitt äldre och hade i lägre omfattning erhållit hjärt–lungräddning före ambulansens ankomst men hade en högre överlevnad. En stor andel av de icke-rapporterade hjärtstoppen inträffade i ambulans vilket förklarar den lägre omfattningen av hjärt–lungräddning före ambulansens ankomst samt den högre överlevnaden.

Utbildningen i hjärt–lungräddning har resulterat i ca 2 miljoner utbildade livräddare (1983–2007) vilket kan associeras med en ökning av hjärt–lungräddning före ambulansens ankomst. Även överlevnaden efter hjärtstopp utanför sjukhus har förbättrats med tiden. Data analyserade över tid visar att överlevnaden en månad efter hjärtstoppet ökat från 4,8 procent (1992) till 10,7 procent (2011) – framför allt hos patienter med defibrillerbar rytm samt de som lagts in på vårdavdelning.

Förekomst av behandlade hjärtstopp och utfall för dessa patienter varierar mellan olika län i Sverige. Eventuella samband med befolkningstätheten studerades. Ingen skillnad avseende överlevnad kunde påvisas, dock noterades ökad kardiell etiologi (73 procent jämfört med 65 procent; P = 0,002), ökad förekomst av hjärt–lungräddning före ambulansens ankomst (73 procent jämfört med 64 procent; P = 0,04) samt ökad tid från larm till ambulansens ankomst (10 minuter jämfört med 8 minuter; P < 0,0001) i områden med lägre befolkningstäthet.

»... det är möjligt att rädda ytterligare 300–400 liv om dessa tider reduceras.«

I dag räddas ca 500 personer årligen efter hjärtstopp utanför sjukhus. Tidiga räddningsinsatser är av stor vikt för att öka chansen till överlevnad efter hjärtstopp. En jämförelse av överlevnaden beroende av tiden från konstaterat hjärtstopp till tillkallande av ambulans, påbörjande av hjärt–lungräddning respektive första defibrillering visar att det är möjligt att rädda ytterligare 300–400 liv om dessa tider reduceras. Det som framför allt påverkar chansen att rädda ytterligare liv är tiden till påbörjande av hjärt–lungräddning samt tidig defibrillering.

Anneli Strömsöe
leg sjuksköterska, medicinsk vetenskap,
Högskolan Dalarna

Strömsöe A. Cardiopulmonary resuscitation in Sweden – yesterday, today and tomorrow. Göteborg: Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet; 2013.

Anemiprevalensen går åt rätt håll – men för långsamt

I Lancets nya systertidskrift Lancet Global Health presenteras en sammanställning över hur förekomsten av anemi utvecklats i världen under perioden 1995–2011. Författarna har tittat på kvinnor i fertil ålder och barn och sammanställt data på populationsbasis från 107 olika länder. En mängd källor har använts; bl a annat har uppgifter hämtats från WHO. Utvecklingen på global basis kan sammanfattas med att det tycks gå åt rätt håll – men det går för långsamt. Tittar man på gravida kvinnor var den globala anemiprevalensen (Hb under 110 g/l har använts som brytpunkt för anemi hos gravida) 43 procent under 1995. Siffran sjönk till 38 procent 2011. Tittar man på kvinnor i fertil ålder som inte var gravida (Hb under 120 g/l är brytpunkt för anemi) sjönk prevalensen globalt från 33 till 29 procent under perioden. För barn i åldrarna sex månader till fem år sjönk anemiprevalensen från 47 till 43 procent. 2011 års siffror innebär att det världen över finns 496 miljoner icke-gravida anemiska kvinnor i fertil ålder. Likaså finns 32 miljoner gravida och 273 miljoner barn med anemi.



Foto: Godong/UIG/IBL

I centrala och västra Afrika är anemiprevalensen bland barn 71 procent.

Bilden skiljer sig naturligtvis enormt beroende på var man tittar. Lägst genomsnittligt Hb-värde återfinns i södra Asien och centrala och västra Afrika. I centrala och västra Afrika är anemiprevalensen bland barn 71 procent. För gravida är siffran 48 procent. Det kan jämföras med den sammanslagna gruppen höginkomstländer där andelen anemiska bland barn och gravida i stället är 11 respektive 16 procent. Globalt beräknas att järnbrist ligger bakom närmare hälften av alla fall av anemi bland både kvinnor och barn. Järnbrist är för övrigt en särskilt viktig orsak till svår anemi (definierat som Hb under 70 g/l hos barn och gravida och under 80 g/l för icke-gravida kvinnor i fertil ålder).

Resultaten sammanfattas med att den minskning man sett under perioden 1995–2011 vad gäller global anemiprevalens är »modest«. Dessutom är det viktigt att notera att det i många länder med hög anemiförekomst inte har skett någon förbättring över huvud taget under perioden. Anemi riskerar att utgöra ett stort hinder i ansträngningarna att sänka mödra- och spädbarnsdödligheten, skriver författarna.

Anders Hansen
leg läkare, frilansjournalist

Stevens G, et al. Lancet Global Health. 2013;1:e16-25.

Vårdkvalitén 19–21 november

VÅRD KVALITÉN 2013

Succén kommer igen. Välkommen till den andra Vårdkvalitén som arrangeras på Svenska Mässan i Göteborg. En konferens med betoning på chefskap och kvalitetsutmaningar inom vården. Tre inspirerande dagar för dig som leder arbetet med att skapa en bättre vård.

Programmet innehåller 34 seminarier om kvalitet i vården. Du möter erfarenheterna och diskussionen om den svenska vården – var den befinner sig och hur den kan bli bättre. Vårdkvalitén tar upp de aktuella frågeställningarna om personcentrerad vård, patientsäkerhet, eHälsa och innovationer, jämlikhet och etik. Som deltagare i Vårdkvalitén har du också tillgång till det stora öppna programmet på Kvalitetsmässan.


Åsa Moberg, författare och debattör


Magdalerna Forsberg, 6 gånger världsmästare i skidskytte

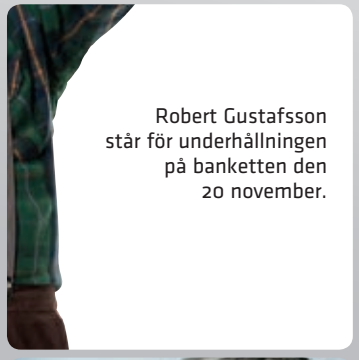





Maria Arnholm, jämställdhetsminister


Per Schlingmann, kommunikationsexpert





Robert Gustafsson står för underhållningen på banketten den 20 november.


Göran Hägglund, socialminister


Carin Mannheimer, regissör och dramatiker


Alide Chase, Kaiser Permanente


Nisse Simonson, läkare och författare

Åsa Moberg, foto: Mia Carlsson. Magdalena Forsberg, foto: Janne Danielsson. Robert Gustafsson, foto: Mats Bäcker. Maria Arnholm, foto: Ola Hedin. Carin Mannheimer, foto: Curt Wardås.

Anmälan och hotellbokning på www.vardkvaliten.se

MEDIAPARTNER

DAGENS Medicin

ARRANGÖRER

Sveriges läkarförbunds Chefsförening

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

VÅRDFÖRBUNDET

Kvalitets mässan 2013
Sverige kan bli bättre.

VÅRDKVALITÉN – EN DEL AV KVALITETSMÄSSAN.

Citera som: Läkartidningen 2013;110:CDAC

Psoriasis är mer än bara en hudsjukdom

Patienter bör kontrolleras för kardiovaskulära riskfaktorer

ALBERT DUVETORP, ST-läkare, hudkliniken, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping
ANDERS LJUNGBERG, hudspecialist, medicinsk rådgivare, Pfizer AB, Sverige
OLIVER SEIFERT, docent, överläkare, hudkliniken, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping
oliver.seifert@lj.se

Redan 1986 publicerades ett arbete som lade fram hypotesen att måttlig till svår psoriasis är associerad med andra sjukdomar som hypertoni, hjärtinfarkt och diabetes [1]. 1995 bekräftades detta då man fann ökad förekomst av diabetes och hjärtinsufficiens vid måttlig till svår psoriasis [2]. Sambandet förklarades då i första hand med patienternas livsstil, eftersom även rökning och regelbunden överkonsumtion av alkohol var vanligare i denna grupp än hos övriga befolkningen.

Under de följande åren tillkom flera studier som tog hänsyn till dessa riskfaktorer, men sambandet kvarstod ändå [3, 4], och man beskrev nu psoriasis som en genetiskt förutbestämd kronisk, inflammatorisk systemsjukdom och inte bara som en sjukdom begränsad till huden.

Många studier tyder nu på ett samband mellan måttlig till svår psoriasis och bl a rökning, övervikt, hypertoni och metabola syndromet (Fakta 1) [5-10]. I mötet med patienter är det viktigt att veta att kardiovaskulära riskfaktorer är överrepresenterade och underdiagnostiserade hos patienter med måttlig till svår psoriasis [11] och att dessa patienter löper risk att dö i snitt 4 år tidigare än patienter utan psoriasis [12]. Det är därför viktigt att sprida kunskapen om sambandet mellan psoriasis och risk för hjärt–kärlsjukdom.

Patienter med måttlig till svår psoriasis bör undersökas regelbundet och behandlas för högt blodtryck, hyperlipidemi, diabetes mellitus, rökning och övervikt. Införandet av riktlinjer för screening för olika riskfaktorer hos patienter med psoriasis skulle underlätta primärprevention. Svensk reumatologisk förening har utarbetat riktlinjer för patienter med reumatoid artrit, vilka också har ökad risk att drabbas av kardiovaskulära sjukdomar [13]. En modifierad version av dessa riktlinjer borde kunna användas vid handläggning av patienter med psoriasis.

Ökad risk för metabola syndromet

Enligt en enhetlig definition från 2009 är metabola syndromet en kombination av förhöjda triglycerider, lågt HDL-kolesterol, ökat fasteblodsocker, förhöjt blodtryck och ökat bukomfång [14]. Tre av dessa fem kriterier krävs för att ställa diagnosen. Redan i en av de första epidemiologiska studierna om förekomst av samsjuklighet vid psoriasis hittade man en ökad prevalens av alla fem faktorer [2], och resultatet kunde sedan reproduceras i ett flertal studier [15-19]. Det är känt att patienter med svår psoriasis ofta har en ohälsosam livsstil (alkohol, rökning, övervikt), som i sig kan öka risken för utveckling av metabola syndromet. De flesta stora epidemiologiska studier inom området har dock tagit hänsyn till dessa riskfaktorer.

En aktuell studie i Storbritannien inkluderande 4 065 patienter med psoriasis och 40 650 kontroller visade ett signifikant samband mellan psoriasis och metabola syndromet [20]. Risken för utveckling av metabola syndromet ökar med svårighetsgrad av psoriasis; detta dos–responssamband tyder på att måttlig till svår psoriasis i sig kan vara en oberoende riskfaktor. Undersökningar som studerat insulinresistens och dess koppling till svårighetsgrad av psoriasis (Psoriasis area and severity index, PASI) (Fakta 2) har visat en positiv korrelation mellan hög PASI-poäng (dvs svårare psoriasis) och minskad insulinsekretion och ökad serumkoncentration av resistin, en adipokin som är förhöjd vid insulinresistens [21, 22].

Övervikt, nikotin och alkohol påverkar psoriasis

Flera studier visar att patienter med psoriasis röker i större

FAKTA 1.

Översikt över samsjuklighet hos patienter med måttlig till svår psoriasis.

- Mb Crohn, ulcerös kolit [9, 76, 77]
- Depression [10, 78-80]
- Metabola syndromet [15-20]
- Hyperlipidemi [17, 36, 81]
- Hypertoni [36, 38, 82]
- Diabetes mellitus [4, 6, 36, 81]
- Psoriasisartrit [83-86]
- Kardiovaskulära sjukdomar (hjärtinfarkt, stroke) [51, 52, 54-56]
- Övervikt, adipositas [1, 2, 23, 26, 36]
- Överkonsumtion av alkohol och nikotin [1, 24, 25, 27, 29-33, 35, 87]

FAKTA 2.

Definition av svårighetsgrad av plackpsoriasis, enligt europeiskt konsensusdokument [88].

Lindrig psoriasis
- BSA (Body surface area) ≤10 och
- PASI (Psoriasis area and severity index) ≤10 och
- DLQI (Dermatology life quality index) ≤10

Medelsvår till svår psoriasis
- BSA (Body surface area) >10 eller
- PASI (Psoriasis area and severity index) >10 och
- DLQI (Dermatology life quality index) >10

SAMMANFATTAT

Psoriasis anses numera vara en genetiskt förutbestämd kronisk inflammatorisk systemsjukdom.
Måttlig till svår psoriasis är kopplad till ökad samsjuklighet, t ex metabola syndromet och kardiovaskulära sjukdomar.
Samsjukligheten kan möjligen förklaras av gemensamma bakomliggande inflammatoriska patomekanismer och genetiska faktorer.
Överkonsumtion av alkohol samt rökning och övervikt är vanligare hos patienter med psoriasis. Måttlig till svår psoriasis kan dock i sig vara en oberoende riskfaktor för hjärt–kärlsjukdomar.
Samsjuklighet och kardiovaskulära riskfaktorer är såväl underdiagnostiserade som underbehandlade vid psoriasis.
Genom tidig diagnos av samsjuklighet kan dermatologer och allmänläkare spela en viktig primärpreventiv roll för att minska mortalitet och morbiditet i kardiovaskulära händelser.
En viktig uppgift för framtiden är att ta fram riktlinjer för screening av patienter med psoriasis.

»Övervikt, rökning och alkohol är potentiella triggerfaktorer för psoriasis, och patienterna måste informeras om sambandet.«

utsträckning [23-32], dricker mer alkohol [1, 33-35] och i snitt är mer överviktiga [1, 2, 23, 26, 36] än övriga befolkningen. Dessa faktorer innebär inte bara större risk för försämring av psoriasis utan kan möjligen vara utlösande faktorer för utveckling av psoriasis hos patienter med genetisk predisposition.

I en prospektiv studie i USA följdes under 1991–2005 totalt 78 626 sjuksköterskor, och man kunde visa att fetma, viktökning och högre midja–höftkvot var associerade med ökad risk att utveckla psoriasis. Man såg dessutom att högre BMI medförde högre risk och att BMI under 21,0 var associerat med minskad risk för psoriasisutveckling (relativ risk 0,81) [37].

Psoriasis i sig har dessutom visats vara en oberoende riskfaktor (relativ risk 1,63) för att utveckla diabetes även efter justering för ålder, BMI, rökning, alkohol och psykisk sjukdom [38]. Övervikt, framför allt bukfetma, kan leda till kronisk systemisk inflammation. Vid övervikt observeras makrofager infiltrera fettvävnaden, och tillsammans med fettceller producerar de bl a tumörnekrosfaktor alfa (TNFα) och interleukin-6 (IL-6) [39-41]. Detta kan vara en möjlig koppling till försämring eller utveckling av psoriasis.

Betydelsen av viktnedgång för överviktiga patienter med psoriasis bekräftas av en italiensk studie från 2008, vilken visar att aktiv viktnedgång signifikant förbättrar svaret på behandling med ciklosporin (3 mg/kg kroppsvikt) jämfört med obehandlad övervikt [42]. Att viktminskning har en positiv inverkan på behandlingseffekt stöds även av fallrapporter som beskriver en förbättring av psoriasis efter gastrisk bypass-operation [43-45]. Vår uppfattning är att man med hänsyn till dessa fynd bör informera patienter om sambandet mellan övervikt och psoriasis och erbjuda hjälp med livsstilsförändringar som kan leda till viktnedgång.

Nya epidemiologiska data visar att rökning är en oberoende riskfaktor för utveckling av psoriasis och korrelerar till antal cigaretter och hur länge man har rökt (paketår) [46]. Dessutom finns ett samband mellan grad av rökning och svårighetsgrad av psoriasis (dos–responsrelation), vilket kan tyda på ett direkt orsakssamband.

Precis som för övervikt och rökning finns det evidens även för ett samband mellan psoriasis och alkoholkonsumtion. En tysk studie av sjukhusvårdade patienter visar att alkoholintaget är högre hos patienter med svår psoriasis [47], och en finsk fall–kontrollstudie visar samma resultat för mottagningspatienter [48]. En studie i Storbritannien visar ett signifikant samband mellan depression, svårighetsgrad av psoriasis och alkoholintag [49].

Övervikt, rökning och alkohol är potentiella triggerfaktorer för psoriasis, och patienterna måste informeras om sambandet. Stöd för att kunna sluta röka eller dricka ska erbjudas. Val av systembehandling måste ta hänsyn till alkoholintag, eftersom alkoholmissbruk är en kontraindikation för metotrexatbehandling.

Ökad kardiovaskulär morbiditet

Den vanligaste dödsorsaken i Sverige är hjärt–kärlsjukdomar, som utgör dödsorsak för 41 procent av kvinnorna och för 39 procent av männen [50]. Många studier visar på ett samband mellan psoriasis och kardiovaskulära sjukdomar [16, 51, 52]. Redan 2004 visades utifrån svenska data på ökad risk för död i kardiovaskulära sjukdomar hos yngre patienter med svår psoriasis [53].

En nyligen publicerad kohortstudie från Danmark under 1997–2006 inkluderade 34 371 patienter med lindrig psoriasis och 2 621 patienter med svår psoriasis, vilka sedan jämfördes med 4 miljoner kontroller [54]. Studien visar att framför allt svår psoriasis, men även lindrig, är associerad med ökad risk för kardiovaskulära händelser. Svår psoriasis ökade risken för kardiovaskulära händelser (relativ risk 1,57).

En annan stor databasstudie i Storbritannien under 1987–2002 inkluderade 127 139 patienter med lindrig psoriasis och 3 837 med svår psoriasis, vilka jämfördes med drygt en halv miljon kontroller [55]. Resultaten visar att framför allt patienter i 30-årsåldern med svår psoriasis har en mycket högre risk för hjärtinfarkt än normalbefolkningen (relativ risk 3,10).

En aktuell studie från 2010 visar att patienter med svår psoriasis har ökad kardiovaskulär mortalitet och att psoriasis i sig är en lika stor riskfaktor för kardiovaskulär mortalitet som rökning, hypertoni och dyslipidemi [56]. En nypublicerad studie visar dessutom att patienter med medelsvår till svår psoriasis förutom sin psoriasis har ytterligare 2 eller 3 kända riskfaktorer för kardiovaskulär sjukdom i 59 procent respektive 29 procent av fallen [11].

Associationen mellan psoriasis och ökad risk för kardiovaskulära sjukdomar bekräftas i många epidemiologiska observationsstudier. De flesta har korrigerats för potentiella förväxlingsfaktorer, vilket skulle kunna tala för ett direkt orsakssamband med psoriasis. Dock är frågan om ett orsakssamband inte helt okontroversiell, eftersom det finns ett fåtal epidemiologiska studier där man inte kunnat bekräfta sambandet efter det att man korrigerat för förväxlingsfaktorer [57, 58].

Det behövs flera stora prospektiva epidemiologiska studier för att kunna visa om psoriasis är en oberoende riskfaktor för utveckling av kardiovaskulära sjukdomar eller inte. För att kunna visa ett sådant samband är det viktigt att studier justeras för de klassiska kardiovaskulära riskfaktorerna, som är vanligare hos patienter med psoriasis [26, 37, 46]. Epidemiologiska studier, framför allt registerstudier, har inte alltid dataunderlag för att kunna ta hänsyn till dessa riskfaktorer, eftersom registren inte alltid är designade för att svara på studiernas exakta frågeställning. Dessutom utgör ytterligare riskfaktorer, t ex stress och depression, ett problem eftersom de är svåra att kontrollera.

Kanske gemensamma inflammatoriska patomekanismer

Det finns hypoteser som försöker förklara ett möjligt orsakssamband mellan psoriasis och samsjuklighet i hjärt–kärlsjukdom och metabola syndromet. I hypotesen »the psoriatic march« [59] utgår man från psoriasis som orsak till systemisk inflammation, vilket inducerar insulinresistens samt endotelcellsdysfunktion som leder till ateroskleros och slutligen hjärtinfarkt eller stroke.

Psoriasis är en Th (T-hjälparcell)-1- och Th-17-dominerad inflammation, och sjukdomen karakteriseras av aktivering och expansion av Th-1-/Th-17-celler, antigenpresenterande celler och Th-1-/Th-17-cytokiner. Samtidigt är den kroniska Th-1-inflammationen en viktig faktor för patofysiologin som leder till metabola syndromet, diabetes, ateroskleros och hjärtinfarkt [60, 61]. Dessutom kan inflammatoriska molekyler eller hormoner som produceras i samband med diabetes, ateroskleros, övervikt och alkohol påverka benägenheten för att insjukna i psoriasis och/eller försämra sjukdomen. Till ex-

»... psoriasis i sig är en lika stor riskfaktor för kardiovaskulär mortalitet som rökning, hypertoni och dyslipidemi ...«

empel ses förhöjda Th-1-inflammatoriska cytokiner som TNFα hos överviktiga patienter [37]. Även alkohol påverkar immunsystemet [62, 63] genom ökad produktion av TNFα [64].

Nya resultat visar även att Th-17-cytokiner som IL-12, IL-17 och IL-23 spelar en viktig roll i utvecklingen av psoriasis och att de är involverade i metabola syndromet [65], ateroskleros [66, 67] och andra autoimmuna och inflammatoriska sjukdomar [68, 69]. Nikotin stimulerar immunmodulerande celler som är centrala i utvecklingen av psoriasis, t ex dendritiska celler, makrofager och keratinocyter. Dessa celler frisätter cytokiner som aktiverar T-lymfocyter och underhåller kronisk inflammation. Rökning frisätter dessutom fria radikaler som stimulerar intracellulära signalvägar (MAPK, NFκB, JAK-STAT), vilka spelar en viktig roll i patogenesen av psoriasis [70].

Konsekvenser i den kliniska vardagen

Måttlig till svår psoriasis är associerad med ökad prevalens och dödlighet i hjärt–kärlsjukdomar. Man vet dessutom att kardiovaskulära riskfaktorer är underdiagnostiserade och underbehandlade hos patienter med psoriasis [11]. Därför är det angeläget att regelbundet följa upp patienter med måttlig till svår psoriasis (ca 50 000 patienter i Sverige) och tidigt identifiera riskpatienterna och behandla högt blodtryck, hyperlipidemi, diabetes, rökning och övervikt.

Ännu finns inga riktlinjer i Sverige för uppföljning av samsjuklighet hos patienter med psoriasis. Att definiera sådana riktlinjer är en viktig uppgift för framtiden. Det finns rekommendationer [71] om hur man skulle kunna följa patienter med medelsvår till svår psoriasis genom att t ex mäta blodtryck, vikt och BMI vartannat år samt genom att följa blodlipider och blodglukos vart femte år. I Tyskland har man utvecklat en checklista för screening av patienter med psoriasis, ‹http://www.psonet.de›, som utöver de nämnda rekommendationerna [71] även innebär samtal om livsstil (vikt, rökning, motion och diet).

Psoriasisförbundet har startat en mycket värdefull kampanj (»Må bra med psoriasis«) för att underlätta och hjälpa till med livsstilsförändringar samt informera om att alkohol, rökning, stress och övervikt försämrar psoriasis och ökar risken för samsjuklighet.

Patienter behöver också beredas möjlighet att delta i program för livsstils- och stressintervention. Alla läkare som behandlar patienter med psoriasis ska informera sina patienter om riskerna för samsjuklighet och motivera till fortsatt utredning och behandling via primärvården. Det finns även vissa data som talar för att effektiv systembehandling, när patientens hudsjukdom så kräver, kan minska den inflammatoriska bördan [72-75] och därmed minska risken för hjärtinfarkt och debut av diabetes.

För att få en fungerande primärprevention, uppföljning och behandling av våra psoriasispatienter behövs ett bättre samarbete mellan dermatologer, distriktsläkare och andra specialister, t ex kardiologer och endokrinologer. Detta skulle kunna minska risken för utveckling av metabola syndromet med diabetes och hjärt–kärlsjukdomar – och därmed förhoppningsvis förhindra onödigt lidande och för tidig död.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Oliver Seifert har varit föreläsare för Abbott Scandinavia AB, Leo Pharma och Pfizer AB. Anders Ljungberg har arbetat som medicinsk rådgivare åt Abbott Scandinavia AB 2006–2012 och sedan mars 2012 för Pfizer AB.*

■ *Håkan Mobacken, Helena Wenger och Pernilla Grinnemo har bidragit med synpunkter under arbetet med manuskriptet.*

LÄS MER Fullständig referenslista och engelsk sammanfattning Läkartidningen.se

KOMMENTERA denna artikel på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Lindegard B. Diseases associated with psoriasis in a general population of 159,200 middle-aged, urban, native Swedes. Dermatologica. 1986;172:298-304.
2. Henseler T, Christophers E. Disease concomitance in psoriasis. J Am Acad Dermatol. 1995;32:982-6.
3. Nestle FO, Kaplan DH, Barker J. Psoriasis. N Engl J Med. 2009;361:496-509.
4. Gottlieb AB, Dann F. Comorbidities in patients with psoriasis. Am J Med. 2009;122:1150.e1-9.
11. Kimball AB, Szapary P, Mrowietz U, et al. Underdiagnosis and undertreatment of cardiovascular risk factors in patients with moderate to severe psoriasis. J Am Acad Dermatol. 2012;67(1):76-85.
12. Gelfand JM, Troxel AB, Lewis JD, et al. The risk of mortality in patients with psoriasis: results from a population-based study. Arch Dermatol. 2007;143:1493-9.
15. Wakkee M, Thio HB, Prens EP, et al. Unfavorable cardiovascular risk profiles in untreated and treated psoriasis patients. Atherosclerosis. 2007;190:1-9.
16. Prodanovich S, Kirsner RS, Kravetz JD, et al. Association of psoriasis with coronary artery, cerebrovascular, and peripheral vascular diseases and mortality. Arch Dermatol. 2009;145:700-3.
18. Mallbris L, Ritchlin CT, Stahle M. Metabolic disorders in patients with psoriasis and psoriatic arthritis. Curr Rheumatol Rep. 2006;8:355-63.
20. Langan SM, Seminara NM, Shin DB, et al. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a population-based study in the United Kingdom. J Invest Dermatol. 2012;132:556-62.
26. Naldi L, Chatenoud L, Linder D, et al. Cigarette smoking, body mass index, and stressful life events as risk factors for psoriasis: results from an Italian case-control study. J Invest Dermatol. 2005;125:61-7.
36. Sommer DM, Jenisch S, Suchan M, et al. Increased prevalence of the metabolic syndrome in patients with moderate to severe psoriasis. Arch Dermatol Res. 2006;298:321-8.
37. Setty AR, Curhan G, Choi HK. Obesity, waist circumference, weight change, and the risk of psoriasis in women: Nurses' Health Study II. Arch Intern Med. 2007;167:1670-5.
42. Gisondi P, Del Giglio M, Di Francesco V, et al. Weight loss improves the response of obese patients with moderate-to-severe chronic plaque psoriasis to low-dose cyclosporine therapy: a randomized, controlled, investigator-blinded clinical trial. Am J Clin Nutr. 2008;88:1242-7.
51. Brauchli YB, Jick SS, Miret M, et al. Psoriasis and risk of incident myocardial infarction, stroke or transient ischaemic attack: an inception cohort study with a nested case-control analysis. Br J Dermatol. 2009;160:1048-56.
54. Ahlehoff O, Gislason GH, Charlot M, et al. Psoriasis is associated with clinically significant cardiovascular risk: a Danish nationwide cohort study. J Intern Med. 2011;270:147-57.
55. Gelfand JM, Neimann AL, Shin DB, et al. Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis. JAMA. 2006;296:1735-41.
56. Mehta NN, Azfar RS, Shin DB, et al. Patients with severe psoriasis are at increased risk of cardiovascular mortality: cohort study using the General Practice Research Database. Eur Heart J. 2010;31:1000-6.
62. Schopf RE, Ockenfels HM, Morsches B. Ethanol enhances the mitogen-driven lymphocyte proliferation in patients with psoriasis. Acta Derm Venereol. 1996;76:260-3.
74. Lan CC, Ko YC, Yu HS, et al. Methotrexate reduces the occurrence of cerebrovascular events among Taiwanese psoriatic patients: a nationwide population-based study. Acta Derm Venereol. 2012;92:349-52.

Citera som: Läkartidningen 2013;110:CEFF

Även barn och ungdomar kan drabbas av stroke

Tidig diagnos kan ge bättre prognos. Nya riktlinjer för utredning och terapi

STEN CHRISTERSON, fd överläkare, barn- och ungdomskliniken; Habiliteringens forskningscentrum, Universitetssjukhuset, Örebro
sten.christerson@telia.com

Stroke förekommer även hos barn och ungdomar, men är sällsynt, varför symtomen ofta tolkas som beroende på andra neurologiska tillstånd [1]. Bristande erfarenhet av stroke medför därför fördröjd eller helt missad diagnos och behandling [2-4]. Orsakerna är helt andra än hos vuxna. Att känna igen och utreda vanliga symtom (Fakta 1) kan ge tidig diagnos med mer aktiv behandling med antikoagulation, trombektomi och trombolys, även hos barn.

Med »stroke i barndomen« avses en stroke som inträffar mellan 29 dagars och upp till 18 års ålder. Incidensen av stroke varierar i olika studier från 1,8 till 13 fall per 100 000 barn och år [5-9]. Neonatal stroke har högre incidens, 63 fall per 100 000 barn och år [9], har andra orsaker och behandlas inte här. I en nyligen genomförd svensk studie var den årliga incidensen 1,8 (95 procents konfidensintervall [KI] 1,3–2,3) per 100 000 barn och år [5]. Detta motsvarar i hela Sverige 25–45 fall per år. En tidigare svensk studie 1983 visade en incidens på 2,3 per 100 000 [10]. Incidenstoppar i stroke ses dels före 4 års ålder, dels hos tonåringar. Pojkar drabbas oftare än flickor i alla åldrar [7].

Ischemisk stroke utgör ca 55 procent, varav arteriell ischemisk stroke dominerar och cerebral sinovenös trombos med eller utan sekundär ischemisk stroke utgör ca 5 procent [11], medan hemorragisk stroke står för 40–45 procent [12], en betydligt högre andel än hos vuxna.

Mortaliteten för stroke hos barn anges till 8–20 procent [9, 13]. Permanenta funktionsnedsättningar i form av neurologiska bortfall, epilepsi och kognitiva problem ses i 50–85 procent av fallen [13-15]. Vid insjuknandet yngre barn har sämre prognos [15].

Syftet med denna artikel är dels att uppmärksamma att även barn och ungdomar kan få stroke, dels att sammanfatta aktuell kunskap om diagnostik, utredning av riskfaktorer och behandling från svenska erfarenheter och aktuella konsensusbaserade riktlinjer i Storbritannien och USA [12, 16-18]. En internationell studie av trombolys hos barn föreligger, men är svårvärderad beroende på sent insatt behandling [19]. En arbetsgrupp inom Svenska neuropediatriska föreningen har utarbetat riktlinjer för diagnostik och mer aktiv behandling i Sverige [20].

Symtom och riskfaktorer

Arteriell ischemisk stroke definieras nu som ett akut insättande fokalt eller allmänt neurologiskt bortfall med datortomografi (DT)- eller magnetkamera (MR)-verifierad infarkt i ett artärområde överensstämmande med de kliniska symtomen. Barn kan ha fluktuerande »TIA-symtom«, som kan utvecklas till (eller redan har utvecklats till) hjärninfarkt [21].

Cirka hälften av barn med arteriell ischemisk stroke har predisponerande faktorer som sjukdomar i andra organsystem, t ex medfödda hjärtsjukdomar (Fakta 2). Hos upp till 20 procent förekommer akuta lokala eller generella infektioner, såsom otit, sepsis eller gastroenterit.

Upp till 1 år efter varicella–zostersjukdom finns ökad risk för vaskulit och arteriell ischemisk stroke. Typiska skador är belägna unilateralt i mediaartärens område med hemipares och hemianopsi [22].

Järnbristanemi kan bidra till både arteriell och sinovenös stroke [23]. Protrombotiska medfödda eller förvärvade rubbningar har påvisats hos 20–50 procent. Malignitet, graviditet, läkemedel och droger kan påverka koagulationen [24] (Fakta 3).

Trauma mot halsen och lätt skalltrauma kan leda till dissektion av halskärl och arteriell trombos. Intrakraniell dissektion kan ses utan trauma och orsakas oftast av sekundär vaskulit.

Migrän med eller utan aura ger ökad risk för stroke hos tonåringar, och risken ökar med p-pilleranvändning, högt blodtryck och rökning [25]. I ca hälften av fallen finns multipla riskfaktorer [26].

Akuta neurologiska bortfall ses ofta vid arteriell ischemisk stroke [5, 23] (Fakta 1). Mindre känt är att små barn ofta insjuknar med kramper, sänkt medvetande och koma [27].

Cerebral sinovenös trombos definieras som ett tillstånd med nytillkomna neurologiska symtom och röntgenologiskt påvisad trombos i cerebrala sinus eller vener.

Dominerande orsaker är kroniska sjukdomar och akuta infektioner, t ex meningit, otit/mastoidit och dehydrering. Andra riskfaktorer är koagulationsrubbningar, anemier, p-piller

FAKTA 1. Symtom

Vanliga symtom vid stroke hos barn och ungdomar.

Akuta symtom vid arteriell ischemisk stroke och hemorragisk stroke:
- Hemipares
- Facialispares, andra akuta kranialnervspareser
- Talsvårigheter
- Synfältsdefekt
- Svår huvudvärk
- Illamående
- Balansrubbning
- Medvetandepåverkan
- Anfall: fokala/generella

Subakuta symtom, främst vid cerebral sinovenös trombos:
- Huvudvärk
- Illamående, anorexi
- Kräkningar
- Trötthet

SAMMANFATTAT

Stroke hos barn och ungdomar är ett ovanligt och allvarligt tillstånd med mortalitet på 8–20 procent och resttillstånd hos 50–85 procent av de överlevande.
Diagnosen stroke bör övervägas vid akuta neurologiska bortfallssymtom, sänkt medvetande eller förstagångskramper hos barn eller ungdomar.
Riskfaktorerna hos barn och ungdomar är helt andra än hos vuxna. Hjärt- och kärlmissbildningar, akuta infektioner och vaskuliter efter infektioner, koagulopatier och vissa kroniska sjukdomar och syndrom dominerar. En bred utredning av riskfaktorer bör därför göras.
Riktlinjer för diagnostik och behandling är nu framtagna av en svensk expertgrupp.
Snabb diagnos och konsultation med specialister på universitetsklinik ger möjlighet till mer aktiv behandling, som kan ge en bättre prognos.

FAKTA 2. Riskfaktorer

Kroniska sjukdomar, tillstånd och syndrom som är riskfaktorer för stroke.

A. Ischemisk stroke

Protrombotiska tillstånd
Protein S- och C-brist, antitrombin III-brist, faktor V Leiden, protrombindefekt, MTHFR (metylentetrahydrofolatreduktas)-brist, antikardiolipin-antikroppar, homocysteinuri, lipoprotein(a) >300 mg/l

Blodsjukdomar
Järnbristanemi, sicklecellanemi, leukemi (särskilt vid behandling med asparaginas), DIC (disseminerad intravaskulär koagulation) trombocytos, polycytemi

Kärlsjukdomar/vaskuliter
Postvaricella-arteriopati, reumatoid systemsjukdom, inflammatorisk tarmsjukdom, celiaki, hemolytiskt uremiskt syndrom, primär vaskulit, moyamoyasjuka, systemisk lupus erythematosus (SLE). Efter strålbehandling

Hjärtsjukdomar
Kardioembolier på grund av medfödda shuntvitier, förvärvade hjärtsjukdomar: kardiomyopati, endokardit, myxom, rytmrubbning. Inom 30 dagar efter kateterisering/operation

Metabola/genetiska sjukdomar/tillstånd
Mitokondriesjukdomar, glutarsyrauri, Fabrys sjukdom, CDG (congenital disorders of glycosylation)-syndrom, homocysteinuri, diabetes mellitus, Downs syndrom, Williams syndrom, neurofibromatos typ 1 (NF1), tuberös skleros

Infektioner
Varicella–zoster, neuroborrelios, svampinfektion, Herpes simplex-virus, Epstein-Barr-virus, HIV, herpesvirus 6 (HHV-6), entero- och adenovirus, meningit, mastoidit, sinuit, sepsis, gastroenterit med vätskebrist

Trauma
Slag mot halsen, strangulation

B. Hemorragisk stroke

Kärlmissbildningar
Arteriovenös missbildning, kavernom, venös missbildnning

Kärlsjukdomar
Ehlers–Danlos syndrom IV, NF1, hypertoni, Marfans syndrom, aneurysm, moyamoyasjuka

Malignitet
Hjärntumör, leukemi

Kogulationsdefekter
Trombocytsjukdom, brist på faktor VII-, VIII-, IX-, XIII eller von Willebrands faktor, leversjukdom

Njursjukdomar
Nefros, cystnjure

Metabola sjukdomar
Organiska acidurier, CDG-syndrom

av kombinationstyp, diabetisk ketoacidos och L-asparaginasbehandling av leukemi samt nefrotiskt syndrom [12, 28-30].

Sinovenös trombos ger ökat ventryck medförande fokalt, cytotoxiskt och vasogent ödem, vilket leder till intrakraniell hypertension och kan utvecklas till hemorragisk infarkt, blödning och hydrocefalus. Diagnosen pseudotumor cerebri eller benign intrakraniell hypertension kan ställas endast då man uteslutit cerebral sinovenös trombos.

Symtom på förhöjt intrakraniellt tryck ses vid typiska fall (Fakta 1). Psykiska symtom som amnesi, konfusion, mutism eller deliriumliknande tillstånd kan också förekomma. Fokala eller generaliserade kramper, fokala pareser och koma ses då infarkt eller blödning tillstött vid fördröjd diagnos och behandling, vilket är vanligt [12].

Hemorragisk stroke definieras som spontan intracerebral blödning och icke-traumatisk subaraknoidal blödning påvisad med DT/MR.

Kärlmissbildningar förekommer i ca 50 procent av fallen, med dominans av arteriovenösa missbildningar. Kavernösa och venösa missbildningar samt aneurysm svarar för en mindre del. Cirka 30 procent har ett bakomliggande sjukdomstillstånd (Fakta 2) [21]. Medfödda eller förvärvade koagulopatier och anemi utgör 10–30 procent, hjärntumörer 5–10 procent [31].

Symtom hos äldre barn vid blödningsstroke är svår, plötslig huvudvärk, fokala bortfall och medvetandepåverkan med eller utan kramper (Fakta 1). Hos barn under 7 års ålder ser man oftast endast sänkt medvetande, irritabilitet och/eller kramper [32]. Blödningens orsak bör snarast fastställas, eftersom en recidivblödning vid aneurysm eller arteriovenös missbildning kan vara dödande. Kavernösa missbildningar ger oftast kramper eller fokala bortfall som debutsymtom [33].

FAKTA 3. Läkemedel/droger som ger ökad strokerisk

- Amfetamin
- Kokain
- Ecstasy
- Fencyklidin (»angel dust«)
- Anabola steroider
- P-piller av kombinationstyp
- Cytostatika, särskilt L-asparaginas
- Tobaksrökning
- Alkohol
- Kortisonbehandling

Diagnostik och utredning

I anamnesen penetreras eventuella tidigare episoder, genomgångna infektioner, stroke eller trombos hos nära släktingar <60 års ålder samt riskfaktorer enligt Fakta 2.

Den radiologiska utredningen inleds med DT-undersökning och DT-angiografiundersökning för barn över 6 års ålder; DT-angiografi undviks hos yngre på grund av stråldosen. DT kan påvisa blödning, men ger sämre tidig diagnostik av infarkt och cerebral sinovenös trombos än MR [34]. Vid kvarstående neurologi och normala DT-fynd, där konklusiv kärlundersökning saknas, bör MR-undersökning med diffusionsviktad avbildning göras snarast för att diagnostisera en tidig infarkt och möjliggöra akut trombolys. Om MR är tillgänglig omedelbart, görs MR med angiografi som första undersökning. Halsbilder med fettsaturation kan utesluta karotisdissektion. Även akut dissemenerad encefalomyelit kan uteslutas med MR.

MR med T2-viktad gradient och ekosekvens görs vid misstanke om blödning i kavernös missbildning.

Enligt flera studier blir diagnosen av arteriell ischemisk stroke hos barn ofta fördröjd [3, 4]. I en nyligen genomförd svensk studie hade endast 15 procent av barnen med arteriell ischemisk stroke rätt diagnos inom 6 timmar och knappt hälften, 41 procent, 24 timmar efter symtomdebut [5]. Vid negativa DT-fynd väntade man ofta till nästa dag med att göra MR. I en kanadensisk studie av 209 barn med arteriell ischemisk stroke diagnostiserades 20 procent av fallen inom 6 timmar [3], medan i en studie från New York nästan 50 procent var diagnostiserade inom den tiden [2].

Diagnos av blödning gjordes snabbare; inom 6 timmar var 57 procent av fallen i den svenska studien rätt diagnostiserade, och i endast 28 procent dröjde det mer än 24 timmar. Cerebral sinovenös trombos med diffusa symtom var svårast att diagnostisera; DT-undersökning visade negativa fynd tidigt i förloppet, och till diagnos var det en duration på 3–4 veckor i två av fallen. MR gav diagnosen i samtliga fyra fall [5].

Utredning av arteriell ischemisk stroke. De vanligaste radiologiska fynden är ocklusion eller stenosering av större artärer som mediaartären. Begreppet »transitorisk cerebral arteriopati« betecknar en grupp angiopatier där man påvisat fokala stenoser/kaliberväxlingar i distala cerebrala kärl med distinkt unilateral utbredning samt subkortikala infarkter. Dessa orsakas oftast av virusinfektioner och Borrelia. Regress av kärlförändringarna ses efter 3–6 månader [35, 36].

Ett stort antal ärftliga bindvävssjukdomar som kan ge både arteriell ischemisk stroke och hemorragisk stroke kan nu karakteriseras genetiskt. Dessa tillstånd ökar recidivrisken [37]. Vid arteriell dissektion ses i typiska fall pseudoaneurysm eller dubbelt lumen [38].

Moyamoyasjuka är en kronisk, icke-inflammatorisk sjukdom med progressiv stenos av proximala carotis interna-artä-

ren uni- eller bilateralt, recidiverande TIA-episoder, ischemiska infarkter och ibland blödningar. Angiografi visar den typiska bilden av »rökpuff« med kärlnybildningar. Tillståndet är vanligare vid bl a Downs syndrom men ses även efter infektioner.

Primära CNS-vaskuliter är sällsynta hos barn men ger dålig prognos och fordrar aktiv utredning med kateterangiografi och hjärnbiopsi [39].

Vid infarkt i atypiska områden som inte följer kärlen bör metabol utredning göras. En infarkt kan även vara en följd av cerebral sinovenös trombos, varför MR-angiografi bör utföras. Detta gäller särskilt vid infarkt i områden utanför mediaartären eller vid multipla infarkter [40].

Röntgen av halsrygg görs vid vertebralisdissektion för att utesluta anomalier och instabilitet.

Akut blodstatusundersökning görs med blod-, infektions- och inflammationsparametrar samt orienterande koagulationsprov. Även likvorprov med tryckmätning, virusserologi, bakterieodling, virus-PCR/IgG (varicella–zostersjukdom m fl), laktat, albumin och proteinfraktioner ska tas. En ögonläkarbedömning med synfältsundersökning ska göras.

Vid misstanke om primär vaskulit eller metabol sjukdom utvidgas utredningen, se riktlinjerna för detaljer.

Koagulationsanalyser görs i samarbete med koagulationsspecialist. De vanligaste genetiska protrombotiska tillstånden ses i Fakta 2 [41].

Hjärtutredning med EKG och ekokardiografi (inkluderande bubbel- och Valsalva-teknik) görs för att bedöma vitium med höger–vänstershunt, kardiomyopati, intramurala tromboser och tumörer. Hos större barn görs transesofageal ekokardiografi, som ger bättre diagnostik än den transtorakala metoden.

Om barnet plötsligt insjuknat och man inte funnit andra orsaker till arteriell ischemisk stroke och undersökning med kateterangiografi görs i narkos, kan transesofageal ekokardiografi utföras i samma seans – för att utesluta kardiell embolus [42]. Cirka 35 procent av alla individer mellan 1 och 29 år har dock öppetstående foramen ovale [43].

Rytmrubbningar ska också uteslutas. Barn med hjärtsjukdom och lågt Hb-värde till följd av järnbrist har större risk för arteriell ischemisk stroke, medan de med högt hematokritvärde har större risk för cerebral sinovenös trombos [44,45].

Utredning av cerebral sinovenös trombos. En i förloppet tidig DT-undersökning riskerar missa en cerebral sinovenös trombos. MR med T2-bilder och MR-venografi kan bäst påvisa cerebral sinovenös trombos och eventuell blödning. Utredningen inriktas på akuta infektioner i huvud–halsregionen, systemsjukdomar, anemier och koagulopatier (Fakta 2).

Med en noggrann utredning av riskfaktorer kan man kartlägga risk för recidiv och behov av profylaktisk medicinering. En kombination av riskfaktorer ger sämre prognos [46].

Utredning av blödningsstroke. Hos alla barn och ungdomar med blödningsstroke kartläggs kärlen med DT-/MR-angiografiundersökning och eventuell kateterangiografi i samarbete med neurokirurg. I en amerikansk studie fann man blödningsorsak hos 97 procent av fallen där undersökning med kateterangiografi gjordes och hos 80 procent utan hjälp av kateterangiografi [47].

Akuta koagulationsprov tas innan behandling ges. Vidare utredning av medfödda eller förvärvade koagulationsdefekter görs i samarbete med koagulationsspecialist.

Differentialdiagnoser

Barn och ungdomar som inkommer akut med neurologiskt bortfall, mental påverkan eller kramper kan, förutom stroke, ha epilepsiinsjuknande med eller utan postiktal hemipares, hypoglykemi, hemiplegisk migrän, akut disseminerad encefalomyelit, MS, hjärntumör, cerebellit, intrakraniell abscess, subduralt empyem, drogpåverkan, psykogena tillstånd eller reversibelt posteriort leukoencefalitsyndrom [48]. Även encefalit (Herpes simplex m fl), meningit, metabol rubbning, diabeteskoma, subduralhematom, misshandel och intoxikation ska övervägas. Undersökning med DT och/eller MR kan ge diagnos även i dessa fall.

Allmän behandling vid stroke

I den allmänna vården betonas normalisering av temperatur, syresättning, blodtryck, B-glukos och vätskebalans samt vid behov antibakteriell/antiviral behandling. Mycket viktigt för hjärnans perfusion och kollateralkretslopp är att systemblodtrycket upprätthålls. Isoton vätska ges intravenöst, 1,5–2 gånger normalbehovet, och vid behov ges pressorsubstanser. EEG monitoreras för upptäckt av subkliniska anfall. Tidig behandling av dessa är väsentlig; urladdningarna är mycket energikrävande [40]. Feber ökar också de metabola kraven och bör behandlas aktivt. Vården bör ske på intensivvårdsavdelning på sjukhus med tillgång till neurokirurgi och neurointerventionist.

Behandling vid arteriell ischemisk stroke

Vid arteriell ischemisk stroke har trombolytisk behandling med vävnadsplasminogenaktivator (tPA) eller mekanisk trombektomi hittills endast rekommenderats inom kontrollerade studier [19]. Orsaken är att barn oftast diagnostiseras senare, har andra orsaker till stroke och att blödningsrisken uppfattats vara större än hos vuxna. Ett flertal fallstudier med lyckad tPA-behandling hos barn finns dock publicerade, varför tidig (inom 24 timmar) systemisk/intraarteriell trombolys och trombektomi ska övervägas. Systembehandlingen med tPA måste startas inom 4,5 timmar. Mycket få barn har diagnostiserats inom denna tid, men en internationell studie av tidig trombolys hos barn har designats men ännu inte visat några resultat [49].

Antikoagulation med heparin/lågmolekylärt heparin är annars första behandling till dess dissektion och kardiell embolus har uteslutits [18]. Varicellarelaterad stroke behandlas dessutom med aciklovir i 7 dagar och en kort predisolonkur.

Trombocythämmande behandling med ASA ges som recidivprofylax då dissektion och kardiell embolus uteslutits, även vid kardiell trombotisering eller svårare hjärtfel och vid protrombotiska tillstånd [18].

Warfarinbehandling kan ges som profylax efter den akuta antikoagulantiabehandlingen men är svårstyrd hos barn <1 års ålder, vilka därför behandlas med lågmolekylärt heparin.

För detaljer och vid speciella fall hänvisas till de webbaserade riktlinjerna.

Revaskulariseringsoperation kan förbättra långtidsprognosen radikalt vid moyamoyasjuka [50].

Vid fynd av protrombotisk faktor ska man inte underlåta att göra en fullständig utredning, eftersom detta kan vara en av flera möjliga riskfaktorer. Fynd av protrombotisk faktor har visats klart öka risken för stroke hos p-pillerbehandlade unga kvinnor [51]. Järnbristanemi ska också behandlas aktivt, eftersom risken ökar för arteriell ischemisk stroke med flera riskfaktorer närvarande [23, 29]. Vid svårare protrombotiska tillstånd ges antikoagulation.

Recidivrisk föreligger hos ca 20 procent vid arteriell ischemisk stroke, de flesta inom 6–12 månader. Barn med normala kärl löper liten risk, medan barn med patologiska kärl riskerar recidiv i mer än hälften av fallen [52]. Sekundär profylaxbehandling är därför nödvändig; behandlingstidens längd individualiseras.

Behandling av cerebral sinovenös trombos

Vid cerebral sinovenös trombos startas behandling med anti-

koagulantia i form av lågmolekylärt heparin/heparin för att hindra påbyggnad av trombosen även om blödning påvisats [20, 53]. Blödning talar för att stas föreligger, och orsaken/tromben måste behandlas kraftfullt [Per Enblad, Uppsala, pers medd; 2011].

Selektiv kateterledd trombolys eller trombektomi, med ett längre tidsfönster för cerebral sinovenös trombos än vid arteriell ischemisk stroke, diskuteras akut med neurointerventionist. Indikationen för aktiv intervention stärks vid försämring och medvetandesänkning eller om man inte fått effekt av antikoagulation. Fortsatt antikoagulationsbehandling rekommenderas i 3–6 månader beroende på om rekanalisering påvisats vid MR-kontroll.

Behandling av hemorragisk stroke

Vid hemorragisk stroke bör överföring av patienten till neurokirurgisk klinik med möjlighet till intrakraniell tryckmätning ske omgående.

Aneurysm behandlas med endovaskulär embolisering med platinatrådar. I andra hand görs kirurgisk clipsligatur [54].

Arteriovenös missbildning behandlas med kirurgisk excision eller interventionell obliteration. Kvarstående missbildning behandlas med stereotaktisk gamma-bestrålning [55].

Hematologiska rubbningar (anemi, trombocytopeni, blödningssjukdom) ska givetvis korrigeras. Plasma, trombocytkoncentrat och tranexamsyra kan ges vid pågående, oklar blödning. Kontakt med koagulationsexpert bör tas tidigt.

Barn med subaraknoidalblödning kan ha nytta av medel som motverkar vasospasm [12].

Klinisk försämring kan bero på akut hydrocefalus eller tillväxt av hematomet med risk för inklämning eller vasospasm; ny DT-undersökning fordras därför. Utrymning av hematom inom 72 timmar hos vuxna förbättrade inte prognosen [56], men barn får lättare stegring av intrakaniellt tryck och kan, vid livshotande tillstånd, dra fördel av utrymning eller dekompressiv kraniektomi [57]. Vid cerebellär blödning >3 cm bör evakuering ske snabbt hos barn, som annars riskerar inklämning [31].

Uppföljning, prognos

Barn som haft stroke bör följas upp med avseende på neurologiska och kognitiva funktioner, och rehabiliterande insatser bör startas redan under intensivvårdstiden.

Neurologiska resttillstånd förekom i den egna studien (framför allt hos patienter med arteriell ischemisk stroke) i 65 procent av fallen, och skolsvårigheter förekom hos 64 procent av de överlevande barnen. Totalt hade 85 procent någon form av funktionsnedsättning vid uppföljning 1,5–8,5 år efter den primära stroken; 8 procent hade avlidit, alla till följd av den primära svåra sjukdom, som orsakade stroken [13].

En stor andel av överlevande barn behöver habiliterande/rehabiliterande insatser under resten av sin livstid. Ett allsidigt sammansatt team med vana från rehabilitering av förvärvade hjärnskador hos barn bör kopplas in. Funktionsförbättrande terapier är dåligt utvärderade, och behovet av sådana studier är stort [58].

Primär och sekundär profylax – möjliga riskmodifierare

- Undvik triptaner till barn och ungdomar med hemiplegisk migrän, migrän med aura och basilarismigrän [12].
- Betablockerare bör undvikas hos migränpatienter som haft infarkt, eftersom de kan öka intrakraniell vasokonstriktion och stimulera trombocytos [59].
- Flickor som haft ischemisk stroke ska rådas att undvika kombinerade p-piller [12].
- Innan p-piller skrivs ut till unga kvinnor ska man utesluta tromboser i yngre åldrar i släkten samt hypertoni, behandla eventuell anemi och avråda från rökning, eftersom dessa är riskfaktorer för stroke [25, 51].
- Strokerisken är liten men en orsak till att alimentär järnbristanemi hos spädbarn och småbarn bör behandlas [23, 24, 28].
- Barns hjärtfel bör korrigeras, hjärtinsufficiens behandlas och kardiella intramurala tumörer opereras. En stor förmaksseptumdefekt bör åtgärdas [12].
- Vid systemsjukdomar, malignitet och asparaginasbehandling ska den ökade strokerisken uppmärksammas [18].
- För sicklecellanemi finns särskilt vårdprogram [60].

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

LÄS MER Fullständig referenslista och engelsk sammanfattning Läkartidningen.se
Medicinsk kommentar sidan 1790

KOMMENTERA denna artikel på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Braun KP, Kappelle LJ, Kirkham FJ, et al. Diagnostic pitfalls in paediatric ischaemic stroke. Dev Med Child Neurol. 2006;48(12):985-90.
4. McGlennan C, Ganesan V. Delays in investigation and management of acute arterial ischaemic stroke in children. Dev Med Child Neurol. 2008;50(7):537-40.
5. Christerson S, Strömberg B. Childhood stroke in Sweden I: incidence, symptoms, risk factors and short-term outcome. Acta Paediatr. 2010; 99(11):1641-9.
7. Fullerton HJ, Wu YW, Zhao S, et al. Risk of stroke in children: ethnic and gender disparities. Neurology. 2003;61(2):189-94.
12. Roach ES, Golomb MR, Adams R, et al. Management of stroke in infants and children: a scientific statement from a Special Writing Group of the American Heart Association Stroke Council and the Council on Cardiovascular Disease in the Young. Stroke. 2008;39(9): 2644-91.
13. Christerson S, Strömberg B. Stroke in Swedish children II: long-term outcome. Acta Paediatr. 2010;99 (11):1650-6.
14. Blom I, De Schryver EL, Kappelle LJ, et al. Prognosis of haemorrhagic stroke in childhood: a long-term follow-up study. Dev Med Child Neurol. 2003;45(4):233-9.
16. Royal College of Physicians. Stroke in childhood: clinical guidelines for diagnosis, management and rehabilitation. London: Royal College of Physicians; 2004.
19. Amlie-Lefond C, deVeber G, Chan AK, et al. Use of alteplase in childhood arterial ischaemic stroke: a multicentre, observational, cohort study. Lancet Neurol. 2009;8(6): 530-6.
20. Arbetsgruppen för stroke hos barn, Svensk neuropediatrisk förening, Svenska barnläkareföreningen. Riktlinjer för omhändertagande vid stroke hos barn efter nyföddhetsperioden. http://www.blf.net/neuropediatrik/vardprogram/stroketolv.pdf
22. Miravet E, Danchaivijitr N, Basu H, et al. Clinical and radiological features of childhood cerebral infarction following varicella zoster virus infection. Dev Med Child Neurol. 2007;49(6):417-22.
23. Maguire JL, deVeber G, Parkin PC. Association between iron-deficiency anemia and stroke in young children. Pediatrics. 2007;120(5): 1053-7.
28. Sebire G, Tabarki B, Saunders DE, et al. Cerebral venous sinus thrombosis in children: risk factors, presentation, diagnosis and outcome. Brain. 2005;128(Pt 3):477-89.
29. Benedict SL, Bonkowsky JL, Thompson JA, et al. Cerebral sinovenous thrombosis in children: another reason to treat iron deficiency anemia. J Child Neurol. 2004;19(7):526-31.
30. Kenet G, Kirkham F, Niederstadt T, et al. Risk factors for recurrent venous thromboembolism in the European collaborative paediatric database on cerebral venous thrombosis: a multicentre cohort study. Lancet Neurol. 2007;6(7): 595-603.
34. Chalela JA, Kidwell CS, Nentwich LM, et al. Magnetic resonance imaging and computed tomography in emergency assessment of patients with suspected acute stroke: a prospective comparison. Lancet. 2007;369(9558):293-8.
41. Kenet G, Lutkhoff LK, Albisetti M, et al. Impact of thrombophilia on risk of arterial ischemic stroke or cerebral sinovenous thrombosis in neonates and children: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Circulation. 2010;121(16):1838-47.
48. Shellhaas RA, Smith SE, O'Tool E, et al. Mimics of childhood stroke: characteristics of a prospective cohort. Pediatrics. 2006;118(2): 704-9.
51. Martinelli I, Battaglioli T, Burgo I, et al. Oral contraceptive use, thrombophilia and their interaction in young women with ischemic stroke. Haematologica. 2006;91(6): 844-7.

Citera som: Läkartidningen. 2013;110:CDCD

Misstänk PANDAS hos barn med akuta neuropsykiatriska symtom

Infektion bakom sjukdomen – långvarig antibiotikabehandling bör övervägas

SUSANNE BEJEROT, docent, överläkare, Norra Stockholms psykiatri
susanne.bejerot@gmail.com
KAI BRUNO, överläkare, BUP Brommaplan, Stockholm
GUNILLA GERLAND, utbildare, Stockholm
LARS LINDQUIST, professor, infektionskliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge
VIVIANN NORDIN, med dr, överläkare, Sachsska barn- och ungdomssjukhuset, Södersjukhuset, Stockholm
HENRIK PELLING, överläkare BUP-kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala
MATS B HUMBLE, överläkare, Psykiatriskt forskningscentrum, institutionen för hälsovetenskap och medicin, Örebro universitet

Tvångssyndrom betraktas som ett ångesttillstånd och behandlas med kognitiv beteendeterapi (KBT) och serotoninupptagshämmare (SRI) [1, 2]. Vid barndomsdebut läker 12–35 procent av fallen ut spontant, medan övriga kommer att ha skovvisa symtom eller utveckla ett kroniskt förlopp [3]. Mycket talar för att sjukdomen är heterogen.

En subgrupp med specifik etiologi har på senare år utkristalliserats. Det gäller barn som insjuknar akut med tvångssyndrom och/eller tics, där allt mer talar för att sjukdomsbilden utgör en autoimmun sjukdom som kan utlösas av β-hemolyserande streptokocker grupp A. År 1998 publicerades en fallserie där 50 barn med sjukdomsbilden ingick, specifika diagnoskriterier upprättades och tillståndet benämndes »pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections« (PANDAS) [4].

Omdiskuterad diagnos

Sedan dess har forskarsamhället diskuterat och även ifrågasatt diagnosens validitet. Skälen är flera: (a) även andra infektioner, t ex mykoplasma [5] eller fästingburna infektioner [6], har i enstaka fall rapporterats utlösa en liknande bild, likaså encefaliter medierade av autoantikroppar mot t ex N-metyl-D-aspartat (NMDA)-receptorn [7]; (b) man har inte prospektivt kunnat säkerställa ett tidsmässigt samband mellan streptokockinfektion och klinisk försämring [8, 9]; (c) även psykotiska symtom har beskrivits; (d) tillståndet kan gå i remission utan behandling och slutligen (e) även ungdomar och unga vuxna tycks kunna utveckla sjukdomsbilden.

Samtidigt har stödet på senare år ökat för att PANDAS faktiskt utgör en entitet som klinisk skiljer sig från »vanligt« tvångssyndrom [10-12] och att sjukdomen identifierats över hela världen [13-15]. Dessutom har man i en eftergranskning av en negativ behandlingsstudie faktiskt kunnat påvisa behandlingseffekt i en subgrupp karakteriserad av ett mycket akut insjuknade parat med svår separationsångest [9].

Med åren har det kliniska underlaget ökat, och i en sammanställning av ca 400 fall kunde man skönja ett mönster som kännetecknar sjukdomen [10]. Mot bakgrund av detta har en mer övergripande beteckning lanserats, »pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome« (PANS) [10], där man frångår krav på etiologi och prepubertalt insjukande (insjuknandeålder upp till 21 år). Dessutom kan antingen tvångssyndrom, tics och/eller svår anorexi utgöra ett obligatoriskt diagnoskriterium [10, 11] (Tabell I). Här använder vi termen PANDAS som ett samlingsnamn för infektionsrelaterade tvångssyndrom, men vi inkluderar den symtombredd som beskrivs i PANS-kriterierna.

Uppkomstmekanismer

Hypotetiskt kan PANDAS ha en uppkomstmekanism som påminner om den för Sydenhams korea, en autoimmun postinfektiös neurologisk manifestation av reumatisk feber hos genetiskt predisponerade individer.

Sydenhams korea, beskriven 1676 av den brittiske läkaren Thomas Sydenham, är i dag ovanlig i västvärlden. Sjukdomen karaktäriseras av neurologiska symtom som korea, fingerspel, tvångssymtom och emotionell labilitet, men även hudsymtom, kardit och dysartri kan förekomma [16]. Dessutom har tal- och skrivsvårigheter, svårigheter med skolarbete, nedsättning av handfunktion, balansrubbningar, muskelsvaghet, personlighetsförändring, ångest, vredesutbrott och uttalad sömnighet rapporterats vara vanligt förekommande [17]. Sydenhams korea uppstår som en reaktion på en obehandlad streptokockinfektion, där korsreagerande antikroppar reagerar mot celler i basala ganglierna [18]. I misstänkta fall av PANDAS har man ibland också kunnat uppmäta förhöjda koncentrationer av korsreagerande antikroppar i serum och sjunkande nivåer vid symtomremission [18].

Sydenhams korea och PANDAS: likheter och skillnader

Symtombilden vid Sydenhams korea och PANDAS har påtagliga likheter men också olikheter: t ex ser man en förhöjd antikroppsbildning mot vissa neuronala ytantigener vid Sydenhams korea, medan detta inte har påvisats vid PANDAS [19]. Hypotesen att PANDAS är resultat av en autoimmun process, där basala ganglierna angrips, har således ännu inte bekräftats. Däremot har antikroppar mot lysogangliosid GM1, som i sin tur kan förändra signaleringen i nervcellen, identifierats [18]. Ytterligare stöd för en immunologisk genes är ökad förekomst av autoimmuna sjukdomar överlag hos mödrar till barn med PANDAS jämfört med normalbefolkningen (18 respektive 5 procent) [20].

Nyligen har man i en djurmodell med streptokockinfekterade råttor identifierat autoantikroppar mot dopamin 1- och dopamin 2-receptorer, som även beskrivits vid Sydenhams

SAMMANFATTAT

Vid akut uppkomst av tvångssyndrom och/eller tics (och/eller anorexi) kombinerat med andra psykiska eller fysiska symtom, t ex separationsångest, personlighetsförändring, motoriska avvikelser eller urinvägssymtom, ska ett autoimmunt utlöst tillstånd övervägas.
Behandlingen kan innefatta antibiotika och/eller intravenöst immunglobulin eller plasmaferes.
Vid kvarstående tvångssymtom efter adekvat insatt behandling bör KBT initieras och vid behov kombineras med SRI-läkemedel i försiktig upptrappning.
Kunskap om immunologiskt utlösta psykiatriska tillstånd kommer att leda till frågor och oro hos många anhöriga för att något viktigt är missat i utredningen och behandlingen.
Det är angeläget att läkare från olika specialiteter samarbetar för att närmare beskriva handläggningen.

TABELL I. Föreslagna diagnostiska kriterier för »pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome« (PANS) enligt Swedo, et al [10].

Kriterium	Beskrivning
I	Akut, dramatisk debut av tvångssyndrom eller av ett allvarligt begränsat födointag.
II	Samtidig förekomst av övriga neurologiska/psykiska symtom med likartad svår symtombild och akut debut, som inkluderar minst två av nedanstående symtom: 1. Ångest 2. Emotionell labilitet och/eller depression 3. Irritabilitet, aggressivitet och/eller svåra trots-symtom 4. En utvecklingsmässig tillbakagång i beteendet 5. Försämrade skolprestationer 6. Sensoriska eller motoriska avvikelser 7. Somatiska tecken och symtom som inkluderar sömnstörning, enures eller ökad miktionsfrekvens.
III	Symtomen förklaras inte bättre av någon känd neurologisk eller annan somatisk sjukdom, som Sydenhams korea, SLE eller Tourettes syndrom. *Observera:* Den diagnostiska utredningen vid misstänkt PANS måste vara tillräckligt omfattande för att utesluta dessa och andra relevanta sjukdomar. De samtidigt uppträdande symtomens natur bör styra vilka undersökningar som krävs, tex magnetkamera-avbildning, lumbalpunktion, EEG eller andra diagnostiska test.

korea [21]. Det är väl känt att nervsystemet och immunsystemet interagerar med bl a cytokiner som kommunicerar och kontrollerar det immunologiska svaret. Cytokiner utgår från immunologiskt verksamma celler, men även andra celltyper, inklusive nervceller, producerar och reagerar på cytokiner. De är också involverade i den normala neuronala utvecklingen, t ex avseende cellers synapsformation och migration [22]. Studier pågår kring cytokinernas roll vid PANDAS [13].

Symtombild

Symtombilden vid PANDAS utgörs av ett mycket hastigt insjuknande i tvång och/eller tics hos ett prepubertalt barn eller i undantagsfall hos ungdomar med svår anorexi [4, 10]. Föräldrar kan ofta ange exakt tidpunkt för sjukdomsutbrottet och en eskalering under loppet av 2–3 dygn. Barnet kan beskrivas som »besatt« med uppspärrade ögon och vidgade pupiller. Ibland försvinner symtomen efter 6–8 veckor; i andra fall återkommer de med ett sågtandsartat förlopp [23].

I många fall ses ett tydligt tidssamband (<2 veckor) med en infektion med β-hemolyserande streptokocker grupp A, men subkliniska eller icke-detekterbara infektioner utesluter inte PANDAS [23]. Även andra psykiska symtom förekommer, ofta flera samtidigt, varav de vanligaste är koncentrationssvårigheter, hyperaktivitet, separationsångest, emotionell labilitet och sömnstörning [10]. Personlighetsförändring i form av trotssymtom, aggressivitet, irritabilitet och regressivt beteende (t ex bebisspråk) är också vanligt [10, 14]. Sensorisk överkänslighet för ljud och ljus, taktila och visuella upplevelser (t ex att saker flyter) [4, 24-26], mardrömmar och, mer sällsynt, syn- och hörselhallucinos [10], paranoida symtom, katatoni [27, 28] och anorexi [29, 30] förekommer också.

Det är vanligt med försämring av finmotoriken med svårigheter att skriva och rita. Subtila koreiforma rörelser i form av »pianospelande« fingerrörelser kan noteras, t ex när patienten står med utsträckta armar och spretar med fingrarna och blundar. Motorisk klumpighet [12] och plötsliga gångsvårigheter har rapporterats, liksom förlust av kognitiva förmågor, särskilt avseende matematiska färdigheter och visuospatial förmåga [11, 31]. Andra ofta beskrivna symtom är täta urinträngningar och nytillkommen sängvätning [10]. I en jämförande studie skiljde sig PANDAS-gruppen från andra barn med tvångssyndrom genom ökad förekomst av tics, urinträngningar, hyperaktivitet, trots, impulsivitet, rädsla vid sänggående, separationsångest, avvikande rörelser i händer och fingrar samt försämrad handstil och skolprestation, medan social fobi däremot var vanligare i gruppen med tvångssyndrom utan PANDAS [32].

Utredning

I det akuta skedet bör en svalgodling göras, som dock kan befinnas vara negativ eftersom neurologiska symtom kan uppstå halvårsvis efter infektionen [33, 10]. Parade serumprov kan tas för att följa antikroppstitrar mot streptolysin O (AST) och DNAs B. Förhöjda titrar är vanliga, även bland symtomfria 7–12-åringar [23], men dubblerade eller halverade titrar ger stöd för pågående eller genomgången infektion. I en fall–kontrollstudie var åtminstone en titer förhöjd hos 100 procent med PANDAS mot 63 procent bland kontrollerna [12]. Magnetkameraundersökning anses överflödig för diagnostiken [34]. Den kan dock påvisa en 10–15-procentig volymökning av basala ganglierna som är reversibel vid framgångsrik behandling [27, 35].

Nyligen har en amerikansk grupp påvisat en lovande biologisk markör för att säkerställa diagnosen PANDAS. Serum eller likvor från personer med akut symtomgivande PANDAS inducerar i nervceller förhöjd aktivitet av enzymet kalcium-/kalmodulinberoende proteinkinas II (CaMK II), en nivå som dock är lägre än vad som har visats vid Sydenhams korea [18]. Analysen har börjat användas kliniskt [36] och kan nu beställas även i Sverige (Wieslab AB, Malmö).

Klinikern bör göra differentialdiagnostiska överväganden mot neurologiska sjukdomar som systemisk lupus erythematosus (SLE), Tourettes syndrom, Sydenhams korea, autoimmunt utlöst psykossjukdom, schizofreni och somatiseringssyndrom.

Behandling: antibiotika, immunmodulering, plasmaferes

Baserat på klinisk erfarenhet förordas långvarig antibiotikabehandling, i första hand med fenoximetylpenicillin (PcV), motsvarande den vid reumatisk feber, som förstahandsbehandling [37]. En kontrollerad behandlingsstudie med PcV (250 mg × 2) under fyra månader, inkluderande 37 barn med PANDAS, utföll dock negativt. Hela 35 streptokockinfektioner uppstod under behandlingstiden, vilket antogs bero på att behandlingen inte upprätthöll tillräckliga antibiotikanivåer under hela dygnet. Andra orsaker till det negativa resultatet kan vara för få inkluderade fall men också att den patofysiologiska immunreaktion som kan antas ligga bakom PANDAS redan skett och inte längre är påverkbar med antibiotika. Andra antibiotika, som cefalosporiner, amoxicillin med klavulansyra (Spektramox) och makrolider (azitromycin eller erytromycin) kan övervägas om inte PcV har avsedd effekt, men hittills har endast PcV och azitromycin undersökts i kontrollerade studier [38].

På vissa håll förordas antibiotikabehandling oavsett om det finns stöd för en infektion eller inte [11]. Det kan förefalla paradoxalt att ordinera antibiotika om ingen säkerställd infektion föreligger, men antibiotika kan eventuellt ha effekt genom andra mekanismer än direkt angrepp på bakterier [39];

»Föräldrar kan ofta ange exakt tidpunkt för sjukdomsutbrottet och en eskalering under loppet av 2–3 dygn.«

FAKTA 1. Fallbeskrivningar

Fall 1
Hos en tidigare helt frisk välfungerande 8-årig pojke utbröt från en minut till en annan ett samlartvång. Dagarna innan klagade han över urinträngningar.

- Påföljande dag utvecklades separationsångest och något senare hörsel- och synhallucinos samt paranoida symtom (bl a misstankar om att modern kan försöka döda honom). Han fick det svårt med förändringar, insomningssvårigheter, försämrad handstil, »barnsligt beteende« och började tugga oupphörligt på kläderna. Sängvätning, muskel- och ledvärk, ryckningar i sömnen samt motorisk rastlöshet rapporterades också. Under en period förelåg svängande feber. De akuta symtomen följdes ofta av vidgade pupiller.
- Han uppfattades som personlighetsförändrad, oberäknelig och känslomässigt distanserad. I skolan noterades överaktivitet, koncentrationssvårigheter, okontrollerade utbrott och skrivsvårigheter. Streptokockprov var positivt, men omfattande ytterligare provtagning visade inget anmärkningsvärt, förutom lätt förhöjda mykoplasmatitrar.
- Antibiotikabehandling med PcV (500 mg × 2) påbörjades. Trots påtaglig förbättring efter ett par dagar kvarstod de psykotiska symtomen och personlighetsförändringen, varför pojken en månad senare fick behandling med intravenöst immunglobulin (1 g/kg kroppsvikt 2 dagar i följd). Pojken normaliserades personlighetsmässigt, och de psykotiska symtomen upphörde helt. Under veckorna som följde försvann gradvis samtliga symtom.
- Efter två månaders symtomfrihet gjordes ett kort uppehåll i medicineringen med PcV, varvid genast nya symtom debuterade, som gång- och balanssvårigheter, koordinationsproblem och nedsatt bålstabilitet. Pojken fick behandling med Ibuprofen och dosen PcV ökades, varefter symtomen gradvis vek.
- Pojken är i dag symtomfri men kvarstår på antibiotika. I samband med infektioner noteras enstaka symtom som balanssvårigheter, muskelvärk, överklighetskänsla och förstorade pupiller. Ibuprofen (200 mg × 3, under tre dagar) har vid dessa tillfällen haft god effekt.

Fall 2
Pojke med flera tidigare halsinfektioner vid flera tillfällen. Då han var 7 år gammal hade han en period på några veckor med besvär från halsen, harklingsbehov, »luktade illa ur munnen« men ingen feber. Vid läkarbesök fick familjen besked att det inte fanns behov av antibiotikabehandling eller provtagning.

- Cirka en månad senare började pojken göra klickande ljud med tungan och fick sedan ryckiga rörelser som engagerade en stor del av kroppen. Föräldrarna tyckte först det såg ut som han »lekte dinosaurie«. Han sträckte på ryggen och vred huvudet. Han hade också ett annorlunda gångmönster, stannade på tröskeln, måste backa ett steg och sedan gå två steg framåt. Han kunde hålla tillbaka rörelserna under korta stunder. Han tyckte själv att beteendet var konstigt och var orolig för hur kompisarna skulle reagera; annars var han sig lik.
- När pojken haft de ofrivilliga rörelserna i cirka en månad var han på ny läkarundersökning. Strep-A-prov var positivt. Medicinering sattes då in med PcV under 10 dagar. Symtomen minskade successivt. Föräldrarna bedömde att pojken hade normalt eller närmast normalt rörelsemönster efter ytterligare två månader. Under en uppföljningstid på ett halvt år har han mått bra.

Fall 3
En flicka på 4 år med normal social och intellektuell utveckling drabbades plötsligt av svåra tvångssymtom efter en infektion: hon vägrade äta om någon vidrört maten, ta på sig kläder om någon tagit i dem eller dricka om någon vidrört glaset. Andra symtom var aggressionsutbrott, humörsvängningar och ångestattacker med skrik på hjälp. Sensoriska förändringar avseende luktsinne och taktil överkänslighet tillkom samt krav på särskilda tallrikar och att alla kläder måste vara i precis samma färg.

- Trots negativa titrar påbörjades Kåvepeninbehandling (250 mg × 3). Efter en vecka uppnåddes symtomfrihet.
- I samband med en maginfluensa, då hon inte kunde behålla föda, återkom alla symtom och hallucinationer. Hon blev symtomfri två dagar efter att PcV återinsatts.
- Efter ca 4 månader gjordes utsättningsförsök, varvid symtomen återkom efter en vecka, nu med nytillkomna tics. Emellertid vägrade flickan nu medicinering under 5 månader. Hon utvecklade svåra problem med tics, tvångssymtom och aggressionsutbrott samt enures, såväl dag som natt.
- Efter att PcV återinsatts blev flickan åter helt symtomfri efter en knapp vecka.

klavulansyra har t ex dopaminerga effekter [40]. Emellertid kan antibiotikabehandling främst motiveras för att förebygga återfall (som kan vara svårare att kupera med återupptagen antibiotikabehandling) eller för att en gradvis förvärring av symtomen ska förhindras uppkomma vid upprepade skov. Mot den bakgrunden kan behandling upp till genomgången pubertet försvaras, förutsatt att klinisk förbättring inträffat under påbörjad behandling.

Vid Sydenhams korea i kombination med reumatisk feber rekommenderas behandling upp till 21 år [34]. I svårare fall kan immunmodulerande behandling med intravenöst immunglobulin (IVIG) [41] eller plasmaferesbehandlingar övervägas [24]. Det finns flera hypoteser om vilka mekanismer som medierar den antiinflammatoriska och autoimmunhämmande effekten av IVIG [42]. En hypotes är att symtomreduktionen är ett resultat av elimination av antistreptokockantikroppar som antas korsreagera med nervvävnad [43, 44]. I en kontrollerad behandlingsstudie på barn gavs fem plasmaferesbehandlingar under loppet av två veckor, alternativt IVIG (Gamunex 100 mg/ml infusionsvätska) 1 g/kg kroppsvikt eller placebo under två konsekutiva dagar. Den aktiva behandlingen resulterade i ca 50 procents symtomreduktion, medan placebo hade en negligerbar effekt [26]. Hos 14 av 17 barn kvarstod behandlingseffekten vid en ettårsuppföljning.

Plasmaferesbehandling hade effekt på tvångssyndrom, ångest och emotionell labilitet och även på tics [26]. En öppen fallserie redovisar också god effekt hos vuxna som haft tvångssymtom under många år [15]. Ibuprofen, en prostaglandinhämmare, kan ha viss tillfällig symtomlindrande effekt om symtomen tilltar, t ex vid en tillstötande infektion. Tonsillektomi kan också övervägas [45, 46].

SRI i andra hand

Behandling med SRI får i sammanhanget ses som andrahandsbehandling. Doseringen av SRI ska inledningsvis vara låg och höjas varsamt eftersom barn med PANDAS-bild tycks vara påtagligt biverkningskänsliga [11], och uppvarvning har rapporterats. En positiv men tillfällig effekt av prednisolon (2 mg/kg kroppsvikt eller max 60 mg dagligen under fem dagar) har föreslagits kunna förutsäga om patienten kommer att svara på IVIG-behandling eller inte. För denna rekommendation finns dock ingen publicerad evidens, och risken för mani bör beaktas. Emellertid är det visat att prednisolon snabbare än placebo minskar de motoriska symtomen vid Sydenhams korea [47].

Som kliniker kan man notera mycket varierande sjukdomsbilder och förlopp hos olika patienter med akut insjuknande i en sannolikt autoimmun neurologisk-psykiatrisk sjukdomsbild [9]. Fallbeskrivningar i Fakta 1 återspeglar den mångfasetterade bilden.

Diskussion

Även om streptokockinfektioner är vanliga hos barn är det inte vanligt med uttalade neurologiska-psykiatriska symtom.

»När nu alltfler av psykiatrins patienter handläggs av icke-läkare finns risk att somatiska aspekter glöms bort.«

Det är belagt att infektion med streptokocker kan utlösa en autoimmun process, som vid reumatisk feber och Sydenhams korea, och att det som ett led i sjukdomsbilden då kan finnas tvångssymtom, tics, ångest eller personlighetsförändring. Det finns nu också klara belägg för att infektioner kan utlösa akuta neurologiska-psykiatriska tillstånd utan samtidig svår korea.

När man konfronterats med typiska fall är det svårt att bortse från möjligheten att relativt enkla medicinska åtgärder, som tidigt insatt antibiotikabehandling, IVIG eller plasmaferes, hade kunnat förskona patienterna från en invalidiserande livslång sjukdom. Enhetlig handläggning av PANDAS försvåras av att (a) tvångssyndrom är ett heterogent sjukdomstillstånd; (b) en enhetlig laboratoriemarkör för säkerställande av diagnosen PANDAS saknas; (c) även om ett enskilt fall har utlösts av en streptokockinfektion är det i den kliniska situationen ofta svårt att i efterhand påvisa att infektion förelegat; (d) dessutom kan möjligen PANDAS tänkas utlösas av andra i dag okända faktorer.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för ångestbehandling klassificeras profylaktisk antibiotikabehandling vid »medelsvårt tvångssyndrom (PANDAS)« som »FoU«, dvs något som kan ske inom ramen för klinisk forskning. I dag är såväl vem som ska behandla dessa barn som behandlingens längd och dosering oklara. I publicerade studier anges lägre doser och över kortare tid än vad som i klinisk praxis anses fungera. I dag är det ovanligt att ett barn med en symtombild förenlig med PANDAS erbjuds antibiotikabehandling utöver de stipulerade tio dagarna, och få barn har fått tillgång till IVIG trots att denna behandling är relativt okomplicerad. Det är okänt om plasmaferes givits på indikationen PANDAS i Sverige. I Fakta 2 presenteras ett mycket preliminärt förslag till handläggning av misstänkta fall.

Flera psykiatriska sjukdomar, t ex schizofreni [48], har visat sig kunna ha en immunologisk genes. Detta gäller givetvis även PANDAS, även om etiologi och diagnostisk avgränsning inte är fullt klarlagda. Dessa fall bör tills vidare kodas inom ICD-10 som F06.8 »Andra specificerade psykiska syndrom och störningar orsakade av hjärnskada, cerebral dysfunktion eller kroppslig sjukdom« samt t ex B95.0 »Streptokocker grupp A som orsak till sjukdomar som klassificeras i andra kapitel«.

När nu alltfler av psykiatrins patienter handläggs av icke-läkare finns risk att somatiska aspekter glöms bort. Det krävs samarbete mellan psykiatrer, barnläkare/neurologer, infektionsläkare, allmänmedicinare och immunologer för att få ökad kunskap, möjliggöra forskning och skapa riktlinjer för optimal behandling.

FAKTA 2

Förslag till handläggning vid misstanke om streptokock-utlöst autoimmunt tillstånd

Anamnes – se Tabell I.

Somatisk undersökning
- Svalgrodnad, infekterade tonsiller
- Förekomst av fingerspel
- Förändrad förmåga att rita eller skriva
- Grovmotoriska symtom: testa växelhopp

Laboratorieundersökning
- Snabbtest för streptokocker eller helst svalgodling hos patient och anhöriga
- CaM kinas II-test i blodprov
- Ställningstagande till MR, EEG, lumbalpunktion

Behandling
- PcV i 14 dagar. Om dramatisk förbättring – fortsätt minst ett år, sedan eventuellt gradvis utsättning
- Vid avsaknad av effekt kan alternativa antibiotika prövas, t ex amoxicillin
- Överväg tonsillektomi om kroniskt infekterade tonsiller föreligger; ge antibiotikaprofylax inför och efter ingreppet
- Vid svåra kvarstående symtom, överväg plasmaferes eller IVIG
- Symtomlindrande effekt av ibuprofen; pröva eventuellt SRI i lågdos

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Gunilla Gerland är ordförande i intresseföreningen Sane (Förbundet Autoimmuna infektionsutlösta neuropsykiatriska sjukdomar) http://www.panspandas.se

LÄS MER Fullständig referenslista och engelsk sammanfattning Läkartidningen.se

REFERENSER

4. Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, et al. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. Am J Psychiatry. 1998;155 (2):264-71.
8. Kurlan R, Johnson D, Kaplan EL; Tourette Syndrome Study Group. Streptococcal infection and exacerbations of childhood tics and obsessive-compulsive symptoms: a prospective blinded cohort study. Pediatrics. 2008;121:1188-97.
9. Leckman JF, King RA, Gilbert DL, et al. Streptococcal upper respiratory tract infections and exacerbations of tic and obsessive-compulsive symptoms: a prospective longitudinal study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2011;50(2): 108-18.
10. Swedo SE, Leckman JF, Rose NR. From research subgroup to clinical syndrome: modifying the PANDAS criteria to describe PANS (Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome). Pediatr Therapeut. 2012;2:2.
11. National Institute of Mental Health. Intramural Research Program. Information about PANDAS. http://intramural.nimh.nih.gov/pdn/web.htm
13. Hachiya Y, Miyata R, Tanuma N, et al. Autoimmune neurological disorders associated with group-A beta-hemolytic streptococcal infection. Brain Dev. 2013;35:670-4.
15. Beşiroğlu L, Ağargün MY, Özbebit O, et al. [Therapeutic response to plasmapheresis in four cases with obsessive-compulsive disorder and tic disorder triggered by streptococcal infections]. Turk Psikiyatri Derg. 2007;18(3):270-6.
16. Malmborg P, Dahlström K, Carlsson Kendahl G, et al. Reumatisk feber bakom hastigt påkommen korea hos ung flicka. En fallbeskrivning. Läkartidningen. 2001; 98:3545-9.
17. Demiroren K, Yavuz H, Cam L, et al. Sydenham's chorea: a clinical follow-up of 65 patients. J Child Neurol. 2007;22(5):550-4.
18. Kirvan CA, Swedo SE, Snider LA, et al. Antibody-mediated neuronal cell signaling in behavior and movement disorders. J Neuroimmunol. 2006;179(1-2):173-9.
19. Brilot F, Merheb V, Ding A, et al. Antibody binding to neuronal surface in Sydenham chorea, but not in PANDAS or Tourette syndrome. Neurology. 2011;76(17):1508-13.
20. Murphy TK, Storch EA, Turner A, et al. Maternal history of autoimmune disease in children presenting with tics and/or obsessive-compulsive disorder. J Neuroimmunol. 2010;229(1-2):243-7.
21. Brimberg L, Benhar I, Mascaro-Blanco A, et al. Behavioral, pharmacological, and immunological abnormalities after streptococcal exposure: a novel rat model of Sydenham chorea and related neuropsychiatric disorders. Neuropsychopharmacology. 2012;37(9): 2076-87.
22. Deverman BE, Patterson PH. Cytokines and CNS development [review]. Neuron. 2009;64(1):61-78.
23. Murphy TK, Kurlan R, Leckman J. The immunobiology of Tourette's disorder, pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with Streptococcus, and related disorders: a way forward [review]. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2010;20(4):317-31.
32. Bernstein GA, Victor AM, Pipal AJ, Williams KA. Comparison of clinical characteristics of pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections and childhood obsessive-compulsive disorder. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2010;20(4):333-40.
34. Dale RC, Brilot F. Autoimmune basal ganglia disorders. J Child Neurol. 2012;27(11):1470-81.
36. Statens Serum Institut. Post-streptokok neurologisk syndrom. http://www.ssi.dk/Diagnostik/DiagnostiskHaandbog/4300-4399/4309.aspx
42. Gelfand EW. Intravenous immune globulin in autoimmune and inflammatory diseases. N Engl J Med. 2012;367(21):2015-25.
44. Swedo SE, Leonard HL, Kiessling LS. Speculations on antineuronal antibody-mediated neuropsychiatric disorders of childhood. Pediatrics. 1994;93:323-6.

Citera som: Läkartidningen. 2013;110:CCZT

Akut binjuresvikt

Lätt att missa Waterhouse–Friderichsens syndrom, visar två fall

NALIN WIJESEKARA, specialistläkare, endokrinsektionen, VO internmedicin, Södersjukhuset
HENRIK FALHAMMAR, med dr, bitr överläkare, kliniken för endokrinologi, metabolism och diabetes, Karolinska universitetssjukhuset; institutionen för molekylär medicin och kirurgi, Karolinska institutet
MARCUS RZEWUSKI, bitr överläkare, VO bild, röntgen, Södersjukhuset
CRISTINA VOLPE, med lic, överläkare, endokrinsektionen, VO internmedicin, Södersjukhuset; institutionen för molekylär medicin och kirurgi, Karolinska institutet,
JAN CALISSENDORFF, med dr, överläkare
BUSTER MANNHEIMER, med dr, specialistläkare; båda endokrinsektionen, VO internmedicin, Karolinska institutet; institutionen för klinisk forskning och utbildning, Södersjukhuset; samtliga Stockholm
buster.mannheimer@sodersjukhuset.se

År 1911 beskrev Rupert Waterhouse ett fall där en åtta månader gammal pojke kom in till Royal United Hospital i Bath, England, med bilden av septisk chock. Gossen avled endast fyra timmar efter ankomsten. Obduktionen visade massiva bilaterala binjureblödningar [1]. År 1918 beskrev den danske pediatrikern Carl Friderichsen ett liknande fall, även detta med dödlig utgång [2]. Waterhouse-Friderichsens syndrom (WFS) definieras som bilaterala binjureblödningar följda av nekros och akut livshotande binjuresvikt. Den klassiska och vanligaste orsaken till WFS är meningokocksepsis, men tillståndet har även associerats med andra kliniska tillstånd. Vi beskriver här två fall med WFS behandlade på Södersjukhuset i Stockholm.

FALLBESKRIVNINGAR

Fall 1: En 71-årig kvinna med hypertoni och tidigare behandlad Graves tyreotoxikos opererades på grund av rektalcancer med rektumamputation på ett mindre privat sjukhus. Patienten erhöll preoperativt epiduralkateter i smärtlindrande syfte. Postoperativt noterades feber, CRP-stegring samt tilltagande ryggsmärtor. När man fem dagar senare skulle avlägsna epiduralkatetern noterades pus i området. Magnetisk resonanstomografi (MRT) över ryggen kunde inte påvisa något infektionsfokus, men patienten ordinerades cefotaxim och metronidazol.

På grund av fortsatta svåra rygg- och buksmärtor genomfördes nio dagar efter operationen en ny MRT-undersökning som nu visade en epiduralabscess med utbredning från T 4 ner till T 11. Binjurarna var vid detta tillfälle normalstora. Det beslutades om fortsatt konservativ behandling. På kvällen tillkom dock svaghet i benen bilateralt och patienten remitterades därför till Södersjukhuset. Då buksmärtan vid ankomst till Södersjukhuset förvärrades genomfördes dagen därpå ytterligare en datortomografi av buken. Undersökningen visade vätskenivåer i kolon, möjligen talande för paralytisk ileus. Som bifynd noterades dessutom bilateralt kraftigt uppdrivna binjurar, mest på vänster sida där man uppmätte en diameter på maximalt 2,5 cm. Patienten opererades akut samma dag och epiduralabscessen utrymdes. Postoperativt var patienten fortsatt trött och tagen. Natriumvärdet var då 125 mmol/l och kaliumvärdet 4,6 mmol/l. Patienten var cirkulatoriskt stabil med ett blodtryck på 150/80 mm Hg samt en puls på runt 100 slag/minut.

Patienten försämrades under de närmaste dagarna med mer uttalad trötthet, sjunkande blodtryck och kvarstående subfebrilitet. CRP steg till 240 mg/l och natrium låg oförändrat. Blododlingar visade växt av Staphylococcus aureus. Tre dygn efter utrymningen av abscessen misstänktes binjuresvikt och substitution med hydrokortison initierades; 100 mg × 2 som intravenös infusion. Dessutom byttes antibiotika till piperacillin/tazobaktam för att bättre täcka ett eventuellt bukfokus. Patientens allmäntillstånd förbättrades successivt och hon skrevs ut från avdelningen tre dagar senare med ett natriumvärde på 141 mmol/l och med fortsatt peroral substitution med hydrokortison. Denna trappades ned till en underhållsdos om 10 mg två gånger dagligen under de närmaste veckorna. Patienten fick också behandling med isoxazolylpenicillin peroralt under två månader.

MR-undersökning av buken sex månader senare visade att binjurarna näst intill normaliserats. Patienten har därefter mått bra och har nu följts under ett år. Blodtrycket och natriumvärdet har fortsatt att ligga bra och hon har därför inte behövt substitution med mineralkortikoid. Kortisolsubstitutionen har inte kunnat sättas ut på grund av otillräckligt svar vid upprepade ACTH-stimuleringstest (Synatchen-test).

Fall 2: En 62-årig man med grav mitralisinsufficiens opererades på thoraxkirurgen med mitralisplastik och erhöll en biologisk klaff. Postoperativt observerades ett förmaksflimmer som elkonverterades till sinusrytm. Han uppvisade vidare tecken på urinvägsinfektion. Urinodling visade växt av Escherichia coli, och behandling med ciprofloxacin initierades. Som emboliprofylax ordinerades warfarin och lågmolekylärt heparin. En vecka efter operationen flyttades patienten till ett närliggande mindre sjukhus för fortsatt rehabilitering.

Dagen därpå remitterades patienten till Södersjukhusets akutmottagning på grund av kraftiga, högt sittande högersidiga buksmärtor. I status vid ankomsten noterades en blek och kallsvettig man med ett förmaksflimmer med frekvens 120 slag/minut och ett blodtryck på 140/70 mm Hg. CRP, leukocyter och natrium uppmättes till 118 mg/l, 13,9 × 10^9/l respektive 139 mmol/l. Efter rundodling ordinerades cefotaxim samt metronidazol på misstanke om sepsis. En akut datortomografi över buken gav ingen förklaring till symtomen, men visade en cirka 31 mm stor förändring i vänster binjure. Datortomografi över torax visade tecken till små lungembolier

SAMMANFATTAT

Waterhouse-Friderichsens syndrom (WFS) definieras som bilaterala binjureblödningar följda av nekros och akut livshotande binjuresvikt.
Vi beskriver två fall med postoperativt uppkommet WFS associerat med Staphylococcus aureus-sepsis respektive heparininducerad trombocytopeni.
Tecken på binjurebarkssvikt bör eftersökas hos patienter med sepsis eller som står under behandling med antikoagulantia och har försämrade vitalparametrar, i synnerhet i kombination med genomgången större kirurgi.
Tidig kortisolsubstitution är livräddande och ska omedelbart initieras vid klinisk och/eller radiologisk misstanke om WFS.

REFERENSINTERVALL

- ACTH: 2–10 (pmol/l)
- C-reaktivt protein (CRP): <3 (mg/l)
- Kalium: 3,6–4,6 (mmol/l)
- Kortisol (kl 07.00): 200–800 (nmol/l)
- Leukocyter: 1,0–4,0 (10^9/l)
- Natrium: 137–145 (mmol/l)
- Trombocyter: 145–348 (10^9/l)

samt mindre mängder pleuravätska bilateralt. Patienten lades in på intensivvårdsavdelningen för vidare vård och elkonverterades åter till sinusrytm.

På grund av fortsatt feber och persisterande svår buksmärta utfördes dagen efter ankomsten en ny datortomografi över buken, denna gång med kontrast. Man fann inga hållpunkter för tarmischemi eller mesenterialkärlsocklusion. Vänster binjure hade ökat i storlek från 31 mm till 50 mm och en nytillkommen uppdrivning på 31 mm sågs nu även i höger binjure. Bilaterala blödningar misstänktes och warfarin seponerades.

Den andra dagen efter ankomsten till Södersjukhuset och nio dagar efter operationen försämrades patienten med dyspné, hög feber och desorientering. Laboratorieanalyserna visade ett trombocyvärde på 92 × 10^9/l, CRP som stigit till 225 mg/l, natrium på 130 mmol/l och kalium på 4,3 mmol/l. Serumkortisol kontrollerat klockan 05.30 var 63 nmol/l. På grund av behandlingssvikt byttes cefotaxim mot meropenem, och intravenös behandling med hydrokortison, initialt 100 mg × 4, initierades. Trombocytopenin föranledde misstanke om heparininducerad trombocytopeni (HIT). Lågmolekylärt heparin byttes därför ut mot fondaparinux. Snabbtest påvisade heparinassocierade antikroppar vilket bekräftade diagnosen. Trombocyterna normaliserades efter ytterligare två dagar och man påbörjade därefter åter warfarinbehandling. Patienten förbättrades kliniskt. Natriumvärdet steg till 140 mmol/l. Antibiotikabehandlingen avbröts, då infektionsfokus saknades och en annan förklaring till trombocytopenin identifierats. Förmaksflimmer noterades på nytt, vilket föranledde ytterligare ett par dagars inneliggande frekvensreglering. Patienten kunde till slut, 13 dagar efter ankomsten till Södersjukhuset, skrivas ut till hemmet med oralt hydrokortison i dosen 10 mg × 2. Samtliga odlingar var negativa, förutom den postoperativa urinodlingen som visade växt av E coli.

Datortomografi över binjurarna knappt fyra månader senare visade att blödningen i höger binjure helt gått i regress. Det fanns en kvarstående förändring på vänster sida med utseende som före blödningen. Natriumvärdet, liksom blodtrycket, har förblivit normalt. Därför har man inte behövt substituera med mineralkortikoid. Upprepade ACTH-stimuleringstest har visat en successivt förbättrad binjurebarksfunktion och man har därför 18 månader efter utskrivningen kunnat halvera dosen hydrokortison.

DISKUSSION

Vi har ovan beskrivit två fall med postoperativt uppkommet WFS associerat med S aureus-sepsis respektive HIT.

WFS har i första hand satts i samband med meningokockseptikemi, men har även associerats med andra mikrobiella agens såsom S aureus, S pneumoniae och E coli, samt med antifosfolipidsyndrom, HIT, antikoagulantiabehandling, kirurgi och trauma [3]. Patogenesen är ofullständigt känd men tros involvera ett ökat stresspåslag med ökad blodgenomströmning i binjurarna, vilket i sig självt eller i samband med annan hyperkoagulopati leder till hemorragisk nekros.

Binjurarna är av anatomiska orsaker känsliga för påfrestning då de vardera försörjs av tre artärer vilka delar sig i 50–60 grenar. Dessa övergår i sin tur tvärt till en kapillärplexus som bildar en »vaskulär damm« vilken är sårbar för tryckförändringar. Vid situationer av stress föreligger höga koncentrationer av adrenalin, ett hormon som också har trombocytaggregerande effekter, i de venösa sinusoider som dränerar denna vaskulära damm. Detta, i kombination med andra faktorer associerade med koagulopati eller med en ökad/minskad cirkulation, leder till en förhöjd risk för kärlruptur med eller utan samtidig venös trombotisering [4, 5]. WFS är till följd av den diffusa symtombilden med illamående, trötthet, subfebrilitet och buksmärtor många gånger svårt att identifiera hos en patient som ofta lider av en eller flera allvarliga sjukdomar. Detta förklarar varför diagnosen kan missas och upptäckas först vid obduktion [3, 4, 6].

Våra två fall illustrerar de diagnostiska svårigheterna väl. Vid det första fallet ansågs buksmärtorna och trötthetten helt naturliga, då patienten hade genomgått omfattande kirurgi med epiduralabscess som komplikation. Hyponatremin tolkades i första hand ha samband med diarréproblematiken som orsakades av grundsjukdomen. Eftersom patienten initialt hade normalt blodtryck avvaktade man med kortisonsubstitution, trots att radiologi vittnade om bilaterala binjureblödningar. I det andra fallet antogs trötthetten förklaras av den stora operationen som komplicerades av bilaterala lungembolier. Buksmärtorna, liksom hyponatremin, var dock mer bestickande och patienten insattes också på en adekvat dos hydrokortison ett dygn efter genomförd datortomografi. Det radiologiska bifyndet bilateral binjureaffektion i båda beskrivna fallen bidrog till att en korrekt diagnos trots allt relativt snabbt erhölls.

Baserat på obduktionsmaterial har incidensen av WFS angivits till mellan 0,12 och 1,1 procent [7-9]. WFS har en hög mortalitet. Tidigt insatt kortisolsubstitution kan vara livräddande [10]. Vid klinisk misstanke bör därför adekvat behandling insättas omedelbart (hydrokortison 100 mg intravenöst som infusion var 8:e timme) [10, 11], i synnerhet vid radiologiska belägg för bilateral binjureaffektion och således tidigare än i ovan beskrivna fall. När dosen hydrokortison minskats till normal substitutionsdos, ofta ca 20 mg i två eller tre doser, ska mineralkortikoid ofta läggas till för att erhålla normonatremi och undvika salthunger och hypotoni.

Sammanfattningsvis bör patienter med sepsis, behandling med antikoagulantia eller stress av annan orsak, såsom nyligen genomgången större kirurgi, föranleda uppmärksamhet på tecken på binjurebarksinsufficiens till följd av WFS. Misstanken kan stärkas av oförklarad trötthet, illamående, buksmärtor, cirkulatorisk svikt och hyponatremi, och bör följas upp med biokemisk utvärdering av binjurebarksfunktionen samt radiologi. Utredningen får dock inte försena omedelbar potentiellt livräddande behandling med intravenösa steroider.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

LÄS MER Engelsk sammanfattning Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Waterhouse R. A case of suprarenal apoplexy. Lancet. 1911;177:577-8.
2. Friderichsen C. Nebennierenapoplexie bei kleinen Kindern. Jahrb f Kinderh. 1918;87:109-25.
3. Vella A, Nippoldt TB, Morris JC, 3rd. Adrenal hemorrhage: a 25-year experience at the Mayo Clinic. Mayo Clin Proc. 2001;76(2):161-8.
4. Edwards OM. Adrenal apoplexy – the silent killer. J R Soc Med. 1993;86(1):1-2.
5. Piccioli A, Chini G, Mannelli M, et al. Bilateral massive adrenal hemorrhage due to sepsis: report of two cases. J Endocrinol Invest. 1994;17(10):821-4.
6. Knight B. Sudden unexpected death from adrenal haemorrhage. Forensic Sci Int. 1980;16(3):227-9.
7. Botteri A, Orell SR. Adrenal hemorrhage and necrosis in the adult. A clinicopathological study of 23 cases. Acta Med Scand. 1964;175:409-19.
8. Amador E. Adrenal hemorrhage during anticoagulant therapy. A clinical and pathological study of ten cases. Ann Intern Med. 1965;63(4):559-71.
9. Xarli VP, Steele AA, Davis PJ, et al. Adrenal hemorrhage in the adult. Medicine. 1978;57(3):211-21.
10. Rao RH, Vagnucci AH, Amico JA. Bilateral massive adrenal hemorrhage: early recognition and treatment. Ann Intern Med. 1989;110(3):227-35.
11. Reddy P. Clinical approach to adrenal insufficiency in hospitalised patients. Int J Clin Pract. 2011;65(10):1059-66.

Inga givna alternativ till klozapin vid behandlingsresistent schizofreni



Foto: Colourbox

Finns det alternativ till klozapin vid paranoid schizofreni om patienten tidigare fått perikardit med hjärttamponad?

En 40-årig kvinna har vårdats på psykiatrisk klinik på grund av paranoid schizofreni, ångest och tvångsbeteende. Kvinnan har haft symtomen sedan tonåren och vårdades på psykiatrisk klinik för första gången för nästan 20 år sedan. Hon har behandlats med klonazepam (Iktorivil), aripiprazol (Abilify) och perfenazin (Trilafon), men effekten är inte tillfredsställande och man ville pröva klozapin (efter utsättning av aripiprazol). Efter 1 månads behandling med klozapin fick patienten perikardit med hjärttamponad, och behandlingen sattes ut. Nu avråder kardiolog från återinsättning. Finns det något alternativ med en effekt som liknar klozapin, till exempel paliperidon (Invega/Xeplion)? Patienten har provat risperidon (Risperdal), olanzapin (Zyprexa), zuklopentixol (Cisordinol depot), zipirasidon (Zeldox), flupentixol (Fluanxol), haloperidol (Haldol) och quetiapin (Seroquel).

SVAR: JARAN ERIKSEN, ST-läkare/ **STAFFAN ROSENBORG,** biträdande överläkare; båda vid Karolic (Stockholm), mars 2013

Drugline nr: 24376

Psykossjukdom behandlas i dag i första hand med perfenazin, risperidon eller zuklopentixol. I andra hand kan man försöka med olanzapin. Vid behandlingsresistent schizofreni rekommenderas klozapin. För att schizofreni ska räknas som behandlingsresistent ska minst två antipsykotika ha använts utan effekt trots adekvat dos över en adekvat tidsperiod.

I detta fall har patienten prövat behandling med ett antal typiska och atypiska neuroleptika. Det framgår inte hur länge de olika behandlingarna har pågått, eller i vilka doser. Enligt journalen har läkemedelskoncentrationerna inte följts för att säkerställa att patienten fått rätt dos. Patientens symtom har fluktuerat i svårighetsgrad, men hon har sedan 2006 aldrig mått helt bra.

De atypiska antipsykotika som patienten inte har använt är sertindol och paliperidon. Sertindol är kontraindicerat till patienter med en anamnes på kliniskt signifikant kardiovaskulär sjukdom, hjärtsvikt, kardiell hypertrofi, arytmi eller bradykardi [1], och patientens sjukdomshistoria bör utesluta att de används. Paliperidon är en aktiv metabolit av risperidon [2]. Det fåtal studier som jämfört risperidon och paliperidon har visat att båda läkemedlen fungerar lika bra för behandling av schizofreni, samt att paliperidon möjligen tolereras bättre [3-5].

Patienten har inte provat äldre, typiska neuroleptika som melperon, flufenazin, proklorperazin och klorprotixen. Melperon har använts med viss effekt hos patienter som inte svarat på klozapin [6], men ska användas med försiktighet till patienter med uttalad bradykardi, hjärt–kärlsjukdom och en ärftlig form av förlängning av QT-intervallet. Melperon bör inte kombineras med andra neuroleptika, men kan annars vara ett behandlingsalternativ [7].

Klozapininducerad perikardit är sällsynt, men ett 20-tal fall finns beskrivna i litteraturen [6, 8]. I alla dessa fall förbättrades perikarditen när klozapin sattes ut. Två fall av återinsättande av klozapin finns rapporterade. I båda dessa fall följdes patienterna noggrant med hänsyn till kardiella symtom och hade inte fått återfall i perikardit vid tre månader respektive två år efter återinsättandet [9].

En systematisk översikt har undersökt när det skulle vara möjligt att återinsätta klozapin efter potentiellt livshotande biverkningar som neutropeni, agranulocytos, malignt neuroleptikasyndrom (MNS), myokardit, perikardit och lupus erythematosus [9]. Slutsatsen blev att ett försiktigt återinsättande borde vara möjligt efter neutropeni och MNS, men inte efter agranulocytos eller myokardit. Det fanns för få fall av perikardit för att kunna dra någon slutsats om detta tillstånd [9].

Det finns en hel del litteratur om behandlingsresistent schizofreni som inte svarat på klozapin, där man försökt att lägga till olika terapier [10]. Litteraturen kring behandlingsresistent schizofreni där man inte kan använda klozapin är begränsad, men det finns studier där man har sett viss effekt av lamotrigin som tillägg till risperidon, haloperidol, olanzapin eller flupentixol [11].

Sammanfattningsvis finns olika behandlingsstrategier. Vid dålig respons på behandling i adekvat dosering bör man i första hand kontrollera läkemedelkoncentrationerna. Etablerade terapeutiska intervall finns för både perfenazin och aripiprazol (samt de flesta andra neuroleptika som patienten har behandlats med tidigare).

Om patienten trots läkemedelskoncentrationer inom terapeutiskt intervall visar dålig behandlingsrespons kan man försöka med läkemedelsbyte. Ett alternativ är att lägga lamotrigin till behandlingen med risperidon, haloperidol, olanzapin eller flupentixol.

Patienten skulle också kunna försöka med ett av de neuroleptika hon inte har provat tidigare, till exempel melperon och paliperidon; dock finns inga studier som talar för att dessa läkemedel skulle vara överlägsna dem hon redan har provat. Man skulle även under noggrann övervakning både avseende hjärtsymtom och läkemedelskoncentration kunna försöka att återinsätta klozapin.

REFERENSER

5. Kim SW, Chung YC, Lee YH, et al. Paliperidone ER versus risperidone for neurocognitive function in patients with schizophrenia: a randomized, open-label, controlled trial. Int Clin Psychopharmacol. 2012;27(5):267-74.
6. Crews MP, Dhillon GS, MacCabe JH. Clozapine rechallenge following clozapine-induced pericarditis. J Clin Psychiatry. 2010;71:959-61.
8. Markovic J, Momcilov-Popin T, Mitrovic D, et al. Clozapine-induced pericarditis. Afr J Psychiatry (Johannesburg). 2011;14:236-8.
9. Manu P, Sarpal D, Muir O, et al. When can patients with potentially life-threatening adverse effects be rechallenged with clozapine? A systematic review of the published literature. Schizophr Res. 2012;134:180-6.
10. Sommer IE, Begemann MJ, Temmerman A, et al. Pharmacological augmentation strategies for schizophrenia patients with insufficient response to clozapine: a quantitative literature review. Schizophr. 2012;38:1003-11.

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

Drugline finns numera som öppen databas på adressen http://www.drugline.se Frågor och svar publiceras där i sin helhet.

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

Våld i vården:

Socialstyrelsen måste agera för ökad säkerhet i psykiatrin

Vilka konkreta verktyg ger Socialstyrelsen sjukvården så att vi på ett säkert sätt kan handlägga och vårda de människor som i dag har kontakt med psykiatrin? Varför bemöter inte Socialstyrelsen utvecklingen när mer än ett landsting känt sig nödgat att bryta mot rådande lagstiftning för att kunna säkerställa den mest basala graden av säkerhet för såväl personal som andra vårdsökande?



Foto: Colourbox

Sjukvården har i dag ingen laglig rätt att hindra patienter och anhöriga från att föra in vapen och droger på sjukvårdsinrättningar.

Den 8 augusti i år överfölls jag av en patient när jag var jour på psykiatriakuten vid Östra sjukhuset i Göteborg. Vid överfallet gick skötaren, som jag särskilt bett närvara under samtalet, emellan. I tumultet som uppstod drog patienten upp en 40 cm lång kniv ur byxlinningen och gick till anfall. Patienten kunde avväpnas först sedan ditkallad polis dragit vapen och använt pepparsprej. Ingen vårdpersonal eller sökande patient ska någonsin behöva uppleva en sådan händelse.

Bara under det här året har personalen på min avdelning påträffat en blodig skalpell under en patients kudde, och jag har bevittnat flera incidenter där inneliggande patienter börjat uppträda drogpåverkade och därefter testats positivt för droger sedan de fått besök av personer som försett dem med medlen. Hur kan detta få ske utan att vi tillåts ha rutiner så att vi kan uppmärksamma och i tid förhindra sådana incidenter?

I november 2012 presenterade Roger Ulrich, gästprofessor i arkitektur vid Chalmers och medarbetare vid Göteborgs universitet, en studie som klart och tydligt visade att aggressivitet i samband med psykiatrisk vård är ett mycket allvarligt och världsomfattande problem som dessvärre hela tiden ökar [1].

Enligt studien är varje patient i genomsnitt inblandad i mer än två (2,24) våldsincidenter under sin vårdtid. Vart tredje (37 procent) av dessa fall resulterar i fysisk skada på personal. Hela 85 procent av den psykiatriska vårdpersonalen i Sverige beräknas någon gång ha utsatts för fysiskt våld, och 57 procent har utsatts för fysiskt våld under de senaste tolv månaderna. För mig är detta en fullständigt oacceptabel statistik.

De patienter vi handlägger inom psykiatrin är i många avseenden unika jämfört med dem som förekommer inom somatiken. Patienter med gravt drogmissbruk, allvarliga personlighetsstörningar, bristande impulskontroll samt olika psykossjukdomar med pågående röst- och synhallucinationer är vanligt förekommande på våra akutmottagningar, avdelningar och i öppenvården. Inte så sällan kommer polisen med drogpåverkade, agiterade och emellanåt även psykotiska patienter som är i behov av läkarbedömning och som måste kunna hanteras av personalen på våra akutmottagningar.

I Göteborg finns det bara en enda psykiatrisk akutmottagning, och dit hänvisas bland annat patienter med tungt blandmissbruk och patienter som hör till rättspsykiatrins vårdkedja. Detta är potentiellt mycket farliga patienter för oss som personal att handlägga.

I dagsläget står sjukvården helt bakbunden när det gäller möjligheterna att med enkla preventiva rutiner och medel förhindra att farliga föremål förs in på inrättningarna, där de senare kan användas för att utsätta personalen och andra sökande för extremt farliga, skarpa lägen.

Incidenten på min arbetsplats uppmärksammades av Göteborgs-Posten, där Sahlgrenska universitetssjukhusets säkerhetschef Anders Gidrup berättade att det köpts in sköldar av samma slag som polisen i Västra Götaland använder, med vilka personalen ska kunna försvara sig. Vad blir psykiatriakuten då för en plats, och vem ska våga söka sig dit, för att inte tala om att arbeta där?

Den svenska grundlagen tillåter i dagsläget inte att sjukvården försöker hindra patienter och anhöriga från att föra in vapen och droger på landets sjukvårdsinrättningar. Även om det skulle finnas klara misstankar får personalen inte visitera en patient som vårdas enligt hälso- och sjukvårdslagen, och inte heller patientens anhöriga. Också andra åtgärder såsom användande av metalldetektor är förbjudna, även om klara misstankar skulle föreligga.

Lagen är enligt min mening föråldrad och inte verklighetsförankrad med tanke på hur samhället i övrigt har utvecklats.

Det har rapporterats att en psykiatrisk jourmottagning i Västerås känt sig nödgad att visitera alla sökande och deras anhöriga till följd av personalens rädsla för hot och våld, men att Socialstyrelsen obarmhärtigt slog ner på rutinen och verksamheten. Och så sent som i maj i år riktade Socialstyrelsen skarp kritik mot rättspsykiatrin i Kronobergs landsting och krävde att dess rutiner för kroppsvisitation och användande av larmbåge skulle upphöra, då de kunde innebära lidande och psykisk skada för patienterna och hota deras rättssäkerhet.

Vilka konkreta verktyg ger Socialstyrelsen sjukvården så att vi på ett säkert sätt kan handlägga och vårda de människor som i dag har kontakt med psykiatrin? Varför bemöter inte Socialstyrelsen utvecklingen när mer än ett landsting känt sig nödgat att bryta mot rådande lagstiftning för att kunna säkerställa den mest basala graden av säkerhet för såväl personal som andra vårdsökande? Jag vill kunna veta att våra patienter kommer till en trygg och säker miljö när de måste söka sig att till psykiatriakuten eller har behov av inneliggande vård. Jag vill kunna veta att säkerheten kan garanteras patienterna på ett ärligt och seriöst sätt, samtidigt som personalen kan känna sig trygg och utföra sitt arbete.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENS

1. Mindre våld i psykiatrisk vård med god arkitektur. Pressmeddelande. 2012-11-12. Göteborg: Chalmers; 2012. http://www.chalmers.se/sv/nyheter/Sidor/Mindre-vald-i-psykiatrisk-vard-med-god-arkitektur.aspx



IRMA RYMO
ST-läkare i psykiatri, Göteborg
irma.rymo@gmail.com

LÄS MER Socialstyrelsens replik på nästa sida.

SOCIALSTYRELSEN SVARAR:

Tydligare regler behövs

Vi håller med Irma Rymo: Ingen ska behöva uppleva det som hände dig.

Den psykiatriska vården ska vara säker för både patienter och personal. Sjukvården måste kunna förhindra att patienter skadar sig själva och andra. Socialstyrelsens föreskrifter kräver att sjukvården har rutiner för att uppmärksamma och förhindra att patienter till exempel för med sig farliga föremål.

Vården får fråga patienter och besökare om de själva vill visa upp innehållet i till exempel väskor och kläder, och man kan erbjuda patienter och besökare låsbara skåp att förvara sina tillhörigheter i. I vissa fall kan man ställa krav eller ingripa med tvång för att hindra någon från att skada sig själv eller någon annan.

Men vi får allt fler signaler om att det inte räcker.

Det stämmer att Socialstyrelsens tillsyn tidigare har riktat kritik mot kliniker där man använt sig av larmbåge. Denna tillsyn utförs i dag av nybildade Inspektionen för vård och omsorg. I lagen jämställs larmbågar med kroppsvisitation, och vi har ett grundlagsskydd mot kroppsvisitationer i Sverige, vilket gör att man i många fall inte kan kräva att den som söker psykiatrisk vård först måste passera en larmbåge. Larmbågar blir inte lagliga bara för att de kan vara lämpliga.

Lagen utgör grunden för vårt arbete, men Socialstyrelsen kan inte ändra lagen. Vi har däremot uppmärksammat Socialdepartementet på att vården behöver regler som gör att man kan upprätthålla säkerheten, och frågan bereds nu inom Regeringskansliet. Larmbågar kan vara ett bra hjälpmedel för att upprätthålla säkerheten för patienter, personal och besökare i vården. Då behövs tydliga regler för hur de ska användas. Det behövs också rätt bemanning, och personalen måste ha kompetens i säkerhetsfrågor. I det fall som Irma Rymo beskriver var hon inte ensam med patienten, och det kan ha varit av stor betydelse.

Landstinget har som arbetsgivare ett ansvar för arbetsmiljö och säkerhet. Tydligare regler är inte det enda som behövs för att utveckla säkerhetsarbetet inom hälso- och sjukvården, men det är ett viktigt steg.

Lars-Erik Holm
generaldirektör
Maria Nyström Agback
jurist; båda Socialstyrelsen

MER DEBATT PÅ LÄKARTIDNINGEN.SE

»Fullt på akuten«: Utnyttja resurserna eller uppfostra patienten?

Åke Andrén-Sandberg har i en debattartikel i Läkartidningen 36/2013 (sidorna 1516-7) beskrivit situationen på akuten och föreslagit lösningar. – – – ... i Jönköpings län, där jag arbetat hela mitt yrkesverksamma liv, har många av de patienter som sedan bedöms vara på fel vårdnivå åkt direkt till akuten utan att ha varit i kontakt med sin vårdcentral.– – – Som kringresande i jourfrågor i mitt län har jag fått samstämmiga svar från både akutmottagningar och jourcentraler: »Patienterna är välkomna, men inte här och inte under obekväm tid«. Samma personer som svarar så ser helt annorlunda på saken när de själva drabbas av en fotledsstukning eller knäskada. De kan inte förstå att detta ska behöva vänta till nästkommande vardag om olyckan sker under helgen. Om vi jobbade inom en servicesektor skulle våra mottagningar, både inom primärvården och specialistvården, vara öppna längre på vardagar samt delar av helgerna för patienter som önskar komma dessa tider. Givetvis måste då även stödstrukturer vara öppna motsvarande tider.

Pelle Malm, Jönköping

Vi måste göra upp med vår nutidshistoria

Det var inte bara Thatcher-inspirerade nyliberaler som tvingade svensk offentlig sjukvård att bli en marknad med New public management. Vi läkare måste göra upp med vår nutidshistoria för att kunna gå vidare. Det skriver Bengt Järhult i efterdyningarna av Zaremba-debatten om tillståndet i sjukvården.



Utan bottenplugg sjunker skutan.

Dyvikan är dragen, och medierna fylls av vittnesbörd om en sjukvårdsskuta i nöd. 9 000 undertecknare har ställt sig bakom det s k Läkaruppropet [1]. I Almedalen i somras uttalade DN-journalisten Maciej Zaremba: »Läkare motiveras av inre motiv som mening, autonomi och att tjäna ett högre syfte. Då blir det fel att försöka motivera dem med böter och bonus« [2]. Jag önskar att Zaremba har rätt, men är vi läkare sådana änglar?

Läkaresällskapets vd Filippa Nyberg vill, apropå att sjukvårdens styrsystem leder till manipulation, inte hålla med om att läkare »avsiktligt kodar fel« [2]. Det är ovanligt, och det strider mot läkaretiken, säger hon. Men jag ser varje dag i epikriser från sjukhuset hur diagnoserna staplas på varandra till långa listor för att kliniken ska få maximal ersättning, och jag märker i min egen diagnossättning hur ekonomitänkandet styr och frestar. Andra rapporterar detsamma [3]. På vilket självsligt plan hos läkaren ligger indikationsglidningar, remitteringar av olönsamma patienter till andra enheter och friserandet av kvalitetsregister? Skulle vi inte vara medvetna om vad vi gör och om vår roll i systemet? Är det inte dags för lite självrannsakan i kåren?

Tyvärr är läkare som grupp i hög grad anpasslingar till tidsandan, ibland alltför lyhörda. Det var inte bara Thatcher-inspirerade nyliberaler som tvingade den svenska offentliga sjukvården att bli en marknad med New public management (NPM). Läkarförbundet med sin vd/ordförande Anders Milton spelade på 1990-talet en central roll för att legitimera och driva igenom ett systemskifte utifrån mytbildningar om den offentliga vårdens bristande effektivitet.

Under årets Almedalsvecka hölls ett seminarium för att ge ett historiskt perspektiv på dagens debatt om NPM. Läkartidningen refererar Klas Eklund, då en av Kjell-Olof Feldts pojkar, senare ordförande i Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO), nu bankekonom och »senior economist« på SEB [4]. Men arkitekter av systemskiften är inte lämpliga som vittnen till historiska skeenden eller bedömare av den offentliga vården på 1980-talet. Eklund står fast vid mytbildningarna och upprepar nidbilden av offentligt finansierad och driven vård, den om luft i systemet, brist på valfrihet och ineffektivitet. Bilden som beredde vägen för omvandlingen av den offentliga sektorn enligt NPM, den ledningsfilosofi som vi ser resultatet av i dag och som beskrivs samlat i en bok av Zaremba [5].

Visst fanns det problem i 1980-talets offentliga, budgetfinansierade sjukvård, t ex med väntetider. Men när Studieförbundet Näringsliv och samhälle (SNS), med rötter i företagsamheten, 1992 bjöd in en internationell ex-



BENGT JÄRHULT
distriktsläkare, Ryd
bengt_jarhult@hotmail.com

pertpanel för att granska den svenska offentliga sjukvården gick man på en mina. SNS och det privata näringslivets företrädare hade väntat sig en utskåpning av den offentligt drivna vården. Men den internationella expertgruppen fann att svensk sjukvård stod sig synnerligen väl och inte alls var i någon kris [6]. Obegripligt nog fångade inte Socialdemokraterna upp denna hyllning till en sammanhållen, skattefinansierad, billig vårdorganisation med utmärkta resultat. De var redan fångade av NPM och pressade av den borgerliga opinionsbildningen i privatiseringens tjänst.

Läkarförbundet lyssnade inte ens på Lars Werkö, som i ett svar på ifrågasättandet av svensk sjukvård, bl a från ESO, i en SBU-rapport 1995 visade att den kvalitetsmässigt inte hade något att skämmas för [7]. Så har det fortsatt. Läkarförbundet har varit ideologisk vägröjare för NPM och har inför befolkningen legitimerat idéerna om köp- och säljsystem och möjligheterna för upphandlare att avgöra vad som är god vård och har idealiserat beställarsystem, resultatstyrning och privatisering. Länge låtsades man inte om faran med att bygga upp nationella kvalitetsregister som av den politiska och administrativa överbyggnaden kunde tas över som kontroll- och styrinstrument av läkares arbete [8, 9]. Nu har detta i hög utsträckning skett, och mer planeras.

Eva Nilsson Bågenholm gick direkt från Läkarförbundet till att vara drivande kraft på Socialdepartementet. Teorierna i NPM omsätter vår tidigare ordförande nu som nationell äldresamordnare. Icke evidensbaserade system för återinläggning på sjukhus [10] kopplas till ekonomiska incitament. Kvalitetsregister, t ex Demens- och Palliativregistret, som inte är validerade i primärvården, belönas. Läkemedelsindikatorer, som man inte vet om de speglar förskrivningsmönster som helhet, ger pengautfall och bäddar för felprioritering av behandlingsinsatser.

I Almedalen 2011 krävde Läkarförbundet, som då börjat en omorientering av sin politik, att öppna jämförelser och register inte skulle få användas på detta sätt. Ett uttalande var: »Betalt för merarbete men inga resultatbaserade ersättningar – inte en ytterligare uppgift i en stressad vardag som används för att betygsätta.«

Förbundets mantra har i Almedalen 2013 och i artiklar med andra fackförbund blivit rop på professionalisering [11]: »Tilliten till det professionella ansvaret har ersatts av kontrollsystem som riskerat att sätta den professionella etiken ur spel och som hotar den grundläggande mänskliga kvaliteten i verksamheterna«, »Gott omdöme kan inte enkelt mätas« [11]. Men varför har då förbundet det senaste decenniet sålt ut kårens egna verktyg för professionell värdering och forskning och låtit dessa register bli basen i överbyggnadens detaljstyrning utifrån NPM?

»Jag är ledsen att säga det, men den intellektuella nivån i den svenska sjukvårdsdebatten är låg.«

Inte ens när Cochrane-institutet publicerade sin rapport 2011 om att öppna jämförelser som förbättringsmetod saknar evidens [12] slog Läkarförbundet näven i bordet. Varken förbundet eller tusentals universitetsforskare har velat stöta sig med den sjukvårdspolitiska eliten – både borgerlig och socialdemokratisk – som fått för sig att öppna jämförelser är deras sanningsvisande instrument för att förbättra, rationalisera och strukturomvandla vården.

Jag har som distriktsläkare i landsorten fått upplysa om Cochrane-rapportens existens, bl a i Läkartidningen [13], men ingen har offentligt velat diskutera rapporten med mig eller på annat sätt. Tystnad! Läkartidningen har inte beställt en medicinsk kommentar om rapporten, något som självklart skulle ha gjorts. Jag är ledsen att säga det, men den intellektuella nivån i den svenska sjukvårdsdebatten är låg. Det är räddhågsenhet som präglar kåren.

Vi läkare och förbundet måste göra upp med vår nutidshistoria för att kunna gå vidare. Läkaresällskapet har startat lovande med ett sevärt symposium på webben [14]. Jag har föreslagit att Läkaresällskapet och Läkarförbundet skapar en framtidskommission för att hitta lösningar på de problem som Zaremba exponerat [15]. Inga företrädare har svarat. Jag är inte ensam om att efterlysa konkreta förslag.

I ett ledarstick i Dagens Medicin skrivs: »Ska Läkarupproppet få någon kraft bör det formulera vilka konkreta förändringar som skulle leda till bättre sjukvård för alla patienter« [16]. DN begär i en ledare samma sak apropå NPM [17]. Glädjande nog kommer Läkarupproppet i samarbete med Läkaresällskapet att arrangera ett möte den 15 oktober med fokus på alternativa styrsystem i sjukvården. Programmet finns på ‹www.sls.se› under fliken »Tisdagssammankomster«. Dessutom kommer Läkaresällskapet att ordna flera symposier om NPM och etik på årets riksstämma. Frågorna är: »Varför blev det så här?«, »Professionens död? Hur går vi vidare nu?«.

Jag hoppas att också Läkarförbundet kommer med på tåget och att en debatt i Läkartidningen ska kunna bekräfta Zarembas tro på läkares inre motiv för sin yrkesutövning [2]. Vad är det i vår professionalism som skulle kunna rädda situationen? Marie Wedin torgför den ju offentligt. Hur ska ersättningssystemen i vården utformas?

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

LÄS MER Fullständig referenslista Läkartidningen.se

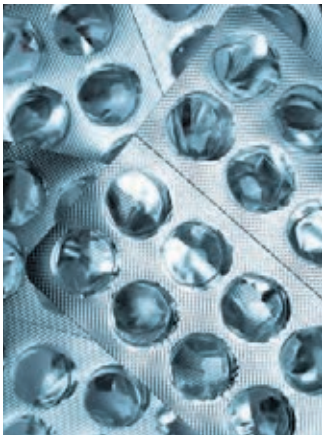


Foto: Colourbox

Totalt 22 gram aluminiumskräp fick Casten Lychou och hans fru ihop på fyra måndader. Men på kartongerna står inte var blisterförpackningar ska slängas.

I huvet på en gammal kollega

Som pensionär sedan flera år har jag börjat få några mediciner utskrivna. Även hustrun, pensionär, har en del att knapra på.

De flesta tabletter vi får är i blisterförpackningar, enstaka i burk. Burkarna vet man att de kastas som plast för återvinning, men blister?

Vad är de gjorda av? Verkar vara aluminium, i bland i kombination med plast.

På kartongerna står märkligt nog aldrig hur man slänger dem. I fyra månader hösten 2012 sparade vi alla tömda blisterförpackningar. Totalvikten var på brevvågen 22 gram.

Om ett par hundra pensionärer i vår lilla stad har samma mängd slängs ett par kilo bara på en höst och på ett år 4–5 kilo. Handlar det om plast spelar det väl ingen större roll men om det i huvudsak är aluminium, hur många kilo metall slängs i slaskpåsen på ett år i Sverige? Vid förfrågan vid vårt lokala apotek framkom att de inte har en aning om detta.

Casten Lychou
f d överläkare, Säffle
helene.lychou@swipnet.se

REPLIK FRÅN TLV OM PRIORITERINGAR:

Man är inte värd mindre vård eller läkemedel för att man inte arbetar

Vi välkomnar SBU:s inlägg i frågan om att göra prioriteringar utifrån produktivitet (Läkartidningen 39–40/2013, sidorna 1712-3). TLV arbetar sedan i våras med en översyn som bland annat handlar om just dessa frågor. Vi vill dock komplettera SBU:s artikel med ett förtydligande när det gäller de beslut som TLV fattar.

TLV:s uppdrag är att bedöma kostnaderna för ett läkemedel i ett samhällsekonomiskt helhetsperspektiv. Bakgrunden är att man för många sjukdomar sett att produktionsbortfall och andra så kallade indirekta kostnader är större än de direkta sjukvårdskostnaderna, och att samhället har mycket att vinna på om sjuka kan bli friska och återgå i arbete. Men när vi tar hänsyn till att en behandling leder till att människor kan återgå i arbete i stället för att vara sjukskrivna så måste vi göra det utifrån människovärdesprincipen, som säger att alla människor är lika mycket värda.

Man är alltså inte värd mindre vård eller läkemedel för att man inte arbetar. Ingen patientgrupp ska missgynnas av att vi tar hänsyn till kostnader utanför vården och om en behandling påverkar möjligheten att arbeta.

När TLV fattar beslut är det i enlighet med vad som sägs i läkemedelsförmånslagen och riksdagens prioriteringsriktlinjer. Det innebär att vi ska ta hänsyn till tre beslutsprinciper. Det är människovärdesprincipen, som vi redan nämnt, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen.

De två sistnämnda betyder att de som har de största behoven ska få mest av resurserna, och att vi ska väga läkemedlets pris mot dess nytta utifrån ett samhällsperspektiv. I beslut om subvention väger vi samman alla dessa principer.

Vi gör nu en översyn för att tydliggöra hur de tre principerna vägs samman i våra underlag och beslut. I detta ingår också att utveckla hur kostnadseffektivitetsbedömningarna ska utformas så att de bättre harmonierar med de övriga två principerna.

I arbetet med översynen har vi bland annat anlitat akademisk expertis inom etikområdet och har en dialog med Statens medicinsk-etiska råd. Vi har också fortlöpande dialog med företrädare för patient- och pensionärsorganisationer.


LT DEBATT

Prioritera utifrån produktivitet – ett etiskt problem?

Läkartidningen 39–40/2013.

Utmaningen framöver att finansiera välfärden ställer krav på att samhället hela tiden förbättrar förmågan att lägga skattepengarna rätt.

En så kostnadseffektiv användning av läkemedel och medicinteknik som möjligt är målsättningen för TLV:s arbete. Att vi gör våra bedömningar utifrån gällande lagstiftning och den etiska plattformen i riksdagens prioriteringsriktlinjer är självklart.

Douglas Lundin
Chefsekonom, TLV



Leif Lundquist
Chefsjurist, TLV



MER DEBATT PÅ LÄKARTIDNINGEN.SE

Läkartidningen tar emot ett stort antal manus för publicering under vinjetten Debatt och brev. Vi presenterar här ett utdrag ur ett inlägg som i sin helhet finns att läsa på Läkartidningen.se/debatt

Socialstyrelsen: **Transporterna av extremt för tidigt födda barn måste förbättras**

I dag finns för stora regionala skillnader i tillgänglighet till kvalificerade transportteam för neonatalvård i Sverige. Transportteam för specialiserad vård av extremt för tidigt födda barn finns endast i Umeå, Uppsala och Stockholm. Dessa team har ständig beredskap och betjänar den egna regionen. Om de inte är upptagna kan de bistå landets övriga regioner.

På många håll sammankallas i stället transportteam när det uppstår ett akut behov. Socialstyrelsen ser en risk i att det inte finns personal med rätt kompetens att mobilisera och att transporterna kan bli fördröjda. Vi ser därför ett behov av ökat samarbete mellan regionerna för att skapa en säker vård vid omhändertagandet och transporten av extremt för tidigt födda barn.


Colourbox

Neonatala transporter ska ske tryggt och snabbt.

––– De neonatala transporterna bör organiseras så att patienten kan transporteras så fort som möjligt. Den personal som följer med bilen, helikoptern eller flygplanet ska alltid ha kunskap för att kunna hantera eventuella komplikationer, och all nödvändig utrustning ska finnas i fordonet.

Lars-Erik Holm, Anette Richardson, Socialstyrelsen

Advancing Medicine Through Science

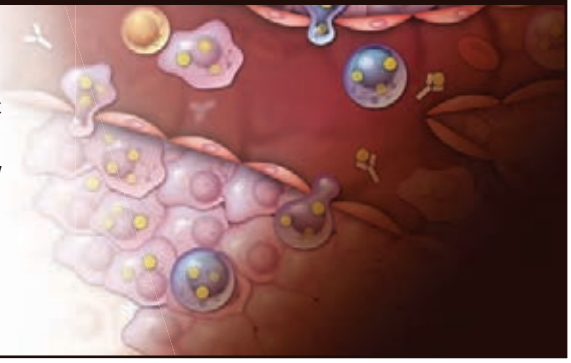


Request a Free Trial or Quote | ScienceOnline.org/request

Science Translational Medicine
AAAS

Translational medicine, the process in which basic research moves from discoveries in the laboratory to actual clinical applications, is an important new field in science that requires collaboration across multiple disciplines.

ScienceTranslationalMedicine.org/info



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

RECENSIONER

Hjärnan är ingen svart låda

MEDVETANDETS GÅTA
384 sidor
Författare: Jonathan Lindström
Förlag: Norstedts; 2013
ISBN 978-91-1-304148-3



Det viktigaste problemet i medicinsk forskning har fram till helt nyligen inte betraktats ens som ett vetenskapligt problem värt att studera. Problemet gäller de neurobiologiska processerna som gör att vi är medvetna om livets glädjeämnen och sorger, om smärta och klåda, om universums oändlighet. Störningar av medvetandet om vår kropp, vårt jag och vår omvärld är de mest utmärkande symtomen på neurologiska och psykiatriska sjukdomar. Men när jag har fört detta på tal med kollegger i neurobiologi, neurologi, anestesiologi eller psykiatri fnyser de föraktfullt om flumforskning. Vetenskapsrådet satsar inte mycket pengar på medvetandeforskning.

Det är naturligtvis ett svårt problem – »The Hard Problem«, dvs hur man ska kunna överbrygga gapet mellan den subjektiva känslan och vad som händer på neurotransmittor- och jonkanalnivå i hjärnan. En f d rektor vid Kungliga Tekniska högskolan påstod i en offentlig debatt att det är bara en tidsfråga innan man kan konstruera en medveten robot. Jag tror dock att det kommer att dröja innan vi har en robot i hemmet som är medveten om rosornas doft, det nybakta brödets smak eller vinets bouquet. Inte heller tror jag att en robot kommer att uppleva samma känsla som medvetna människor, som just har missat bussen, glömt svärmors födelsedag eller köpt nya aktier, som just rasat i värde på börsen.

Det är därför glädjande att Jonathan Lindström gett sig på detta viktiga ämne i sin nya bok: »Medvetandets gåta«. Lindström är varken hjärnforskare eller filosof utan har en bakgrund som arkeolog. Det är både en för- och nackdel. Naturligtvis är han expert på hur homo erectus blev alltmer medveten. Däremot kan man väl invända en del när det gäller urvalet av att referera frontlinjerna i den moderna internationella medvetandeforskningen. Till sin hjälp har han klokt nog intervjuat ett flertal experter. Ibland kan de bli lite tröttsamt, men i stort sett tycker jag att det är ganska bra grepp för att vidmakthålla läsarens intresse för komplicerade resonemang.



Illustration: Longquattro/Fotolia

Han börjar med människan under stenåldern efter istiden. I en grav på Gotland hittades ett skelett av en man och ett litet barn. Lindström försöker sätta sig in i denne mans själsliv och antar att han var medvetet om sitt barn och omvärlden, som han själv 5 000 år senare. Som den arkeolog han är reflekterar han rörande begravningsritualerna, som väl torde ha betingats av ett slags tro på att själen fortsatte att leva vidare. Men i dag tror många av oss inte så mycket på själen. Däremot att det finns ett medvetande som vi ännu inte

Psykdiagnoser är som kometer

HOMO PATOLOGICUS
Medicinska diagnoser i vår tid
222 sidor
Författare: Fredrik Svenaeus
Förlag: Tankekraft förlag; 2013
ISBN 978-91-86-27340-8



Förarbetet till och publiceringen av den femte versionen av den psykiatriska diagnosmanualen DSM har föranlett en förnyad debatt om psykiatriska diagnoser. Denna debatt kan i sin tur ses som en del av ett större pågående samtal om medikaliseringen av dagens samhälle. Medicinska föreställningar och tolkningsramar har kommit att färga allt fler aspekter av våra liv. Huruvida denna medikalisering verkligen är ett allvarligt problem, eller kanske snarare bör ses som en positiv konsekvens av medicinens växande terapeutiska möjligheter – ja, om detta råder starkt olika uppfattningar.

Psykiatriska diagnoser, skriver filosofen Fredrik Svenaeus i sin nya bok, är som kometer: De har en hård kärna som motsvaras av sjukdom beroende på en grundläggande, djupgående biologisk störning. De har en svans, oklart avgränsad från kärnan, som motsvaras av »... allt det lidande som fångas upp av kärnornas dragningskraft i jakt på den identitet och dragningskraft som en lysande komet erbjuder«. Det är en elegant och träffande metafor, och den är nog inte bara giltig för psykiatriska diagnoser utan också för en hel del av det vi kallar somatisk sjukdom. Likväl rör sig Svenaeus huvudsakligen inom psykiatrins fält, där han tur och ordning analyserar ångestsyndrom, depressioner, neuropsykiatriska störningar, fetma och vad som kommit att kallas »spelberoende« (och som finns som en DSM-diagnos). Särskilt förtjänstfullt ter sig depressionsavsnittet, där det märks att Svenaeus tidigare ägnat depressioner och depressionsbehandling fruktbar eftertanke.

Det kan möjligen te sig litet märkligt att fetma kommit med i denna bok, men vid närmare betraktande helt följdriktigt. Kometkärnan fetma som riskfaktor och möjligen som sjukdom har verkligen en svans av »kulturellt bråte« i form av fördomar, löst grundade föreställningar, moralism och försök att hitta ansvarsbefrielse i en beroendediagnos. Avsnittet om spelberoende ter sig som det vanskligaste; det skär rakt in i många tonårsföräldrars hem, och även här finns svårbesvarade diagnostiska frågor. Jag delar fullt ut Svenaeus oro för vad som kan ske med människor, inte

lyckats reducera till vad som händer på jonkanalnivå. Därför har boken helt riktigt fått titeln »Medvetandets gåta«.

En av de första frågorna som inställer sig är huruvida djur har medvetande. Enligt Descartes har de naturligtvis inte det, men varje hund- eller kattägare torde protestera. Däremot är det tveksamt om kräldjur och fiskar är medvetna. De kan nämligen inte integrera olika sinnesintryck till något slags medveten helhetssyn. Ormen ser en springande mus och hugger. Sen luktar den till sig musens kropp och sväljer. Men den kan inte uppfatta den orörliga dödade musen med synen och saknar en mental bild av musen, till skillnad från katten, som kan bevaka ett hål vari musen försvunnit.

Lindström refererar till populära medvetandefilosofer. Hans favoriter är Christof Koch och Giulio Tononi. Det är fråga om ganska ytliga referat och man skulle önska att han refererat mer också till andra filosofer, särskilt John Searle, som i mitt tycke är den som är mest klargörande.

Ett kapitel om hjärnan finns lyckligtvis med i boken. Vissa psykologer och filosofer har mer eller mindre bortsett från hjärnan när de diskuterat medvetandet, eller behandlat den som en »svart låda«. Men Lindström går igenom hjärnans evolution till att bli alltmer medveten. Han redogör också helt adekvat för de moderna teknikerna att undersöka hjärnans medvetande såsom PET (positronemissionstomografi), fMRI (funktionell magnetkameraundersökning) och NIRS (near-infrared spectroscopy).

Det kanske kunde varit av intresse att nämna den nya forskningen om hjärnans spontana aktivitet som motsvarar det fria osorterade tänkandet på det som varit och om planer för framtiden eller »the stream of consciousness«, som William James uttryckte det. Ett samtal med MR-fysikern Peter Fransson om detta borde ha varit med. Däremot har Lindström intervjuat Henrik Ehrsson som visat hur man kan förlägga medvetandet utanför kroppen. Det är mycket fascinerande studier som bland annat publicerats i Science och kan vara av stor betydelse för konstruktionen av proteser.

I stort sett anser jag att Lindström lyckats väl. Jag har läst boken med stort intresse, även om det finns många invändningar. Men det är ett av de mest komplicerade ämnena en populärvetenskaplig författare kan ge sig på. Lindström bör därför ha en eloge för att han tagit sig an det allra svåraste problemet – The Hard Problem.

Hugo Lagercrantz
senior professor,
Karolinska institutet och
Astrid Lindgrens barnsjukhus,
Stockholm



Foto: Colourbox

minst unga, som under långa tidsrymder vistas i dessa virtuella världar.

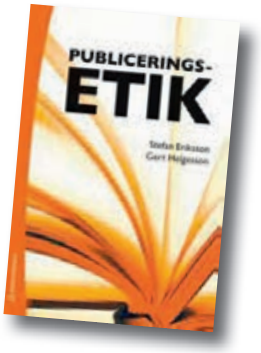
Svenaeus är påläst och noggrann. Han ger uttryck för en sympatisk öppenhet inför olika sidors argument, utan att fastna i en ohållbar relativism. Om all filosofi börjar med en undran, som en av filosofins stora menade, så utesluter denna undran inte alls tydliga provisoriska ställningstaganden. Svenaeus är oroad, han är det på goda grunder. Han ser det goda som följer i den moderna medicinens spår, men han ser också problem i en diagnostiskt färgad kultur. Han är skeptisk till en alltför långtgående »biologisering« av sjukdomar – »Människor blir sjuka, inte hjärnor« – utan att på något sätt förneka vikten av exempelvis neurovetenskaplig forskning.

Det är faktiskt förbluffande hur meningsfull en filosofisk analys av denna i god mening populärt hållna typ kan vara i relation till dagens medicinska utmaningar. Minst lika märklig är den undanskymda, för att inte säga obefintliga, roll filosofi och annan humaniora kommit att inta för många läkare, både under utbildning och fortsatt klinisk verksamhet. Boken »Homo patologicus« söker inringa och förstå en djupgående kulturell förskjutning i vår tid. Läkare är huvudaktörer i denna process. Så mycket större skäl att intressera sig för den. Det här är en bok som borde vara självklar läsning på läkarutbildningen, ja för alla läkare.

Rolf Ahlzén
universitetslektor,
institutionen för samhälls- och
kulturvetenskap,
Karlstads universitet

Forsknings-fusk i fokus

PUBLICERINGSETIK
189 sidor
Författare: Stefan Eriksson, Gert Helgesson
Förlag: Studentlitteratur; 2013
ISBN 978-91-44-05387-5



Grundläggande för vetenskapers fortlöpande vidareutveckling är att forskningsresultat sprids och presenteras så klart och fullständigt att andra forskare och intresserade kritiskt kan granska och värdera deras relevans. Det sker genom att resultaten publiceras i vetenskapliga tidskrifter som genom prenumeration är tillgängliga på bibliotek, institutioner och/eller internet. Granskningen, som denna spridning möjliggör, leder till att vissa resultat blir till solid ny kunskap att bygga vidare på, medan andra helt sållas bort. Denna idealiserade beskrivning av ett eftersträvansvärt mål för redovisning och förmedling av forskningsresultat har under senare årtionden hamnat mycket långt från verkligheten. Hur och på vilka sätt är temat för den nyutkomna, viktiga boken »Publiceringsetik«.



Foto: Colourbox

Författarna, docenter och universitetslektorer i respektive forskningsetik och medicinsk etik, behandlar publiceringsetiska problem som fusk, oredlighet, gåvoförfattarskap, spökskrivare och medförfattarskap och flera till. För detta har de två utgångspunkter. Den första är att bedöma beteende och praxis bakom sådana problem utifrån deras »inverkan på vetenskapens utveckling – sådant som är skadligt för eller inte kan gynna vetenskapen ska ▶

undvikas«. Den andra är att en rättvis praxis alltid är att föredra.

En rättvis praxis hänger nära samman med de olika formerna av författarskap. Den viktigaste delen av en forskares cv består av såväl antalet artiklar han/hon har skrivit, som i vilka internationella vetenskapliga tidskrifter de publicerats, som, slutligen, de bibliografiska mått som kan härledas från detta. Författarskap, även med- och gåvoförfattarskap samt nummerordning i författarlistan, får en avgörande betydelse vid tjänstetillsättningar och fördelning av forskningsmedel. Boken ger flera exempel på hur detta meritsystem kan manipuleras otillbörligt och orättvist.

Författarna redogör klart och tydligt för hela fältet av publiceringsetiska problem, deras utbredning, vilka riktlinjer och definitioner som gäller, samt för de svåra gränsdragningsproblem som alltid finns. De förenklar inte, utan söker konstruktiva lösningar. För att komma med sådana måste man ha en uppfattning om varför problemen uppstått. I den frågan ansluter de till den vanligt förekommande tanken, nämligen »att det i den hårda konkurrens som råder inom många områden finns incitament att avvika från god forskningssed«.

Därför krävs en ändrad incitamentsstruktur och författarna ger några förslag i den riktningen, bland annat att införa kännbara påföljder vid fusk och att ändra kriterierna för vad som är meriterande. Viktigare ändå är att de genom hela boken upprepat lyfter fram att avgörandet i forskningsetiska frågor först och främst faktiskt ligger hos forskarna själva. Bokens sista mening lyder: »För att den publiceringsetiska standarden ska kunna höjas i praktiken, och inte bara i styrdokument och riktlinjer, krävs att forskarna är villiga att erkänna att det finns problem och att de är beredda att åstadkomma en förändring.«

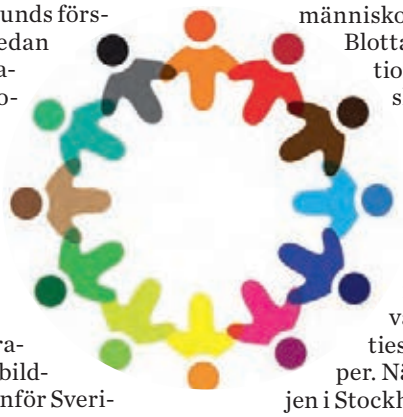
Det är en uppfordrande avslutning på en viktig bok som bör läsas och begrundas av forskare på alla nivåer. Ingen, allra minst seniora väletablerade forskare, är tvingad att välja en låg publiceringsetisk standard.

Åke Thörn
leg läkare, med dr, tidigare FoU-chef, Norrbottens läns landsting, Luleå
pakethorn@yahoo.com

KRÖNIKA

Sann integration

På ett slott utanför Krakow i Polen dansar den nya generationen av läkarstudenter till Joan Jett & The Blackhearts klassiker. Det gamla parkettgolvet kanske inte riktigt gungar, men det skakar i alla fall ordentligt. Där har några hundra av dem samlats för Medicine studerandes förbunds första utlandskongress. Sedan EU-inträdet har de traditionella svenska lärosätena fått konkurrens från städer som Wroclaw, Warszawa och Prag. Nästan tretusen svenskar studerar i dag medicin utomlands; bara i Gdansk läser 600.



Förra året legitimerades fler läkare med utbildning från lärosäte utanför Sverige än från inhemska. I Isaac Singers stad Lublin, där hästen Suss och gubben Neftalin tidigare lunkade fram, finns det i dag läkarprogram för utländska studenter. Faktiskt inte bara en linje. Fakulteten erbjuder läkarutbildning i fem olika program: ett amerikanskt, ett europeiskt, ett asiatiskt och även ett arabiskt program. För den som så önskar går det naturligtvis även bra att studera på polska.

Studenterna betalar själva för sin utbildning och investerar därmed högst påtagligt i sin egen framtid. En nackdel är, naturligtvis, att många inte vågar – eller har möjligheten att – ta lån för att finansiera de långa studierna. Men en fördel är att de värdesätter sin utbildning eftersom de inte bara satsat sin tid utan även sina egna (eller bankens) pengar på utbildningen. Är de inte nöjda med utbildningen i Budapest, kan de byta till Brno.

En brokig skara studenter med rötter från jordens alla hörn med svenskt medborgarskap och språk som gemensam nämnare deltar i kongressen. Deras intresse för medicin och modet att studera i ett annat land förenar dem. Efter studierna kommer de med största sannolikhet att börjar arbeta någonstans i Norden, eller någon annanstans i Europa. Med sig har de inte bara erfarenheten av att ha varit invandrare i ett land, de lär sig arbeta med andra kulturer, på andra språk och på andra sätt. Kanske kommer de att uppskatta många saker med arbetet i Sverige: bristen på hierarki, arbetsvillkoren, kollegialiteten. Eller kanske kommer de att sakna den traditionella läkarrollen med prestige och tydliga strukturer?

Hur det än blir så är det svårt att tänka sig en bättre modell för införlivande av människor med olika bakgrund. Blotta tanken på att Integrationsverket skulle kunnat skapa något liknande känns löjlig, nästan utopisk. Studenterna har en flexibilitet som förundrar, de ser Europa som sin framtida arbetsmarknad och nationalstaten tycks nu vara ersatt av communities och Facebook-grupper. När jag gick på läkarlinjen i Stockholm hade vi en föreläsning som tog upp »invandrarkunskap«. Det benämndes naturligtvis inte så utan kallades något annat. Men det var vad det handlade om. En mening höll sig kvar: »Det är viktigt för invandrare att bli sedda och hörda.« Till skillnad från vilka andra? Meningen visar det absurda i att försöka konstruera integration, när sann integration uppstår genom närhet, genom delandet av en vardag, oavsett om det är på en studieort eller en arbetsplats.

Studenterna från Krakow kommer inte att få någon föreläsning i invandrarkunskap, och de behöver det säkerligen inte heller.

De framtida arbetsgivarna är lyriska och har bildat kö. På plats finns bland andra Landstinget i Värmland. De hade hoppats åka hem med 17 nya kontakter, men presentationsmaterialet tar slut och listan blir fulltecknad. Hela sjuttio läkarstudenter kan tänka sig att efter avlagd examen arbeta bland värmlänningarna.

De är det nya Europa, där man kan studera i Polen, bo i Sverige, men arbeta i Danmark. Där man inte är in- eller utvandrare, utan kanske helt enkelt bara en vandrare.



Jakob Endler
ST-läkare, Södersjukhuset, Stockholm
@JakobEndler

Läkarkarriär.se

SVERIGES LEDANDE ANNONSFORUM FÖR LEDIGA LÄKARTJÄNSTER

Läkartidningen och Läkarkarriär.se är Sveriges ledande forum för lediga läkartjänster, stipendier och kurser. Här hittar du merparten av de lediga läkarjobben i Sverige, sökbara på specialitet och geografisk placering. Listan följer Socialstyrelsens förteckning över medicinska specialiteter. Om inte specialiteten framgår i annonsen, läggs tjänsten under Övriga läkartjänster/Övriga tjänster. På www.lakartidningen.se finns all information om bokning av platsannonser. Annonser skickas till **annonser@lakartidningen.se**. För mer information ring 08-790 35 60.

	Ansökningstiden utgår	Annons i nr	Sida
AKUTSJUKVÅRD			
Verksamhetschef Sunderby sjukhus Luleå	–	38	1699
Spec-läkare/överläkare MAVA, Skaraborgs Sjukhus	24/10	41	1819
ALLMÄNMEDICIN			
Spec-läkare Primärvården Örebro	–	41	1834
Fastlege/kommunelege Sande kommune Norge	–	39–40	1768
Läkare Hälsocentralen Funäsdalen	–	41	1835
Spec-läkare Capio Citykliniken Ronneby	–	39–40	1768
Spec-läkare Primärvård Landstinget Västmanland	–	38	1693
Distr-läkare Vårdcentralen Hemse	–	39–40	1765
Spec-läkare Vårdcentralen Dalby	–	39–40	1763
Spec-läkare (två) Försäkringsmottagningen City, Läkarhuset Hötorgscity Stockholm	–	39–40	1767
Spec-läkare geriatrik el allmänmed Trygg o Hälsa Sverige	–	38	1700
Allmänläkare Vårdcentralen Vessigebro Falkenberg	–	41	1831
Spec-läkare Rosengårdskliniken Malmö	–	38	1695
Spec-läkare Vaxholms Vårdcentral Vaxholm	–	38	1697
Spec-läkare Valens läkargrupp Trelleborg	–	38	1699
Spec-läkare Falu vårdcentral Falun	–	39–40	1768
Vårdcentralchef Närhälsan Älvängen vårdcentral Ale	9/10	39–40	1760
Distr-läkare Närhälsan Ekmanska vårdcentral Göteborg	9/10	39–40	1760
Distr-läkare Telefonplans VC Hägersten	20/10	41	1830
Allmänspecialist Hässelby akademiska vårdcentral Stockholm	20/10	39–40	1767
Spec-läkare allmänmedicin/företagshälsovård Länshälsan Uppsala AB Uppsala	21/10	41	1824
Distr-läkare Aleris Vårdcentral Tungelstahälsan Tungelsta	27/10	41	1821
Spec-läkare Huddinge vårdcentral Huddinge	27/10	41	1828
Distr-läkare Hälsocentralerna Kälarne, Bräcke	30/10	41	1825
Spec-läkare Vårdcentral Grycksbo	30/10	41	1836
Spec-läkare psykiatri/allmänmedicin Dignity Danmark	31/10	41	1829
Allmänläkare Husläkarna i Österåker Stockholm	31/10	41	1832
Distr-läkare Vårdcentralen Skänninge	1/11	41	1830
ANESTESI OCH INTENSIVVÅRD			
Spec-läkare Kliniken för Intensivvård och Perioperativ Medicin, Skånes universitetssjukhus Malmö	–	39–40	1763
Overleger Sykehuset Østfold Norge	–	41	1834
Narkosläkare Citadellkliniken Landskrona	–	41	1823
BARN- OCH UNGDOMSMEDICIN			
Spec-läkare Stockholms läns landsting	–	41	1829
Spec-läkare Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus	16/10	39–40	1760
Spec-läkare Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus Göteborg	16/10	41	1819
Spec-läkare Barn- och ungdomssjukhuset Linköping	30/10	41	1834
BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRI			
Överläkare Landstinget Sörmland	–	39–40	1763
ENDOKRINOLOGI OCH DIABETOLOGI			
Överläkare Capio Lundby Närsjukhus Göteborg	–	41	1830
FÖRETAGSHÄLSOVÅRD			
Spec-läkare allmänmedicin/företagshälsovård Länshälsan Uppsala AB Uppsala	21/10	41	1824
Företagsläkare Företagshälsovården i Lunds kommun	25/10	41	1821
Företagsläkare GKN Aerospace Trollhättan	29/10	41	1831
Företagsläkare Företagshälsan Runstenen Malmö	31/10	41	1830
GERIATRIK			
Spec-läkare geriatrik el allmänmed Trygg o Hälsa Sverige	–	38	1700
HUD- OCH KÖNSSJUKDOMAR			
Hudspecialist Hagakliniken Göteborg	–	38	1699
Hudläkare. Privatklinik i västra Sverige. Hudcenter Halmstad	–	39–40	1761
Verksamhetschef Sahlgrenska Universitetssjukhuset Göteborg	14/10	39–40	1760
Spec-läkare Helse Førde Norge	22/10	39–40	1764
Spec-läkare (två) Hudcentrum Stockholm	29/11	41	1821
KARDIOLOGI			
Överläkare Capio Lundby Närsjukhus Göteborg	–	41	1830
Överläkare/kardiolog Alingsås lasarett Alingsås	23/10	41	1819
KIRURGI			
Klinisk professor hjertekirurgi Syddansk universitet Norge	–	39–40	1768
Overlege gastroenterologisk kirurgi, Sørlandet Sykehus Arendal, Norge	22/10	39–40	1765
Universitetslektor/spec-läkare Umeå universitet Umeå	28/10	41	1827
Överläkare (LUS) Kirurgcentrum Umeå	30/10	41	1828
KLINISK BAKTERIOLOGI			
Overlege (två) klinisk mikrobiologi Sykehuset Innlandet HF Lillehammer, Norge	26/10	39–40	1765
KLINISK FYSIOLOGI			
Överläkare och Spec-läkare Danderyds Sjukhus Stockholm	11/10	39–40	1766
Spec-läkare, Bitr överläkare, Överläkare Karolinska Universitetssjukhuset Stockholm	10/11	41	1820
KLINISK PATOLOGI			
Överläkare, LUS, Labmed, klin patologi/cytologi Östersund	–	41	1826
Överläkare, LUS, Labmed, klin patologi/cytologi, Västerbottens läns landsting Umeå	–	41	1832
Spec-läkare Akademiska sjukhuset	27/10	41	1836
Overlege Nordlandssykehuset Bodø, Norge	1/11	41	1833
MEDICINSK RADIOLOGI			
Overlegestilling brystdiagnostisk Senter, Universitets-sykehuset Nord-Norge	–	39–40	1763
Läkarchef/processchef Skaraborgs Sjukhus	16/10	41	1819
Överläkare Ambulanssjukvård och Medicinsk Diagnostik. Röntgenkliniken Halmstad	30/10	41	1822
NEONATOLOGI			
Neonatologer BB Sophia Stockholm	16/10	39–40	1759
Verksamhetschef BB Sophia Stockholm	16/10	39–40	1758
NEUROKIRURGI			
Ryggkirurg neurokirurgi/ortopedi (LUS) Ortopedkliniken Umeå	31/10	41	1829
Underläkare Norrlands Universitetssjukhus Umeå	2/12	39–40	1763
NEUROLOGI			
Överläkare Skaraborgs Sjukhus Skövde	21/10	39–40	1760
NUKLEÄRMEDICIN			
Spec-läkare/överläkare (tre) onkologisk radiologi/nukleärmedicin, Akademiska Sjukhuset Uppsala	20/10	39–40	1761
OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI			
Sektionschef Danderyds Sjukhus Stockholm	–	39–40	1768
Spec-läkare Strandkliniken Stockholm	–	41	1834
Gynekolog Sollentuna Specialistklinik AB Sollentuna	–	41	1835
Overleger/spec-läkare Helse Møre og Romsdal Norge	–	41	1828
Obstetriker BB Sophia Stockholm	16/10	39–40	1759
Spec-läkare/överläkare Sahlgrenska Universitets-sjukhuset Göteborg	16/10	41	1819

	Ansökningstiden utgår	Annons i nr	Sida
Spec-läkare, ultraljudsspecialist, Sahlgrenska Universitetssjukhuset Göteborg	16/10	41	1819
Verksamhetschef Kvinnokliniken Skellefteå	19/10	38	1696
Overleger Sykehuset Innlandet HF Gjøvik, Norge	26/10	41	1828
Gynekolog Mödravård/gynekologi/ungdomsmottagningar, Södra Bohuslän	30/10	41	1819
Spec-läkare Helse Nord RHF Finnsnes, Norge	1/11	39–40	1762
ONKOLOGI			
Spec-läkare/överläkare (tre) onkologisk radiologi/nukleärmedicin, Akademiska Sjukhuset Uppsala	20/10	39–40	1761
Spec-läkare Sykehuset Innlandet HF Elverum-Hamar, Norge	22/10	39–40	1766
ORTOPEDI			
Ryggkirurg neurokirurgi/ortopedi (LUS) Ortopedkliniken Umeå	31/10	41	1829
Overlege/spec-läkare Kristiansund sjukehus Norge	5/11	41	1832
Overlege/spec-läkare Molde sjukehus Norge	5/11	41	1833
PLASTIKKIRURGI			
Plastikkirurg Akademikliniken Malmö	–	41	1836
PSYKIATRI			
Psykiatriker Inspektionen för vård och omsorg Jönköping	–	41	1831
Överläkare Vuxenpsykiatri, Psykiatri Skåne, Lund	–	41	1833
Överläkare Vuxenpsykiatrimottagningen Falkenberg	–	41	1835
Spec-läkare Rättsmedicinalverket Stockholm	16/10	41	1835
Skolpsykiater Skolhälsan Stockholm	26/10	41	1826
Professor/spec-läkare Umeå universitet Umeå	31/10	41	1827
Spec-läkare psykiatri/allmänmedicin Dignity Danmark	31/10	41	1829
Senior/junior avtalehjemmel for spesialist. Helse Nord RHF Tromsø, Norge	1/11	39–40	1765
REHABILITERINGSMEDICIN			
Överläkare Skaraborgs Sjukhus Skövde	21/10	39–40	1760
SKOLHÄLSOVÅRD			
Skolpsykiater Skolhälsan Stockholm	26/10	41	1826
UROLOGI			
Overlege Nordlandssykehuset Norge, Bodø	13/10	39–40	1766
Spec-läkare Helse Nord RHF Bodø, Norge	15/11	39–40	1761
ÖGONSJUKDOMAR			
Overlege Sørlandet sykehus HF, Arendal/Kristiansand, Norge	–	39–40	1768
Ögonspecialist med intresse för barnoftalmologi, Ögonkliniken Växjö	–	38	1697
Överläkare/spec-läkare Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand	–	39–40	1766
Overlege Sørlandet Sykehus Arendal/Kristiansand, Norge	15/10	39–40	1764
ÖRON-, NÄS- OCH HALSSJUKDOMAR			
Verksamhetschef Sahlgrenska Universitetssjukhuset Göteborg	14/10	39–40	1760
Universitetslektor/spec-läkare/överläkare Lunds universitet, Skånes universitetssjukhus Malmö	30/10	41	1834
Spes-läkare Helse Nord RHF Norge	1/11	39–40	1761
ÖVRIGA LÄKARTJÄNSTER			
Work in Australia, New Zealand, The Gulf Region, Head Medical Australia, New Zealand, the Gulf Region	–	41	1827
Läkare eller Spec-läkare xtracare Sverige, Norge	–	38	1699
Fastlegeheimel, Voss kommune Norge	–	41	1825
Spec-läkare med ersättningsetablering Hagakliniken Göteborg	–	38	1699
Läkarvikarie (olika spec) Nordic Medicare Sverige, Norge, Danmark	–	38	1697
Bedriftslege Stamina Bedriftshelsetjeneste i Porsgrunn Norge	–	39–40	1768
Läkare Gottfries Clinic Mölndal	–	41	1824
Lege Hedmark Norge	–	39–40	1768
Overlegestilling Granheim Lungesykehus Norge	–	39–40	1768
Stramaläkare Landstinget Västmanland	–	38	1698
Somatisk spec-läkare Inspektionen för vård och omsorg Örebro	–	41	1831
Läkare till Primärvården och Specialistsjukvården, Rent-A-Doctor	–	41	1835
Professor/spec-läkare brännskade- och intensivvård, Uppsala universitet, Akademiska sjukhuset Uppsala	–	41	1826
Läkare el Spec-läkare Xtra Care Sverige, Norge	–	39–40	1755
Överläkare Barnhälsovårdsenheten Sörmland	16/10	39–40	1766
ÖVRIGA TJÄNSTER			
PhD-stipendiat ved Senter for Psykofarmakologi, Diakonhjemmet Sykehus Norge	–	38	1698
Platschefer Röntgen i Jönköpings län Värnamo, Eksjö, Jönköping	–	41	1832
Verksamhetschef neurologi och rehabilitering, Centralsjukhuset Karlstad	–	41	1826
Verksamhetschef Aleris Husläkarmottagning Stureplan Stockholm	–	41	1834
Verksamhetschef Rinkeby vårdcentral Stockholm	–	39–40	1765
Verksamhetschef kardiologi och klinisk fysiologi, Akademiska sjukhuset Uppsala	–	41	1824
Försäkringsmedicinsk koordinator, Försäkringskassan	13/10	41	1823
Forskningstjänster, en doktorandtjänst, en postdoktorstjänst, Stiftelsen Promobilia Stockholm	18/10	38	1695
Sektionschef anestesi KK/OP, Danderyds Sjukhus Stockholm	27/10	41	1829
Professor autoimmuna sjukdomar, särskilt diabetes och celiaki, Lunds universitet Malmö	14/11	41	1834
AT-/ST-TJÄNSTER			
ST-läkare Vårdcentralen Hemse	–	39–40	1765
ST-block allmänpsyk, Universitetskliniken Psykiatri Sydväst Stockholm	27/10	41	1835
ST-läkare allmänmed Östra Vårdcentralen Löwenströmska sjukhuset Upplands Väsby	31/10	41	1831
Lege i spesialisering patologi, Nordlandssykehuset Bodø, Norge	1/11	41	1833
LEDIGA VIKARIAT			
Leg läkare, Resemed rådgivning och vaccinering av vuxna och barn. Stockholm	–	41	1835
Underläkare urologi Universitetssjukhuset Örebro	9/10	39–40	1763
Underläkare ortopedi, Ortopedkliniken Umeå	31/10	41	1825
KURSER/SYMPOSIER/SEMINARIER			
Kurs Postdoctoral programme, Aalborg universitet Danmark	–	39–40	1766
STIPENDIER/ANSLAG/BIDRAG			
Forskn-bidrag Henning och Ida Perssons Forskningsstiftelse	15/10	38	1699
Stipendier för postdoktoral utbildning för kliniskt verksamma forskare, Svenska Sällskapet för Medicinsk forskning	22/11	41	1827
Forskningsanslag Konung Gustav V:s 80-årsfond	26/11	41	1836
Forskningsbidrag, Barns hälsa, Majblomman	9/12	41	1832
ETABLERINGAR OCH ÖVERLÅTELSER			
Företagshälsovård, säljes, Länia Företagsförmedling Rättvik	–	41	1836
Överlåtes. Hälsans Hus. Etablerad läkarmottagning, Gustavsberg Stockholm	–	38	1700
Välutrustad mottagning överlåtes, Slottsstadens läkarhus, Malmö	–	41	1836
Ersättningsetablering, barn- och ungdomspsykiatri, Södermalm Stocklholm	–	41	1836
Gyn.mottagning på Läkarhuset Ellenbogen i Malmö säljes. Malmö	12/11	41	1836



Vi söker nya medarbetare

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Specialistläkare/överläkare

Obstetrik, Kvinnosjukvård

Tillsvidare. Heltid. Tillträde enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2013/3274

Upplysningar: Sektionschef Anneli Falk, tfn 031-343 59 65.

Sista ansökningsdag: 2013-10-16.

Specialistläkare, ultraljuds-specialist

Obstetrik, Kvinnosjukvård

Tillsvidare. Heltid. Tillträde enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2013/3275

Upplysningar: Sektionschef Anneli Falk, tfn 031-343 59 65.

Sista ansökningsdag: 2013-10-16 .

Specialistläkare

Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Barnmedicin

Tillsvidare. Heltid. Tillträde enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2013/2989

Upplysningar: Dr. Karsten Kötz, tfn 031-343 68 27. Dr. Martin Wennerström, tfn 031-3436058.

Sista ansökningsdag: 2013-10-16.

Närhälsan

Gynekolog

Mödravård/gynekologi/ungdomsmottagningar, Södra Bohuslän

Tillsvidare. Heltid/deltid. Tillträde enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2013/3137

Upplysningar: Primärvårdschef Kerstin Torgeby, tfn 0700-82 21 06. Mödrahälsovårdsöverläkare Joy Ellis, tfn 0706-91 54 32.

Sista ansökningsdag: 2013-10-30.

Skaraborgs Sjukhus

Specialist-/överläkare MAVA

Medicinsk akutvårdsavdelning (MAVA)

Tillsvidare. Heltid. Tillträde enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2013/3235

Upplysningar: Verksamhetschef Annette Trenge Jarlshammar, tfn 0500-43 10 00 (vxl). Överläkare Sari Bjurén, tfn 0500-43 10 00 (vxl).

Sista ansökningsdag: 2013-10-24.

Läkarchef/processchef radiologi

Område Kirurgi, Radiologi

Tillsvidare. Heltid. Tillträde enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2013/3257

Upplysningar: Verksamhetschef Gunilla Nilsson, tfn 0500-43 16 75. Överläkare Hans Forssgren, tfn 0500-43 13 74.

Sista ansökningsdag: 2013-10-16.

Alingsås lasarett

Överläkare/kardiolog

Medicinkliniken

Tillsvidare. Heltid. Tillträde enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2013/3156

Upplysningar: Verksamhetschef Lena Lindahl, tfn 0322-22 61 39 eller bitr. verksamhetschef Brita Eklund, tfn 0322- 22 60 00 (vxl).

Sista ansökningsdag: 2013-10-23.

Västra Götalandsregionen finns till för människorna i Västra Götaland. Vår uppgift är att erbjuda god hälso- och sjukvård som präglas av omtanke, tillgänglighet och kvalitet. Vi arbetar för bättre folkhälsa, god miljö, rikt kulturliv, bra kommunikationer; för tillväxt och mångfald. Det ska vara gott att leva, bo och verka i Västra Götaland.

www.vgregion.se/jobb

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

www.lakartidningen.se

Patienten alltid först

SPECIALISTLÄKARE, BITR ÖVERLÄKARE, ÖVERLÄKARE

till Fysiologkliniken

Fysiologkliniken på Karolinska Universitetssjukhuset är en av de största fysiologklinikerna i landet där vård, forskning och utbildning är viktiga delar. Kliniken karakteriseras av ett stort kunnande, dynamiskt arbetsklimat med stora kontaktytor med övriga specialiteter såväl som nationell och internationell forskning och utveckling.

Vi är ca 70 medarbetare och verksamhet bedrivs både i Solna och Huddinge. Samarbetet med övriga kliniker inom sjukhuset med mycket stor bredd avseende sjukdomspanoramat gör arbetet mycket stimulerande. Kliniken erbjuder både basal som högspecialiserad patientbunden diagnostik.

Vårt utbud av undersökningsmetoder inom bildgivande tekniker är stort: ultraljudsdiagnostik avseende hjärta och kärl inklusive 3D/4D-avbildning, avancerad hjärt-MR-verksamhet och nuklearmedicinsk hjärt-/lungdiagnostik med SPECT/CT. Övrig verksamhet omfattar arbets- och lungfysiologi samt njurfunktionsdiagnostik. Vid kliniken bedrivs aktiv forskning inom hjärta/kärl samt muskelmetabolism. Verksamheten är ackrediterad av SWEDAC.

Fysiologkliniken är inne i en dynamisk utvecklingsfas med bl a ny utrustning och nya lokaler. Vi söker nu läkare till både Solna och Huddinge.

Arbetsuppgifter:
I arbetsuppgifterna ingår att bedriva klinisk verksamhet, kvalitetssäkring och utvecklingsarbete, samt att delta i klinikens jourberedskap för ekokardiografi.

Du förväntas också delta i undervisning och forskning, och handledning av yngre läkare och BMA. Medicinskt ansvarsområde bestäms utifrån sökandes kvalifikationer och intresseområde inom klinisk fysiologi.

Anställningsform:
Tillsvidareanställning, heltid 40 tim/vecka.
Tillträde enligt överenskommelse.

Kvalifikationer:
De medarbetare vi nu söker skall inneha specialistkompetens i klinisk fysiologi. Befattningsnivå bestäms utifrån sökandes kvalifikationer. Hög kompetens inom bildgivande tekniker samt forsknings- och undervisningsintresse, med dokumenterad akademisk aktivitet är värdefulla meriter.

För biträdande överläkarbefattning resp överläkarbefattning vid Karolinska Universitetssjukhuset krävs minst tre resp fem års klinisk heltidstjänstgöring i huvudspecialiteten utöver erhållen specialistkompetens samt definierat medicinskt ansvars- och kunskapsområde liksom dokumenterade undervisnings- och handledarmeriter. För överläkarbefattning krävs dessutom att du är disputerad.

Personliga egenskaper:
Vi söker dig som är utvecklingsinriktad, flexibel, initiativrik och har ett genuint intresse för klinisk fysiologi. Du är intresserad av undervisning och att bedriva verksamhetsutveckling och forskning. Kliniken fäster stort avseende vid god samarbetsförmåga.

Information om tjänsten lämnas av:
Sektionschef Solna Thomas Alserius, tel 073-746 47 11, sektionschef Huddinge Eva Maret, tel 070-720 48 50, verksamhetschef Maria Eriksson, tel 08-517 756 44.

Fackliga företrädare: SACO Solna Kent Lund, tel 08-517 700 00, SACO Huddinge Adrian Gonon, tel 08-585 800 00

Sista ansökningsdatum: 2013-11-10 refnr K-13-91439

LUS-information: För dig som söker LUS-tjänst som överläkare/biträdande överläkare/specialistläkare. För ansökan, fyll ENDAST i dina kontaktuppgifter digitalt. Skicka in per post följande vidimerade handlingar i sex exemplar:

- Meritförteckning för läkare – originalet måste vara undertecknat och vidimerat.
- Bevis på specialistkompetens från Socialstyrelsen.
- Bevis på medicine licentiat/disputation och docentur i förekommande fall.
- Publikationsförteckning: ange tio utvalda publikationer

Observera att samtliga ansökningshandlingar måste vara oss tillhanda senast sista ansökningsdagen för att ansökan skall kunna beaktas vid sakkunnigprövningen.

Meritförteckning för läkare hittar du i vänster kolumn på Karolinskas hemsida, ”Jobba på Karolinska”.

Skicka din ansökan till:
Karolinska Universitetssjukhuset
Centrala HR-avdelningen
C1:77, Rekrytering
141 86 Stockholm

KAROLINSKA
Universitetssjukhuset

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



Stöd cancerforskningen i södra Sverige, pg 90 07 73–3.

”Tack vare våra ökade möjligheter kan vi nu bli bättre på att optimera behandlingen för cancerpatienter.”

Tomas Ohlsson, Institutionen för radiofysik vid Universitetssjukhuset i Lund.

Stiftelsen står under Länsstyrelsens tillsyn och insamlingen kontrolleras av SFI.

Gunnar Nilssons Cancerstiftelse
www.cancerstiftelsen.se

LUND

Företagshälsovården
i Lunds kommun

Företagshälsovården bedriver företagshälsovård för cirka 9000 medarbetare, företrädesvis inom Lunds kommun. Företagshälsovården är en resultatenhet och tillhör organisatoriskt kommunkontoret som är kommunstyrelsens förvaltning. På företagshälsovården finns team med företagsläkare, företagssköterska, företagssjukgymnast, arbetsmiljöingenjör, läkarsekreterare och beteendevetare. Totalt är vi 16 personer. Vi är internkonsulter och vår uppgift är främst att arbeta med förebyggande arbetsmiljöfrågor och arbetslivsinriktad rehabilitering.

Företagsläkare

Som företagsläkare arbetar du bland annat med arbetsplatsinriktad rehabilitering, telefonrådgivning, lagstadgade hälsokontroller och utbildningsverksamhet.

Du är legitimerad läkare med specialistkompetens inom företagshälsovård, arbetsmiljömedicin eller yrkesmedicin. Du kan också ha specialistkompetens i allmänmedicin samt erfarenhet av arbete inom företagshälsovårdsenhet och/eller arbetsmiljöfrågor. Vi lägger stor vikt vid dina personliga egenskaper. Du förväntas kunna arbeta självständigt men ska även kunna verka i team med dina kollegor.

Tillträde till tjänsten är i april 2014. Tjänsten är tillsvidare med omfattning heltid eller deltid. **Ansök senast 25 oktober 2013** via **www.lund.se – Lediga jobb**. Ange löneanspråk i ansökan.

Vill du veta mer? Kontakta gärna:
Verksamhetschef Bo Bergsten, 046-35 53 43
Alexandra Papadopoulou, företagsläkare 046-35 53 78
Elisabeth Brunstam, företagssköterska 046-35 53 73

WWW.LUND.SE

Växmed oss

Aleris Vårdcentral Tungelstahälsan söker Distriktsläkare

Vi söker dig som är specialist i allmänmedicin, alternativt är i slutet av din ST-utbildning i allmänmedicin.

Vi erbjuder intressanta och varierande arbetsuppgifter i en verksamhet som går en mycket spännande framtid till mötes. BVC och hemsjukvård kan komma att ingå i arbetsuppgifterna, liksom handledning av medicinstudenter.

Vid frågor kontakta Hans Högström, Distriktsläkare och Vårdcentralschef, 08-500 311 40. Sista ansökningsdag är den 27 oktober 2013.

Läs mer och sök tjänsten på **www.aleris.se/jobb**

Aleris erbjuder tjänster inom sjukvård, äldreomsorg och psykisk hälsa och är ett av Nordens ledande privata vårdföretag. Läs mer på www.aleris.se.

Aleris VÅRDCENTRAL

Hudcentrum i Stockholm söker

2 specialister i dermatologi



Vill du vara med och utveckla hudsjukvården i Stockholm?

Vi söker i första hand en specialist med intresse för inflammatoriska hudsjukdomar och en specialist med intresse för hudcancer och kirurgi. Erfarenhet inom undervisning och forskning är meriterande.

Hudcentrum erbjuder specialiserad hudsjukvård inom ramen för Vårdval i Stockholm.
Vår mottagning ligger nära Karolinska, vilket ger goda samband till högspecialiserad hudsjukvård.

Vår vision är att vara en referensklinik där det bästa inom privat sjukvård kombineras med styrkan i offentlig sjukvård.

Välkommen med din ansökan senast den **29 november 2013**
till Hudcentrum, Gävlegatan 22, 113 30 Stockholm.
Du är även välkommen att ställa frågor till verksamhetschef
Johan Heilborn, 070-966 78 99, johan.heilborn@hudcentrum.se

Läs mer på www.hudcentrum.se

HUDCENTRUM
HAGASTADEN

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”.





Vi erbjuder dig:

- Anställning med 20 % forskning i tjänsten
- En arbetsplats i kreativ forsknings- och utvecklingsmiljö
- Vi hjälper dig att etablera handledarkontakt

ST-läkare i allmänmedicin

med forskning i tjänsten

– till primärvården i Landstinget Kronoberg

Som ST-läkare hos oss får du mycket god handledning av erfarna kollegor. Vårt nybildade allmänmedinska centrum borgar för hög kvalitet.

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

AMBULANSSJUKVÅRD OCH MEDICINSK DIAGNOSTIK SÖKER

Överläkare med god erfarenhet av mammografi

till Röntgenkliniken i Halmstad, ref nr 122/13

Vid mammografienheten i Halmstad utförs alla utredningar av de selekterade från hela länets screening samt av södra länets remisspatienter. All screening granskas i Halmstad och dubbelgranskas. I Halland kallas cirka 41 000 kvinnor varje år. Screeningenheter finns i Kungsbacka, Varberg, Falkenberg och Halmstad. Norra länets remisspatienter utreds i Varberg.

Vid mammografienheten arbetar tre överläkare, varav två på deltid. Vi söker nu en specialistläkare med god erfarenhet av mammografi.

Mammografienheten är en avskild enhet i direkt anslutning till den övriga röntgenkliniken. Enheten är välfungerande, ombyggd och digitaliserad för tre år sedan med toppmodern utrustning, där vi också använder i vardaglig klinisk verksamhet såväl tomosyntes som ABVS. All utrustning är Siemens och Halmstad ställer stolt upp som referenssite flera gånger per år. RIS/PACS är Sectra.

Tillträde
Enligt överenskommelse.

Upplysningar
Verksamhetschef Inger Hallin, tfn 035-13 13 13 och överläkare Carina Persson, tfn 035 13 10 00.

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

Ansökan
Välkommen med din ansökan senast den 30 oktober 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
Intervjuer sker löpande under ansökningstiden.

BÄSTA LIVSPLATSEN
Region Halland

Bli medlem nu!
www.lakarforbundet.se



Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Försäkringskassan söker

Försäkringsmedicinsk koordinator

Som försäkringsmedicinsk koordinator har du ett övergripande ansvar för försäkringsmedicinska frågorna i region väst.

Sista ansökningsdag 2013-10-13

läs mer på www.forsakringskassan.se/ledigajobb

Försäkringskassans vision är ett samhälle där alla känner trygghet om livet tar en ny vändning. Vi ansvarar för en stor del av de offentliga trygghetssystemen i Sverige som ger ekonomiskt skydd för familjer och barn, för personer med funktionsnedsättning samt vid sjukdom och arbetsskada.

Försäkringskassan

www.citadellkliniken.com



Narkosläkare på deltid

sökes till Citadellklinikens operationsenhet i Landskrona.

Citadellkliniken är Öresundsregionens största klinik för privat plastikkirurgi. Vi utför omkring 2000 operationer i narkos årligen och antalet medarbetare är ca. 30. De flesta patienter stannar en natt på klinikens vårdavdelning som har 18 platser.

Hos oss får du:

- en arbetsmiljö som är något utöver det vanliga
- bli del av ett mycket kompetent och seriöst team.
- arbeta på en klinik som har stark medvind och expanderar

Narkosläkeren ansvarar för anestesiverksamheten vid kliniken och söver dagligen på en op-sal. På övriga tre op-salar söver erfarna narkossköterskor. Vi lägger stor vikt vid kvalitet och service, liksom vid ett empatiskt förhållningssätt till våra patienter.

Välkommen med din ansökan!
Urval och intervjuer sker löpande.
Ansökan med CV skickas till verksamhetschef Peter Cosmo
cosmo@citadellkliniken.com

Vid frågor angående tjänsten kan ni ringa
Personalchef Kerstin Davidsson 0418 22000

CITADELL® KLINIKEN
KÖPENHAMN MALMÖ LANDSKRONA GÖTEBORG



Gottfries Clinic bedriver vård av patienter med fibromyalgi och myalgisk encefalomyelit (ME-syndrom) även kallat chronic fatigue syndrome (CFS). Forskning sker bland annat i samarbete med Arvid Carlsson Research AB. Avtal med VG-regionen finns. Vi söker ny läkare, gärna kvinna.



Hör av dig till:
C.G. Gottfries, Professor • cgg@gottfries.se
eller Olof Zachrisson, Överläkare MD
olof.zachrisson@gottfries.se.

Vill du veta mer – ring 031-343 24 68 eller se vår hemsida www.gottfriesclinic.com.

Gottfries Clinic

Länshälsan UPPSALA AB

Är du intresserad av sambandet mellan hälsa, prestation, arbetsorganisation och livsstil?

Länshälsan Uppsala AB är en av de ledande aktörerna inom företagshälsovård i Uppsalaregionen. Vi är personalägda och erbjuder det mindre företagets fördelar.

Vi söker nu:

Läkare, specialist i allmänmedicin/ företagshälsovård

Du är specialist inom allmänmedicin, rehab.medicin, invärtesmedicin eller motsvarande. Specialistutbildning i företagshälsovård och/eller erfarenhet av företagshälsovård är meriterande men inte ett krav.

Läs mer om tjänsten på **www.lanshalsan.se**

Frågor besvaras av vår VD Aili Palmgren,
tel.vx 018-67 76 00, dir.018-67 76 01

Skicka din intresseanmälan **senast 21.10** till
aili.palmgren@lanshalsan.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.

Verksamhetschef till kardiologi och klinisk fysiologi

Medicin- och thoraxdivisionen

Verksamhetsområdet med ca 275 medarbetare består av två vårdavdelningar samt dagvårdsenhet med inriktning på ischemi, svikt/VOC och arytmi, hjärtmottagning samt arytmi-, hemodynamik/PCI-laboratoriet och sektionen för klinisk fysiologi. Den senare bedriver bred diagnostisk verksamhet, inte bara avseende kardiologi.

Sjukvårdsuppdraget omfattar patienter såväl från regionen som C-län. Den kliniska forskningen är omfattande och är tillsammans med undervisning viktiga delar av verksamheten.

Vill du vara med och påverka att ta nästa steg och leda utvecklingen av denna verksamhet in i framtiden?

Du som är intresserad och vill veta mera kontakta
Divisionschef Mikael Köhler, tfn 0767-248917
eller läs mera på vår hemsida www.akademiska .se

www.akademiska.se

LANDSTINGET I UPPSALA LÄN

ALKOHOL LINJEN
STÖD TILL FÖRÄNDRING

Ring 020-844448
www.vardguiden.se/alkohollinjen

Stockholms läns landsting



HJÄLP FLER CANCERSJUKA BARN ATT BLI FRISKA

BARNCANCER FONDEN
www.barncancerfonden.se
020-90 20 90

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING SÖKER

Distriktsläkare till primärvården i Kälarne och Bräcke

I primärvårdsområdet i östra Jämtland finns två hälsocentraler – Bräcke och Kälarne – samt en distriktssköterskemottagning i Gällö. Till hälsocentralen i Bräcke är cirka 4850 personer listade och motsvarande siffra för Kälarne är 1450. Distriktsläkararbetet har ett viktigt inslag av akutsjukvård, då vi befinner oss ett antal mil från länssjukhuset i Östersund. Mottagningarna är välutrustade, i Bräcke finns digital röntgen. Vi har ett välutvecklat samarbete med kommunen där vi stöttar med läkarinsatser på boenden och i hemsjukvården, samt samarbete kring demens vilket sker i demensteam.

Vi behöver dig som söker ett utmanande, omväxlande och utvecklande arbete i glesbygd. Vi kan erbjuda tillsvidareanställning på hel- eller deltid, med flexibel arbetstid utifrån dina egna förutsättningar.

Allmänmedicin när den är som bäst!



Susanne Karling

Min kollega går i pension och vi behöver en ny medarbetare som tillsammans med oss vill fortsätta att arbeta för att **Kälarne hälsocentral** förblir en av landets bästa vårdcentraler. Vi är med dig två distriktsläkare, två distriktssköterskor, en undersköterska och en läkarsekreterare. Ett litet team med korta beslutsvägar. Vi har också BVC, barnmorska, kurator/psykolog och sjukgymnast knutna till vår mottagning. Våra honnörsord är kontinuitet, tillgänglighet och självständighet. Kom gärna och besök oss och känn dig för!



Ingvar Blix, Malgorzata Filbrandt Nowak och Piotr Nowak.

En kollega har slutat under våren och vi söker därför en ny medarbetare till **Bräcke hälsocentral**. Vi är med dig fyra distriktsläkare, distriktssköterskor, barnmorska, röntgensköterska, undersköterskor, sjukgymnaster, läkarsekreterare, kurator, psykolog samt rehabkoordinator. Vårt arbetslag är väl sammansvetsat med god stämning oss emellan. Vi jobbar bl.a. aktivt i vårt multimodala team med tidiga insatser för att motverka långa sjukskrivningar. Välkommen till oss för ett personligt möte!

Mer information: Verks.chef Ulla-Britt Barcheus Olofsson, 070-378 47 17
www.jll.se eller
www.offentligajobb.se ref.nr. 1254/2013

Jämtlands Läns Landsting

Välkommen med din ansökan!

Voss kommune

Ledig fastlegeheimel

Vossevangen legesenter

Läs mer på www.legestillinger.no

Underläkare, vikarie Ortopedkliniken Umeå

Ortopedkliniken är en Universitets - och regionklinik med bred verksamhet. Vårdavdelningen är uppdelad i en akut sektion och en elektiv sektion. På den akuta sektionen med 19 vårdplatser vårdas de flesta patienter med frakturer, det omfattasbl a av många äldre med falltrauman men även större olyckstrauman och akuta ryggar från hela norra regionen. På den planerade (elektiva) sektionen med 24 vårdplatser, vårdas patienter från det egna länet men även till stor del regionpatienter med planerad ryggkirurgi, höft- och knäproteskirurgi samt tumörkirurgi. Till kliniken hör även Ortopedmottagningen, en Ortopedexpedition som innefattar läkarsekreterare samt Ortopedteknisk verksamhet som är länsövergripande.

Ryggkirurgin vid Norrlands universitetssjukhus i Umeå bedrivs inom ramen för ett samarbete mellan Neurokirurgiska och Ortopediska klinikerna. Ett nära samarbete finns även med Rehabiliteringsmedicin, Neurofysiologi, Pediatrik och Anestesi.

Vid ryggkirurgin genomförs idag drygt 600 ingrepp, varav 60 deformitets-kirurgiska operationer. Intraoperativ monitorering används rutinmässigt vid behov.

All ryggkirurgi på sjukhuset, exklusive intradural kirurgi bedrivs inom vår verksamhet. Vi är en regionklinik med en ryggjourlinje. Verksamheten består av trauma, tumörer, ryggdeformiteter och degenerativ kirurgi från halsryggen till sacrum.

Vid Ortopedkliniken bedrivs forskning och utvecklingsarbete inom ett flertal områden. Vi ser gärna att du blir en del av denna verksamhet.

Vi söker nu medarbetare som har ett intresse för ryggkirurgi och vill utveckla sin kompetens inom detta område. Du ska ha läkarexamen. Fullgoda språkkunskaper i svenska. Vi har en positiv syn på egen fort- och vidareutbildning.
Stor vikt läggs vid personlig lämplighet. Nivåplacering efter sökandes kompetens.

Vi erbjuder dig en tidsbegränsad anställning, heltid 6 månader med möjlighet till fortsatt anställning på ST-block i Ortopedi med inriktning mot Ryggkirurgi. Tillträde enligt överenskommelse.

Mer upplysningar lämnas av
Ulrica Bergström, Verksamhetschef/ÖL, tel 090 - 785 18 18
Per-Åke Ridderheim, Medicinsk chef, tel 090 - 785 19 24
070 - 589 40 50
Marcus Bohlin , LF, 090 - 785 18 37

Ansök senast 31 oktober. Referensnr CL O 13 14.

Läs mer och ansök på vll.se/ledigajobb

VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING

Överläkare, LUS, Labmed, Klin patologi/cytologi, Östersund

Läs mer och ansök på vll.se/ledigajobb

VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING

Division medicinska specialiteter

Verksamhetschef

Neurologi och rehabilitering, Centralsjukhuset i Karlstad

Vill du veta mer kontakta divisionschef Henrik Svensson, tfn 054-61 50 00 vx.

Läs mer om tjänsten på

www.liv.se/jobb

Landstinget i Värmland

Läkarkarriär.se



Stockholms stad söker:
Skolpsykiater inom Skolhälsan

Stockholms stad är en av Sveriges största arbetsgivare. Stockholm kommer att växa till en miljonstad vilket ställer höga krav på oss som arbetar i Stockholms stad. Därför söker vi dig som vill utveckla verksamheten för stockholmarna och ett Stockholm i världsklass.

Arbetet som skolpsykiater inom Skolhälsan Stockholm stad är ett mångfacetterat arbete och är en förstärkning av den ordinarie skolhälsovården. Din roll som skolpsykiater innefattar allt från direkt arbete med elev och föräldrar, samarbete med rektor och elevhälsoteam, konsultation, handledning samt föreläsningar.

Vid frågor var vänlig kontakta skolöverläkare Marie Johannesson 08-508 336 72 alternativt skolpsykiater Margaretha Orvarsson Hannfors 08-508 336 88.

Din ansökan vill vi ha senast 26 oktober
Läs mer på stockholm.se/jobb

Stockholms stad

The Capital of Scandinavia

Stöd diabetes-forskningen för barn och vuxna

Stöd forskningen PG 90 09 01-0

Diabetesfonden
Stiftelsen Svenska Diabetesförbundets Forskningsfond
www.diabetesfonden.se

UPPSALA UNIVERSITET

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

Professor i brännskade- och intensivvård förenad med befattning som specialistläkare vid Akademiska sjukhuset

vid institutionen för kirurgiska vetenskaper

Upplysningar lämnas av dekanus professor Stellan Sandler, tel 018-471 4430, e-post dekan@medfak.uu.se eller prefekten Olle Nilsson, tel 018-611 4469, e-post olof.nilsson@akademiska.se

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

UFV-PA 2013/1075.

www.uu.se



Stöd vårt miljöarbete, handla i Naturbutiken!

Vår butik på webben, Naturbutiken erbjuder natur- och miljöprodukter.

Besök oss på: www.naturskyddsforeningen.se/butiken

Naturskyddsföreningen

Work in Australia, New Zealand and the Gulf Region

Head Medical recruit Doctors of all grades for permanent and fixed term jobs throughout Australia, New Zealand and the Gulf Region.

Wherever in your career you are and whatever your professional and lifestyle goals, we are committed to helping you find the right job in the right location and giving you the practical advice and support necessary to turn your ideas into reality.

We have successfully relocated many Swedish Doctors and their families and we'd love to tell you more, so please get in touch.



Contact our experienced team on +44 (0)131 226 2200 or info@headmedical.com

Head Medical

20 Alva Street | Edinburgh | EH2 4PY headmedical.com

Umeå universitet

Umeå universitet satsar på kreativa miljöer för studier och arbete. Hos oss finns attraktiva utbildningar, världsledande forskning och utmärkta innovations- och samverkansmöjligheter. Fler än 4 400 medarbetare och 34 000 studenter har redan valt Umeå universitet. Välkommen med din ansökan!

Professor i psykiatri

förenad med anställning som specialistutbildad läkare i psykiatri

Välkommen med din ansökan, märkt med **dnr 311-487-13**. Skicka den till jobb@umu.se (ange dnr som ärende) eller till Umeå universitet, Registrator, 901 87 Umeå **senast 2013-10-31**.

Universitetslektor i kirurgi

förenad med anställning som specialistutbildad läkare

Välkommen med din ansökan, märkt med **dnr 312-894-13**. Skicka den till jobb@umu.se (ange dnr som ärende) eller till Umeå universitet, Registrator, 901 87 Umeå **senast 2013-10-28**.

Läs mer: **www.jobb.umu.se**

SVENSKA SÄLLSKAPET FÖR
MEDICINSK FORSKNING

GRUNDAT 1919

MEDICINSK FORSKNING - LÄKEKONSTENS GRUNDVAL
utlyser härmed

Stipendier
för postdoktoral utbildning för kliniskt verksamma forskare

Svenska Sällskapet för Medicinsk Forskning (SSMF) utlyser härmed 2-åriga hel- och halvtidsstipendier för postdoktoral utbildning i medicinsk vetenskap för vinnande av docentkompetens för särskilt meriterade unga forskare. Antalet stipendier för 2014 är ej fastställt, men var vid förra ansökningstillfället 31 på heltid och 6 på halvtid, de senare avsedda för kliniskt verksamma forskare. Stipendierna tillträds tidigast den 1 juli 2014 och senast den 30 juni 2015 .

Personer som avlagt doktorsexamen före den första februari 2014, inom preklinisk eller klinisk medicinsk disciplin, eller inom ett till medicinen närstående ämnesområde, dock högst 3 år innan ansökningstidens utgång är behöriga att söka. Föräldraledighet, AT-/ST-tjänstgöring eller värnplikt avräknas från denna tid. I dessa fall skall doktorsexamen ha avlagts högst 5 år före ansökningstillfället.

Den postdoktorala utbildningen kan förläggas i Sverige eller utomlands, i normalfallet dock inte vid den institution där den sökande genomgått utbildning på forskarnivå. För erhållande av stipendium förväntas den sökande att efter den postdoktorala utbildningen förlägga sin forskningsverksamhet i Sverige.

Ansökan görs via SSMF:s hemsida (www.ssmf.se) på en ansökningsblankett som finns tillgänglig från den 15 oktober fram till och med klockan 24.00 den 15 november 2013, som är sista ansökningsdag. Se vidare utförliga instruktioner angående ansökan på hemsidan. Ansökan postas i ett exemplar och ska vara SSMF tillhanda senast den 22 november.

Svenska Sällskapet för Medicinsk Forskning, Karolinska Institutet, 171 77 STOCKHOLM
Besöksadress: Fogdevreten 2 A Tel: 08-33 50 61 fax: 08-30 26 71
e-post: info@ssmf.se hemsida: www.ssmf.se

Sykehuset Innlandet HF
Divisjon Gjøvik

Gynekologisk avdeling/-poliklinikk og fødeavdeling, Gjøvik

Overleger

2x100 % faste stillinger, tiltredelse snarest (Ref.nr: 1901675813)

Kontaktinfo: Anja Døssland Holstad eller Bjørg Irene Harby på tlf. (+47) 06200.

Søknadsfrist: 26. oktober 2013

Gå inn på våre hjemmesider www.sykehuset-innlandet.no for å søke stilling og for fullstendig utlysningstekst.

HELSE SØR-ØST

frantz.no

HELSE MØRE OG ROMSDAL

Kvinneklinikken Helse Møre og Romsdal HF

Overleger / spesialister i gynekologi og obstetrikk

Läs mer på www.legestillinger.no

---

www.slso.sll.se

Vill du arbeta i en kreativ miljö med trevliga och kompetenta arbetskamrater?

Vill du ha goda möjligheter för forskning och kompetensutveckling?

Då är detta ett jobb för dig!

Huddinge vårdcentral söker

SPECIALISTLÄKARE

i allmänmedicin

Vårdcentralen är belägen i det trevliga Huddinge centrum och betjänar en befolkning på ca 23 000 personer. Befolkningen utgörs av personer i alla åldrar. Stabilt område med blandad bebyggelse, landsbygd, villor och hyreshus. Bra kommunikationer för dig som vill utnyttja allmänna kommunikationsmedel.

På vårdcentralen finns husläkarmottagning, hemsjukvård, barnavårdcentral, psykosocialenhet, laboratorium, fotsjukvård, röntgen, sjukgymnast och närakut. Läs gärna mer om oss på www.huddingvardcentral.se

Vi erbjuder Dig en trevlig och stimulerande arbetsmiljö, flextid, möjlighet till en patientfri dag för kompetensutveckling, friskvård mm.

Arbetsuppgifter: Alla förekommande arbetsuppgifter för en distriktsläkare. Vi arbetar aktivt med att utveckla verksamheten och söker dig som är intresserad av att bidra med nya tankar och idéer.

Anställningsform: Tillsvidareanställning, tjänstgöringsgraden kan diskuteras liksom anställningsdatum. Hälsokontroll tillämpas innan anställning.

Kvalifikationer: Specialistläkare i allmänmedicin.

Personliga egenskaper: Att du är noggrann och har servicekänsla är en självklarhet. Vi lägger stor vikt vid samarbetsförmåga och personlig lämplighet.

Information om tjänsten lämnas av:
Verksamhetschef Leon Sylverberg tel: 073-914 51 92.
E-post: leon.sylverberg@sll.se

Facklig företrädare: SLSOs Läkarföreningens representant Suzana Turkalj Pavlakovic tel: 073-923 48 20.

Välkommen med din ansökan via webben:
http://jobb.sll.se/SLSO-13-52213
senast 2013-10-27

Vi undanber oss alla erbjudanden om annonserings- och rekryteringshjälp i denna rekrytering.

Huddinge vårdcentral
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Överläkare, LUS, Kirurgcentrum Umeå

Kirurgcentrum vid Norrlands universitetssjukhus söker specialist och överläkare, LUS vid
Kärlkirurgisektionen
Bröst- och Endokrinsektionen
Urologisektionen

Tillsvidareanställningar med tillträde enligt överenskommelse. Du jobbar med sedvanliga arbetsuppgifter som specialist eller överläkare vid ett universitetssjukhus. Handledning och undervisning ingår i uppdragen.Du skall självständigt tjänstgöra som bakjour. Du skall driva och utveckla verksamheten.

Kirurgcentrum ingår i institutionen för kirurgisk och perioperativ vetenskap inom medicinska fakulteten, Umeå universitet. Vid institutionen bedrivs forskning med inriktning på epidemiologi och tillväxtmarkörer för aortaaneurysm. Inom cancerforskningen bedrivs studier på tumörbiologi, tumörmarkörer och cancerkirurgi för flera olika cancerformer.

Vid Kärlkirurgisektionen skall du ha specialistkompetens i kärlkirurgi. Forskning inom kärlkirurgi är meriterande.

Vid Bröst- och Endokrinsektionen skall du ha specialistkompetens i allmän kirurgi samt ha endokrinkirurgisk erfarenhet. Forskningserfarenhet är meriterande.

Vid Urologisektionen skall du ha specialistkompetens inom urologi. Pågående forskning och erfarenhet av robotkirurgi är meriterande. Enheten söker både specialistläkare och överläkare.

Mer upplysningar lämnas av
Verksamhetschef Torbjörn Myrnäs 090-785 85 46.

Medicinsk chef Malin Sund, Bröst- och Endokrinsektionen
090-785 19 66

Medicinsk chef Frans Perris, Bröst- och Endokrinsektionen
090-785 85 45

Medicinsk chef Conny Arnerlöv, Kärlsektionen,
090-785 11 67

Medicinsk chef Jonas Sandberg, Urologisektionen,
090-785 24 82.

Facklig representant Malin Jansson, tfn växeln 090-785 00 00

Ansökan senast 2013-10-30.

Läs mer och ansök
på vll.se/ledigajobb

VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING

DANDERYDS SJUKHUS

Sektionschef

till anestesi KK/OP

Har du ett stort intresse för ledarskap kombinerat med klinisk skicklighet inom obstetrisk och gynekologisk anestesi?

Läs mer på **www.ds.se/jobb. Sista ansökningsdag 27/10.**
Välkommen med din ansökan!

Danderyds sjukhus – Norra Stockholms akutsjukhus

VI ÄR EN DEL AV STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Stockholms Läns Sjukvårdsområde söker
Specialistkompetent
barnläkare i Pediatrik
Läs mer på www.sjukvardsvakanser.se



DIGNITY SØGER SPECIALLÆGER I PSYKIATRI / ALMEN MEDICIN

DIGNITY ønsker at styrke den lægefaglige indsats med 2-3 speciallæger i psykiatri eller almen medicin.

I DIGNITY arbejder vi med rehabilitering, forskning og internationalt udviklingsarbejde baseret på respekt for menneskerettigheder og det enkelte menneskes værdighed og integritet.

DIGNITY er specialiseret i rehabilitering af mennesker, som har været udsat for tortur, mishandling og traumatiserende oplevelser som fx krig, organiseret vold eller anden nedværdigende behandling. DIGNITY er i Danmark anerkendt af Sundhedsstyrelsen som et nationalt center inden for dette specialområde.

Vores rehabiliteringsafdeling rummer ca. 30 medarbejdere fordelt på læger, psykologer, fysioterapeuter, socialrådgivere, medarbejdere med udviklingsfaglig baggrund samt sekretærer. Vores indsatser omfatter både klinisk arbejde i Danmark samt tilrettelæggelse og afvikling af rehabiliteringsprogrammer i samarbejde med vores partnere i mere end 20 lande rundt om i verden.

Læs hele stillingsopslaget på www.dignityinstitute.dk
Ansøgningsfrist torsdag den 31. oktober 2013.

www.dignityinstitute.dk

DIGNITY
DANSK
INSTITUT
MOD TORTUR

Ryggkirurg LUS, Ortopedkliniken Umeå

Ortopedkliniken är en Universitets - och regionklinik med bred verksamhet. Vårdavdelningen är uppdelad i en akut sektion och en elektiv sektion. På den akuta sektionen med 19 vårdplatser vårdas de flesta patienter med frakturer, det omfattas bl a av många äldre med falltrauman men även större olyckstrauman och akuta ryggar från hela norra regionen. På den planerade (elektiva) sektionen med 24 vårdplatser, vårdas patienter från det egna länet men även till stor del regionpatienter med planerad ryggkirurgi, höft- och knäproteskirurgi samt tumörkirurgi. Till kliniken hör även Ortopedmottagningen, en Ortopedexpedition som innefattar läkarsekreterare samt Ortopedteknisk verksamhet som är länsövergripande.

Ryggkirurgin vid Norrlands universitetssjukhus i Umeå bedrivs inom ramen för ett samarbete mellan Neurokirurgiska och Ortopediska klinikerna. Ett nära samarbete finns även med Rehabiliteringsmedicin, Neurofysiologi, Pediatrik och Anestesi.

Vid ryggkirurgin genomförs idag drygt 600 ingrepp, varav 60 deformitets-kirurgiska operationer. Intraoperativ monitorering används rutinmässigt vid behov.

All ryggkirurgi på sjukhuset, exklusive intradural kirurgi bedrivs inom vår verksamhet. Vi är en regionklinik med en ryggjourlinje. Verksamheten består av trauma, tumörer, ryggdeformiteter och degenerativ kirurgi från halsryggen till sacrum.

Vid Ortopedkliniken bedrivs forskning och utvecklingsarbete inom ett flertal områden. Vi ser gärna att du blir en del av denna verksamhet.

Vi söker nu medarbetare som har ett uttalat intresse för ryggkirurgi och vill utveckla sin kompetens inom detta område.. Du ska ha specialistkompetens i neurokirurgi eller ortopedi. Vi har en positiv syn på egen fort- och vidareutbildning. Möjlighet till att fortsätta bedriva egen forskning eller att starta sådan finns. Stor vikt läggs vid personlig lämplighet. Nivåplaceringefter sökandes kompetens.

Vi erbjuder dig en tillsvidareanställning på heltid. Tillträde enligt överenskommelse.

Mer upplysningar lämnas av
Ulrica Bergström, Verksamhetschef/ÖL, tel 090 - 785 18 18
Per-Åke Ridderheim, Medicinsk chef, tel 090 - 785 19 24
070 - 589 40 50
Marcus Bohlin , LF, 090 - 785 18 37

Ansök senast 31 oktober. Referensnr CL O 13 13

Läs mer och ansök på vll.se/ledigajobb

VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING



Företagshälsan Runstenen söker

Företagsläkare

Vår läkare går i pension till våren. Vi söker dig som vill arbeta med omväxlande arbetsuppgifter i vårt trivsamma gäng.

Runstenen startade 1978 som Motorhälsan och sedan dess har kunder från andra branscher också tillkommit.

Vårt arbete präglas av personlig service och hög tillgänglighet.

Kontakta oss gärna för att veta mer:

Magnus Sköldbäck, VD
040-607 40 32

Fredrik Sandblad, Företagsläkare
fredrik.sandblad@fhv-runsten.se

Läs mer om tjänsten på www.fhv-runsten.se
Ansök senast 31/10 på info@fhv-runsten.se



Landstinget i Östergötland

Distriktsläkare

Vårdcentralen Skänninge

Vi behöver förstärka vår läkarbemanning och söker dig som tycker om att jobba nära dina kollegor och vill vara med och utveckla vår väl fungerande verksamhet ytterligare.

Välkommen med din ansökan senast den 1 november 2013.

Läs mer och ansök via www.lio.se/jobb

www.lio.se

Landstinget i Östergötland

Capio Lundby Närsjukhus

Vi söker nya medarbetare

Överläkare
Kardiologi

Överläkare
Diabetologi/endokrinologi

Vi erbjuder

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

Goda möjligheter ges till fortbildning.

Är du intresserad?

Lars Eklund, biträdande verksamhetschef,
0707-17 15 12, lars.eklund@capio.se
Göran Ulvenstam, överläkare kardiologi,
vxl 031-65 70 00

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

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

Telefonplans VC söker

Distriktsläkare

Telefonplans VC öppnade 2012 i ljusa, nyrenoverade lokaler. En liten, trevlig mottagning med två distriktsläkare, en ST-läkare, distriktssköterskemottagning, lab och BVC.

Vi söker dig som vill kunna styra över ditt arbete, och som vill vara med och utveckla vår verksamhet. Du är positiv, flexibel, serviceinriktad och mån om att upprätthålla och utveckla din medicinska kompetens. Du är specialist i allmänmedicin med intresse för att handleda. Möjlighet till delägarskap finns.

Tjänsten är på heltid, deltid kan diskuteras.
Tillträde 1 feb 2014 eller enl ök.

För mer information:
Dr Anna Thoring, personalansvarig,
anna.thoring@ptj.se, tel 070-538 66 40 (efter kl 16)
eller Dr Anders Hallek, verksamhetschef,
anders.hallek@ptj.se.

Ansökan skickas senast 20 oktober till:
anna.thoring@ptj.se eller Anna Thoring, Telefonplans VC, Telefonvägen 30, 126 26 Hägersten

PÅ UPPDRAG AV STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING
Praktikertjänst

TELEFONPLANS VÅRDCENTRAL
www.telefonplansvardcentral.se

inspektionen för vård och omsorg

Somatisk specialistläkare

med placering i Örebro

Psykiatriker

med placering i Jönköping

Inspektionen för vård och omsorgs uppdrag är att genom tillsyn och tillståndsprövning bidra till en vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter.

www.ivo.se

Östra Vårdcentralen Löwenströmska sjukhuset i Upplands Väsby söker

ST-läkare

i allmänmedicin/vik

Är du legitimerad läkare och intresserad av specialistutbildning på en välfungerande, fullbemannad vårdcentral med fast personal och trevlig arbetsmiljö? Vi är sju ordinarie distriktsläkare och fyra ST-läkare för närvarande.

Vi kan utlova god handledning under din placering. På sjukhuset finns även röntgen, lab, ASIH, närakut, specialistmottagningar m m, vilket innebär en tillgång i den dagliga verksamheten och ett stimulerande samarbete.

Tillträde snarast eller under hösten 2013.

Välkommen med ansökan senast 31/10 2013 till:
Verksamhetschef Peter Hillin, Östra Vårdcentralen Löwenströmska sjukhuset, 194 89 Upplands Väsby eller peter.hillin@ptj.se alternativt till personalansvarig Ulla Németh, tel 0708 51 17 94, ulla.nemeth@ptj.se

Se även www.ostravardcentralen.se

Praktikertjänst

PÅ UPPDRAG AV STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

NÄRSJUKVÅRDEN REGION HALLAND SÖKER

Allmänläkare

till Vårdcentralen Vessigebro i Falkenberg

I Vessigebro finns den personliga vårdcentralen, belägen i vacker och varierande natur i Ätradalen, en mil nordost om centrala Falkenberg. Här finns ett nära samarbete mellan olika yrkeskategorier.

Distriktssköterskorna har specialutbildning för diabetes, astma-KOL och hjärtsvikt. Vi har 2100 personer listade, vilket motsvarar 1750 per heltidsarbetande läkare. Underlaget är stabilt och ekonomin god. Jour/beredskap var 8:e helg.

Vi stimulerar fortbildning och erbjuder minst tio dagar extern fortbildning/år. Vidare är löneavtalet mycket konkurrenskraftigt. Det finns stora möjligheter att påverka verksamheten och den egna professionella utvecklingen liksom att utnyttja stödjande kollegialt nätverk.

Vi söker dig med engagemang, drivkraft, lyhördhet och som vill bli en i teamet på Vessigebro vårdcentral.

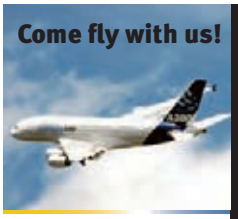
Är du intresserad?

För mer information, kontakta:
Vårdcentralschef Anders Pramborn tfn: 0725-234 903 eller
Distriktsläkare Bengt Augustsson tfn: 0346-57100 eller 0730-61 70 23

Mer information om tjänsten hittar du på **www.regionhalland.se/jobb**

BÄSTA LIVSPLATSEN Region Halland

Come fly with us!



GKN AEROSPACE

GKN Aerospace is one of the world's largest independent first tier suppliers to the global aviation industry.

With over 100 years aerospace experience, we harness our considerable knowledge and advanced manufacturing technologies to supply high-value, integrated assemblies in both metallic and composite materials.

We employ approximately 11,300 people in 35 locations across 9 countries.

GKN Aerospace designs and manufactures complex, high-performance, high-value integrated metallic and composite assemblies for aerostructures and engine products as well as glass, acrylic and polycarbonate transparency systems.

Vi söker en Företagsläkare till GKN Aerospace Trollhättan.

Företagshälsovården på GKN Aerospace är inbyggd och har även några externa kunder. Vi har kompetens inom medicin, ergonomi, beteendevetande samt teknik. Vi är 11 medarbetare som betjänar cirka 2400 anställda. Vi arbetar med arbetsrelaterad sjukvård, rehabilitering och förebyggande hälsovård. Samarbete mellan medicinsk och teknisk företagshälsovård är ytterst viktigt för oss. Vi söker nu en engagerad företagsläkare till vår enhet i Trollhättan.

Som företagsläkare arbetar du med stöd till våra kunder, såväl enskilda individer som ledningsgrupper, inom det medicinska området. Du har mycket varierande arbetsuppgifter med tyngdpunkt på rehabilitering, arbetsförmågebedömningar, lagstadgade undersökningar, individärenden, projekt och utbildningar samt är medicinsk rådgivare. Att genomföra utbildning och föreläsningar för våra kunders ledningsgrupper, fackliga representanter, chefer, medarbetare och elever på industrigymnasiet ingår också i rollen som företagsläkare.

Vi söker dig som har ett genuint intresse för människor, deras hälsa och arbetsmiljö. Du skall ha ett intresse av att arbeta kundorienterat och ha en egen drivkraft samt tycka om att arbeta i team. Du är legitimerad läkare med specialistkompetens, gärna inom allmänmedicin och/eller specialistkompetens i företagshälsovård. Det är meriterande om du har erfarenhet av företagshälsovård, MRO arbete (Medical Review Officer) eller försäkringsmedicin. Ett annat plus är goda kunskaper i engelska.

För ytterligare information vänligen kontakta:
Carina Tapper, Chef Företagshälsovården GKN Aerospace,
tel +46 520 29 2872
carina.tapper@gknaerospace.com

Skicka din ansökan senast den **29 oktober** till:
adm.exrecruitment@gknaerospace.com
Ange **"Företagsläkare GKN Aerospace"** i fältet för "subject".

GKN TECHNOLOGY: MAKING THINGS FLY

Överläkare, LUS, Labmed, Klin patologi/cytologi, Umeå

Läs mer och ansök på vll.se/ledigajobb

VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING

Röntgen i Jönköpings län söker

Platschefer för läkare till Värnamo, Eksjö och Jönköping

Läs mer och ansök på www.lj.se/jobb

Medicinsk diagnostik
Landstinget i Jönköpings län

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

Kristiansund sjukehus

Kirurgisk avdeling, seksjon for leger i ortopedi

Overlege/ spesialist i ortopedi

Nr id 12080 - K10.
Vi har ledig 100 % vikariat som overlege/spesialist ortopedi ved kirurgisk avdeling Kristiansund.

Kontaktinformasjon:
Avdelingssjef Hans Christian Ofstad eller Seksjonsoverlege ortopedi Øystein Bjerkestrand Lian, tlf. (+47) 71 12 00 00.

Søknadsfrist: 5. november 2013

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

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

frantz.no

HELSE MØRE OG ROMSDAL

Forskningsbidrag

Barns hälsa



Majblomman utlyser 1 miljon kronor per år i forskningsbidrag till samhällsvetenskaplig, pedagogisk och medicinsk forskning om barn och barns levnadsvillkor.

Majblomman beviljar medel till projekt som förbättrar livskvaliteten för barn och ungdom i Sverige genom att förebygga psykisk och fysisk ohälsa eller bota och lindra sjukdom och funktionsnedsättning. Tvärvetenskapliga forskningsprogram och forskningsprogram under uppbyggnad ges hög prioritet.

Vi välkomnar projekt där barn och ungdomar själva kommer tals och projekt som inriktas på tillämpning av FN:s konvention om barnets rättigheter.

Ansökan ska vara inlämnad/poststämplad senast 9 december 2013. Blankett och mer information finns att hämta på www.majblomman.se från och med 10 oktober 2013.

Majblommans Riksförbund
Kungsgatan 28
411 19 GÖTEBORG
Telefon 031 - 60 68 90
www.majblomman.se



Husläkarna i Österåker söker

Allmänläkare

Med anledning av pensionsavgång söker vi en allmänläkarkollega till vår mottagning. Vi är en stabil grupp på tio kollegor som trivs med varandra. Mottagningen är välfungerande med bra bemanning. Området vi arbetar i ligger cirka 3 mil nordost om Stockholm och omfattar tätort, landsbygd och skärgård. Vi söker dig som har några års erfarenhet och vill vara med och utveckla vår verksamhet.

För mer information kontakta
Anders Lindh, verksamhetschef, 08-544 024 00
Ann-Mari Hörnqvist Budell, allmänläkare

Välkommen med ansökan senast 31/10 2013 till
Anders Lindh, Husläkarna i Österåker
Stationsgränd 16, 184 50 Åkersberga eller
anders.lindh@ptj.se

Läs mer om oss på www.huslakarnaosteraker.se

Husläkarna i Österåker

Praktikertjänst

PÅ UPPDRAG AV STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Region Skåne söker:

Överläkare

Vuxenpsykiatri
Psykiatri Skåne
Lund



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.

Nordlandssykehuset HF har sentralsykehusfunksjoner for 210.000 innbyggere i Nordland fylke. Foretaket har et omfattende tilbud både innenfor somatikk og psykiatri med enheter både i Salten, Lofoten og Vesterålen.

Nordlandssykehuset HF har følgende stillinger ledig:

Nordlandssykehuset Bodø, Diagnostisk klinikk

Overlege, patologi

• 100 % fast stilling ledig, NR.id.nr. 3103057.

Den som ansettes skal delta i enhetens rutiner og diagnostikk sammen med øvrige overleger (biopsi, cytologi og obduksjon).

Det drives aktiv forskningsviksomhet både innenfor enheten og ved Laboratoriemedisinsk avdeling og det er lagt til rette for forskningsaktivitet nært knyttet til den diagnostiske virksomheten.

Det er totalt 8,5 årsverk for leger, 6,5 for overleger og 2 for leger i spesialisering. Enheten er godkjent som gruppe I for spesialiteten patologi.

Nærmere opplysninger fås hos avdelingsoverlege/dr. med Khalid Al-Shibli, tlf. 75 57 84 38 eller klinikksjef Anne-Line Bosch Strand, tlf. 970 98 993.

Søknadsfrist: 1. november 2013

Fullstendig utlysing og elektronisk søknadsskjema: www.nlsh.no

NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIHPPIJVIESSO

Nordlandssykehuset HF har sentralsykehusfunksjoner for 210.000 innbyggere i Nordland fylke. Foretaket har et omfattende tilbud både innenfor somatikk og psykiatri med enheter både i Salten, Lofoten og Vesterålen.

Nordlandssykehuset HF har følgende stillinger ledig:

Nordlandssykehuset Bodø, Diagnostisk klinikk

Lege i spesialisering, patologi

• 100 % utdanningsstilling ledig, NR.id.nr. 3100825.

Utdanningskandidatene har personlig veileder og følger godkjent individuelt utdanningsprogram. Det vil være mulig å kombinere utdanning med forskning i framtiden.

Det er totalt 8,5 årsverk for leger, 6,5 for overleger og 2 for leger i spesialisering. Enheten er godkjent som gruppe I for spesialiteten patologi.

Nærmere opplysninger fås hos avdelingsoverlege/dr. med Khalid Al-Shibli, tlf. 75 57 84 38 eller klinikksjef Anne-Line Bosch Strand, tlf. 970 98 993.

Søknadsfrist: 1. november 2013

Fullstendig utlysing og elektronisk søknadsskjema: www.nlsh.no

NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIHPPIJVIESSO

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

Molde sjukehus

Kirurgisk avdeling, seksjon for leger i ortopedi

Overlege/ spesialist i ortopedi

NR id 1373 og 1379.
Vi har ledig 100 % vikariat som overlege/spesialist ortopedi ved kirurgisk avdeling Molde.

Kontaktinformasjon:
Enhetsleder Jens M. Stutzer, tlf. (+47) 71 12 00 00

Søknadsfrist: 5. november 2013

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

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

frantz.no

HELSE MØRE OG ROMSDAL

SYKEHUSET ØSTFOLD

Overleger - anestesiologi

Avdeling for anestesileger

Läs mer på www.legestillinger.no

Strandkliniken söker Erfaren Specialist i Gynekologi.
Vi har auktorisering inom specialiserad gynekologisk vård på Strandvägen 7, Stockholm. Du kommer att få stora möjligheter att vara med och utforma hur du vill att kliniken ska se ut.
Arbetsuppgifter Gyn-mottagning och ingrepp i lokalbedövning, och narkos, med/kirurg abort.
Kontakt : Oya Kocabalkan, klinikchef. Tel: 08 – 21 91 91, info@strandkliniken.se

---

MEDICINSKA FAKULTETEN LEDIGKUNGÖR HÄRMED FÖLJANDE ANSTÄLLNINGAR

Professor i autoimmuna sjukdomar, särskilt diabetes och celiaki

INSTITUTIONEN FÖR KLINISKA VETENSKAPER, MALMÖ
Ansök senast 14 november 2013, ref nr PA 2013/248

Universitetslektor i öron-, näs- och halssjukdomar förenad med anställning som specialistläkare/ överläkare vid Skånes universitetssjukhus

INSTITUTIONEN FÖR KLINISKA VETENSKAPER, MALMÖ
Ansök senast 30 oktober 2013, ref nr PA 2013/229

För mer information se
www.lu.se/ledigajobb

LUNDS UNIVERSITET



Landstinget i Östergötland

Specialistläkare

Barnmottagningen, Barn- och ungdomssjukhuset i Linköping,

Vi söker nu till vår öppenvårdsenhet en barnläkare som har en bred kompetens inom barnmedicin.

Välkommen med din ansökan senast den 30 oktober 2013.

Läs mer och ansök via www.lio.se/jobb

www.lio.se

Landstinget i Östergötland



Aleris växer och utvecklas!

Till Aleris Husläkarmottagning Stureplan söker vi nu en verksamhetschef.

Vi söker dig som har ledarerfarenhet inom hälso- och sjukvården och har en god förståelse för sjukvårdens förutsättningar. Du är läkare eller sjuksköterska i grunden då även kliniskt arbete ingår i tjänsten.

Vid frågor kontakta
Per Gradin, affärsområdeschef, per.gradin@aleris.se, 073-804 01 40

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

ÖREBRO LÄNS LANDSTING

Vi söker

Specialist i allmänmedicin

med ett genuint intresse för att arbeta med barn och unga

Primärvården utökar den psykosociala resursen för att möta barn och unga 7-23 år med lindrig till måttlig ohälsa. Tjänsten är en resurs för alla vårdcentraler i länet och tillhör organisatoriskt Ungdomsmottagningen i Örebro. Uppdraget kan kombineras med arbete på vårdcentral.

För mer information kontakta Owe Lindh, medicinsk rådgivare Hälsovalsenheten, 0586-660 10 eller Anna Bystedt, verksamhetschef, 019-602 67 38.

Läs mer på **www.orebroll.se/primarvard**

Primärvården
ÖREBRO LÄNS LANDSTING

Lediga lokaler Curakliniken i Malmö

Gruppläkarmottagning utanför praktikertjänst

För vidare inf: **www.curakliniken.se**
el ring 070 626 42 11

Vi söker LÄKARE
till Primärvården och Specialistsjukvården

Vi kan erbjuda arbete både korta eller längre perioder i hela Sverige inom Primärvården, Röntgen, Psykiatrin, Kirurgi, Internmedicin och Hudläkare.

Låter detta intressant är du varmt välkommen att kontakta oss för mer information.

Vi har kontor i Stockholm, Uppsala och Uddevalla.

Nu finns vi även på ***Facebook***! Besök oss gärna där, och kolla in vår nya hemsida ***www.rentadoctor.se***.

Telefon 08-545 850 50
work@rentadoctor.se

rent doctor

RÄTTSMEDICINALVERKET

www.rmv.se

Rättspsykiatriska avdelningen
i Stockholm söker en

Specialist i psykiatri

Refnr S13-90180

Läs mer på: **www.rmv.se**

Ansök senast: 16 oktober 2013

Rättsmedicinalverket ansvarar för rättspsykiatrisk, rättsmedicinsk, rättskemisk och rättsgenetisk verksamhet med uppgift att bistå rättsväsendet med undersökningar och bedömningar.

PSYKIATRIN HALLAND SÖKER

Överläkare

till Vuxenpsykiatrimottagningen Falkenberg

Refnr PSH 58/13

Mer information om
tjänsten hittar du på
www.regionhalland.se/jobb

Region Halland
Psykiatrin Halland

Lyckopenningen
- gåvan som är mer än ett vackert smycke

Synskadades Riksförbund 122 88 Enskede
Beställ: 08-39 90 70, www.lyckopenningen.nu

LEG LÄKARE sökes,

Vikariat på del- eller heltid, på minst 6 månader med ev förlängning i Stockholm.

Resemedicinsk rådgivning och vaccinering av vuxna och barn samt lätt medicin akut.

Intresserad? vänligen maila till
ridha.hadfi@htlp.se

UTHYRES: ÅRE-DUVED
6 el 12 bädd. Ski In/Ski Out
För bilder: **pia@ullmans.com**

Stöd
Demensfonden
Pg 90 08 58 - 2

SOLLENTUNA SPECIALISTKLINIK AB

söker

Gynekolog

Läs mer om oss på **www.sskab.se**

eller kontakta verksamhetschef

Eva Zeisig 070 370 11 94

Välkommen till Funäsdalen

Hälsocentralen söker LÄKARE

Tillsvidare- eller kortare anställning.
Upplysningar:
Enhetschef
Maria Carlund,
070-319 46 23


FOTO: PER PETTERSSON, FUNÄSDALEN

Jämtlands Läns Landsting

Ansökan: www.offentligajobb.se Ref.nr. 1253

Psykiatri Sydväst

Vi är en universitetsklinik som ger möjlighet till forskning, undervisning och kompetensutveckling

www.slso.sll.se

Tre ST-block i Allmänpsykiatri

till Universitetskliniken Psykiatri Sydväst

Välkommen med din ansökan via:
www.jobb.sll.se/slso-13-63070

Sista ansökningsdatum:
2013-10-27

Psykiatri Sydväst
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Läkarrum uthyres vid Hötorget i Stockholm

I anrik fastighet från sekelskiftet ämnar vi hyra ut ett rum på 14 kvadrat. Privat läkare, gärna gynekolog då vi har urologisk verksamhet och detta kan bli ett bra samarbete. Tillgång till reception och sköterska.

För information kontakta
Marianne Sjöblom
0708-15 23 11.
marianne@cityhalsocentral.se
www.cityhalsocentral.se

Säljes: Karl Kaps motoriserade operationsmikroskop

SOM 12. Arbetsavstånd 30 cm Zoom x 1-15. Fullutrustat med ass. mikroskop, extern pedal för x/y, zoom och skärpa, reservbelysningssystem etc. Från fabrik 2004 och aldrig taget i bruk – helt i fabriksnytt skick med alla funktioner intakta. Säljes för avhämtning norr om Stockholm. Pris: 150.000:-. Ring 070-620 06 63

Landstinget DALARNA

Primärvården Falun

söker

SPECIALIST i allmänmedicin

till Vårdcentral Grycksbo

Upplysn:
Verksamhetschef Lisbeth Isaksson 070-682 06 16
Avdelningschef Angela Männikkö 023-491 844
Distriktsläkare Benny Eriksson 023-492 000 vxl

Sista ansökningsdag 2013-10-30
Läs mer och sök via www.offentligajobb.se



Vi utökar vår verksamhet söker därför:

PLASTIKKIRURG

TILL AKADEMIKLINIKEN MALMÖ

Läs mer om tjänsten på **www.ak.se,** under rubriken "Jobba hos oss".

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

AKADEMIKLINIKEN
SKÖNHET GENOM VETENSKAP

KONUNG GUSTAF V:s 80-ÅRSFOND

FORSKNINGSANSLAG 2014

Härmed kungörs att anslag kan sökas från Konung Gustaf V:s 80-årsfond för 2014 med möjlighet till rekommenderade anslag för ytterligare ett år.

Ansökan om anslag eller stipendium görs elektroniskt på *särskild webbsida* med referens från fondens hemsida www.gv80.com. Ansökningsperiod är från *den 18 oktober 2013 kl 08.30 till den 26 november 2013 kl 24.00.*

För närmare upplysningar hänvisas till hemsidan.

AKADEMISKA SJUKHUSET

Specialistläkare inom klinisk patologi

Diagnostik-, akut-, anestesi- och teknikdivisionen

Vi söker dig med intresse för endokrin patologi kombinerad med barntumör patologi.

Välkommen med din ansökan senast den 27 oktober. www.akademiska.se/arbeta

www.akademiska.se LANDSTINGET I UPPSALA LÄN

Etableringar och överlåtelser

Ersättningsetablering/ Barn- och ungdomspsykiatri

En Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning (på Södermalm eller söder om Stockholm) överlåtes. För mer detaljer angående upptagningsområde och utformning se **Uppdragsguiden.sll.se/etableringar**.

Närmare upplysningar
dr Ulla Westanmo 08-643 03 70
eller 070-3407134.

Gyn. mottagning på Läkarhuset Ellenbogen i Malmö säljes

Samverkansavtal gäller till 2023-10-25.
Sista anbudsdag 2013-11-12.
Etablering är annonserat på **www.skane.se/koncernkop** och på Visma TendSign **www.tendsign.com**

Kontakta dr Adam Szelag för information. tfn 0707-95 31 71,
e-mail: **adam.szelag@tele2.se**

Välutrustad mottagning med bl a op-lampa, autoklav, op-instrument britsar etc. med förmånlig hyra **överlåtes** till läkare som innehar eget samverkansavtal med Region Skåne och önskar arbeta i Slottsstadens läkarhus, Malmö.

Hyresavtalet äges av Praktikertjänst AB. Tillträde januari 2014.
hans.bergenudd@ptj.se 040-98 50 41 el 42 alt 070-38 00 435.

Företagshälsovård

Lönsam och väl inarbetad leverantör av arbetsmiljötjänster till kommun- och företagskunder.

Rörelsen är belägen i Mälardalen och säljes pga generationsskifte.

Länia

Kontakta Företagsmäklare Jan Jonsson
Telefon 076 – 801 6067 eller **jan.jonsson@lania.se**

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



Krister Kristensson får Jubileumspriset på 150 000 kronor för sina insatser inom basal neurobiologi, mikrobiologi och immunologi.

Krister Kristensson belönas med årets Jubileumspris

Svenska Läkaresällskapet har utsett professor **Krister Kristensson**, institutionen för neurovetenskap, Karolinska institutet, till mottagare av 2013 års Jubileumspris.

Han får motta priset för »sina unika och fundamentala insatser inom basal neurobiologi, mikrobiologi och immunologi samt för att han genom sitt arbete i gränslandet mellan infektion, inflammation och neurobiologi lämnat viktiga bidrag av betydelse för såväl basal neurobiologisk forskning som för sjukdomar inom de neuropsykiatriska och neurodegenerativa fälten«.

Prisutdelningen äger rum den 29 oktober i samband med Svenska Läkaresällskapets årshögtid. ■

Folke Sjöqvist hedras för livsgärning

Professor emeritus **Folke Sjöqvist**, Karolinska institutet, har tilldelats tidskriften BCPT:s (Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology) nordiska pris för 2013.

Priset är ett erkännande för hans livslånga bidrag till etablering och utveckling av klinisk farmakologi, inte bara i Sverige utan även i hela världen. ■

Ny docent i Lund

Bodil Andersson har antagits som docent i ämnet kirurgi vid Lunds universitet. ■

SKICKA IN BIDRAG

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

Årets alumner vid Linköpings universitet

Jonas F Ludvigsson, professor i klinisk epidemiologi vid Karolinska institutet och barnläkare vid Universitetssjukhuset, Örebro, har tilldelats utmärkelsen Årets alumn vid Linköpings universitet. Han delar utmärkelsen med **Maha Bouzeid,** civilingenjör i industriell ekonomi. Det är tredje gången som universitet utser Årets alumn. ■

Avlidna

Gösta Arturson, Uppsala, 86 år, död 29 juli
Bertil Bjurwill, Stockholm, 96 år, död 26 augusti
Arne Carlsten, Göteborg, 92 år, död 16 september
Sven Jonas Dencker, Göteborg, 91 år, död 13 juli
Berndt Eckerberg, Leksand, 81 år, död 10 september
Göran Hansson, Särö, 71 år, död 10 september
Björn Holmqvist, Eskilstuna, 83 år, död 18 augusti
John Svärd, Örebro, 89 år, död 1 augusti
Ritva Toivonen, Enköping, 55 år, död 19 september

KALENDARIUM

Svenska Läkaresällskapet, tisdagssammankomst den 15 oktober, kl 17.30–19.30, Klara Östra Kyrkogata 10, Stockholm
Läkaruppropet – hur går vi vidare för en mänskligare sjukvård?
Moderatorer: *Lollo Makdessi* och *Jakob Brandt*
Medverkande: *Peter Friberg, Soki Choi, Hans Rutberg, Sofia Ernestam, Karl Swedberg* och *Boel Andersson Gäre*
För ytterligare information, se ‹www.sls.se›

Sydsvenska medicinhistoriska sällskapet, möte måndagen den 15 oktober, kl 19.00, sal F1, Blocket, Skånes universitetssjukhus, Lund
David Dunér: Maskinen människa

Medicinhistoriska museets vänförening i Stockholm, föreläsning om kirurgins historia onsdagen den 16 oktober, kl 17.00-18.30, föreläsningssal Kirurgi (hiss längst in i huvudentrén, plan 4), Karolinska universitetssjukhuset, Solna
Björn Wiklund: Från trepanation till transplantation

Medicinhistoriska sällskapet i Östergötland, föreläsning torsdagen den 17 oktober, kl 19.00, Läkarsällskapets internationella hus, Klostergatan 45C, Linköping
Katarina Ek-Nilsson: August Strindberg – klok och galen
Entréavgiften är 50 kr för icke medlem i Medicinhistoriska sällskapet

Ekokardiografins dag, fredagen den 18 oktober, avd för kardiologi, Skånes universitetssjukhus, Lund
Föreläsare: *Joseph Kisslo* m fl
För ytterligare information, program och anmälan, kontakta Monica Magnusson, tel 046-17 35 18, e-post: Monica.Magnusson@med.lu.se
Deltagandet är avgiftsfritt

LÄS MER Aktuella disputationer: Läkartidningen.se/disputationer

Uppsala medicinhistoriska förening och Stiftelsen för ett medicinhistoriskt museum i Uppsala, Lars Thorén-föreläsning onsdagen den 23 oktober, kl 19.00–20.00, sal X, Universitetshuset, Biskopsgatan 3, Uppsala
Henry Johansson: Karl Gustaf Lennander och Uppsala-kirurgin kring sekelskiftet 1900
Fri entré. Ingen föranmälan krävs

Svenska läkare mot kärnvapen, Stockholmsföreningen, årsmöte onsdagen den 30 oktober, kl 18.00, Sveriges läkarförbund, Villagatan 5
Lätt förtäring
För ytterligare information, kontakta e-post: meit.krakau@slmk.org

Nya grepp i alkoholvården, nationell konferens fredagen den 15 november, kl 10.00–16.00, World Trade Center, Klarabergsviadukten 70, Stockholm
Medverkande är bl a *Jim McCambridge, Nick Heather, Ann-Sofie Bakshi, Agneta Öjehagen* och forskargruppen på Riddargatan 1
Anmälan görs senast den 31 oktober via ‹www.conferencemanager.dk/riddargatan 1›

Privatpraktiserande läkare i Västra Götaland 2014

2014 års katalog Privat Vård i Väst (Läkarkatalogen Göteborg), utkommer vid årsskiftet 2013–2014 och ges ut av Serpalen AB på uppdrag av Göteborgs läkarförening. Den delas ut gratis på de flesta apotek i Göteborg med omnejd.

Nytillkomna privatpraktiserande läkare, som önskar annonsera i katalogen, kan ta kontakt med Tanja Nordwall, Serpalen AB. Anmälan ska vara inlämnad före den 20 oktober 2013 via e-post: tanja.nordwall@serpalen.se eller tel 031-81 86 35, fax 031-18 34 06. ■

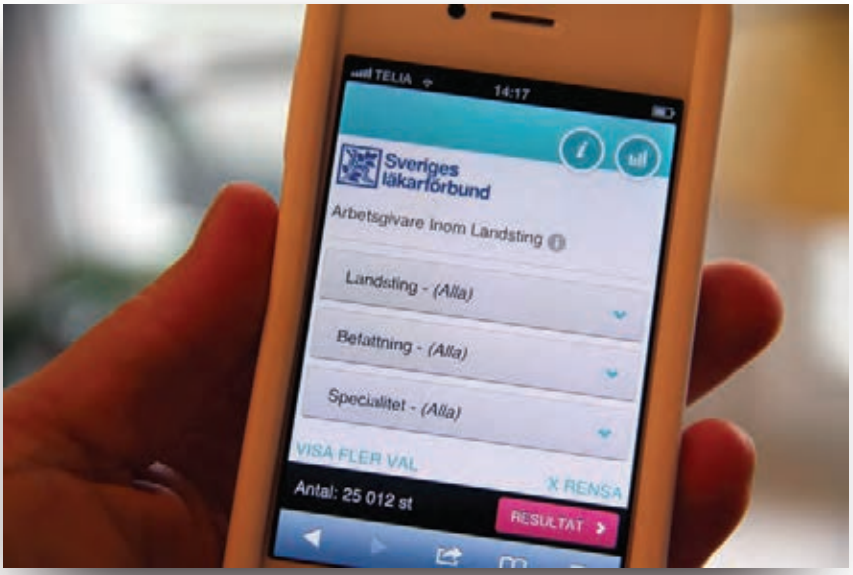
Nyhet

Lönestatistik i mobilen

Nu finns Läkarförbundets lönestatistik och Saco Lönesök i en mobilanpassad version. Logga in på www.lakarforbundet.se/lonestatistik

I Saco Lönesök kan du som är läkare inom landstingskommunal sektor få en bra indikation om lönenivån, få tillförlitlig fakta, göra dina egna jämförelser och hitta dina argument. För att förenkla ytterligare för dig lanserade Saco Lönesök den 30 september en mobilanpassad version.

Om du arbetar i en annan sektor, till exempel vid statlig myndighet, inom privat sektor, eller arbetar som företags- eller skolläkare finns sammanställningar med lönestatistik på: www.lakarforbundet.se/lon



Saco Lönesök är Saco-förbundens gemensamma verktyg för att du ska kunna ta kommando över din lön.

Lönerådgivning och lokal information

Om du vill ha lönerådgivning eller lokal information om löneläge och utfall i lönerevisionen ska du kontakta din lokalförening eller förbundets medlemsrådgivning.

www.lakarforbundet.se/lokalforeningar
medlemsradgivningen@slf.se eller
08-790 35 10



Välkommen på Medicinska rikstämman

Årets Medicinska riksstämma äger rum den 5-6 december på Stockholm Waterfront Congress Centre.

Det blir två intensiva dagar med ett vasst och stimulerande program. Stämman är en mötesplats för läkares fortbildning med fokus på vetenskap, utbildning, kvalitet och etik. En arena för utbyte av erfarenheter och kunskaper om breda hälso- och sjukvårdsfrågor.

Riksstämman arrangeras av Svenska läkaresällskapet. Läkarförbundet och Läkartidningen är huvudpartners.

INTEGRITET – ETT FÖRLEGAT BEGREPP?
Välkommen på Etikdag den 8 november. www.lakarforbundet.se/etikdag

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

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation



NYHET! **Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, har beslutat att Tresiba® (insulin degludek) ska ingå i läkemedelsförmånerna för patienter med typ 1-diabetes och patienter med typ 2-diabetes med begränsning*.**

Tresiba® (insulin degludek) – ett nytt basinsulin

SÄNKER BLODSOCKRET. JÄMNT, STABILT *OCH MED* FLEXIBILITET.[1]



1. Sänkning av HbA_{1c}.[2,3]
2. Lägre risk för nattliga hypoglykemier jämfört med glargin.[2,3]
3. Injiceras en gång om dagen – vid flexibel tidpunkt när det behövs.[1]

Referenser: 1. Tresiba® SPC 05/2013 www.fass.se. **2.** Zinman B et al. Insulin Degludec Versus Insulin Glargine in Insulin-Naive Patients With Type 2 Diabetes. A 1-year, randomized, treat-to-target trial (BEGIN Once Long) Diabetes Care 2012;35(12):2464-71. **3.** Heller S et al. Insulin degludec, an ultra-longacting basal insulin, versus insulin glargine in basal-bolus treatment with mealtime insulin aspart in type 1 diabetes. Lancet 2012;379(9825):1489-1497.

Tresiba® (insulin degludek): Behandling av diabetes mellitus hos vuxna. ATC-kod: ännu ej tilldelad. Injektionsvätska, lösning 100 E/ml. **Förpackningar:** Tresiba® FlexTouch® 5x3 ml förfylld injektionspenna, Tresiba® Penfill® 5x3 ml cylinderampull. SPC uppdaterad 05/2013. F. Rx. För mer information – se www.fass.se.

***Tresiba® ingår i läkemedelsförmånen för alla patienter med typ 1-diabetes. Tresiba® ingår i läkemedelsförmånen vid behandling av typ 2-diabetes endast för patienter där annan insulinbehandling inte räcker till för att nå behandlingsmålet på grund av upprepade hypoglykemier.**

novo nordisk®

changing diabetes®

At Novo Nordisk, we are changing diabetes. In our approach to developing treatments, in our commitment to operate profitably and ethically and in our search for a cure.

NYHET
TRESIBA®
insulin degludek

Novo Nordisk Scandinavia AB Box 50587 202 15 Malmö Tel 040 38 89 00 Fax 040 18 72 49 scandinavia@novonordisk.com www.novonordisk.com

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

Läkartidningen arrangerar

Inbjudan till symposium

Vård av äldre

Stockholm, 6 november, 2013

En majoritet av de äldre i Sverige lever ett gott liv och klarar sig själva utan stöd från samhället långt upp i åren. Men risken att drabbas av ohälsa ökar med åldern och många drabbas av sjukdomar och skador som skapar ett stort behov av vård och omsorg.

Läkartidningens symposium *Vård av äldre* handlar om hur vi kan förbättra befintlig vård och hur vi kan möta kommande stora behov.

Plats: Sophiahemmets Högskola, Stockholm



Preliminärt program den 6 november, 2013:

12.00–13.00 **Registrering och lunch**
13.00–13.10 **Inledning** *Eva Nilsson Bågenholm*
13.10–13.35 **Den moderna demensvården.** *Överläkare Katarina Nägga*
13.35–14.00 **Vårdkvalitet och kompetens vid särskilda boenden.** *Lektor Marie Ernsth Bravell*
14.00–14.30 **Läkemedelsbehandling för äldre – möjligheter och risker.** *Professor Sten Landahl*
14.30–15.00 **Kaffe**
15.00–15.25 **Hälsofrämjande aktivitet och rehabilitering.** *Professor Lena Borell*
15.25–15.50 **Psykisk sjukdom hos äldre.** *Docent Ingvar Karlsson*
15.50–16.15 **Hemsjukvård.** *Distriktsläkare Sonja Modin*
16.15–16.40 **Bensträckare**
16.40–17.05 **Ökad kunskap i palliativ vård.** *Docent Carl-Magnus Edenbrandt*
17.05–17.30 **Frågor till panelen**



Moderator: Eva Nilsson Bågenholm,
Nationell äldresamordnare, Socialdepartementet

Välkommen till en intressant eftermiddag!

Pris: 1 795 kr + moms. Lunch och kaffe ingår.
Medlemmar i Sveriges läkarförbund erhåller 300 kr rabatt.

Program och anmälan:
Läkartidningen.se/events

Symposiet äger rum onsdagen den 6 november i Erfors-/Weitnersalen, på Sophiahemmets Högskola, Valhallavägen 91 i Stockholm ingång R, längst ner i sjukhusområdet från Valhallavägen mitt emot Stadion.