Kvalitetsarbete vid akut höftledsfraktur kunde begränsa njurpåverkan
VÅRDUTVECKLING



»Praktisk sjukvård behöver följas upp«
REFLEXION

Återträffen – 50 år efter uppropet på Karolinska institutet
KULTUR

Läkartidningen.se

Läkartidningen

NR 15/2014

NR 15 9–15 APRIL 2014 VOL 111 649–708

ORGAN FÖR SVERIGES LÄKARFÖRBUND – GRUNDAD 1904

ÖVERSIKT

Kritisk lungemboli

Rätt behandling kan rädda fler patienter



Cyklister i havstokken, 1894. Av Einar Hein, en av Skagenmålarna. Bilden tillhör Skagens Museum (beskuren/manipulation).

Det är skillnad på fonder och fonder

Välj dina fonder med omsorg, det kan göra stor skillnad för ditt sparande på sikt! På SKAGEN Fonder arbetar vi för att hitta möjligheter där andra inte letar och investerar i undervärderade, underanalyserade och impopulära företag över hela världen. Något som har gett våra kunder bra resultat genom åren.

Vår globala tillväxtmarknadsfond SKAGEN Kon-Tiki till exempel, har sedan starten 2002 fram till 27 mars 2014 gett sina andelsägare 15,1 procents årlig genomsnittlig avkastning – motsvarande siffra för jämförelseindex är 7,2 procent. Teamet bakom fonden tilldelades nyligen fondutvärderaren Morningstars pris för årets bästa europeiska fondförvaltare i kategorin globala aktier.



Även doktorer kan behöva goda råd ibland.
Ring Sofia Hedberg och Robert Tylestedt idag,
tel 0200-22 11 22.

Konsten att använda sunt förnuft

SKAGEN fonder

Historisk avkastning är ingen garanti för framtida avkastning. Framtida avkastning kommer bland annat att bero på marknadens utveckling, förvaltarens skicklighet, fondens risk samt förvaltningsavgifter. Avkastningen kan bli negativ till följd av kursnedgångar. På vår webbplats finns faktablad och informationsbroschyrer.

REFLEXION

Vägen mot förbättring

»Det borde inte finnas en konflikt mellan att registrera vad vi gör och att ta hand om den individuella patienten på ett bra sätt. «

Vår sjukvård förbättras. Nya och mer effektiva metoder för diagnostik och behandling introduceras. I de allra flesta fall efter vetenskaplig utvärdering. Men hur våra metoder fungerar i praktisk sjukvård behöver även följas upp kontinuerligt. Kvalitetsuppföljningar är i sig själva kvalitetshöjande. Ett exempel på detta är hjärtsjukvården som i Sverige med sina hjärtinfarktregister utvecklats bättre än i till exempel England [Gale CP, Fox KAA. International comparisons of acute myocardial infarction. Lancet. Epub 23 jan 2014]. Den drygt trettioprocentiga skillnaden i 30-dagars mortalitet efter hjärtinfarkt mellan länderna har tolkats bero på en långsammare implementering av evidensbaserade metoder i England. Detta delvis beroende på en avsaknad av möjligheten att koppla given behandling till resultat.

Förhoppningsvis förbättras även omhändertagandet av patienterna vad avser personligt bemötande, etik och empati över tiden. En debatt har pågått där kvalitetsregister har kritiserats som en hindrande faktor för god vård.

Forskning, utveckling och utbildning är en nödvändig del i sjukvården förutan vilken kvaliteten skulle sjunka. Det borde inte finnas en konflikt mellan att registrera vad vi gör och att ta hand om den individuella patienten på ett bra sätt. Jag inser att hindret stavas tid och jag tror att vägen framåt är att skapa förhållanden som kan möjliggöra att vi bättre kan förena båda dessa viktiga aspekter. Detta för en så positiv utveckling av sjukvården som möjligt.



Jan Östergren
medicinsk huvudredaktör
jan.ostergren@lakartidningen.se



Foto: Fotolia/IBL Bildbyrå

Inhalationssteroider kan ge oönskad bieffekt. Tre fallbeskrivningar av sekundär binjurebarkssvikt hos vuxna svenska astmatiker presenteras. **FALLBESKRIVNING** **Sidan 674**

REFLEXION
651 Vägen mot förbättring *Jan Östergren*

SIGNERAT
655 Vi välkomnar industrianställda i ny yrkesförening *Marie Wedin*

LT DEBATT
656 Syrgasbehandling vid akut hjärtinfarkt – 100 år av oklarhet *Robin Hofmann, Leif Svensson*

657 Kollegor! Dags att ta vara på framtidens möjligheter! *David Stenholtz, Veronica Hedberg, Jakob Rosén*

Debatten går vidare *Jan Lind*

NYHETER
658 10 år sedan sammanslagningen av HS och KS. Med pendelbuss mellan två storsjukhus i Stockholm

661 DLF: fullmäktigemöte. Ny läkarförening för hela primärvården diskuterades

Bättre tillgänglighet – men mest för storstadsbor

662 Läkare på akutmottagningen i Malmö: »Det är inte Jimmie Åkesson som inte är välkommen, det är hans åsikter«

Politiker uppmanas ta initiativ mot icke smittsamma sjukdomar

663 Bill Gates på Karolinska institutet: »Extrem fattigdom kan utrotas«

Reklam för handsprit var inte vilseledande

KLINIK OCH VETENSKAP
KOMMENTAR
664 CORAL ändrar inte behandlingen av aterosklerotisk njurartärstenos
Men studien skärper kravet på patientselektion inför ballongdilatation
Keith Eliasson, Ulf Hedin



Vid lungemboli med hemodynamisk påverkan är mortaliteten cirka 50 procent – trots behandling. I en översiktsartikel presenteras olika behandlingsalternativ vid kritisk lungemboli. **Sidan 669**

Färgad datortomografibild föreställande lungemboli vänster sida. Foto: Science Photo Library/IBL Bildbyrå

INNEHÅLL NR 15 APRIL 2014

NYA RÖN

666 Ny metod för kontroll av misstänkt hjärtinfarkt *Nadia Bandstein, Martin J Holzmann*

Underrapportering till WHO om mödradödlighet i Sverige *Annika Esscher*

667 Tveksam kostnadseffektivitet vid endovaskulär behandling av aortaruptur *Kevin Mani*

Färre har metastaserad sjukdom vid diagnos av njurcancer *Andreas Thorstenson, Sven Lundstam*

ARTIKLAR

669 Översikt Akut lungemboli med hemodynamisk påverkan. Handläggning och behandling *Kristina Svennerholm, Leif Lapidus, Carl Johan Malm, Bengt Redfors, Lennart Stigendal, Karin Zachrisson Jönsson, Christian Rylander*

674 Fallbeskrivning Inhalationssteroider kan ge sekundär binjurebarkssvikt Även vuxna astmatiker kan drabbas – inte bara barn *Carl-Axel Karlsson, Magnus Isaksson, Christer Janson*

676 Vårdutveckling Kvalitetsarbete vid akut höftledsfraktur kunde begränsa njurpåverkan. Reviderat vårdprogram minskade incidensen från 23 till 4 procent *Michael Gårdebäck, Maria Lundius Kastenfalk, Åsa Elfving, Linn Barnickel, Ann-Charlotte Johansson, Robert Hahn*

680 Rapport Nya riktlinjer för diagnostik och behandling av stabil angina pectoris. Europeiska kardiologföreningens rekommendationer *Stefan Agewall*

682 Rapport Radikal prostatektomi utvärderad. 18 års uppföljning i svensk randomiserad multicenterstudie *Hans-Olov Adami, Anna Bill-Axelson, Lars Holmberg, Jan-Erik Johansson*

DEBATT OCH BREV

684 Företagshälsovården bör rensa upp i träsket »hälsokontroller« *Karin Nord, Ingela Hägglund*

MEST LÄST PÅ LÄKARTIDNINGEN.SE

Mest lästa artiklar på Läkartidningen.se den senaste veckan:

1. Allmänläkaren – strykpojke och allt i allo som börjar krokna
2. »Det är inte Jimmie Åkesson som inte är välkommen, det är hans åsikter«
3. Urholkade resurser i primärvården
4. »Vi har för många chefer som tror att man måste hålla budget«
5. Varför var kollegorna tysta i Astrid Lindgren-fallet?



Foto: Göran Segeholm

NYHETER Med pendelbuss mellan två storsjukhus i Stockholm. Mycket har förändrats under de tio år som gått efter fusionen av sjukhusen i Huddinge och Solna. Sidan 658

685 Bättre läkarintyg med arbetsterapeuter *Eva Hellquist, Christina Andersson*

För allt vad intygen håller *Pelle Baeck*

686 Hörselskadlig examination *Claude Laurent, Jan Hörnsten*

KULTUR

687 Återträffen. Läkarideal att minnas efter 50 år i yrket *Ljusk Siw Eriksson, Torsten Mossberg, Per-Olof Olcén, Nina Rehnqvist Ahlberg, Rolf Wahlström*

689 LEDIGA TJÄNSTER

691 PLATSANNONSER

705 MEDDELANDEN

706 INFORMATION FRÅN LÄKARFÖRBUNDET

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
Pär Gunnarsson 08-790 34 00

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
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)
Korrektur: Lennart Werner

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) 08-790 34 83
Michael Lövtrup (reporter) 08-790 35 26
Marie Ström (reporter) 08-790 34 29
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: 42 600 ex
ISSN: 0023-7205 (pappersutgåva)
1652-7518 (webbupplaga)

Tryckeri Sörmlands Grafiska AB

ORGAN FÖR SVERIGES LÄKARFÖRBUND GRUNDAD 1904

ARRANGÖRER

Läkartidningen | Sveriges läkarförbund – Den medicinska professionens organisation

VÄLKOMMEN TILL KARRIÄRMÄSSAN FÖR LÄKARE

Lördagen den 10 maj är du som är medlem i Sveriges läkarförbund välkommen till Karriärmässan för läkare som arrangeras för andra gången. Kom och lyssna på intressanta kollegor, låt dig inspireras till nya karriärval och träffa potentiella arbetsgivare från olika branscher.



PRELIMINÄRT PROGRAM

08:00–09:00
Registrering, kaffe och fralla.

09:00–09:30
Engagemang som karriär.

09:30–10:30
Starta eget – en möjlighet för mig?

10:30–11:00
Kaffe och mingel.

11:00–12:00
Läkare utanför kliniken.

12:00–13:00
Lunch på egen hand.

13:00–14:00
Chef och ledare.

14:00–14:30
Kaffe och mingel.

14:30–15:30
Arbeta utomlands.

15:30–16:00
Coachning.

16:00–16:15
Sammanfattning och avslutning.

MODERATOR

Ulrika Edwinsson, Sveriges läkarförbund.

DATUM Lördag 10 maj 2014, kl 08.00–16.15
PLATS Hotell Rival i Stockholm, Ⓣ Mariatorget

Anmälan, detaljerat program och föreläsarna hittar du via länken nedan.

För program och anmälan: www.lakarforbundet.se/karriarmassa
Deltagandet är kostnadsfritt och exklusivt för medlemmar i Läkarförbundet. Boka din plats redan idag!

UTSTÄLLARE

Försvarsmakten · LäkarJourer · Folksam · Landstinget Gävleborg · Örebro läns landsting · Skandinavisk Hälsovård AB · Dedicare · achima care · Region Gotland · Västerbottens läns landsting · Landstinget Västernorrland · Landstinget Dalarna · Landstinget i Värmland

Minskar HbA_{1c} upp till 21 mmol/mol jämfört med baseline[1,2]



Med BYDUREON® (exenatid) 1 gång i veckan

- Signifikant större HbA_{1c} sänkning med Bydureon, -21 mmol/mol, jämfört med daglig behandling med exenatid, -16 mmol/mol (p = 0,0023).*[1,2]
- Ytterligare fördel av ihållande viktminskning jämfört med baseline.§[1,3]

*** exenatid två gånger dagligen.**
§ BYDUREON är inte avsett för behandling av övervikt. Viktförändring var ett sekundärt effektmått i de kliniska studierna.

Ref: 1. BYDUREON produktresumé www.fass.se. 2. Drucker DJ, Buse JB, Taylor K, et al. Exenatide once weekly versus twice daily for the treatment of type 2 diabetes: a randomised, open-label, non-inferiority study. Lancet. 2008;372:1240-1250. 3. Buse JB, Drucker DJ, Taylor KL, et al. DURATION-1: exenatide once weekly produces sustained glycemic control and weight loss over 52 weeks. Diabetes Care. 2010;33:1255-1261.

Bydureon® (exenatid) 2 mg pulver och vätska till injektionsvätska, depotsuspension, Rx, F, GLP-1 receptoragonist. **Indikation:** Bydureon är avsett för behandling av typ 2-diabetes mellitus i kombination med metformin, sulfonureider, tiazolidindion, metformin och en sulfonureid eller med metformin och en tiazolidindion hos patienter som inte erhållit tillräcklig glykemisk kontroll vid behandling med högsta tolererbara dos av dessa orala läkemedel. **Varningar:** I kliniska studier ökade risken för hypoglykemi när Bydureon användes i kombination med en sulfonureid. För att minska risken för hypoglykemi i samband med användning av en sulfonureid, bör en reduktion av sulfonureiddosen övervägas. Senaste översyn av produktresumén: 2014-01-08.
För ytterligare information och priser se www.fass.se.
Ingår i läkemedelsförmånen endast endast för patienter som först provat metformin, sulfonureider eller insulin, eller när dessa inte är lämpliga.
AstraZeneca AB, AstraZeneca Sverige, 151 85 Södertälje. Tel 08-553 260 00. www.astrazeneca.se

En gång i veckan
BYDUREON®
exenatid 2 mg pulver och vätska till injektionsvätska, depotsuspension

AstraZeneca

AstraZeneca AB, AstraZeneca Nordic-Baltic, 151 85 Södertälje, Tel: 08-553 260 00, www.astrazeneca.se

1136120J145E

Redaktör: Michael Feldt
michael.feldt@slf.se

Vi välkomnar industri-anställda i ny yrkesförening

Läkare som är anställda inom läkemedels- och medicinteknisk industri har inte haft någon naturlig hemvist inom förbundet, i alla fall inte bland förbundets yrkesföreningar som är en del av medlemskapet i Läkarförbundet. Många är i dag med i Sjukhusläkarna eller kanske Sylf, efter att tidigare jobbat inom hälso- och sjukvården. För att vi ska vara ett förbund för alla läkare oavsett bransch har förbundets fullmäktige beslutat att bilda en ny yrkesförening för dessa läkare. Vi uppskattar att cirka 300–400 läkare är anställda inom denna industrisektor och vi bedömer att antalet troligen kommer att öka. Möjligheten att som läkare verka inom industrin är positivt och visar på att läkarens kompetens är en viktig och efterfrågad resurs också här. Fler karriärvägar för den enskilde läkaren erbjuds därigenom.

Det var längesedan Läkarförbundet bildade en ny yrkesförening. Därför ska det bli spännande att få ta del av dessa läkares erfarenheter och åsikter om en bransch som är en omfattande och viktig del av svensk exportindustri.

Det är även en bransch som har ett naturligt nära samarbete med hälso-och sjukvården, inte minst när det gäller att ta fram och utvärdera nya metoder och behandlingar, men också när det gäller fortbildning av läkare, som är en viktig fråga för förbundet.

Samverkan är också viktigt eftersom det även borgar för en hög patient- och användarsäkerhet som vi alla gynnas av. Därför är det väsentligt att vi även i framtiden kan skapa goda förutsättningar för branschen att utvecklas i Sverige.

Läkemedelsföretag och de som utvecklar medicinteknik är branscher som i högsta grad tillhör en konkurrensutsatt exportindustri som länge haft en stor ekonomisk betydelse för Sverige. Det innebär att läkarna inom life science-sektorn i större utsträckning än andra grupper inom förbundet påverkas av marknadens villkor och strukturomvandlingar.

Läkemedelsindustriföreningen, LIF, uppskattar att de forskande läkemedelsföretagen har omkring 13 000 anställda i Sverige. Exportvärdet uppgår till 57 miljarder kronor. Vi har dessvärre vittnat om omställningar på senare tid som drabbat flera medlemmar, senast efter AstraZenecas neddragningar. Det var i februari 2012 som AstraZeneca meddelade att de skulle lägga



Foto: Alexander Raths/Fotolia/IBL

ner forsknings- och utvecklingsverksamheten i Södertälje, endast två år efter motsvarande beslut för Lund, även om en del av denna verksamhet flyttades till Mölndal.

De fackliga uppdraget i dessa situationer handlar om att i förhandlingar bevaka att processen hanteras på ett bra sätt så att medlemmarna ges möjlighet att komma vidare i karriären. Det kan röra sig om hjälp av omställningspaket eller de trygghetsavtal som finns i kollektivavtal. Vi har även vår inkomstförsäkring som fyller ut a-kassan så att läkaren får betydligt mer än den annars betydligt lägre a-kasseersättningen. Vi erbjuder även juridisk rådgivning och förhandlingsstöd.

Med en yrkesförening för anställda i industrin höjer vi vår kunskap och förståelse om branschen. Läkarförbundet vill även bidra med att skapa goda förutsättningar för forskningen och företagen utifrån ett läkarperspektiv.

Förbundet har upparbetade relationer med flera viktiga aktörer, till exempel SKL och andra offentliga organ. Genom dessa kanaler för vi dialog i olika frågor. En yrkesförening med kopplingar till industrin kommer att förbättra förbundets möjligheter att påverka mer inom life science.

En yrkesförening gör också att Läkarförbundet blir en synligare aktör bland läkarna ute på företagen. Vi vet att organisationsgraden är lägre hos denna grupp läkare. Troligen beror det på att vi inte haft en yrkesförening som tillräckligt fokuserat på just deras särskilda behov.

Vi hoppas att fler läkare verksamma inom industrin ska känna sig välkomna till förbundet i och med den yrkesförening som håller på att starta. Vår ambition är att vi ska vara ett förbund där alla läkare ska kunna vara med och påverka, oavsett bransch. Allt enligt vår vision: Ett Läkarförbund för alla läkare under hela yrkeskarriären. ■

»Vi hoppas nu att fler läkare verksamma inom industrin ska känna sig välkomna till förbundet i och med den yrkesförening som håller på att starta.«



Marie Wedin
ordförande i Läkarförbundet
marie.wedin@slf.se

Varje vecka skriver representanter för Sveriges läkarförbund.

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Redaktör: Ewa Knutsson 08-790 34 83
ewa.knutsson@lakartidningen.se

Syrgasbehandling vid akut hjärtinfarkt – 100 år av oklarhet

Resultaten från den pågående DETO$_2$X-AMI-studien ska förhoppningsvis kunna bringa klarhet i en viktig klinisk fråga och leda till evidensbaserade rekommendationer kring syrgasbehandling vid akut hjärtinfarkt.



Foto: Colourbox

Syrgasbehandling vid förra sekelskiftet. Tillgängliga data vad gäller syrgasens roll vid behandling av patienter med akut hjärtinfarkt är äldre, av bristfällig kvalitet och baserade på alltför små material för att kunna besvara kliniskt relevanta frågeställningar, skriver Robin Hofman och Leif Svensson.

Tillförsel av syrgas är sedan mer än ett sekel en etablerad del i behandlingen av patienter med instabil kranskärlssjukdom och misstänkt hjärtinfarkt i såväl Sverige som internationellt [1], och rekommenderas i lokala, nationella och internationella riktlinjer [2]. Behandlingsrutinen baseras på antagandet att extra syrgas ökar tillförseln av syrerikt blod till den ischemiska hjärtmuskeln. Resultatet blir då minskad infarktstorlek och reducerad risk för komplikationer som hjärtsvikt och hjärtrytmrubbningar.

Extra syrgas anses av många även ha effekt på smärta, illamående samt oro hos patienter med akut hjärtsjukdom, vilket ofta leder till frikostig, okontrollerad användning såväl i ambulans som på akutmottagning och hjärtavdelning. Endast ett fåtal experimentella studier och några mindre kliniska undersökningar ger dock stöd för denna behandlingsmetod.

Två studier utförda på 1970-talet var avgörande för dagens rekommendationer. Maroko och medförfattare visade i försök på hundar att tillförsel av 40 procent syrgas efter avstängning av ett kranskärl ledde till bättre vänsterkammarfunktion och reducerad infarktstorlek jämfört med luft [3]. Madias och medförfattare lät 17 patienter med anterior ST-höjningsinfarkt (STEMI) andas 100 procent syrgas, och kunde påvisa en signifikant reduktion i ST-höjningsvektor med prekordial ST-mappning [4].

I motsats till detta visade undersökningar redan på 1960-talet på möjliga negativa effekter av syrgasbehandling på den kardiovaskulära hemodynamiken [5]. Huvudfyndet är att extra syrgas i en normoxisk miljö leder till vasokonstriktion i kranskärlen, vilket i sin tur reducerar kranskärlsflöde och vänsterkammargenomblödning med påföljande minskning av hjärt–minutvolymen [5]. Utöver detta har ny kunskap om fria syreradikaler som direkt leder till inflammation, ökad oxidativ stress och maligna rytmstörningar i hjärtmuskeln lett till att syrgasbehandling ifrågasatts som generell rutin [5].

I en nyligen publicerad Cochranerapport sammanfattas kunskapsläget. Endast fyra små randomiserade studier kunde identifieras. I en metaanalys utförd på 430 patienter från dessa studier kunde ingen signifikant skillnad påvisas mellan syrgas- och luftgruppen avseende mortalitet eller smärtlindrande effekt hos patienter med akut hjärtinfarkt [6].

Sammanfattningsvis är kunskapsläget i ämnet oklart och inte tillräckligt för att klargöra syrgasens roll vid behandling av patienter med akut hjärtinfarkt. Tillgängliga data är äldre, av bristfällig kvalitet och baserade på alltför små material för att kunna besvara kliniskt relevanta frågeställningar. Behovet av en stor, klargörande, randomiserad studie är därför akut. Att genomföra en sådan studie är en stor utmaning. Det huvudsakliga problemet är kostnaden och svårigheten att organisera en stor akademisk studie utan tillgång till den infrastruktur och de ekonomiska resurser som finns inom ramen för stora industrifinansierade prövningar. Något kommersiellt intresse finns av naturliga skäl inte för en studie av denna karaktär. Vidare har etiska invändningar framförts kring genomförandet av en studie som ifrågasätter en så väl etablerad klinisk praxis. Ett ökat antal artiklar och diskussionsinlägg tycks dock tyda på en attitydförändring.

I det svenska kvalitetsregistret för kranskärlsjukdom, Swedeheart, finns dock unika förutsättningar att på rela-

FAKTA 1

Status och framtidsutsikter

DETO$_2$X-AMI-studien startade vid Södersjukhuset i Stockholm i april 2013. Under 2013 anslöt ytterligare 23 sjukhus och ytterligare ett femtontal centra är i uppstartsfas. Drygt 1 500 patienter är inkluderade, och inklusionstakten är ökande. Fortsätter projektet i samma takt beräknas inklusionen vara avslutad under 2015. Resultaten kommer förhoppningsvis att bringa klarhet i en mycket viktig klinisk fråga, och kan möjliggöra framtida evidensbaserade rekommendationer kring syrgasbehandling vid akut hjärtinfarkt i Sverige och övriga världen.

Studien är godkänd av regional etisk prövningsnämnd och Läkemedelsverket, och stöds av Hjärt–Lungfonden, Vetenskapsrådet, Swedeheart samt Stiftelsen för strategisk forskning. Mer att läsa om studien och dess upplägg finns på clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01787110 eller deto2x.se



ROBIN HOFMANN
specialistläkare, kardiologi, Södersjukhuset
robin.hofmann@sodersjukhuset.se



LEIF SVENSSON
överläkare, professor, kardiologi, Södersjukhuset; för styrgruppen för DETO2X-AMI (Joakim Alfredsson, Ulf Ekelund, David Erlinge, Mats Frick, Nils Witt, Johan Herlitz, Stefan James, Thomas Kellerth, Bertil Lindahl, Rickard Linder, Annica Ravn-Fischer, Mattias Ekström, David Zughaft, Ollie Östlund)

tivt kort tid och till en rimlig kostnad, undersöka kliniska frågeställningar i en bred population. TASTE-studien [7], den första Swedeheart-baserade prospektiva, randomiserade, registerbaserade studien (RRCT) har rönt stor uppmärksamhet världen över.

Samma grundkoncept används nu på en bredare infarktpopulation i den pågående DETO$_2$X-AMI-studien (Determination of the role of oxygen in suspected acute myocardial infarction) [8] (Fakta 1). Högriskpatienter (patienter med EKG-förändringar och/eller förhöjda hjärtskademarkörer) med symtom som tyder på akut hjärtinfarkt och med »normal« syresättning (saturation, mättnad ≥90 procent) randomiseras online vid första kontakt med sjukvården (ambulans eller akutmottagning) via kontakt med hjärtintensivvården till syrgasbehandling (6 liter/minut via en öppen ansiktsmask) eller till rumsluft. Automatiskt skapas då en registrering i Swedeheart där den fortsatta hjärtvården registreras enligt kliniska rutiner. Inga andra studiespecifika insatser eller återbesök krävs.

Samtliga 72 svenska sjukhus som registrerar i Swedeheart har bjudits in att delta i studien. Det primära resultatmåttet utgörs av totalmortalitet efter ett år, vilket kräver uppgifter från drygt 6 000 patienter. Det sekundära resultatmåttet innefattar en kombination av avvikelser (»adverse events«) samt predefinierade subgruppsanalyser som olika infarktgrupper, syrgasfraktioner, kön och patienter med komorbiditet.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

1. Kones R. Oxygen therapy for acute myocardial infarction – then and now. A century of uncertainty. Am J Med. 2011;124(11):1000-5.
5. Shuvy M, Atar D, Gabriel Steg P, et al. Oxygen therapy in acute coronary syndrome: are the benefits worth the risk? Eur Heart J. 2013;34(22):1630-5.
6. Cabello JB, Burls A, Emparanza JI, et al. Oxygen therapy for acute myocardial infarction. The Cochrane database of systematic reviews 2013;8:CD007160.
7. Fröbert O, Lagerqvist B, Olivecrona GK, et al. Thrombus aspiration during ST-segment elevation myocardial infarction. N Engl J Med. 2013;369(17):1587-97.
8. Hofmann R, James SK, Svensson L, et al. Determination of the role of oxygen in suspected acute myocardial infarction trial. Am Heart J. 2014;167(3):322-8.

LÄS MER Fullständig referenslista Läkartidningen.se

Debatten går vidare

När detta skrivs har jag övergått till kategorin »pensionär«. Att ansvara för Läkartidningens sidor för debatt och brev har varit ett intressant och givande arbete. Läkartidningens läsare är i hög grad också dess skribenter, ett engagemang att ta vara på. Ämnesbredden är stor, från det strikt medicinska över etik till sjukvårdspolitiska aktualiteter. När väl ett manus accepterats för publicering har ambitionen varit att ta hand om det på bästa sätt, från redigering till korrekturläsning. Och debatten fortsätter – min efterträdare Ewa Knutsson kommer att föra stafetten vidare.

Adressen är densamma: debatt@lakartidningen.se



Jan Lind
f d debattredaktör

APROPÅ! Hälsa, hållbarhet och helhet i ny läkarförening

Kollegor! Ta vara på framtidens möjligheter

Vi har startat den nya läkarföreningen Läkare för framtiden. Vi kommer att sprida information om hur våra kostval påverkar sjukdomsutveckling samt verka för att ersätta djurmodeller inom läkarutbildning och medicinsk forskning. Som förebild står den amerikanska föreningen Physicians Committee for Responsible Medicine. Den har funnits i snart 30 år och har i dag 160 000 medlemmar, varav 11 000 läkare.

Inom området kost och hälsa finns det mycket att göra. Sedan 1990-talet har vår köttkonsumtion ökat med cirka 40 procent och vårt läskdrickande nästan fördubblats [1]. Trots mycket enhetliga kostrekommendationer från alla expertpaneler och statliga verk upplever många i Sverige en förvirring kring vad som är hälsosam kost.

Informationen om vilka livsmedel som är hälsosamma har uppenbarligen inte nått ut. Protester från föräldrar och Lantbrukarnas riksförbund (LRF) när det införs vegetariska dagar i våra skolor visar detta med stor tydlighet. Än mer underligt är att folkvalda politiker och företrädare för näringslivet i sina debattinlägg än i dag förnekar vedertagna samband mellan kost och hälsa.

Banbrytande studier har, oberoende av varandra, visat att om svårt hjärt–kärlsjuka patienter väljer en kost huvudsakligen bestående av hela vegetabilier så går sjukdomen tillbaka hos 80 procent [2, 3]. Typ 2-diabetiker kan i regel upphöra med sina mediciner när animalier och snabba kolhydrater utesluts ur kosten i kombination med lättare motion [4]. En helt vegetabilisk kost har visat sig leda till 70 procent minskad risk för diabetes jämfört med blandkost [5].

Att kött orsakar cancer kommer fortfarande i dag som en överraskning för många, trots att de första forskningsresultaten som påvisade detta samband publicerades för mer än hundra år sedan. Därefter har resultaten bekräftats om och om igen, och i dag lyder Världscancerfondens rekommendation: »Ät huvudsakligen växtbaserad kost«. Mycket sjukdom kommer att kunna förebyggas om information som ovanstående sprids. Vi hoppas kunna hjälpa till med detta. I dag godkänns orimliga 99 procent av alla ansökningar till djurförsöksetiska nämnder. Vi är övertygade om att alla djurförsök kan ersättas inom ett fåtal årtionden. Men det kräver att viljan finns, och så är ännu inte fallet. Det vill vi ändra på. Vi hoppas att du som läser detta finner vårt arbete värt att stödja. På vår hemsida (www.lakareforframtiden.se) kan du läsa om vår verksamhet och ta del av informationen vi sprider. Vi finns även på Facebook och Twitter. Prenumerera gärna på våra utskick och aviseringar och välkommen som medlem.



»Läkare för framtiden« har den amerikanska föreningen Physicians Committee for Responsible Medicine som förebild.
Illustration: Colourbox

David Stenholtz
ordförande
david.stenholtz@lakareforframtiden.se
Veronica Hedberg
vice ordförande
Jakob Rosén
sekreterare; samtliga i styrelsen för Läkare för framtiden

LÄS MER Fullständig referenslista Läkartidningen.se



Foto: Malin Rudblom/TT Nyhetsbyrån



Foto: Camilla Cherry/TT Nyhetsbyrån



Strax före halv åtta på morgonen går specialistläkaren Petter Westfelt på gratisbussen som ska ta honom till jobbet i Huddinge. Han minns hur kritiska många var inför sammanslagningen av sjukhusen i Huddinge och Solna 2004. Men i dag är det få som pratar om det, berättar han.

Foto: Göran Segeholm

Mer subspecialiserat, ökad toppstyrning och kompetensflykt. Tio år efter fusionen av sjukhusen i Huddinge och Solna till Karolinska universitetssjukhuset har mycket förändrats. Men vad som egentligen beror på sammanslagningen är svårt att säga.

TEXT: MARIEKE JOHNSON

10 år sedan sammanslagningen av HS och KS

Med pendelbuss mellan två

»

Jag tror aldrig att man fullt ut kommer att uppleva Karolinska som ett sjukhus. Det är för långt mellan platserna, säger Petter Westfelt, specialistläkare i anestesi och intensivvård på Karolinska universitetssjukhuset.

Han ska just kliva ombord på personalens gratisbuss vid Karolinska i Solna för att åka de två milen till Huddinge, vänder den tilltagande vinden ryggen och tillägger:

– De som jobbar på Karolinska Huddinge säger att de jobbar i Huddinge. Och de som jobbar i Solna säger att de jobbar på KS.

Själv växlar han arbetsplats varannan vecka. Samtidigt som sammanslagningen av sjukhusen i Huddinge och Solna påbörjades 2004 började Petter Westfelt på Stockholms läns landstings simulatorcentrum i Huddinge, Camst. Han hade då jobbat på Karolinska i Solna i åtta år och minns omvandlingen till en stor, gemensam arbetsgivare väl. Känslan av att det inte gjorts en ordentlig konsekvensanalys innan beslutet fattades fanns där, liksom anställda som var emot sammanslagningen och som sedan var upprörda i många år.

– Man ville inte det här. Man hade investerat mycket i sina liv, köpt kåk i Huddinge och ville inte ändra på tillvaron, säger han och förklarar:

– Vissa specialiteter fick ju flytta, som kirurgin där jag jobbade. En del fick byta arbetsplats.

Syftet med sammanslagningen var lägre kostnader och större vetenskaplig konkurrenskraft. 700 miljoner kronor skulle sparas på tre år och antalet kliniker nästintill halveras. I dag är det känt att besparingsmålen inte nåddes och bara några år efter sammanslagningen pekade konsultfirman McKinsey på en rad brister i en utvärdering. Då hade sjukhusdirektören bytts ut och den nuvarande direktören Birgir Jakobsson tagit över.

För Läkartidningen berättar Birgir Jakobsson att han själv var tveksam till fusionen innan han började på Karolinska universitetssjukhuset 2007, men att han med facit i hand tycker att den stärkt universitetssjukhuset och bidragit till ett ökat samarbete mellan



storsjukhus i Stockholm

Stockholms vårdaktörer.

– I ett Stockholmsperspektiv är situationen betydligt bättre nu än innan sammanslagningen. Vi har bättre förutsättningar att ta oss an framtida utmaningar, och vi har fått till stånd ett bra samarbete mellan sjukhusen där det tidigare fanns ohälsosam kokurrens, säger han och tillägger:

– Stockholms konkurrenssituation har förbättrats internationellt och nationellt. Kvaliteteten i sjukvården, forskningen, alla de här siffrorna pekar uppåt.

Men visst finns svårigheter för en organisation med över 15 000 anställda. En arbetsplats av det måttet kräver bra ledarskap och medarbetarskap, liksom tydliga mål för vad som ska göras och hur, poängterar Birgir Jakobsson.

»I ett Stockholmsperspektiv är situationen betydligt bättre nu än innan sammanslagningen ... vi har fått till stånd ett bra samarbete mellan sjukhusen där det tidigare fanns ohälsosam kokurrens.«

Birgir Jakobsson

– Det har varit vår agenda de senaste åren, och att påbörja den kulturförändring som behövs i hela vården. Vi har kommit en bit på väg. Men på grund av förändringstrycket i Stockholm har vi mött utmaningar som vi gärna inte haft, säger han och nämner det som tycks tynga de flesta som Läkartidningen pratar med: det ökande behovet av vårdplatser, strukturförändringarna när antalet privata aktörer tilltar, konkurrensen om personalen.

Forskaren och FoU-rådgivaren på Karolinska universitetssjukhuset, Soki Choi, anser att Birgir Jakobsson gjort vad han kunnat utifrån den knepiga situationen. När Läkartidningen når henne gör hon sin sista arbetsvecka på storsjukhuset – men vart hon ska ta vägen vill hon inte avslöja. I stället säger hon vad hon anser om sammanslagningen, såhär ett decennium senare.

– Det har blivit två världar.



»Det har blivit två världar. Ledningen och de administrativa delarna agerar som ett sjukhus i sitt arbete, medan professionen jobbar på som vanligt på två stora sjukhus. Mycket av det man skulle ha kunnat utvinna av fusionen har inte tagits tillvara.«

Soki Choi

FAKTA

Karolinska universitetssjukhuset har i dag runt 15 250 anställda, varav 2 500 läkare. På sjukhuset finns drygt 70 kliniker.

Flöre sammanslagningen 2004 hade Karolinska sjukhuset i Solna 8 581 anställda, varav 1 426 läkare. På Huddinge universitetssjukhus fanns 6 832 anställda, varav 1 057 läkare.

Antalet kliniker var 61 i Solna och 52 i Huddinge, administrativa enheter exkluderade.

Källa: Karolinska universitetssjukhuset.

Ledningen och de administrativa delarna agerar som ett sjukhus i sitt arbete, medan professionen jobbar på som vanligt på två stora sjukhus. Mycket av det man skulle ha kunnat utvinna av fusionen har inte tagits tillvara, säger Soki Choi, som år 2011 la fram en avhandling om fusionen av de två sjukhusen.

I dag konstaterar hon att avståndet mellan ledningen och de anställda har ökat. Organisationen har blivit mer toppstyrd och de administrativa kostnaderna har växt – tvärt emot fusionens syfte. Sammanslagningen ledde till en gigantisk och än mer svårstyrd expertorganisation, som tycks ha kompenserats med fler kontrollerande staber, menar hon.

– Den stora kritiken var att det var vansinne att slå ihop två så stora sjukhus för att spara pengar. Vi kan nu se att kritiken var befogad. Personalavdelningen och staberna har vuxit sig enormt stora, tvärtemot vad en expertorganisation behöver. Det har blivit en bumerangeffekt.

Enligt Soki Choi går det att till en början spara små engångskostnader vid en fusion liknande Karolinskas, men besparingarna äts snabbt upp av nya större kostnader. Huruvida Karolinska universitetssjukhuset tjänat på sammanslagningen har ingen räknat på, och sannolikt kommer det inte heller att göras. Det är för svårt, konstaterar både Birgir Jakobsson och Soki Choi. Ingen vet vad som hade skett om den aldrig hade ägt rum.

Samtidigt påminner Soki Choi om att mer än administrationen kostar pengar. Större förändringsbeslut som inte förankras hos personalen kan leda till kompetensflykt, vilket hon menar var fallet för Karolinska universitetssjukhuset.

– Professionen påpekar ofta att sjukhusledningen och politikerna inte verkar förstå att det kan ta tiotals år att bygga upp välfungerande kliniska samarbeten. Kostnaden för raserade kliniska stukturer och kompetensflykt är oändligt mycket större än de administrativa kostnaderna man sparade in i början, säger hon.

Personligen är Soki Choi i dag tveksam till om sammanslagningen någonsin borde ha ägt rum.

– Hypotetiskt tror jag att det absolut finns all anledning att fundera på om det inte vore bättre ogjort. Men i dag är det en ickefråga för många.

Bilden bekräftas från flera håll. Man pratar inte längre om huruvida Karolinska universitetssjukhuset ska fungera som en arbetsgivare eller inte – den frågan är passé. Bara tanken på en ny uppdelning av sjukhusen, som landstings- och KD-politikern Stig Nyman lyfte förra året, får sjukhusdirektören Birgir Jakobsson att skärpa tonen.

– Det vore på gränsen till katastrofalt och skulle innebära en minst femårig »hela havet stormar«-period igen.

Inte heller Läkarföreningens ordförande på Karolinska, Yvonne Dellmark, ser en uppdelning av sjukhusen framför sig. Processen har gått så långt att det inte längre handlar om två fullvärdiga sjukhus, utan snarare om två halva sjukhus som är beroende av varandra, säger hon.

– I och med sammanslagningen blev många enheter dubbelt så stora som de var innan. Enskilda medarbetare på enskilda kliniker, där det är stora enheter och långt till cheferna, kan se ett värde i att dela upp sjukhusen igen. Men det är ingen självklar lösning.



»Problemet med en sån här stor organisation är att ju större sjukhuset blir, desto mer beroende blir ledningen av siffror.«

Yvonne Dellmark

Huruvida organisationen Karolinska universitetssjukhuset fungerar bra eller dåligt beror på vem man frågar, anser Yvonne Dellmark. På många håll har samarbetet satt sig, samtidigt som det finns större enheter där uppdelningen av arbestuppgifter ännu inte är självklar, och där det fortfarande finns diskussioner om hur saker ska göras. Yvonne Dellmark upplever att läkarnas arbetsmiljö försämrats, men om fusionen bidragit till detta är svårt att säga.

– Problemet med en sån här stor organisation är att ju större sjukhuset blir, desto mer beroende blir ledningen av siffror. I en mindre verksamhet blir det tydligare vad alla gör. Läkargruppen löser ju mycket som inte syns uppåt. Man upplever att färre medarbetare gör fler jobb, att det är svårt att hinna med och att se vad man ska göra under en dag för att ha gjort ett bra jobb, säger hon och tillägger:

– Det är lätt att det blir väldigt subspecialiserat och att man tappar kompetens när det gäller bredden. Ju längre man jobbar som specialist desto mer subspecialiserad blir man. Man får svårare att vara kompetent på andra områden eftersom man inte kommer i kontakt med dem längre.

Ändå är det jättebygget av Nya Karolinska Solna, NKS, som upptar de flestas tankar just nu. Oro uttrycks från flera håll och Soki Choi, som de senaste tre åren jobbat med att överföra evidensbaserad kunskap om organisationsförändringar inför omställningen till NKS, är uppgiven.

– Jag måste medge det. Planeringen och genomförandet av det här har inte alls följt någon skolbok, trots att forskningen finns. Men en sida av mig hoppas och önskar det bästa, säger hon.

På gratisbussen mot Huddinge börjar specialistläkaren Petter Westfelt närma sig sin slutstation. Inom kort börjar hans möte med kollegerna på simulatorcentrumet Camst, där han numer utbildar studenter och personal i avancerade patientsimulatorer och patientsäkert lagarbete – allt enligt trafikflygets modell. Vad NKS kommer att innebära för hans eget jobb vet han inte. Men visst finns



Pendelbussen tillbaka i Solna efter första morgonturen till Huddinge.

farhågor bland personalen om vad en ny omorganisation kan innebära, medger han.

– Ja, folk har svårt att förstå logiken kring NKS. Nu pratar man plötsligt om att behålla vissa delar av gamla KS, som Astrid Lindsgrens barnsjukhus, fast de från början skulle bort eftersom det var för dyrt att renovera. Och så bygger man NKS först och ska sen fundera på vad man ska stoppa in i där. Det är jättemycket åsikter om det.

Innan Petter Westfelt lämnar bussen med sina 15 medpassagerare, för att ge plats åt 22 nya på den vändande turen, konstaterar han att de flesta ändå verkar tycka att Solna och Huddinge har hittat sin form nu.

– Det har blivit mycket bättre de senaste åren, upplevelsen är bättre. Personligen trivs jag verkligen med att arbeta på båda sajterna, säger han.

Marieke Johnson
frilansjournalist

DLF:s fullmäktigemöte

Ny läkarförening för hela primärvården diskuterades

Primärvårdsläkare = distriktsläkare. Detta, som en gång stämde, blir allt mindre sant. Därför överväger Distriktläkarföreningen att låta alla specialister i primärvården få bli medlemmar. Blir det så kan också ett namnbyte bli aktuellt.

Primärvården har genomgått stora förändringar på senare tid, och på många vårdcentraler arbetar i dag olika specialister sida vid sida. Vid Distriktsläkarföreningenss fullmäktigemöte den 4 april diskuterades om föreningen ska förbli en distriktsläkarförening eller breddas till att bli en läkarförening för hela primärvården.

– Ska vi vara inkluderande eller exkluderande? undrade DLF:s ordförande Ove Andersson.

Som ett led i diskussionen har föreningen beslutat om två ändringar i stadgarna. Dels har man öppnat för att alla specialister som arbetar i primärvården ska kunna vara medlemmar i föreningen. Dessutom ska ST-läkare i allmänmedicin kunna bli associerade medlemmar. Den första förändringen har redan godtagits av Läkarförbundets centralstyrelse. Den andra förändringen kräver dock att även Läkarförbundets stadgar ändras.

Stadgeändringarna ska dock inte ses som att frågan är avgjord, enligt Ove Andersson.

– Efter sommaren ska en internremiss gå ut till lokalföreningarna.



Som vanligt belönade DLF Årets allmänläkarvän vid fullmäktigemötet. I år gick utmärkelsen till Svante Pettersson, utredare på Läkarförbundets kansli, för sina insatser för utvecklingen av svensk primärvård.

Foto: Michael Lövtrup

»Ska vi vara inkluderande eller exkluderande?«

Nyvalde ordföranden Ove Andersson

Väljer man att bredda rekryteringsunderlaget kommer frågan troligtvis att väckas om man ska byta namn på föreningen.

Fullmäktige beslutade också att man ska undersöka om vårdvalet lett till att resurser flyttats från glesbygd till storstäder. Enligt motionärerna från Kalmar och Jämtland finns det vissa sådana tecken, och styrelsen, som biföll motionen, höll med om att det var en viktig fråga.

– Det har gjorts ett antal utvärderingar av vårdvalet, men inte många har sett på hur det påverkat ojämlikheten i vården, sa Anna Segernäs Kvitting, vice ordförande.

Vid fullmäktigemötet omvaldes Ove Andersson som ordförande. Som ny vice ordförande valdes Lena Ekelius, Malmö. Som ny ordinarie styrelseledamot valdes Bengt Jönsson, även han från Malmö.

Michael Lövtrup

Bättre tillgänglighet – men mest för storstadsbor

Tillgängligheten har blivit bättre tack vare apoteksomregleringen, vårdvalet och vårdgarantin – men det är främst storstadsbor som har gynnats av reformerna, visar en färsk rapport från Myndigheten för vårdanalys.

– Reformerna har gjort ett positivt avtryck när det gäller tillgänglighet, men det finns ett fortsatt behov av att följa upp och utveckla dem, säger Vårdanalys chef Fredrik Lennartsson.

Cirka 170 nya vårdcentraler har tillkommit – en ökning på 17 procent – sedan vårdvalet infördes. I dag kan 99 procent av befolkningen ta sig till en vårdcentral efter en bilfärd på 20 minuter. Antalet patientbesök inom primärvården har också ökat totalt sett, men enligt Vårdanalys har det inte avlastat specialistsjukvården.

– Besöken verkar ha ökat i de flesta grupperna, men vi ser vissa indikationer på att ökningen varierar efter socioekonomi och vårdtyngd, säger utredaren Hanna Sjöberg.

Antalet läkarbesök för vårdtunga grupper verkar exempelvis inte ha ökat lika mycket som för befolkningen i allmänhet.

Hanna Sjöberg konstaterar att patienternas ställning har stärkts de senaste åren, men att kraven på den enskilda patienten samtidigt har blivit större.

– Flera av reformerna förutsätter viss förmåga att göra informerade val.

Det finns stora skillnader mellan landstingen, bland annat beroende på hur vårdvalssystemen är utformade. Det finns även geografiska skillnader. Glesbygdsbefolkningen har haft ganska liten eller ingen nytta alls av vårdvalet, eftersom de flesta nya vårdcentralerna har öppnat i tätorter. Ett annat problem är bristen på kontinuitet inom primärvården.

Marie Ström

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

Läkare på akutmottagningen i Malmö:

»Det är inte Jimmie Åkesson som inte är välkommen, det är hans åsikter«

I veckan ska Sverigedemokraternas partiledare göra ett studiebesök på akuten i Malmö. Nästan 260 vårdanställda har nu signerat ett öppet brev där de skriver att Åkessons värderingar inte är välkomna på deras arbetsplats. Men det är inte samma sak som att Jimmie Åkesson inte skulle vara välkommen, säger en av initiativtagarna till brevet.

– Vi försöker inte stoppa besöket. Han har rätt att göra det. Men vi utnyttjar vår demokratiska rätt att ge vår syn på den politik som han för. Det handlar om värdegrund och inte partipolitik.

Det säger en läkare som arbetar på akuten i Malmö och är en av dem som signerat det öppna brevet som i dag publicerades i Sydsvenskan angående Jimmie Åkessons kommande besök på akutmottagningen.

Malmöläkaren, som på grund av att det under dagen uppstått en hotbild vill vara anonym, säger att det öppna brevet är skrivet för att förmedla att alla har rätt till lika vård.

– Malmöborna och alla häromkring är välkomna till akutmottagningen oavsett vem man är. Vi möter ju ofta de allra sköraste i samhället när de är här i sin kanske svåraste stund. Vår akutmottagning ska vara en trygg miljö.

När Sverigedemokraternas partiledare Jimmie Åkesson besökte geriatriken i Umeå försökte en läkare stoppa hans besök genom att blockera vägen. Besöket genomfördes men uppmärksamheten blev stor, vilket Läkartidningen tidigare rapporterat om. Umeåläkarens chefer och landstingsledningen menade att han agerat utanför sina befogenheter. Försöket att stoppa SD-ledaren har också lett till att läkaren hotats till livet.

Malmöläkaren säger att det har gjort även honom orolig, inte minst med tanke på att hot begränsar yttrandefriheten.

– Därför är det bra att vi är många som står bakom brevet.



Foto: Nyhetsbyrån TT

Akuten, universitetssjukhuset i Malmö.

> »Vi försöker inte stoppa besöket ... Men vi utnyttjar vår demokratiska rätt att ge vår syn på den politik som han för. Det handlar om värdegrund och inte partipolitik.«

Däremot är han inte rädd för formella sanktioner från sjukhus- och regionledning.

– Nej, inte i och med att vi varit så öppna med det vi har gjort. Vi har en väldigt god relation med våra chefer och de har fått se det vi skrivit innan vi har gått ut med det.

Malmöläkaren säger att akutmottagningen även tidigare haft besök av politiker.

– Ja, det har vi haft, och det är klart att Jimmie Åkesson är en folkvald person och han har rätt att göra det här. Och om vi nu ska fortsätta att ha sjukhuset som en politisk arena så har ju alla folkvalda rätt att komma hit.

Malmöläkaren känner inte till om någon i gruppen varit i kontakt med den som bokat in studiebesöket.

– Nej, jag vet inte vem som har bokat det. Vi fick ett mejl från ledningen att det hade kommit en förfrågan från Sverigedemokraterna om han fick komma.

Det blev startskottet för en intern Facebook-grupp för dem som är anställda på akuten i Malmö.

– Där har vi nu 500 som vill stå på vår lista med namn och titel och folk hör av sig från hela landet. I går öppnade vi en allmän Facebook-sida, [Vi-är#vårdpersonalmotrasism], och nyss var det 2 100 som gillar den sidan och skriver på den.

Malmöläkaren säger att han hoppas att så många om möjligt som jobbar inom vården ska skriva under att alla har lika rätt att komma till sjukvårdsinrättningar och att få lika vård oavsett vem man är.

– Vår agenda är inte att stoppa besöket. Det är inte Jimmie Åkesson som inte är välkommen, det är hans åsikter. Han är folkvald och har rätt att komma hit som alla andra. Vi vill visa att vi står upp för allas lika rättighet till vård. Det är kärnan i budskapet.

Sara Gunnarsdotter

Yngve Gustafson, professor i geriatrik:

Freda vårdavdelningarna i valrörelsen

Vårdavdelningar bör vara fredad zon i valrörelsen, tycker geriatrikprofessor Yngve Gustafson efter turbulensen kring Sverigedemokraternas partiledare Jimmie Åkessons studiebesök i Umeå.

LÄS MER på Läkartidningen.se.

Läs även Niels Lynøes debattinlägg »Politikerbesök i klinisk verksamhet en fråga om informerat samtycke«.

Politiker uppmanas ta initiativ mot icke smittsamma sjukdomar

Läkarförbundet och ytterligare 21 organisationer vill att svenska politiker tar ett nationellt initiativ mot icke smittsamma sjukdomar.

Det är dags för en svensk NCD-strategi, skriver 22 organisationer i en debattartikel i Dagens Samhälle.

NCD (non-communicable diseases), eller icke smittsamma sjukdomar, som hjärt–kärlsjukdomar, cancer, diabetes och kroniska lungsjukdomar, orsakar de flesta förtida dödsfallen i världen. 2014 ägnas de särskild uppmärksamhet av WHO och FN.

Läkarförbundet, Distriktsläkarföreningen, Läkare mot tobak och Läkaresällskapet finns med bland de 22 hälso- och sjukvårdsorganisationerna som 2011 bildade det svenska NCD-nätverket.

Nu efterlyser de ett svenskt politiskt initiativ mot icke smittsamma sjukdomar, där riksdag och regering går i täten. I artikeln hänvisas till att flera andra länder, till exempel Norge, redan har en NCD-strategi.

»Enligt forskningen vet vi att de mest verksamma och kostnadseffektiva åtgärderna för att förebygga icke smittsamma sjukdomar är politiska och strukturella«, skriver organisationerna.

Sådana åtgärder är till exempel höjda priser på tobak och alkohol, mindre salt och socker i färdiga produkter, information om diet och stadsplanering som främjar fysisk aktivitet. **KB**

Miljardsatsning på att korta väntetider i cancervården

Regeringen vill satsa 2 miljarder kronor under 2015–2018 på kortare väntetider i cancersjukvården.

Våldtäktsdömd förlorar legitimationen

Den läkare som tidigare dömts för våldtäkt mot barn förlorar nu sin läkarlegitimation (HSAN 0122/2013).

Läkemedelsinförande samordnas nationellt

Med ny landstingsgemensam modell ska införandet av nya läkemedel samordnas nationellt. Under måndagen lämnade SKL slutrapporten till projektet »Ordnat införande i samverkan« till Socialdepartementet.

LÄS MER Artiklarna finns i full längd på Läkartidningen.se



Foto: Gustav Mårtensson

Bill Gates besökte KI och medverkade bland annat i en paneldebatt under ledning av Hans Rosling.

Bill Gates på Karolinska institutet:

»Extrem fattigdom kan utrotas«

Världen har blivit bättre och den extrema fattigdomen kan utrotas under de kommande 20 åren. Det konstaterade Bill Gates, som besökte Karolinska institutet förra veckan för en paneldebatt under ledning av Hans Rosling.

– Det senaste decenniet har vi sett större framsteg än under något annat decennium i mänsklighetens historia inom global hälsa, öppnar Bill Gates sitt anförande, som rubricerats »The world is getting better«.

Gates är hedersdoktor på Karolinska institutet, KI, sedan 2007. Den nybyggda Aula Medica är fylld till sista plats och KI:s pressansvarige berättar om mängder av samtal från människor som vill närvara.

Det var under 1990-talet Microsoft-grundaren blev intresserad av global hälsa under en resa i Afrika.

– Därefter läste jag om rotaviruset i New York Times, där det stod att det orsakar en halv miljon dödsfall bland barn per år. Jag hade inte ens hört talas om viruset. Man läser om jordbävningar och katastrofer, men att en sjukdom som dödar så många barn inte skapade rubriker förvånade mig, säger Gates och fortsätter:

– Barn i fattiga länder var de som löpte störst risk att dö om de smittades, men företagen var inte intresserade av att utveckla vacciner mot sjukdomar som rotavirus som drabbar fattiga. Däremot fanns det vacciner för barn i rika länder trots att dessa löper låg risk att dö om de väl smittas. Där fanns ett problem som jag insåg att marknadsdriven innovation inte kunde lösa men som vi kunde hjälpa till med, säger han.

Att utveckla och sprida ett rotavirusvaccin blev ett av stiftelsen Bill & Melinda Gates Foundations tidiga mål. I dag arbetar man inte bara med att bekämpa infektionssjukdomar utan även med utbildning, jordbruk och finansiella tjänster.

Utvecklingen inom global hälsa har varit fenomenal det senast decenniet. På tio år har antalet barn som avlider före fem års ålder sjunkit från 10 till 6,6 miljoner.

– Men mycket arbete återstår. Att 6,6 miljoner barn dör varje år innebär att fem procent av alla barn som föds på jorden dör innan de blir fem år. Det är fullt möjligt att komma ner under 2 procent under de närmaste 20 åren. Det som krävs är några dussin nya läkemedel, framför allt vacciner, och inte minst distribution av dessa, säger Gates.

Många känner inte till den positiva utvecklingen som skett. Att fattiga länder är dömda till evig fattigdom och att bistånd inte gör någon skillnad är skadliga myter som blockerar utvecklingen och riskerar att bli argument för att slippa ge.

– Att sänka barnadödligheten är avgörande. En vanlig missuppfattning är att om fler barn räddas till livet leder det till överbefolkning. Men om kvinnor vet att det är liten risk att deras barn dör väljer de i stället att föda färre barn, säger Gates, och berömmer Hans Rosling som för ut budskapet att världen blir bättre.

Gates poängterar skillnaderna mellan stiftelsens bistånd och det som ges av länder. Han delar in bistånd som »uppströms« – vilket omfattar forskning och utveckling av exempelvis vacciner – och »nedströms« som omfattar distribution av dessa.

– Vi lägger en relativt stor del av våra resurser, ungefär hälften, uppströms, däribland utveckling av vacciner mot HIV, malaria och tuberkulos, därför att vi kan dessa områden bra. Uppströms och nedströms arbete måste ske nära varandra. Man måste hela tiden basera utvecklingsarbetet för den verklighet de ska användas i.

Bill Gates donerar årligen 20 miljarder kronor, ungefär hälften av Sveriges totala bistånd.

– Det är viktigt att komma ihåg att stiftelser, även om de är stora, har svårt att mäta sig med vad länder kan ge, säger han och applåderar Sverige och Norge.

– Ni ger över en procent av er BNP i bistånd och för det ska ni ha stort tack. Ni utgör ett fint exempel för övriga världen.

Anders Hansen

Reklam för handsprit inte vilseledande

Påståendet att handsprit minskar risken för vinterkräksjuka riskerar att invagga människor i falsk trygghet. Det ansåg en privatperson som anmälde en radioreklam med det budskapet till Reklamombudsmannen (Ro). Men Ro anser att annonsören kunnat bevisa sin sak och därför får påstå det i reklam. (Ro 2014-03-03)

En reklamjingel för handsprit inleds med att en man sjunger: »Vi kan inte se dem, men de rör sig överallt. Mikroorganismer gör inte livet ballt. High five, let's unite in healthiness, we feel so nice.« Efter det säger en kvinnlig röst: »Visste du att den vanligaste smittspridaren är våra egna händer? [Handsprit av ett visst märke] har bevisat effekt mot spridning av influensa, förkylning och vinterkräksjuka. Håll dig frisk, använd [handsprit av ett visst märke]«. Mannen fortsätter sjunga: »Det är dags, desinficera, det är det som måste till. Det är dags, eliminera varje virus och bacill.«

Reklamen har anmälts av en privatperson till Ro som vilseledande. Anmälaren skriver att vinterkräksjuka orsakas av calicivirus som inte påverkas negativt av alkohol. Anmälaren menar att reklamen invaggar ovetande konsumenter i falsk trygghet, något som kan leda till att dessa konsumenter struntar i handtvätt med tvål och vatten och därigenom för smittan vidare. Ovetande konsumenter riskerar enligt anmälaren även att smittas själva om de följer anvisningarna i reklamjingeln.



Foto: Colourbox

I ett yttrande till Ro hänvisar annonsören till en rapport från laboratoriet MikroLab GmbH. Rapporten visar att alkoholen i den marknadsförda produkten avdödar murint norovirus (som ingår i gruppen humant calicivirus) i tillfredsställande utsträckning.

Ro finner inte skäl att ifrågasätta annonsörens uppgifter om att så är fallet och slår därför fast att den aktuella radioreklamen inte är vilseledande.

Huruvida Ro anser att reklamjingelns språkliga hantering av budskapet riskerar att uppfattas som stötande framgår inte av beslutet. **Sara Gunnarsdotter**

Citera som: Läkartidningen. 2014;111:CRZM

CORAL ändrar inte behandlingen av aterosklerotisk njurartärstenos

Men studien skärper kravet på patientselektion inför ballongdilatation



KEITH ELIASSON, docent, överläkare, njurmedicinska kliniken
keith.eliasson@karolinska.se



ULF HEDIN, professor, överläkare, kärlkirurgiska kliniken; båda Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Sedan tekniken med perkutan transluminal renal angioplastik (ballongdilatation) först beskrevs 1978 [1] har metoden alltmer dominerat som intervention vid njurartärstenos. Ingreppet blev också vanligare, och slutligen utfördes det till och med på patienter som genomgått angiografier på helt andra indikationer.

Eftersom aterosklerotiska njurartärstenoser utan hemodynamisk betydelse är mycket vanliga [2], ledde sådana ingrepp inte till några fördelar [3]. Trots förbättrade metoder för både utredning och ballongdilatation, har det saknats bevis från större studier för att ingreppet skulle förbättra blodtryck och njurfunktion och minska kliniska händelser, även om god effekt hos enstaka patienter varit otvetydig.

Först 2009 publicerades större studier [4, 5]. Störst var ASTRAL-studien (Angioplasty and stenting for renal artery lesions) [6], där patienter erhöll medikamentell behandling med eller utan ballongdilatation. Man fann ingen skillnad i blodtryck eller njurfunktion, men studien anses inte konklusiv på grund av bristfällig design, vilket tidigare diskuterats utförligt [4, 7-9].

> »Patienter med stabil njurfunktion och välkontrollerat blodtryck bör inte erbjudas ballongdilatation ...«

CORAL-studien startade 2005

CORAL-studien (Cardiovascular outcomes in renal atherosclerotic lesions) syftade till att klargöra eventuella fördelar med stentning av aterosklerotiska njurartärstenoser jämfört med medikamentell terapi, specifikt med avseende på kliniska händelser i en stor grupp patienter [10]. Studien har förväntats ge tydligt svar på frågan om ballongdilatation lönar sig, och dess resultat har nu publicerats [11].

CORAL-studien startades 2005 som en randomiserad, öppen, kontrollerad multicenterstudie. Inklusionskriterier var uttalad aterosklerotisk njurartärstenos, definierad som antingen >80 procent reducerad lumendiameter eller 60–80 procent med en tryckgradient över stenosen på minst 20 mm Hg. Samtliga angiografier granskades centralt.

Under studiens gång genomfördes några förändringar av inklusionskriterierna. Först krävdes systolisk hypertoni (>150 mm Hg) trots minst två läkemedel och/eller kronisk njursvikt. Senare krävdes inte hypertoni vid kronisk njursvikt med skattad clearance (eGFR [glomerulär filtrationshastighet]) <60 ml/min/1,73 m^2 kroppsyta enligt MDRD-formeln (modification of diet in renal disease).

Sammansatt primär utfallsvariabel

Patienterna randomiserades till enbart medikamentell terapi eller med tillägg av ballongdilatation med stentning. Blodtrycksmål var <140/90 mm Hg eller <130/80 mm Hg vid njursvikt. Samtliga patienter fick också trombocythämmare, och socker- och lipidstatus korrigerades enligt riktlinjer.

Exklusionskriterier var fibromuskulär dysplasi, kronisk njursvikt av andra orsaker än sk ischemisk nefropati eller S-kreatinin >354 µmol/l.

CORAL-studiens sammansatta, primära utfallsvariabel var död av kardiovaskulära orsaker, stroke, hjärtinfarkt, sjukhusvård för hjärtsvikt, progredierande njursvikt eller behov av dialys/transplantation. Strikta diagnoskriterier krävdes. Med progredierande njursvikt avsågs 30 procents reduktion av eGFR >60 dagar utan andra orsaker.

Sekundära utfallsvariabler utgjordes av de ingående komponenterna i de primära utfallsvariablerna, med kardiovaskulärt eller renalt orsakade dödsfall liksom total mortalitet som separata utfallsvariabler.

Väl matchade studiegrupper

5 322 patienter screenades, varav 4 375 inte blev inkluderade. Man uteslöt 1 116 personer utan angiven orsak och 210 på grund av läkarens preferens av behandling. Övriga ville inte delta (801 personer) eller uppfyllde inte kriterierna.

Slutligen ingick 459 patienter i stentgruppen och 472 i icke-stentgruppen i studiens intention to treat-analys. Man räknade med att 1 080 patienter skulle krävas, men utsträckte i stället studiens uppföljning för att säkerställa tillräcklig statistisk styrka.

Grupperna var väl matchade från början. Medelåldern var 69 år, systoliskt blodtryck 150 mm Hg och stenosgraden 67 procent i båda grupperna. Global ischemi definierades som minst 60 procents stenos i alla kärl till båda njurarna eller till en enda fungerande njure. Detta förhållande förelåg hos 20 respektive 16 procent. Bilaterala stenoser fanns hos 22 respektive 18 procent.

Endast modest skillnad i blodtryck

Mediantiden för uppföljning blev 43

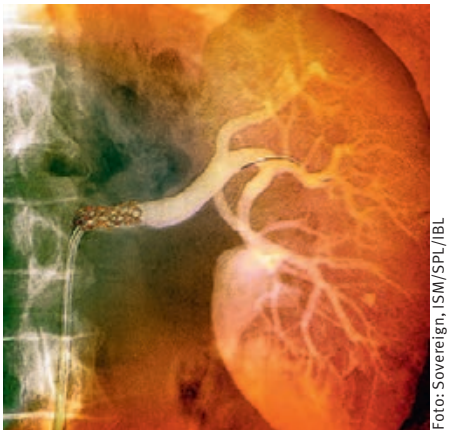


Foto: Sovereign, ISM/SPL/IBL

Ballongdilatation med stentning av aterosklerotisk njurartärstenos bör förbehållas noga utvalda patienter med avancerad renovaskulär sjukdom.

SAMMANFATTAT

I CORAL-studien kunde inte ballongdilatation minska kliniska händelser vid njurartärstenos och hypertoni eller måttlig njursvikt jämfört med enbart medikamentell behandling.
Väl utvalda patienter med avancerad renovaskulär sjukdom bör dock erbjudas sådan intervention.
Övriga patienter ska följas med fullgod medikamentell behandling.

månader. Stentning reducerade stenosgraden från 68 procent till 16 procent (P < 0,001). Vanligaste komplikationen var dissektion (2,2 procent). Både ocklusion av artärgren och angiografiskt påvisad perifer embolisering förekom i 1,2 procent av fallen, medan övriga komplikationer bara förekom i enstaka fall.

Primär utfallsvariabel inträffade hos 35,1 procent i stentgruppen och 35,8 procent i icke-stentgruppen (P = 0,58). Inte heller mellan enskilda komponenter i primär utfallsvariabel fann man några signifikanta skillnader. Total mortalitet hos dessa patienter med ökad risk skilde sig inte heller mellan grupperna (14 respektive 16 procent).

En subgruppsanalys påvisade inga skillnader i utfall beroende på förekomst eller inte av diabetes eller global renal ischemi. Antalet antihypertensiva läkemedel ökade i båda grupperna från 2,1 i genomsnitt till 3,3 respektive 3,5. Det genomsnittliga blodtrycket blev något lägre i stentgruppen, –2,3 mm Hg (P = 0,03). Denna modesta skillnad kvarstod under uppföljningsperioden och var den enda statistiskt signifikanta skillnaden mellan grupperna i CORAL-studien. Den gav inte upphov till skillnader i utfallsvariablerna vid denna måttliga uppföljningstid.

Inga fördelar med stentning

Författarna konstaterar själva att den medikamentellt behandlade gruppen uppvisade mycket goda resultat med tanke på ålder och övriga riskfaktorer. Man har ju också eftersträvat strikt kontroll av sådana faktorer. I likhet med tidigare studier kan man diskutera om gränsen för signifikant njurartärstenos varit rimlig. Man fann dock inte heller fördelar med stentning för patienter med >80 procents stenosgrad eller global renal ischemi.

Författarna tar själva upp frågan om det stora bortfallet från screeningen, där det ju liksom i ASTRAL-studien kan ha förekommit ett bortfall av patienter som av behandlande läkare bedömdes skulle behöva intervention och därför inte inkluderats.

Gruppens slutsats blir att man inte kan finna fördelar med stentning för att förhindra kliniska händelser hos patienter med aterosklerotisk njurartärstenos och hypertoni eller kronisk njursjukdom i jämförelse med noggrann, multifaktoriell medikamentell terapi.

Ledare understryker kunskapsbrist

I ledarkommentaren [12] understryks också att vi i dag saknar kunskap om när en stenoserad njures metabolism övergår till att bli anaerob och leder till »ischemisk nefropati«. Både djurförsök och preliminära studier på patienter tycks visa att först en mycket betydande stenosgrad (>90 procent) leder till nedsättning av intrarenal syrespänning [13].

Subgruppsanalyser i både ASTRAL-studien och CORAL-studien av patienter med de mest uttalade stenosgraderna har inte heller i dessa grupper påvisat fördelar med stentning. Önskemål har framförts om studier av kritisk bilateral njurartärstenos eller grav stenos till funktionell singelnjure [4, 5].

Amerikanska riktlinjer har angett att ballongdilatation är en rimlig åtgärd (IIa, evidensgrad B) för den patientgruppen [14].

Nya europeiska riktlinjer för hypertonibehandling [15] anger med samma evidensgrad att ballongdilatation generellt inte rekommenderas vid aterosklerotisk njurartärstenos om njurfunktionen varit stabil 6–12 månader och hypertoni kan kontrolleras med acceptabel medikamentell behandling.

Mer kardiovaskulär än renal åkomma

Det finns en hög grad av samexistens mellan aterosklerotisk njurartärstenos och andra manifestationer av ateroskleros [2], varför det kan hävdas att tillståndet ska betraktas mer som en kardiovaskulär åkomma än en renal [5] och att etablerad systemisk ateroskleros påverkar njurfunktionen innan en isolerad njurartärstenos utvecklats [16]. Redan etablerad påverkan på njurens arterioler (nefroskleros) med förhöjd intrarenal resistens minskar möjligheten för lyckad ballongvidgning [3, 17].

I en liten studie av ballongvidgning utan stent utfördes för första gången uppföljande angiografier efter 1 år oavsett blodtryckssvar. Man fann inget samband mellan blodtryck och resultatet av ballongvidgning [18]. Sänkt njurfunktion, hypertoni med lång duration, annan organpåverkan och högt pulstryck kan predicera kvarstående hypertoni efter ballongvidgning [19, 20].

Man söker nya metoder för selektion av patienter lämpade för intervention. Syrespänning i njurkortex [13], separatfunktion i stenosnjuren [21] och proinflammatoriska substanser [22] studeras.

Ska erbjudas noga utvalda patienter

Efter CORAL-studien ökar kravet än mer på noggrann utredning och selektion av lämpliga patienter för ballongdilatation. Komplikationsrisken har i tidigare multicenterstudier varit avskräckande [4, 16], men blev klart mindre i CORAL-studien, vilket understryker att dessa patienter ska bedömas och behandlas på specialiserade centra.

Vi har deklarerat betydande enighet om behandling av njurartärstenos tidigare [8], och vår uppfattning att ballongdilatation ska erbjudas noga utvalda patienter kvarstår. Av de patienter som remitteras för specialistbedömning på Karolinska universitetssjukhuset i Stockholm behandlas i dag en knapp fjärdedel med operation eller ballongdilatation. Bland dessa har många bilaterala stenoser eller grav stenos till singelnjure.

Vi försöker även vara noga med långtidsuppföljning av patienterna oavsett intervention. Statiner har angetts minska progresstakten av renal ateroskleros [23] och minska risken för embolisering vid intervention [16]. Även andra sedvanliga åtgärder vid aterosklerotisk kärlsjukdom är aktuella vid konservativ behandling av njurartärstenos [24].

Vi tror på hög grad av konservatism i handläggningen av patienter med aterosklerotisk njurartärstenos. Patienter med stabil njurfunktion och välkontrollerat blodtryck bör inte erbjudas ballongdilatation, medan däremot patienter med progredierande försämring av njurfunktionen utan annan orsak, risk för global renal ischemi eller terapiresistent hypertoni kan bli föremål för specialistbedömning.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

LÄS MER Fullständig referenslista Läkartidningen.se

REFERENSER

4. Wiecek A, Chudek J, Adamczak M. Indications for renal revascularization – the landscape after the ASTRAL study. Nephrol Dial Transplant. 2010;25:2399-402.
5. Jarraya F, Pruijm M, Wuerzner G, et al. Blockade of the renin-angiotensin system in hypertensive patients with atherosclerotic renal artery stenosis. Curr Hypertens Rep. 2013;15:497-505.
8. Eklöf H, Bergqvist D, Hägg A, et al. Experter eniga om indikationer för behandling av njurartärstenos. Läkartidningen. 2010;107:2101-4.
10. Cooper CJ, Murphy TP, Matsumoto A, et al. Stent revascularization for the prevention of cardiovascular and renal events among patients with renal artery stenosis and systolic hypertension: rationale and design of the CORAL trial. Am Heart J. 2006;152:59-66.
11. Cooper CJ, Murphy TP, Cutlip DE, et al. Stenting and medical therapy for atherosclerotic renal-artery stenosis. N Engl J Med. 2014;370:13-22.

nya.ron@lakartidningen.se

Ny metod för kontroll av misstänkt hjärtinfarkt

AUTOREFERAT. Bröstsmärta är ett kardinalsymtom på hjärtinfarkt och är en av de vanligaste sökorsakerna på akutmottagningarna. Men endast 10–20 procent av alla patienter som läggs in för observation av bröstsmärta har en hjärtinfarkt.

Nyligen introducerades den så kallade högkänsliga troponin T-metoden (hs-cTnT), vilken har högre känslighet än äldre troponinmetoder för att detektera hjärtmuskelskada. Författarnas hypotes var att patienter som söker för bröstsmärta och har ett första omätbart hs-cTnT (< 5 ng/l) och ett EKG utan tecken på syrebrist – oberoende av tidpunkt för provtagning, ålder, kön, eller andra riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom – har en minimal risk för att drabbas av hjärtinfarkt eller död inom 30 dagar.

Av 14 636 patienter som sökte för bröstsmärta på Karolinska universitetssjukhuset 2010–2012 och hade minst ett hs-cTnT-prov registrerat hade 61 procent ett omätbart hs-cTnT i blodet. Av dem lades 21 procent (n = 1 917) in för observation, varav 77 procent skrevs hem samma eller nästa dag. Den vanligaste utskrivningsdiagnosen var ospecifik bröstsmärta (50 procent).



Risken att skicka hem patienter direkt från akuten med omätbart hs-cTnT och ett EKG utan tecken till syrebrist är minimal, enligt författarna.

Bland de 8 907 patienterna med omätbart hs-cTnT utvecklade 39 patienter hjärtinfarkt inom 30 dagar; 15 av dessa hade inte några EKG-förändringar på akutmottagningen. Det negativa prediktiva värdet för ett omätbart hs-cTnT och EKG utan tecken på syrebrist var 99,8 procent (95 procents konfidensintervall, 99,7–99,9) för hjärtinfarkt, och 100 procent (95 procents konfidensintervall, 99,9–100) för död inom 30 dagar.

Författarna sammanfattade sina fynd med att risken med att skicka hem patienter direkt från akuten med omätbart hs-cTnT och ett EKG utan tecken till syrebrist är minimal. Denna enkla strategi skulle kunna udvika inläggning av 500 till 1 000 patienter med bröstsmärta per år bara på Karolinska sjukhuset.

Nadia Bandstein
ST-läkare, doktorand

Martin J Holzmann
överläkare;
båda Karolinska unversitetssjukhuset, Huddinge, och Karolinska institutet, Stockholm

Bandstein N, Ljung R, Johansson M, Holzmann MJ. J Am Coll Cardiol. Under publ 2014. doi: 10.1016/j.jacc.2014.03.017

Underrapportering till WHO om mödradödlighet i Sverige

AVHANDLING. Varje dag dör mellan 700 och 800 kvinnor i världen i samband med graviditet och förlossning, och 99 procent av dem dör i låginkomstländer. I Sverige inträffade i genomsnitt sex mödradödsfall varje år 1988–2007. Det är fler än de som rapporterades till WHO, visar denna avhandling. Mödradödligheten i Sverige bland kvinnor födda i låginkomstländer var sex till sju gånger högre än för kvinnor födda i Sverige.

Genom samkörning av Dödsorsaksregistret, Medicinska födelseregistret och Patientregistret samt eftergranskning av dödsorsaksintyg identifierades 123 mödradödsfall, vilket är 64 procent fler än de 75 som utgör det officiella antalet. Brister i rapporteringen visade sig finnas på olika nivåer; när ansvarig läkare fyller i dödsorsaksintyget, när diagnoserna kodas i Dödsorsaksregistret samt WHO:s regler för dödsorsakskodning inte överensstämmer med definitionen av mödradöd.

En journalgranskning utfördes av 75 mödradödsfall med syftet att identifiera eventuell suboptimal vård. Granskningen designades som en fall–kontrollstudie med 25 kvinnor födda i låg- och medelinkomstländer, vilka matchades mot 50 svenskfödda kvinnor. Suboptimala faktorer förekom i två tredjedelar av dödsfallen, men signifikant oftare bland de utlandsfödda kvinnorna. I 13 av fallen bland utlandsfödda bidrog språkförbistring och otillräcklig tolkanvändning till suboptimal vård. De utlandsfödda kvinnorna drabbades oftare av suboptimala faktorer i den medicinska handläggningen; till exempel att fel diagnos ställdes, diagnos ställdes för sent eller att rätt behandling fördröjdes.



Foto: Colourbox

Suicid under graviditet och barnsängstid inkluderas sedan 2012 i WHO:s klassifikation av mödradödsfall. I en deskriptiv studie inkluderades 103 suicid under graviditet och inom ett år efter förlossning 1980 till 2007. Registeruppgifter samt mödravårds- och förlossningsjournaler analyserades. Närmare hälften av kvinnorna hade fått psykiatrisk vård före graviditeten, men detta hade inte alltid fångats upp av mödravården, och ytterligare en fjärdedel av kvinnorna hade fått psykiatrisk vård under eller efter senaste graviditeten. Trots kunskapen om att flera psykiatriska tillstånd riskerar att förvärras efter förlossning hade endast en femtedel av kvinnorna en dokumenterad plan för psykiatrisk uppföljning vid hemgång från BB. Kvinnor födda i låg- och medelinkomstländer hade en flerfaldigt ökad risk att dö i jämförelse med kvinnor födda i Sverige.

Sammanfattningsvis är mödradödligheten i Sverige mycket låg, men mer sanningsenlig statistik kan erhållas genom samkörning av register. Kvinnor födda i låginkomstländer löpte under de studerade åren en högre risk för både mödradöd och suicid under och året efter graviditet. Det fanns samband mellan den högre risken för mödradöd och bristfällig vård. Alla mödradödsfall kan inte undvikas, men studier av fall med dödlig utgång kan brister i vården belysa och förhoppningsvis leda till förbättringar.

Annika Esscher
specialist i gynekologi och obstetrik, kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Annika Esscher. Maternal Mortality in Sweden: classification, country of birth, and quality of care [dissertation]. Göteborg: Göteborgs universitet; 2014.

Tveksam kostnadseffektivitet vid endovaskulär behandling av aortaruptur

Endovaskulär kirurgi (EVAR) är i dag den dominerande tekniken vid planerad operation av abdominella aortaaneurysm (AAA). Däremot är öppen kirurgi fortfarande vanligast vid ruptur; ofta på grund av logistiska problem på många sjukhus, men även för att det saknas tydlig evidens för att EVAR är bättre än öppen kirurgi vid ruptur.

Två nyligen publicerade artiklar värderar kostnadseffektiviteten av EVAR som behandling av rupturerade AAA.

Kapma et al analyserade data från en randomiserad studie för behandling av ruptur med öppen eller endovaskulär teknik, inkluderande 116 patienter. Mortaliteten var något lägre vid 30 dagar efter EVAR (21 procent) jämfört med öppen kirurgi (25 procent), men skillnaden minskade vid 6 månader (28 respektive 31 procent). Genomsnittskostnaden för EVAR var 5 306 euro högre initialt, och ökade med tiden. Totalt sett blev behandlingen inte kostnadseffektiv då kostnaden per sparat liv ansågs vara alldeles för hög, över 120 000 euro [Kapma MR, et al. Br J Surg 2014;101(3):208-15].

Rollins et al genomförde en retrospektiv analys av 147 patienter behandlade för rupturerade AAA. 30-dagarsmortaliteten var 18 procent vid EVAR och 26 procent vid öppen kirurgi, och lika stor andel i båda grupperna behövde genomgå reoperationer under uppföljning. Intressant nog var genomsnittskostnaden 3 572 euro lägre vid EVAR jämfört med öppen kirurgi, vilket kombinerat med bättre överlevnad resulterar i att EVAR var den hälsoekonomiskt föredragna operationsmetoden enligt denna studie.

Hälsoekonomisk värdering av nya behandlingstekniker är viktig. De divergerande resultaten i dessa studier understryker dock komplexiteten i dessa analyser och vikten av att kritiskt värdera resultaten av enskilda studier. Fler hälsoekonomiska data kommer snart att rapporteras från en större brittisk randomiserad studie av behandling av rupturerade AAA med öppen eller endovaskulär teknik.

Kevin Mani
docent i kärlkirurgi,
Akademiska sjukhuset, Uppsala

Rollins KE, et al. Br J Surg. 2014;101(3):225-31.

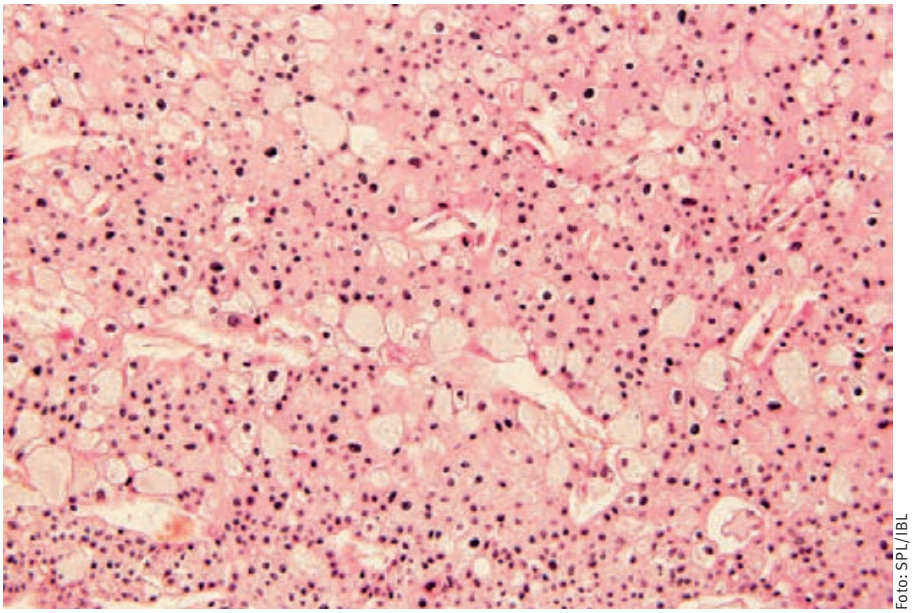


Foto: SPL/IBL

Njurcancer. Ljusmikroskopbild av kromofobt njurcellskarcinom.

Färre har metastaserad sjukdom vid diagnos av njurcancer

AUTOREFERAT. Sedan 2005 registreras samtliga patienter med nyupptäckt njurcancer i ett nationellt njurcancerregister. Man kan se en trend av minskande tumörstorlek och färre patienter med metastaserad sjukdom vid diagnos. Man ser också att allt fler patienter får en mer komplett preoperativ utredning.

Njurcancer utgör 2–3 procent av alla maligniteter i Sverige. Det är den nionde vanligaste cancerformen hos män och den fjortonde vanligaste hos kvinnor. Varje år får ca 1 000 svenskar diagnosen njurcancer och cirka 600 dör i sjukdomen. Ett nationellt vårdprogram finns och uppdaterades senast i mars 2013.

Sedan 2006 har de sex sjukvårdsregionerna i Sverige var sitt register för patienter med nyupptäckt njurcancer. Data från de regionala cancercentrumen valideras, kompletteras och samordnas till ett nationellt register. Täckningsgraden av det nationella njurcancerregistret är 99 procent jämfört med cancerregistret. I registret finns information om sjukdomsförekomst, fördelning av tumörstadium, morfologi och behandlingsmönster, och förändringar över tid kan analyseras.

Under åren 2005–2010 registrerades 5 553 patienter med nydiagnostiserad njurcancer. Andelen patienter som genomgick datortomografi av torax preoperativt ökade från 59 procent under 2005 till 84 procent 2010, vilket kan tolkas som en kvalitetsförbättring av den preoperativa utredningen. Total genomgick 4 229 patienter (76 procent) behandling med kurativ intention. 3 453 (82 procent) av patienterna genomgick radikal nefrektomi, 606 (14 procent) genomgick partiell nefrektomi och 170 (4 procent) genomgick kryoterapi/radiofrekvensterapi. Andelen partiella nefrektomier och laparoskopiska nefrektomier ökade under den studerade perioden. Hos patienter med tumörer mindre än 4 cm användes operationsmetoden partiell nefrektomi i en tredjedel av fallen. Mer än hälften av patienterna med metastaserad sjukdom vid diagnos genomgick palliativ nefrektomi. Femårsöverlevnaden var 85 procent för patienter med lokaliserad njurcancer och 20 procent för patienter med metastaserad sjukdom.

Studien visar sammanfattningsvis en kontinuerlig minskning av både tumörstorlek och andel patienter med metastaserad sjukdom vid diagnos samt bättre preoperativ utredning av patienter med njurcancer i Sverige.

Andreas Thorstenson
överläkare, postdok, Karolinska institutet

Sven Lundstam
överläkare, docent, Sahlgrenska sjukhuset

Thorstenson A, Bergman M, Scherman-Plogell AH, Hosseinnia S, Ljungberg B, Adolfsson J, Lundstam S. Scand J Urol. Epub 25 mar 2014.

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

ARCOXIA® (etoricoxib, MSD)

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

Citera som: Läkartidningen. 2014;111:CRHW

Akut lungemboli med hemodynamisk påverkan

Handläggning och behandling

KRISTINA SVENNERHOLM, ST-läkare, AnOpIVA
LEIF LAPIDUS, överläkare, docent, Medicin
CARL JOHAN MALM, specialistläkare, Thoraxkirurgi
BENGT REDFORS, överläkare, med dr, TOP/TIVA
LENNART STIGENDAL, överläkare, Medicin
KARIN ZACHRISSON JÖNSSON, överläkare, Radiologi buk/kärl
CHRISTIAN RYLANDER, överläkare, med dr, AnOpIVA
christian.rylander@vgregion.se
samtliga Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Handläggning vid lungemboli har diskuterats i Läkartidningen i en rad artiklar under 2000-talet [1-5]. Enligt Socialstyrelsen [6] har incidensen hos vuxna i slutenvård ökat från 54 till 86/100 000 mellan 2001 och 2011. Samma trend ses i andra länder och brukar hänföras till det ökade diagnostiska bruket av datortomografi (DT). Den totala dödligheten är ca 15 procent tre månader efter behandling [7]. Okomplicerade fall har låg mortalitet, men om patienten utvecklar hemodynamisk påverkan (systoliskt blodtryck under 90 mm Hg) är risken att avlida närmare 50 procent trots behandling [8]. De flesta dödsfall uppträder tidigt, och därmed finns sannolikt ett mörkertal av odiagnostiserade fall med letal utgång.

Rekommenderad initial behandling vid akut lungemboli med hemodynamisk påverkan är intravenös trombolys, även om kirurgi utan föregående trombolys har använts historiskt i ett mindre antal fall [9]. På senare år har dock alternativen till farmakologisk behandling utvecklats. Det gäller såväl kateterledd behandling som kirurgi [10], eventuellt med hjälp av extrakorporeal cirkulation [11]. Dessa kan komma i fråga om trombolys är kontraindicerad eller inte har tillräcklig effekt.

Syftet med denna artikel är att redovisa olika behandlingsprinciper och föreslå en ordnad handläggning.

Etiologi

Flertalet lungembolier kommer från tromboser i benets djupa vener (DVT). Riskfaktorerna för lungemboli är desamma som för DVT: malignitet, immobilisering, infektioner, kirurgi, hög ålder, hormonbehandling, graviditet och koagulationsrubbningar. Uppkomstmekanismen är nedsatt blodflöde i kombination med störningar i kärlväggens eller blodets inneboende skydd mot trombbildning. Blodets koagulationspotential gör att en 20–30 cm lång tromb som diagnostiserats i underbensvener kan byggas på så snabbt att den kan påvisas i v femoralis något dygn senare [12, 13]. Nybildade tromber har dålig hållfasthet, vilket möjliggör akut lungembolisering. Hur stor andel av de djupa tromberna som släpper embolier är inte känt, men asymtomatiska lungembolier har påvisats hos 50 procent av patienterna med DVT [14].

Majoriteten av patienterna med små lungembolier har normal lungfunktion vid uppföljning efter ett år [15]. Graden av resolution efter 6–12 månader är emellertid beroende av emboliernas utbredning och eventuell samtidig förekomst av hjärt–kärlsjukdom [16, 17]. Den initiala lysen beror på hög fibrinolytisk kapacitet i lungkärlen [18], medan slutresultatet är avhängigt av i vilken grad embolin organiseras. Denna process är ett samspel mellan endotelceller, fibrinolytiska systemet, proteolytiska enzymer och tillväxtfaktorer från aktiverade makrofager i kärlväggen samt trombocyter och monocyter i trombmassan [19].

Fibrinolys medieras av proenzymet plasminogen som är bundet i tromben. Kroppsegen plasminogenaktivator (tPA), frisatt från kärlendotelet, aktiverar plasminogen till plasmin, som i sin tur löser upp fibrinet. Den fibrinolytiska kapaciteten är hög i centrala kärl [18], vilket gör att större centrala embolier kan lyseras effektivt [15]. Vid livshotande embolisering kan processen påskyndas med rekombinant tPA. Detta medför att embolimaterialet fragmenteras och förs ut i perifera kärl där det destrueras tack vare kontakt med en större kärlyta [19]. Om tromben är äldre än två veckor kan embolimaterialet vara delvis organiserat, och då kan mekanisk fragmentering eller kirurgi ha bättre effekt än trombolys.

Farmakologisk behandling

Intravenös trombolys vid akut lungemboli har efter 24 timmar gynnsammare effekt på lungartärtryck och högerkammarfunktion och därmed även på genomblödning i lungor än heparin [20]. Metaanalyser av randomiserade studier som jämfört trombolys med antikoagulantia antyder lägre mortalitet och lägre recidivfrekvens efter trombolys, men entydig evidens saknas [20, 21]. En stor journalstudie med mer än 70 000 patienter med diagnosen lungemboli och samtidigt chocktillstånd och/eller respiratorvård visade lägre mortalitet med trombolys [22]. Trots avsaknad av säkerställd överlevnadseffekt i randomiserade studier råder etablerad konsensus om att lungemboli med hemodynamisk påverkan är indikation för trombolys i frånvaro av hög blödningsrisk [23]. Trombolys kan även övervägas vid hjärt–lungräddning (HLR) [24].

Diagnosen bör ha säkerställts med DT eftersom allvarliga blödningskomplikationer är vanligare efter systemisk trombolys än efter sedvanlig antikoagulantiabehandling [25]. Ekokardiografiska förändringar talande för akut lungemboli förekommer hos 30–40 procent av alla patienter med lungemboli. Vid hemodynamisk påverkan är förändringar på ekokardiografi betydligt vanligare [26], varför undersökningen kan vara ett alternativ när snabb diagnos krävs. Akut nedsatt högerkammarfunktion i kombination med förhöjda biomarkörer (troponin T och NT-proBNP) diskuteras som indikation för trombolys även till patienter utan hemodynamisk påverkan [27].

Radiologisk kateterledd behandling

Kateterledd behandling har tillämpats i drygt 40 år [28]. Syftet är att reducera lungartärtrycket och belastningen på höger kammare. Från början var katetersystemen grova och krävde friläggning av v femoralis, men i dag används införingshylsor som placeras perkutant i kärlet med Seldingerteknik. Med katetrar fragmenteras eller aspireras emboliskt material från truncus pulmonalis och dess huvudstammar. Embolier i kärl med mindre diameter än 6 mm är mindre åtkomliga för tekniken, och risken för kärlskador ökar [29]. Dessa interventioner

SAMMANFATTAT

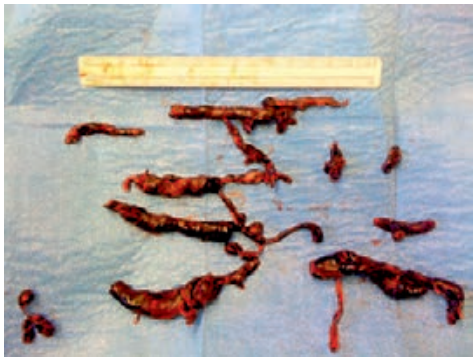
Okomplicerade fall av lungemboli har låg mortalitet, men vid hemodynamisk påverkan är mortaliteten ca 50 procent trots behandling.
Rekommenderad initial behandling vid lungemboli med hemodynamisk påverkan är intravenös trombolys.
Om trombolys är kontraindicerad eller ger otillräcklig effekt måste andra alternativ tillgripas snabbt.
Alternativen är kateterledd intervention eller kirurgisk embolektomi, eventuellt med hjälp av extrakorporeal cirkulation.
Nationella riktlinjer för val mellan dessa alternativ saknas.
En algoritm för handläggning av kritisk lungemboli med hemodynamisk påverkan presenteras.



Figur 1. Kateter för mekanisk sönderdelning och aspiration genom ett sug som skapas då en spiral roterar i hög hastighet.



Figur 2. Kateter för lokal trombolys och ledare med givare för samtidigt ultraljud (ledaren visas separat och på plats i katetern).



Figur 3. Embolimaterial som extraherats vid operation (Fall 1).

Foto: Louise Martinell

kan kombineras med lokal trombolys. Fragmentering kan åstadkommas genom manuell rotation av en »pigtail«-kateter eller dilatation med en ballongkateter, varvid mindre fragment sprids ut i perifera lungartärer med minskad resistens som följd. Är trombmassan omfattande med utfyllnad av kärlträdet finns risk att detta inte har någon effekt på grund av ökande perifer embolisering. Det kan därför vara en fördel att manuellt aspirera materialet med grov kateter (8–9 F) och handspruta.

På senare tid har man utvecklat speciella katetrar som kombinerar mekanisk bearbetning och aspiration. En variant innehåller en roterande vajer, vars ände slutar med en spiral i en halvöppen stödhylsa som förs in i tromben (Figur 1). Då spiralen roterar med hög hastighet uppstår sug i hylsan, vilket möjliggör sönderdelning och aspiration av emboliskt material. Ett annat system utnyttjar den s k Venturieffekten av en högtrycksstråle med koksaltlösning som strömmar förbi insidan av ett hål i kateterspetsen och framkallar sug. Ett observandum vid långa »körningar« med just detta system är att patienten kan utveckla bradykardi med risk för asystoli på grund av frisättning av kärlaktiva substanser. Man kan även kombinera olika behandlingsprinciper genom att ge lokal trombolys via en infusionskateter som samtidigt avger ultraljud (Figur 2). Ultraljudet sönderdelar fibrinet i tromben utan att det leder till fragmentering, vilket möjliggör bättre penetration för trombolysmedlet.

Randomiserade studier saknas för jämförelse av kateterledd och annan behandling vid omfattande akut lungembolisering. I en systematisk översikt och metaanalys av artiklar från perioden 1990–2008 avseende klinisk framgång och patientsäkerhet framgick i ett sammanslaget material på 594 patienter att kliniskt positiv behandlingseffekt erhölls i 86,5 procent av fallen och att komplikationsrisken var mindre än vid systemisk trombolys [30]. Kateterledd behandling finns i flera varianter [10] men används relativt sällan i Sverige. I Lund görs 10–12 ingrepp per år, men på övriga universitetssjukhus är det mer sällsynt. Detta beror sannolikt på att man inte känner till eller tänker på metoden vid handläggning av akut lungemboli.

Kirurgisk embolektomi

Kirurgisk behandling av akut lungemboli beskrevs av Trendelenburg 1908. Enligt den ursprungliga metoden stängs a pulmonalis av strax efter pulmonalklaffen. Då induceras ett cirkulationsstillestånd, som vid normal kroppstemperatur inte bör överstiga tre minuter. Under tiden öppnas a pulmonalis distalt om kärlklämman, och embolimaterialet utförskaffas (Figur 3). Arteriotomin stängs sedan med hjälp av en partiell kärlklämma så att blodflödet kan släppas på igen. Därefter sluts arteriotomin, och den partiella kärlklämman avlägsnas [31]. Utveckling av operationsmetoden inkluderar ocklusion av v cava superior och inferior i stället för av a pulmonalis, manuell kompression av lungorna för att lösgöra perifert inkilat embolimaterial, användning av hjärt–lungmaskin för att undvika cirkulationsstillestånd [32] samt eventuellt retrograd spolning av lungkärlbädden med hjälp av en artärlinje från hjärt–lungmaskinen som kopplas till vänster förmak [33].

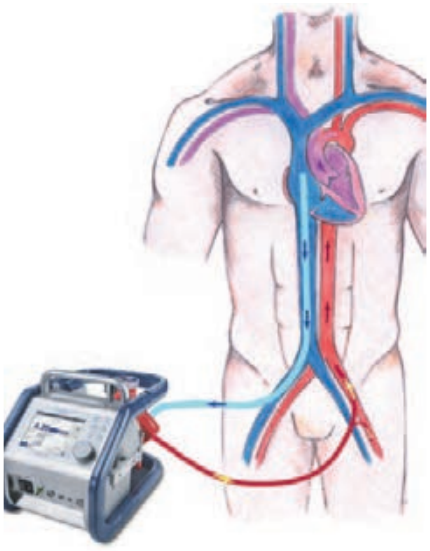
En serie med 42 patienter som opererats för lungemboli utan hjärt–lungmaskin publicerades 1981 [34] med en sjukhusmortalitet på 55 procent. Den viktigaste riskfaktorn var om patienten haft hjärtstopp före operationen. Bland dessa överlevde endast en av 16, medan 18 av 26 överlevde bland dem som inte drabbats av hjärtstopp. Tillgång till hjärt–lungmaskin och annan utveckling har förbättrat prognosen påtagligt. Vid en jämförelse av publicerade resultat från tre perioder (1968–1989, 1990–1999 och 2000–2008) sågs minskande 30-dagarsmortalitet: 35, 30 och 19 procent [35]. I vissa serier har man sett ännu lägre mortalitet, bl a i Köpenhamn, där man bland 33 patienter som opererats under en 12-årsperiod nyligen kunde visa en 30-dagarsmortalitet på 6 procent [36].

Antalet jämförelser mellan kirurgisk embolektomi och primär trombolys vid lungemboli är begränsat. En icke-randomiserad studie av patienter i chock visade en trend mot högre mortalitet, ökad risk för allvarlig blödning och ökad risk för recidiv av lungemboli för farmakologiskt behandlade patienter [37]. En icke-randomiserad jämförelse mellan åtgärder efter ineffektiv primär trombolys visade att av 488 patienter var 40 (8 procent) fortsatt hemodynamiskt påverkade 24–36 timmar efter primär trombolys. 14 av dem opererades och 26 erhöll upprepad trombolys. Resultaten var signifikant bättre i den kirurgiskt behandlade gruppen: lägre mortalitet och färre allvarliga blödningar [38]. Dessa resultat talar för att kirurgisk embolektomi är ett viktigt behandlingsalternativ. Det saknas studier som jämför kateterledd behandling med kirurgisk embolektomi. Vid kirurgisk embolektomi nås trombmassor belägna i andra eller tredje förgreningen av lungartären. Kirurgisk embolektomi bör övervägas som förstahandsalternativ vid förekomst av intrakardiell trombmassa.

ECMO

Vid akut lungemboli är hemodynamisk påverkan eller hjärtstillestånd trots behandling med inotropa läkemedel förenat med hög mortalitet [8]. I en sådan situation kan extrakorporeal membranoxygenering (ECMO) vara till hjälp.

Vanligen används en veno-arteriell ECMO-krets i vilken blodet sugs ut från höger förmak, syresätts och återförs i en stor artär (Figur 4). Pump och oxygenator arbetar således parallellt med hjärta och lungor och kan ta över hela eller delar av cirkulationen. Enstaka patienter kan vid lungemboli i stället få kraftig respiratorisk svikt utan större högerkammarpåverkan, varvid veno-venös ECMO kan användas. Då dras blodet ut och ges tillbaka i närheten av höger förmak och syresätts på så sätt innan det kommer till lungan. Denna form av ECMO ger inte något stöd till cirkulationen. Det går oftast re-



Figur 4. När en veno-arteriell ECMO-krets ska startas snabbt kanyleras oftast v och a femoralis. Blodet sugs från höger förmak genom en centrifugalpump, passerar en oxygenator och återförs till aorta via femoralartären. Blodet från ECMO-kretsen flödar således i retrograd riktning i aorta tills det möter blodet som hjärtat pumpat ut. För att undvika ischemi i det ben där artärkanylen ligger placeras en tunn artärkanyl distalt riktad i a femoralis.

lativt snabbt att kanylera kärlen, hitta bra lägen för de ganska grova ECMO-slangarna och starta systemet. Patienter som löper hög risk att behöva ECMO på cirkulatorisk grund kan förberedas med artärnål och tunn central venkateter (CVK) i a respektive v femoralis.

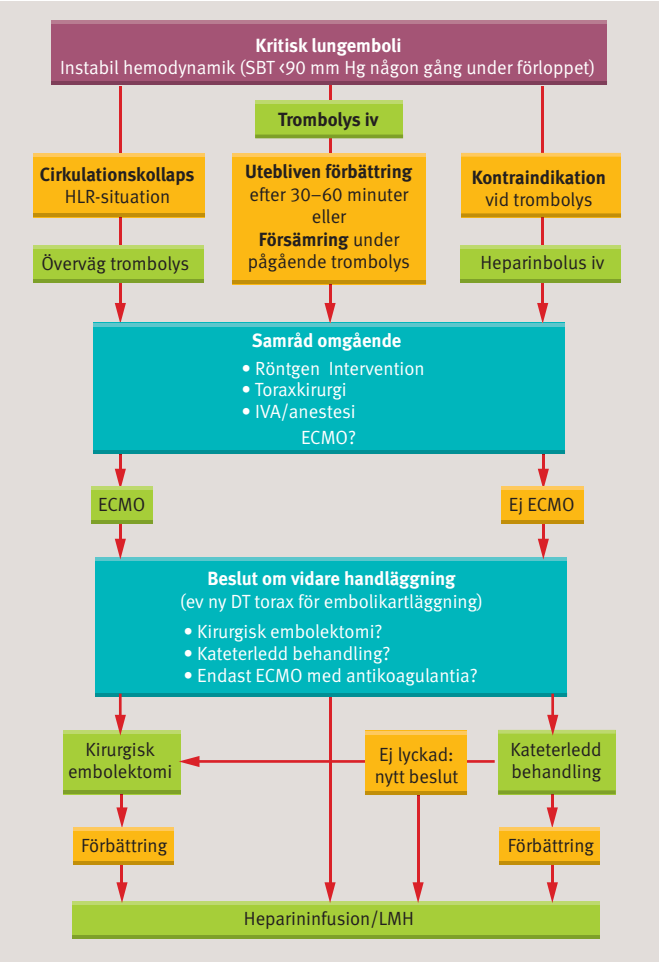
Kliniska studier av ECMO-behandling vid lungemboli är begränsade till retrospektiva fallserier med 10–20 patienter med en överlevnad på 60–85 procent [39-43]. Patienterna var i kardiogen chock eller hade hjärtstillestånd före ECMO-behandlingen. Nästan alla dödsfall skedde de första dygnen, men de som överlevde intensivvårdstiden hade god långtidsprognos. Både kirurgisk embolektomi och katerburen behandling utförd med patienten på ECMO gav gott resultat [41, 42]. Man har även funnit att autolys och heparinbehandling ofta löser upp omfattande lungembolier eller flyttar dem till mer perifera artärgrenar inom 48–72 timmar [39, 43].

Extracorpororeal Life Support Organization (ELSO) rekommenderar kirurgisk embolektomi enbart om patientens hjärt–lungfunktion inte återhämtat sig efter två dygn på ECMO [44]. Ett skäl till tidigare kirurgi är komplikationer av ECMO-behandlingen. Vid Sahlgrenska universitetssjukhuset har under det senaste året två patienter behandlats med ECMO i fem dygn till följd av akut lungemboli som krävt HLR. Ingen av dem behövde genomgå kirurgi eller kateterburen intervention utan förbättrades snabbt och skrevs ut till vårdavdelning (Fakta 1). ECMO har även tillämpats postoperativt vid ett komplicerat förlopp efter kirurgi för kronisk lungembolism.

Handläggning

Intravenös trombolys ska användas i första hand, men alternativ måste finnas om sådan bedöms kontraindicerad eller inte har tillräcklig effekt. European Society of Cardiology rekommenderade 2008 [45] kirurgisk embolektomi i sådana fall. Kateterburen fragmentering anges som alternativ endast om tillgång till kirurgi saknas. American Heart Association angav 2011 [46] att såväl kateterburen fragmentering som kirurgi kan övervägas när trombolys bedöms vara kontraindicerad. Riktlinjer från American College of Chest Physicians 2012 [23] likställer kateterburen behandling och kirurgi vid kontraindicerad eller misslyckad trombolys samt vid progredierande chock.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer från 2004 [47] saknar alternativ till farmakologisk behandling. Behandlingsprogrammet för Stockholms läns landsting [48] innehåller kirurgisk embolektomi men inte kateterledd behandling. Vårdprogrammet för Region Skåne [49] beskriver kateterburen fragmentering som ett alternativ men specificerar inte kirurgi



Figur 5. Behandlingsalternativ och prioriteringar vid handläggning av patienter med akut lungemboli och hemodynamisk påverkan. SBT = systolisk blodtryck, LMH = lågmolekylärt heparin.

som ett annat (kontakt med toraxkirurg omnämns). ECMO tas inte upp i något av nämnda vårdprogram.

Det finns behov av en samlad bild av de olika alternativens plats i behandlingen av hemodynamiskt påverkade patienter med lungemboli. Algoritmen i Figur 5 används på Sahlgrenska universitetssjukhuset och visar behandlingsalternativ inklusive ECMO. Delar av den finns publicerad i Västra Götalandsregionens vårdprogram för venös tromboembolism [50]. Även om icke-farmakologisk behandling bara kan utföras där resursen finns medger modern ambulanssjukvård att fler patienter kan komma i fråga för dessa behandlingsalternativ. En patient på ett sjukhus utan toraxkirurgi eller möjlighet till radiologisk intervention kan stabiliseras av ett mobilt ECMO-team och sedan transporteras under säkra former. Valet av metod bör sedan ske utifrån patientrelaterade faktorer, tillgänglig expertis och emboliernas utbredning. Med ökad kännedom om alternativen kan förhoppningsvis fler patienter med kritisk lungemboli räddas. I litteraturen om behandling av massiv eller kritisk lungembolism återfinns randomiserade studier endast för jämförelse mellan intravenös trombolys och antikoagulantia eller placebo. Studier som jämför kateterledd behandling med kirurgisk embolektomi saknas. Vårt val av referenser har därför styrts av syftet att ge ett kliniskt perspektiv på alternativ till intravenös trombolys när sådan är kontraindicerad eller har otillräcklig effekt. Någon jämförelse i utfall mellan de olika behandlingsmetoderna kan inte göras utan vidare studier. Randomiserade studier är svåra att genomföra i en situation som snabbt kan leda cirkulationsstillestånd vid längre tidsutdräkt.

FAKTA 1. Fallbeskrivningar

Fall 1 rör en 40-årig icke-rökande kvinna med lindriga astmatiska besvär och heterozygot APC-resistens som hade skrivits ut efter en diskbråcksoperation i ländryggen för vilken hon inte erhållit trombosprofylax. Hon kom i ambulans till sjukhuset 10 dagar efter operationen efter att ha fått andningsbesvär och svimmat i hemmet. På akuten var hon vaken men dyspnoisk, ångestfylld och kallsvettig. Saturation på pulsoximetri var 83 procent vid luftandning, andningsfrekvensen var hög och blodtrycket 90/70 mm Hg. EKG visade sinustakykardi 140/min och tecken till högerkammarbelastning. Akut DT torax visade massiv central lungemboli med misstänkt tromb i höger förmak. Patienten togs direkt till IVA, där ultraljud visade kraftig högerpåverkan. Då patienten nyss genomgått ryggkirurgi bedömdes trombolys kontraindicerad. I samråd med toraxkirurg beslutades om kirurgisk embolektomi. Vid nedsövningen försämrades patienten akut med systoliskt tryck på 30 mm Hg och anslöts skyndsamt till hjärt–lungmaskin. Rikligt med trombmassor kunde extraheras direkt ur höger förmak och a pulmonalis (Figur 3), och ytterligare utbyte erhölls genom manuell kompression av lungorna och embolektomi med Fogartykateter. Postoperativ högerkammarsvikt föranledde inotropt stöd i några dagar, men patienten återhämtade sig och kunde lämna sjukhuset två veckor efter operationen.

Fall 2 rör en 57-årig rökande man med obesitas, hypertoni och tablettbehandlad diabetes som inkom i ambulans efter kollaps i hemmet. Han hade haft ont i vaden i en månad och dyspné i en vecka med kraftig försämring senaste dygnet. Han var blek men vaken, andningsfrekvensen var 32/min och blodtrycket 80/60 mm Hg. Pulsoximetri visade 83 procent på luftandning och 99 procent med syrgas 15 l/min. EKG visade sinustakykardi 124/min och T-negativisering i V1–V3. Blodgasanalys visade P_aO_2 15,4 kPa, P_aCO_2 3,2 kPa, pH 7,27 och basöverskott –10. S-laktat var 7,0 mmol/l. Man misstänkte lungemboli och gav heparin 10 000 E iv. Därefter genomfördes DT torax, som visade omfattande bilateral lungembolisering, stor sadelembolus och tecken på uttalad högerkammarbelastning. Patienten togs till IVA, där man påbörjade iv trombolys, men strax därefter inträffade cirkulationsstillestånd med pulslös elektrisk aktivitet. Efter kortvarig hjärtmassage och iv adrenalin återkom en pulsgivande men instabil rytm, och resterande trombolysdos gavs skyndsamt. Toraxkirurg anlade veno-arteriell ECMO med transportabelt aggregat. Patienten flyttas till TIVA, där fortsatt trombolys gavs lokalt via kateter i a pulmonalis. Kateterledd fragmentering av tromberna diskuterades men kom inte till stånd på grund av brist på katetrar. Behandling fortsattes med hepariniinfusion, situationen stabiliserades och ECMO kunde avvecklas efter sex dagar. Lokala hematom uppkom vid katetrarnas insticksställen, men patienten återhämtade sig till tidigare fysisk funktionsnivå.

Fall 3 rör en 50-årig rökande man med alkoholproblem och svårbehandlad ulcerös kolit som sökte akut för dyspné och bröstsmärta. Han var vaken och klar. Blodtrycket var 118/80 mm Hg, pulsen 113/min och saturationen 93 procent med syrgas 4 l/min. Patienten hade haft DVT och lungemboli flera gånger, och redan vid första episoden påvisades protein S-brist som ärftlig riskfaktor. Bidragande orsak till recidiven var skov av ulcerosan och bristfällig kontroll av antikoagulationen. Patienten lades in och fick lågmolekylärt heparin, men flyttades efter några dygn till HIA på grund av bröstsmärta och cirkulatorisk påverkan. Ekokardiografi visade en dilaterad högerkammare, PA-trycket var 65 mm Hg och DT torax visade progress av kroniska embolier, mest i höger lungartär, samt en ny tromb i truncus. Man avstod från trombolys på grund av ulcerosan men startade hepariniinfusion. Nästa dag hade dock den pulmonella hypertensionen ökat till 80 mm Hg, och höger kammare visade nedsatt rörlighet. I samråd med toraxkirurg och radiolog beslöt man att pröva kateterburen fragmentering och lokal trombolys. Färska tromber centralt och på vänster sida kunde elimineras, men i höger lungartär fanns stora trombmassor som inte kunde påverkas. Blodflödet till mellersta och apikala delar av höger lunga var starkt reducerat. Efter interventionen mättes något lägre högerkammartryck, men patienten blev alltmer hypoxisk och lades in på IVA, där stigande tryck mättes med lungkateter. Man bibehöll full heparinisering och försökte minska resistensen i lungartärerna med epoprostenol och peroral tillförsel av sildenafil, men syresättningen försämrades alltmer. Efter nytt samråd beslöts om kirurgisk embolektomi av det mer organiserade embolimaterialet. Trots framgångsrikt ingrepp kvarstod uttalad högerkammarsvikt, som hindrade avveckling av hjärt–lungmaskin. Patienten lades i ECMO medan man försökte sänka trycken farmakologiskt igen, men detta misslyckades. Till slut måste ECMO-behandlingen avvecklas och patienten avled i persisterande pulmonell hypertension med högerkammarsvikt.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

LÄS MER Fullständig referenslista och engelsk sammanfattning Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Skoglund K, Trimpou P, Eriksson H. ABC om Akut lungemboli. Läkartidningen. 2007;104(14-15):1148-53.
9. Steuer J, Ivert T, Johnsson H. Kirurgi vid akut lungemboli kan vara ett livräddande behandlingsalternativ. En uppföljning av opererade patienter. Läkartidningen. 2004;101(44):3422-7.
10. Engelberger RP, Kucher N. Catheter-based reperfusion treatment of pulmonary embolism. Circulation. 2011;124(19):2139-44.
15. Stein PD, Yaekoub AY, Matta F, et al. Resolution of pulmonary embolism on CT pulmonary angiography. AJR Am J Roentgenol. 2010;194(5):1263-8.
18. Rosenhek R, Korschineck I, Gharehbaghi-Schnell E, et al. Fibrinolytic balance of the arterial wall: pulmonary artery displays increased fibrinolytic potential compared with aorta. Lab Invest. 2003;83(6):871-6.
19. Wakefield TW, Myers DD, Henke PK. Mechanisms of venous thrombosis and resolution. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2008;28(3):387-91.
20. Dong BR, Hao Q, Yue J, et al. Thrombolytic therapy for pulmonary embolism. Cochrane Database Syst Rev. 2009(3):CD004437.
22. Stein PD, Matta F. Thrombolytic therapy in unstable patients with acute pulmonary embolism: saves lives but underused. Am J Med. 2012;125(5):465-70.
23. Kearon C, Akl EA, Comerota AJ, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012;141(2 Suppl):e419S-94S.
28. Greenfield LJ, Bruce TA, Nichols NB. Transvenous pulmonary embolectomy by catheter device. Ann Surg. 1971;174(6):881-6.
30. Kuo WT, Gould MK, Louie JD, et al. Catheter-directed therapy for the treatment of massive pulmonary embolism: systematic review and meta-analysis of modern techniques. J Vasc Interv Radiol. 2009;20(11):1431-40.
35. Samoukovic G, Malas T, deVarennes B. The role of pulmonary embolectomy in the treatment of acute pulmonary embolism: a literature review from 1968 to 2008. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2010;11(3):265-70.
37. Gulba DC, Schmid C, Borst HG, et al. Medical compared with surgical treatment for massive pulmonary embolism. Lancet. 1994;343(8897):576-7.
38. Meneveau N, Séronde MF, Blonde MC, et al. Management of unsuccessful thrombolysis in acute massive pulmonary embolism. Chest. 2006;129(4):1043-50.
39. Maggio P, Hemmila M, Haft J, et al. Extracorporeal life support for massive pulmonary embolism. J Trauma. 2007;62(3):570-6.
41. Takahashi H, Okada K, Matsumori M, et al. Aggressive surgical treatment of acute pulmonary embolism with circulatory collapse. Ann Thorac Surg. 2012;94(3):785-91.
42. Munakata R, Yamamoto T, Hosokawa Y, et al. Massive pulmonary embolism requiring extracorporeal life support treated with catheter-based interventions. Int Heart J. 2012;53(6):370-4.
45. Torbicki A, Perrier A, Konstantinides S, et al. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism: the Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2008;29(18):2276-315.
46. Jaff MR, McMurtry MS, Archer SL, et al. Management of massive and submassive pulmonary embolism, iliofemoral deep vein thrombosis, and chronic thromboembolic pulmonary hypertension: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2011;123(16):1788-830.
50. Venös tromboembolism. Vårdprogram för Södra sjukvårdsregionen (19 okt 2012). Regionalt medicinskt råd Koagulation, Södra sjukvårdsregionen; 2012.

För patienter med typ 2-diabetes

FORXIGA® (dapagliflozin) – den selektiva SGLT2-hämmaren



Minskar överskottsglukos och associerade kalorier via njurarna[1]

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

AstraZeneca

AstraZeneca AB, AstraZeneca Nordic-Baltic, 151 85 Södertälje, Tel: 08-553 260 00, www.astrazeneca.se

forxiga® (dapagliflozin)

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

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

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

FORXIGA® (dapagliflozin) filmdragerade tabletter, Rx, F, SGLT2-hämmare. Indikationer: Forxiga är avsett för vuxna från 18 år med diabetes mellitus typ 2 för att förbättra glykemisk kontroll som 1. Monoterapi: När behandling med enbart kost och motion inte ger tillräcklig glykemisk kontroll hos patienter för vilka behandling med metformin inte anses lämplig på grund av intolerans. 2. Tilläggsbehandling: I kombination med andra glukossänkande läkemedel, inklusive insulin, när dessa tillsammans med kost och motion, inte ger tillräcklig glykemisk kontroll. Forxiga finns som tabletter i styrkan 10 mg. Senaste översyn av produktresumén: 2013-12-18. För ytterligare information och priser se www.fass.se. **Ingår i läkemedelsförmånen endast som tillägg till behandling med metformin.**
AstraZeneca AB, AstraZeneca Sverige, 151 85 Södertälje. Tel 08-553 260 00. www.astrazeneca.se

119,739,011_01/14_SE

Citera som: Läkartidningen. 2014;111:CTAZ

Inhalationssteroider kan ge sekundär binjurebarkssvikt

Även vuxna astmatiker kan drabbas – inte bara barn

CARL-AXEL KARLSSON, överläkare, lung- och allergisektionen karl.axel.karlsson@akademiska.se
MAGNUS ISAKSSON, med dr, specialistläkare, avdelningen för endokrinologi, verksamhetsområde specialmedicin
CHRISTER JANSON, professor, överläkare, lung- och allergisektionen; institutionen för medicinska vetenskaper, Uppsala universitet; samtliga Akademiska sjukhuset, Uppsala

För några decennier sedan var astma en sjukdom som orsakade talrika akutbesök och inläggningar. Den landvinning som vände situationen var inhalationssteroiderna. Kortison i inhalationsform har fått rykte som en i stort sett harmlös behandling med mycket beskedliga biverkningar [1]. Det stämmer för det allra mesta, men det finns anledning att ha i minnet att budesonid och flutikason inte är helt väsensskilda från betametason och prednisolon och att alla syntetiska steroider kan ge upphov till systemeffekter.

Kring millennieskiftet började rapporter komma om akut binjurebarkssvikt som följd av behandling med inhalationssteroider [2, 3]. Flertalet fall gällde barn, och oftast hade patienterna använt flutikasonpropionat [4]. Spridda beskrivningar finns också av fall bland vuxna [5-7]. Svenska fallbeskrivningar har med ett undantag [8] lyst med sin frånvaro.

Syftet med den här artikeln är att visa att sekundär binjurebarkssvikt förekommer också bland vuxna svenska astmatiker. Fallen är identifierade under åren 2009–2012.

FALLBESKRIVNINGAR

Fall 1. En 37-årig man, atopiker med astmadebut i tonåren, hade använt inhalationssteroider i 20 år. Han remitterades till lung- och allergisektionen, Akademiska sjukhuset, Uppsala, hösten 2008 för optimering av astmabehandling. Han hade under några års tid drabbats av 20-talet luftvägsinfektioner.

Efter ett inledande besök var situationen oförändrat problematisk våren 2009. Dosen av flutikason–salmeterol (Seretide Diskus) hade då i drygt 1 år varit över den rekommenderade, patienten tog 3 inhalationer × 2 (=1 500 µg flutikasonpropionat/dygn). Under de 2 föregående åren hade han tagit perorala kortisonkurer vid 4 tillfällen, den senaste i november 2008.

Ett slumpmässigt taget serumkortisolvärde (vid lunchtid) var överraskande lågt: 23 nmol/l. Förnyat prov nästa morgon visade ännu lägre värde, 3,2 nmol/l, och ACTH-värdet var lågt.

Patienten utreddes på endokrinologklinik med snabbt Synacthentest, vilket resulterade i ett maxvärde för serumkortisol på 106 nmol/l. I övrigt fann man inga tecken på hypofyssvikt, utan bedömningen blev sekundär binjurebarksinsufficiens. Mannen erhöll substitution med hydrokortison 10 mg × 2, han kände en markant förbättring, och infektionsfrekvensen minskade tydligt. Dosen av inhalationskortison har sedan dess kunnat hållas inom det rekommenderade dosintervallet.

Fall 2. Det andra fallet var en kvinna född 1947. Hon hade slutat röka 1991 och hade då rökt i 25 år. Hon fick astma 1996 och behandlades med inhalationssteroider sedan dess. Tidigare hade hon haft budesonid, senaste åren flutikason–salmeterol (Seretide Diskus). Hon hade det senaste året ordinerats dubbel maxdos, dvs totalt 2 000 µg flutikasonpropionat dagligen. Patienten remitterades till lung- och allergisektionen, Akademiska sjukhuset, i februari 2010 på grund av bristfällig astmakontroll.

Hon rapporterade trötthet sedan våren 2008 och försämrad initiativförmåga jämfört med tidigare. Hon arbetade som undersköterska på mottagning och hade behandlats med perorala kortisonkurer i maj 2006, juni 2007 och januari 2010. Två serumkortisolvärden morgon och förmiddag visade låga värden (40 nmol/l) vid båda tillfällena. Snabbt Synacthentest utfördes; det högsta uppmätta serumkortisolvärdet var 162 nmol/l.

När utredningen gjordes var dosen av flutikasonpropionat fortfarande 2 000 µg/dygn. Låg basnivå av kortisol i kombination med otillfredsställande svar på Synacthen och ett lågt ACTH-värde och i övrigt inga tecken på hypofysinsufficiens gav diagnosen sekundär binjurebarksinsufficiens.

Efter det att substitutionsbehandling inletts mådde patienten betydligt bättre och beskrev tiden med trötthet före diagnos som »förlorade år«.

Fall 3. Det tredje fallet var en kvinna född 1938. Hon hade rökt kortvarigt i ungdomen och slutat 1967. Hon var astmatiker och hade tagit inhalationskortison regelbundet sedan 2004, dagligen 1 000 µg flutikasonpropionat.

Patienten remitterades till lung- och allergisektionen i januari 2012 för bedömning av »besvärande och tröttande slemhosta«. Hon hade fått perorala kortisonkurer våren 2010, november 2011 och januari 2012. Hon hade haft recidiverande urinvägsinfektioner i åratal, speciellt de senaste 2 åren.

Vid mottagningsbesök i mars togs ett serumkortisolvärde mitt på dagen, vilket uppmättes till 43 nmol/l. Morgonvärdet ett och ett halvt dygn senare var 23 nmol/l. Maxvärdet för serumkortisol vid snabbt Synacthentest blev 192 nmol/l, ett ACTH-värde i plasma var lågt. Andra tecken på hypofysinsufficens förelåg inte.

DISKUSSION

Samtliga beskrivna fall av binjurebarkssvikt representerar astmatiker med flerårigt bruk av inhalationssteroider i maximal rekommenderad dos eller däröver. Alla tre hade också åren före diagnos fått sporadiska perorala kortisonkurer. Artikelns tes är att långvarigt bruk av inhalerat kortison i enstaka fall kan medföra binjurebarkssvikt.

Varför får vissa individer binjurebarkssvikt vid behandling med inhalationssteroider? En signifikant påverkan på hypotalamus–hypofys–binjurebarkaxeln (HPA-axeln) vid behandling med inhalationssteroider har påvisats i vissa studier [9, 10]. Inhalerad dos har som förväntat stor betydelse. Om man

SAMMANFATTAT

Inhalationssteroider har under de senaste decennierna revolutionerat astmabehandlingen, men de har också i sporadiska fall (i första hand bland barn) medfört sekundär binjurebarkssvikt som oönskad bieffekt.

Tre fallbeskrivningar av sekundär binjurebarkssvikt hos vuxna svenska astmatiker presenteras. **Bakomliggande orsak** bedömdes i samtliga fall vara användande av inhalationssteroider i höga doser.

FAKTA 1.

Symtom som bör väcka misstanke om binjurebarkssvikt
- Trötthet
- Illamående
- Infektionsbenägenhet
- Svårkontrollerad astma
- Långvarigt bruk av inhalationssteroid i hög dos

håller sig i den nedre halvan av doseringsintervallet är risken för suppression av binjurebarken försumbar [11, 12]. Ekvivalenta doser för de vanligaste steroidtyperna anses vara: flutikason 500 µg = budesonid 800 µg = beklometason 1 000 µg [13].

Individuellt ökad känslighet är en hypotes som framförts som förklaring till varför enstaka personer drabbas. Genetiska studier erbjuder visst stöd för det antagandet [14].

Nedsatt lungfunktion förefaller vara en skyddande faktor; förklaringen antas vara att mindre yta i luftvägarna exponeras för läkemedel [15]. KOL-patienter, som definitionsmässigt har sänkt lungfunktion i större eller mindre utsträckning, är mycket riktigt svåra att hitta bland fallrapporter om binjurebarkssvikt sekundär till användning av inhalationssteroider [16].

Med tanke på att patienter med svår KOL ofta både har hög dos inhalationssteroider och frekvent ordineras peroralt kortison, är det motiverat även för den här patientkategorin att reflektera över binjurebarksfunktionen.

Som nämnts inledningsvis har typen av använd steroid betydelse; flutikasonpropionat har dominerat i fallbeskrivningarna av sekundär binjurebarkssvikt. Orsaken har förmodligen att göra med preparatets långa halveringstid när det hamnar i systemcirkulationen [17]. Rapporterade fall hos användare av budesonid, den i Sverige dominerande steroiden, förekommer men är fåtaliga [18-20]. Beklometason förefaller också vara relativt förskonat i det här avseendet [21].

Peroral kortisonbehandling kan ge signifikant påverkan på binjurebarken, även om steroidkurer som varar mindre än 3 veckor och där inte mer än 10 mg prednisolon/dag använts inte anses hämma HPA-axeln. Långvarigt bruk av inhalationssteroider i hög dos har konstaterats kunna försvåra återhämtningen av HPA-axeln efter peroral kortisonkur [22].

Rimligen finns ett antal odiagnostiserade fall i Sverige

Rimligen finns ett antal odiagnostiserade liknande fall i Sverige [23]; utmaningen är att hitta dem. I de aktuella fallen ledde slumpmässigt tagna serumkortisolvärden i samband med mottagningsbesök till diagnos. Prov för serumkortisol bör tas på morgonen kl 7–8. Morgonvärden över 400 nmol/l talar starkt mot binjurebarkssvikt [24], och värden över 550 nmol/l utesluter binjurebarkssvikt i ett stressfritt tillstånd.

I flertalet fall kommer man dock inte särskilt långt med ett enstaka blodprov. Om det finns en grundad misstanke om bristfällig binjurebarksfunktion, bör snabbt Synacthentest utföras. Det vanligaste förfarandet är lågdos Synacthentest: 1 µg syntetiskt ACTH (Synacthen) ges intravenöst efter det att utgångsvärdet tagits. Prov för serumkortisol tas sedan 30 min och 40 min efter injektionen. Binjurebarksinsufficiens föreligger inte om serumkortisol överstiger 500–550 nmol/l vid någon provtagningstidpunkt inklusive utgångsvärdet. Testet kan utföras vid vilken tid på dygnet som helst. Ett observandum är dock att testet kan vara normalt vid akut hypofyssvikt, eftersom binjurebarken fortsatt kan reagera på ACTH.

Kliniker bör vara uppmärksamma på symtom på hämmad binjurebarksfunktion (Fakta 1) när man sänker dosen av inhalationssteroider hos patienter som under lång tid haft höga doser och/eller i de fall där flera stötdoser med glukokortikoider givits under kort tid. Binjurebarksfunktionen bör då utvärderas med Synacthentest. I vissa av dessa fall kan det bli aktuellt med substitutionsbehandling med hydrokortison i tablettform till dess binjurebarken återhämtat sig.

Patienter som behandlas med inhalationssteroider där iatrogen binjurebarkssvikt konstaterats bör få muntlig och skriftlig information om att de behöver extra tillförsel av glukokortikoider vid feber och interkurrent sjukdom och att parenteral tillförsel av kortison och vätska krävs vid allmänpåverkan, kräkning och/eller diarré.

SAMMANFATTNING

Binjurebarksfunktionen bör undersökas hos patient som under lång tid haft inhalationskortison i hög dos, speciellt om hon/han erhållit perorala steroidkurer, anger trötthet, är svårbehandlad eller har täta infektioner.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Christer Janson har erhållit föreläsararvoden för föreläsningar om behandling av astma och KOL av AstraZeneca, GlaxoSmithKline, Meda, Boehringer Ingelheim och Novartis.

Eva Norrman, Umeå, diagnostiserade ett pilotfall med sekundär binjurebarksinsufficiens.

LÄS MER Fullständig referenslista och engelsk sammanfattning Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention. Updated 2012. http://www.ginasthma.org
2. Todd GR, Acerini CL, Buck JJ, et al. Acute adrenal crisis in asthmatics treated with high-dose fluticasone propionate. Eur Respir J. 2002;19(6):1207-9.
3. Sim D, Griffiths A, Armstrong D, et al. Adrenal suppression from high-dose inhaled fluticasone propionate in children with asthma. Eur Respir J. 2003;21(4):633-6.
4. Ahmet A, Kim H, Spier S. Adrenal suppression: A practical guide to the screening and management of this under-recognized complication of inhaled corticosteroid therapy. Allergy Asthma Clin Immunol. 2011;7:13.
5. Zimmerman B, Gold M, Wherrett D, et al. Adrenal suppression in two patients with asthma treated with low doses of the inhaled steroid fluticasone propionate. J Allergy Clin Immunol. 1998;101(3):425-6.
6. Greenfield JR, Samaras K. Suppression of HPA axis in adults taking inhaled corticosteroids. Thorax. 2006;61(3):272-3.
8. Rask E, Eriksson JW, Forsberg G. Inhalationssteroider gav binjurebarkshämning. Läkartidningen. 1997;94(40):3529-30, 3533.
10. Wlodarczyk JH, Gibson PG, Caeser M. Impact of inhaled corticosteroids on cortisol suppression in adults with asthma: a quantitative review. Ann Allergy Asthma Immunol. 2008;100(1):23-30.
11. Lipworth BJ. Systemic adverse effects of inhaled corticosteroid therapy: A systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med. 1999;159(9):941-955.
13. Boulet LP, Becker A, Bérubé D, et al. Canadian Asthma Consensus Report, 1999. Canadian Asthma Consensus Group. CMAJ 1999;161(11 Suppl):S1-61.
14. Tsartsali L, Papadopoulos M, Lagona E, et al. Association of hypothalamic-pituitary-adrenal axis-related polymorphisms with stress in asthmatic children on inhaled corticosteroids. Neuroimmunomodulation. 2012;19(2):88-95.
15. Lee DK, Bates CE, Currie GP, et al. Effects of high-dose inhaled fluticasone propionate on the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in asthmatic patients with severely impaired lung function. Ann Allergy Asthma Immunol. 2004;93(3):253-8.
16. Samaras N, Schneider A, Frangos E, et al. A rare case of adrenal insufficiency induced by inhaled corticosteroids. J Am Geriatr Soc. 2013;61(5):841-2.
17. Brown PH, Blundell G, Greening AP, et al. Hypothalamo-pituitary-adrenal axis suppression in asthmatics inhaling high dose corticosteroids. Respir Med. 1991;85(6):501-10.
18. Mydin HH. Case history: a case of adrenal insufficiency secondary to Symbicort. InnovAiT. 2010;3:182-3.
20. Zwaan CM, Odink RJ, Delemarre-van de Waal HA, et al. Acute adrenal insufficiency after discontinuation of inhaled corticosteroid therapy. Lancet. 1992;340(8830):1289-90.
21. Molimard M, Girodet PO, Pollet C, et al. Inhaled corticosteroids and adrenal insufficiency: prevalence and clinical presentation. Drug Saf. 2008;31(9):769-74.
22. Nguyen KL, Lauver D, Kim I, et al. The effect of a steroid »burst« and long-term, inhaled fluticasone propionate on adrenal reserve. Ann Allergy Asthma Immunol. 2003;91(1):38-43.
23. Lapi F, Kezouh A, Suissa S, et al. The use of inhaled corticosteroids and the risk of adrenal insufficiency. Eur Respir J. 2013;42(1):79-86
24. Hägg E, Asplund K, Lithner F. Value of basal plasma cortisol assays in the assessment of pituitary-adrenal insufficiency. Clin Endocrinol (Oxf). 1987;26(2):221-6.

Citera som: Läkartidningen. 2014;111:CPYY

Kvalitetsarbete vid akut höftledsfraktur kunde begränsa njurpåverkan

Reviderat vårdprogram minskade incidensen från 23 till 4 procent

MICHAEL GÅRDEBÄCK, med dr, leg läkare
MARIA LUNDIUS KASTENFALK, leg sjuksköterska; båda anestesikliniken
ÅSA ELFVING, överläkare
LINN BARNICKEL, ST- läkare; båda kliniken för kirurgi, ortopedi och urologi
ANN-CHARLOTTE JOHANSSON, leg sjuksköterska
ROBERT HAHN, professor, leg läkare; båda avdelningen för patientsäkerhet och kvalitet; samtliga Södertälje sjukhus
robert.hahn@sodertaljesjukhus.se

Akut kirurgi av höftledsfraktur hos äldre åtföljs ofta av komplikationer [1]. Dödligheten är också förhöjd; inom 1 år efter frakturen är mortaliteten 2–3 gånger högre än hos åldersmatchade kontroller [2]. Många svenska sjukhus har utarbetat vårdprogram som syftar till att minska morbiditeten i denna patientgrupp. En förändring som fått stort genomslag är att akut höftfraktur ska opereras inom 24 timmar [3].

Ett lokalt förbättringsprojekt på Södertälje sjukhus initierades 2012 efter det att man observerat att flera patienter med höftledsfraktur utvecklat försämrad njurfunktion efter operationen.

Under sensommaren 2012 väckte en ortopedkirurg misstanken att ovanligt många patienter som genomgått höftfrakturkirurgi behövt intensivvård på grund av njursvikt. Därför beslutade sjukhuset att analysera incidensen av njurpåverkan hos dessa patienter och att metodiskt försöka reducera risken för njurkomplikationer.

I början av september 2012 initierades en intern retrospektiv analys av det perioperativa förloppet hos patienter som under samma år genomgått akut kirurgi för höftledsfraktur. Syftet var att klargöra omfattningen av problemet och identifiera en/flera faktorer som kunde förklara dess uppkomst. Målet var att ge underlag för en revidering av de riktlinjer för vård och omhändertagande som gällde för dessa patienter. Efter analysen genomfördes en förändring av riktlinjerna (intervention). Hypotesen var då att de genomförda förändringarna skulle reducera risken för postoperativ njursvikt.

METOD

En tvärprofessionell arbetsgrupp analyserade den kliniska handläggningen och vårdförloppet. Alla patienter som opererats under 2012 och där serumkreatinin mätts både före och efter ingreppet identifierades. Förutom serumkreatinin insamlades persondata och uppgifter om operationskod, diagnos, vätsketerapi och blodersättning, blödning, dosering av antibiotikaprofylax och antitrombotisk behandling samt mortalitet inom 30 dagar. Njurpåverkan definierades som en ökning av serumkreatinin på 50 procent från strax före operationen till dagen efter operationen. En uppföljning av samtliga fall där njurpåverkan uppstått gjordes 6–9 månader senare.

FAKTA 1. Nyheter i det reviderade vårdprogrammet

- *Stärkelselösningar togs bort ur behandlingsstrategin:* Sådana kolloida infusionsvätskor har visats öka risken för njurpåverkan hos svårt sjuka patienter med [4] och utan [5] sepsis.
- *Basal pre- och perioperativ vätskeregim standardiserades:* 2,5-procentig buffrad glukoslösning ges med hastigheten 1,5 ml/kg/tim från ankomst till akuten fram till 12 timmar efter operationen. Därutöver ges substitution med Ringer-acetat efter bedömning av vätskebalansen.
- *Målstyrd diures:* Minst 1 ml/kg/tim redan från akuten om serumkreatininvärdet är högt (>125 µmol/l) preoperativt, annars >0,5 ml/kg/tim.
- *Målnivå för hemoglobin:* Lägsta acceptabla pre- och postoperativa Hb-halt är 100 g/l, under operationen lägst 95 g/l. Detta är en ofta använd målnivå för patienter med marginell kardiell reservkapacitet. Tidigare vårdprogram var inte tydligt på denna punkt, utan gav utrymme för individuella tolkningar.
- *Skärpt infektionsprofylax:* Strikt reduktion av dosen antibiotika vid serumkreatinin >125 µmol/l.
- *Anestesimetod definierades:*
  - blodgaskontroll före induktion av anestesi; artärnål vid befarad cirkulatorisk instabilitet
  - spinalanestesi
  - medelartärtryck >70 mm Hg, systoliskt artärtryck >90 mm Hg
  - SaO_2 92–98 procent; extra syrgas ska ges om SaO_2 <92 procent
  - volymsubstitution ges med Ringer-acetat, 6-procentig dextran 70, blod eller plasma.
- *Precisering av när natriumbikarbonat ska ges.* Natriumbikarbonat (100 ml) ges vid anestesistart om kronisk njursvikt (serumkreatinin >125 µmol/l preoperativt), oliguri (preoperativ diures <0,5 ml/kg/tim), acidos (pH <7,3) eller laktatstegring (>2 mmol/l).
- *Riktlinjer för blodtransfusion och diures postoperativt skärptes.* Dessa blev nu desamma som preoperativt (se tredje och fjärde punkten ovan).

RESULTAT

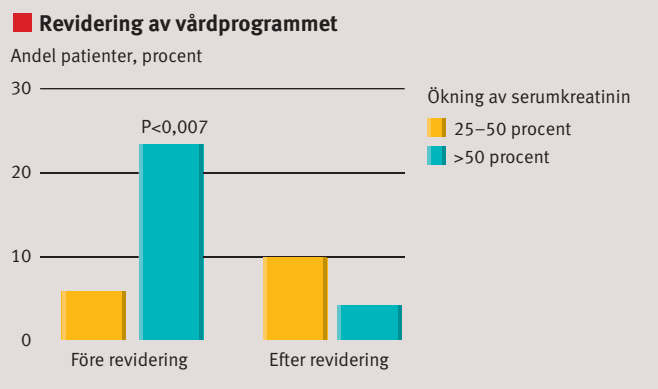
Resultat före intervention

Åttiosex patienter identifierades. Medelåldern var 79 år, och 70 procent var kvinnor. Njurpåverkan inträffade hos 20 patienter (23 procent) vars serumkreatinin i genomsnitt ökade med 250 procent. Av dessa blev 3 föremål för intensivvård (av totalt 6 patienter i hela materialet). Det förelåg en viss säsongsfördelning med 25–30 procent njurpåverkan under sommaren 2012 (maj–augusti), medan incidensen var något lägre under årets första del.

Den faktor som starkt korrelerade till uppkomst av njurpåverkan var blödning. Den uppgick i genomsnitt till 600 ml hos dem som fick njurpåverkan, men var endast hälften så stor hos övriga ($P < 0{,}001$ med Mann–Whitneys test). Ingen koppling till operationstyp kunde återfinnas, även om blödningen var något större vid proteskirurgi än vid kirurgi med skruv.

SAMMANFATTAT

Akut operation av höftledsfraktur är ett vanligt ingrepp hos äldre, vilket åtföljs av ökad morbiditet och mortalitet.
Södertälje sjukhus reviderade sitt vårdprogram för dessa patienter när det framkom att 23 procent av dem fick njurpåverkan av operationen.
Incidensen av njurpåverkan minskade till 4 procent sedan vårdprogrammet reviderats med avseende på vätske- och blodgivning.



Figur 1. Incidens av njurpåverkan i samband med kirurgi för höftfraktur före och efter revidering av vårdprogrammet för dessa patienter.

Patienter som fick njurpåverkan var också äldre än de övriga (84 kontra 77 år; P < 0,03 med variansanalys [ANOVA]).

Flertalet patienter (70 procent) hade fått en perioperativ infusion av 500 ml 6-procentig lösning hydroxietylstärkelse 130/0,4 (HES) utan strikt korrelation till föregående vätsketerapi eller aktuell blödning. Smärtstillande medel (morfin och paracetamol) och antibiotika visade sig vara givet mycket likformigt och var heller inte möjligt att utvärdera. Frågan uppstod om Hb-halten tillåtits sjunka för mycket. Hb-värdet hos patienter som fick njurpåverkan sjönk dock lika mycket som hos övriga (medelvärden 123 g/l preoperativt och 98 g/l den första dagen efter operationen).

Nio patienter avled inom 1 månad (10 procent). Den faktor som hade tydligast statistisk betydelse för mortaliteten var förhöjt serumkreatinin före operationen. Hos dem som avled var preoperativt serumkreatinin i genomsnitt 188 µmol/l, vilket ska jämföras med 76 µmol/l hos övriga (P < 0,002 med Mann–Whitneys test). Stärkelse hade givits till 78 procent av dem som avled, medan frekvensen var 65 procent hos övriga. Blödningen skilde sig dock inte mellan grupperna.

Intervention med reviderat vårdprogram

Mot bakgrund av den höga incidensen njurpåverkan (23 procent) reviderades sjukhusets vårdprogram för akut kirurgi vid höftledsfraktur med fokus på att förebygga njursvikt. Det tidigare vårdprogrammet omfattade vårdteknik och organisatoriska rutiner. Anestesi och vätsketillförsel hade däremot inte reglerats utan styrdes av individuella bedömningar av anestesiolog och anestesisjuksköterska.

Det reviderade vårdprogrammet, som började tillämpas i slutet av november 2012, kom därför att innefatta flera moment som avsåg att standardisera den anestesiologiska övervakningen samt blod- och vätsketillförsel. Förändringarna beskrivs kortfattat i Fakta 1.

Resultat efter intervention

Under senvåren 2013 gjordes en uppföljning av de 71 patienter som opererats för höftledsfraktur under de första 5 månaderna efter revisionen av vårdprogrammet (mellan december 2012 och april 2013). Medelåldern var densamma som i den retrospektiva undersökningen, 79 år, den genomsnittliga kirurgiska blödningen likartad, och Hb-värdet den första postoperativa dagen var i genomsnitt 105 g/l. Stegring av serumkreatinin på >50 procent förekom nu hos endast 4 procent av patienterna, vilket ska jämföras med den tidigare incidensen på 23 procent (χ^2-test, P < 0,007). Andelen patienter med en mindre tydlig ökning av serumkreatinin, 25–50 procent, var jämförbar (6 kontra 10 procent) (Figur 1). Mortaliteten inom 1 månad var drygt 8 procent.

»Dessa bestod av eliminering av stärkelseinfusioner och en mer strikt standardiserad vätske- och blodgivning.«

Resultat av senare uppföljning

En ännu senare uppföljning av de patienter som fick njurpåverkan under 2012 visade att det förhöjda värdet på serumkreatinin i samtliga fall gått i regress 6–9 månader senare. Ett fåtal patienter med njurpåverkan följdes också med mer detaljerad provtagning före och efter höftfrakturkirurgin. När filtrationsmarkören serumkreatinin steg, ökade regelmässigt även urinutsöndringen av albumin och NGAL (neutrofilt gelatinas-associerat lipokalin) som tecken på glomerulusskada respektive tubulointerstitiell inflammation [6]. Kurvor för NGAL över tid användes för att påvisa att njurpåverkan verkligen uppstod under eller i mycket nära anslutning till kirurgin snarare än vid frakturtillfället eller postoperativt.

Hemodynamisk övervakning visade också att kvarvarande fall av njurpåverkan vanligtvis kunde kopplas till blodtrycksfall i anslutning till kirurgin, vilket inte gått att häva förrän efter 5–10 minuter.

DISKUSSION

Med hjälp av systematisk analys och implementering av ett nytt vårdprogram minskade incidensen av njurpåverkan i samband med kirurgi för höftfraktur från 23 procent till 4 procent. Det kriterium vi använde, en höjning av serumkreatinin med >50 procent, anses enligt RIFLE-kriterierna ange risk för njurskada med hög sensitivitet [7]. Vi räknade även de patienter som uppvisade en höjning av serumkreatinin med 25–50 procent, eftersom det andra blodprovet togs på morgonen efter operationen, medan det högsta värdet förväntas uppkomma först på den 3:e postoperativa dagen.

Främsta orsakerna till det positiva resultatet

Revideringen av vårdprogrammet motiverades av att vi under 2012 ansåg att incidensen av njurpåverkan var oroande hög. För att uppnå säker och omedelbar effekt modifierades flera variabler som kunde tänkas påverka njurarna. Eftersom flera förändringar gjordes samtidigt, kan det tyvärr inte säkerställas vilken eller vilka av dem som faktiskt skyddat njurarna. De förändringar som merparten av patienterna påverkats av borde dock haft störst betydelse. Dessa bestod av eliminering av stärkelseinfusioner och en mer strikt standardiserad vätske- och blodgivning.

Den europeiska läkemedelsmyndigheten (European Medicines Agency) varnade 2013 för att stärkelselösningar ökar risken för njurskador i samband med vård av kritiskt sjuka, och ett totalförbud har varit nära [8]. Vår modifiering av vårdprogrammet för höftfrakturkirurgi sammanföll tidsmässigt med publiceringen av de två mest betydelsefulla studierna i detta sammanhang [4, 5]. Under oktober 2013 publicerades nya riktlinjer som innebär att dessa kolloider är indicerade endast för behandling av hypovolemi vid akut blödning hos icke-kritiskt sjuka patienter med normal njurfunktion [9].

Före interventionen hade stärkelselösning givits till 70 procent av patienterna under själva kirurgin, medan ingen patient erhöll syntetisk kolloid efter densamma, trots att möjlighet fanns att ge dextran. Före interventionen gavs också generellt sett mindre vätska under tiden från ankomst till akutmottagningen och fram till dess operationen började, varvid många patienter torde ha varit intorkade när de erhöll stärkelselösningen.

Även den standardiserade indikationen för blodtransfusion

kan ha medverkat till det positiva slutresultatet. Den lägsta accepterade Hb-nivå vi införde innan erytrocyter transfunderades (95–100 g/l) är ofta använd för patienter med marginell kardiell reservkapacitet, dock utan att konsensus i frågan uppnåtts [10].

Anestesi och kirurgi på äldre kräver yttersta noggrannhet

Tyvärr finns endast begränsad vetenskaplig forskning om hur det perioperativa omhändertagandet och anestesin av den äldre patienten bäst ska skötas. Däremot är de fysiologiska förändringar som sker med åldern väl beskrivna. Avtrubbning av törstsignalen ökar troligtvis risken för preoperativ intorkning, förutsatt att vårdpersonalen inte försäkrar sig om att patienten verkligen intar vätska. Försämrad baroreflex och reaktioner på adrenerga stimuli medför att den kardiovaskulära volymsfyllnaden (preload) är extremt viktig för den åldrade patientens cirkulatoriska stabilitet. Detta uttrycks i form av ökad känslighet för anestesiinduktion, hypovolemi och hypotermi [11]. Generellt försämrad organfunktion medför krympande tolerans för fysiologisk påverkan.

Anestesi och kirurgi på äldre bör således utföras med yttersta noggrannhet, eftersom även smärre fysiologiska avvikelser kan påverka kroppen på ett ogynnsamt sätt.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Robert Hahn har givit betalda föreläsningar åt Baxter Medical AB.

LÄS MER Engelsk sammanfattning Läkartidningen.se

KOMMENTERA denna artikel på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Frost SA, Nguyen ND, Black DA, et al. Risk factors for in-hospital post-hip fracture mortality. Bone. 2011;49:553-8.
2. Center JR, Nguyen TV, Schneider D, et al. Mortality after all major types of osteoporotic fracture in men and women: an observational study. Lancet. 1999;353:878-82.
3. Shiga T, Wajima Z, Ohe Y. Is operative delay associated with increased mortality in hip fracture patients? Systematic review, meta-analysis, and meta-regression. Can J Anaesth. 2008;55:146-54.
4. Perner A, Haase N, Guttormsen AB, et al. Hydroxyethyl starch 130/0.42 versus Ringer's acetate in severe sepsis. N Engl J Med. 2012; 367:124-34.
5. Myburgh JA, Finfer S, Bellomo R, et al. Hydroxyethyl starch or saline for fluid on intraoperative oliguria resuscitation in intensive care. N Engl J Med. 2012;367:1901-11.
6. Mårtensson J, Martling CR, Bell M. Novel biomarkers of acute kidney injury and failure; clinical applicability. Br J Anaesth. 2012; 109:843-50.
7. Van Biesen W, Vanholder R, Lameire N. Defining acute renal failure: RIFLE and beyond. Clin J Am Soc Nephrol. 2006;1:1314-9.
8. European Medicines Agency. PRAC recommends suspending marketing authorisations for infusion solutions containing hydroxyethyl starch [pressmeddelande 14 jun 2013].http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2013/06/news_detail_001814.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1
9. European Medicines Agency. Hydroxyethyl-starch solutions (HES) should no longer be used in patients with sepsis or burn injuries or in critically ill patients – CMDh endorses PRAC recommendations. [pressmeddelande 25 okt 2013]. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Referrals_document/Solutions_for_infusion_containing_hydroxyethyl_starch/Position_provided_by_CMDh/WC500153119.pdf
10. Carson JL, Terrin Ml, Sanders DW, et al. Liberal or restrictive transfusion in high-risk patients after hip surgery. N Eng J Med. 2011;365:2453-62.
11. Tasch MD. The autonomic nervous system and geriatric anesthesia. Int Anesthesiol Clin. 1988;26:143-51.

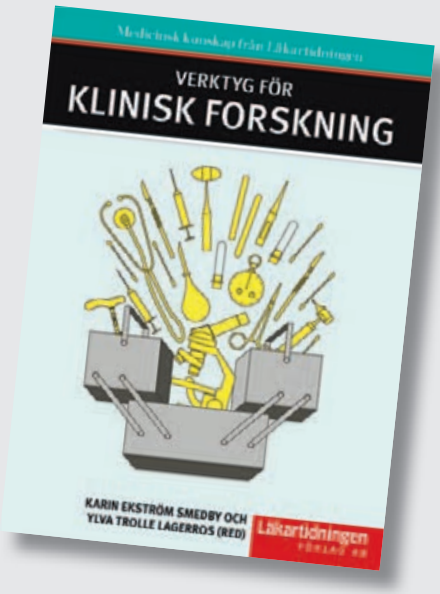
Ny bok från Läkartidningen förlag!

VERKTYG FÖR KLINISK FORSKNING

Kliniknära forskning krävs för utveckling och förbättring av hälso- och sjukvården. I Sverige finns goda förutsättningar för att bedriva klinisk forskning av hög kvalitet.

Målet med den här boken är att inspirera till att forska och att ge tips om allt från studieupplägg till att söka anslag, göra analyser och skriva vetenskapliga artiklar.

Redaktörer: Karin Ekström Smedby, docent och Ylva Trolle Lagerros, docent.



Läkartidningen FÖRLAG AB

Köp och beställ på Läkartidningen.se
Pris 230 kr (inkl moms, frakt tillkommer) Vid beställning över 50 ex, mejla din order till ulf.jansson@lakartidningen.se

Arrangörer

Läkartidningen

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

KARRIÄR MÄSSAN för läkare

Karriärkvällar för läkare

2014

Läkartidningen och Läkarförbundet fortsätter den uppskattade satsningen på karriärevenemangen under 2014. Bland annat arrangerar vi heldags-mässor i både Stockholm och Göteborg, så markera följande datum i din kalender redan nu!

✗ **10 maj**	**Stockholm**	*Karriärmässa*
✗ **2 oktober**	**Växjö**	
✗ **11 oktober**	**Göteborg**	*Karriärmässa*
✗ **19 november**	**Umeå**	

Program och information kommer löpande att uppdateras på *www.lakartidningen.se/events*

Begränsat antal platser. Deltagandet är kostnadsfritt och exklusivt för medlemmar i Läkarförbundet.

Citera som: Läkartidningen. 2014;111:CR39

Nya riktlinjer för diagnostik och behandling av stabil angina pectoris

Europeiska kardiologföreningens rekommendationer

STEFAN AGEWALL, överläkare, professor, hjärtkliniken, Oslo universitetssjukhus Ullevål; Oslo universitet
stefan.agewall@medisin.uio.no

De nya riktlinjerna för diagnostik och behandling från Europeiska kardiologföreningen (ESC) [1] rör en stor patientgrupp med bröstsmärta där stabil angina pectoris misstänks. Patienterna finns i princip inom alla kliniska specialiteter, men riktlinjerna kanske är intressantast för kardiologer, internmedicinare och allmänmedicinare. Stabil angina pectoris är ett relativt benignt tillstånd med en årlig incidens av hjärtdöd på 0,6–1,4 procent.

Nytt utredningsschema

Utredningen vid misstänkt angina pectoris har varit relativt standardiserad, med arbets-EKG som första steg. I de nya riktlinjerna föreslår man ett nytt flödesschema.

Man föreslår tre steg i beslutsfattandet. Steg 1 är en utvärdering av sannolikheten för att en patient har stabil angina pectoris. Denna sannolikhetskalkyl baseras på symtom, ålder och kön. Steg 2 är icke-invasiv testning för att fastställa diagnosen. Så snart den ställts inleds optimal läkemedelsbehandling. Riskstratifiering görs för varje patient för att avgöra vem som har nytta av invasiv utredning med angiografi och revaskularisering (steg 3). Vid allvarliga symtom kan tidig invasiv koronarangiografi utföras direkt, med värdering av eventuella stenoser med tryckmätning över stenosen (flödesfraktionsreserv) vid behov och efterföljande revaskularisering. I dessa fall går man alltså förbi steg 2 och 3.

Principen för diagnostik har alltså modifierats betydligt och bygger på att man före testning värderar sannolikheten för att det är fråga om stabil angina pectoris (Tabell I). Om denna sannolikhetsvärdering är <15 procent rekommenderas att man söker efter andra orsaker till symtomen och överväger funktionell kranskärlssjukdom. Om sannolikhetsvärderingen är intermediär (15–85 procent) görs icke-invasivt test. Om sannolikhetsvärderingen är hög, >85 procent, anses diagnosen vara stabil angina pectoris, och man fortsätter då med riskstratifiering.

Sannolikhetsvärderingen före testning bygger fortfarande på symtomens karaktär (typisk angina, atypisk angina, icke-anginös smärta) och patientens ålder och kön. Grundtanken är att värderingen av sannolikheten för att en patient har stabil angina pectoris måste sättas i relation till de olika icke-invasiva testens sensitivitet och specificitet (Tabell II). Icke-invasiv testning kan göra skada om antalet falska testresultat är högre än antalet korrekta. Icke-invasiv bildbaserad diagnostik vid stabil angina pectoris har en sensitivitet runt 85 procent, varför 15 procent av resultaten kommer att vara falska. Detta innebär att inget test alls ger färre felaktiga diagnoser hos patienter med en sannolikhetsvärdering på <15 procent (förutsatt att alla patienter är friska) eller >85 procent (förutsatt att alla patienter är sjuka). I dessa situationer bör utredning bara startas om speciella skäl föreligger, enligt de nya riktlinjerna.

Utmärkande för den klassiska arbets-EKG-undersökningen är att den har låg sensitivitet, 45–50 procent. Det är anledningen till att de nya riktlinjerna inte rekommenderar testning hos patienter med låg (<15 procent) eller hög (>85 procent) sannolikhetsvärdering före testning. Hos sådana patienter anses det vara säkert att anta att de har respektive inte har obstruktiv koronarsjukdom.

Klassificering av angina pectoris

Atypisk angina (trolig diagnos) ska uppfylla två av tre nedanstående kriterier och icke-anginös bröstsmärta högst ett av dem.

- Substernalt obehag/substernal smärta i bröstet med typisk kvalitet och duration
- Symtomen utlöses av fysisk ansträngning eller emotionell stress
- Symtomen lindras i vila och/eller av nitrater inom någon minut.

Steg 1. Sannolikhetsvärdering före testning

Vid en sannolikhetsvärdering <15 procent rekommenderas inga fler undersökningar. Vid en sannolikhetsvärdering på 15–65 procent rekommenderas om möjligt undersökning med arbets-EKG. Annan icke-invasiv bilddiagnostik kan väljas beroende på lokala förutsättningar. Vid en sannolikhetsvärdering på 66–85 procent rekommenderas icke-invasiv funktionell bilddiagnostik. Vid en sannolikhetsvärdering på >85 procent kan man anta att patienten har stabil angina pectoris, och då rekommenderas bara riskstratifiering. Hos patienter med allvarliga symtom eller kliniska tecken som tyder på en koronaranatomi med hög risk för koronar sjukdom bör läkemedelsbehandling initieras snarast och koronarangiografi utföras.

Steg 2. Icke-invasiv utredning

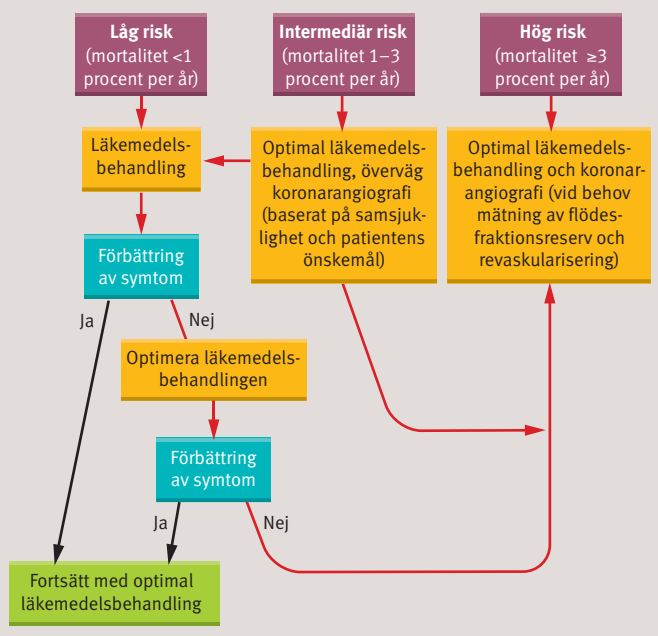
Flera typer av icke-invasiva diagnostiska test kan övervägas (Tabell II) vid värderingen av dessa patienter. Valet av metod styrs av lokal kapacitet och kompetens.

Steg 3. Riskstratifiering

Riskstratifiering efter testning kan värderas efter ST-sänkning under belastning i millimeter, kliniska symtom (ingen angina, måttlig angina eller kärlkramp som orsak för att avbryta testet) och belastningstiden i minuter (Tabell III) [3].

SAMMANFATTAT

De nya riktlinjerna från europeiska kardiologföreningen rekommenderar ett nytt flödesschema för utredning och behandling av patienter med misstänkt angina pectoris.
Processen börjar med klinisk utvärdering av sannolikheten för att den enskilde patienten har stabil angina pectoris. Denna sannolikhetskalkyl baseras på symtomatologi, ålder och kön. Därefter görs oftast icke-invasiv testning för att fastställa diagnosen.
Så snart diagnosen stabil angina pectoris ställts inleds optimal läkemedelsbehandling, och en riskstratifiering görs för varje patient för att avgöra vem som har nytta av invasiv utredning med angiografi och revaskularisering.



Figur 1. Flödesschema för handläggning av patienter med stabil angina pectoris baserad på riskstratifiering. Efter Montalescot et al [1] med tillstånd av Oxford University Press.

Denna riskstratifiering styr flödesschemat för behandlingen och rekommendation för koronarangiografi (Figur 1).

Övrigt

Andra nyheter är att man rekommenderar transtorakal ultraljudsundersökning (klass 1B-rekommendation) för att utesluta alternativa förklaringar till anginösa symtom och för att efterforska regionala abnormaliteter i väggrörelserna talande för ischemisk hjärtsjukdom, evaluering av ejektionsfraktion och värdering av diastolisk funktion.

Mätning av flödesfraktionsreserv rekommenderas (klass 1A-rekommendation) vid osäkerhet om huruvida en stenos ska värderas som signifikant. En patient med stenos och en flödesfraktionsreserv >0,80 ska inte revaskulariseras. Valet av revaskulariseringsmetod görs huvudsakligen enligt tidigare riktlinjer från ESC [4].

Koronar-DT kan vara ett alternativ till ischemitestning, särskilt vid symtom med låg till intermediär sannolikhet för att vara stabil angina pectoris. Denna metod bör förstås inte överutnyttjas, men metodens mycket höga negativa prediktiva värde kan skapa trygghet i selekterade fall. DT-angiografi bör inte användas hos patienter med hög sannolikhet för förkalkningar eller som screeningtest hos asymtomatiska patienter.

Nyheterna avseende läkemedelsbehandling är sparsamma. Ranolazin, nicorandil och ivabradin har tillkommit som andrahandsalternativ.

Konklusion

Vid misstanke om stabil angina pectoris rekommenderas numera inte rutinmässig undersökning med arbetsprov på grund av metodens låga sensitivitet. I stället rekommenderas att sannolikheten för angina pectoris värderas baserat på patientens symtomatologi, ålder och kön, varefter utredningens aktivitetsnivå avgörs.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Författaren har mottagit arvode för föreläsningar och konsultuppdrag från AstraZeneca, Boehringer-Ingelheim, Pfizer , Medicince Company, Roche, Sanofi och Siemens.

TABELL I. Sannolikhetsvärdering före testning hos patienter (män, M, och kvinnor, K) med misstänkt angina pectoris [2].

	Typisk angina, %		Atypisk angina, %		Icke-anginös smärta, %	
Ålder	M	K	M	K	M	K
30–39	59	28	29	10	18	5
40–49	69	37	38	14	25	8
50–59	77	47	49	20	34	12
60–69	84	58	59	28	44	17
70–79	89	68	69	37	54	24
≥80	93	77	78	47	65	32

TABELL II. Sensitivitet och specificitet vid diagnostik av angina pectoris. Eko = ekokardiografi, SPECT = singelfotontomografi.

Metod	Sensitivitet, %	Specificitet, %
Arbets-EKG	45–50	85–90
Arbetsstress-eko	80–85	80–88
Arbetsstress-SPECT	73–92	63–87
Dobutaminstress-eko	79–83	82–86
Dobutaminstress-MR	79–88	81–91
Vasodilaterande stress-eko	72–79	92–95
Vasodilaterande stress-SPECT	90–91	75–84
Vasodilaterande stress-MR	67–94	61–85
Koronar-DT	95–99	64–83
Vasodilaterande stress-PET	81–97	74–91

TABELL III. Riskstratifering.

Metod	Risk	
Arbets-EKG	Hög	Kardiovaskulär mortalitet >3 %/år
	Intermediär	Kardiovaskulär mortalitet 1–3 %/år
	Låg	Kardiovaskulär mortalitet <1 %/år
Bild-diagnostik av ischemi	Hög	Ischemisk area >10 %
	Intermediär	Ischemisk area 1–10%
	Låg	Ingen ischemi
Koronar-DT	Hög	Trekärlssjukdom med proximal stenos
	Intermediär	Signifikant lesion i stort proximalt kärl
	Låg	Normala koronarartärer eller plack

REFERENSER

1. Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. Eur Heart J. 2013;34(38):2949-3003.
2. Genders TS, Steyerberg EW, Alkadhi H, et al. A clinical prediction rule for the diagnosis of coronary artery disease: validation, updating, and extension. Eur Heart J. 2011;32(11):1316-30.
3. Mark DB, Shaw L, Harrell FE Jr, et al. Prognostic value of a treadmill exercise score in outpatients with suspected coronary artery disease. N Eng J Med. 1991;325(12):849-53.
4. Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS); European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI), Wijns W, Kolh P, Danchin N, et al. Guidelines on myocardial revascularization. Eur Heart J. 2010;31(39):2501-55.

Hela dokumentet kan laddas ner från http:// www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/stable-angina-pectoris.aspx

Citera som: Läkartidningen. 2014;111:CSDS

Radikal prostatektomi utvärderad

18 års uppföljning i svensk randomiserad multicenterstudie

HANS-OLOV ADAMI, professor, Department of Epidemiology, Harvard School of Public Health, Boston; professor emeritus, institutionen för medicinsk epidemiologi och biostatistik, Karolinska institutet, Stockholm
hadami@hsph.harvard.edu
ANNA BILL-AXELSON, docent, överläkare, institutionen för kirurgiska vetenskaper, Uppsala universitet; urologkliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala
LARS HOLMBERG, professor, institutionen för kirurgiska vetenskaper, Uppsala universitet; Medical School, Division of Cancer Studies, King's College, London
JAN-ERIK JOHANSSON, professor, överläkare, institutionen för hälsovetenskap och medicin, Örebro universitet; urologiska kliniken, Universitetssjukhuset, Örebro

Under 1980-talet började prostatacancerns kliniska landskap att förändras. Före det fanns ingen kurativt syftande behandling, endast palliation, i första hand endokrin, som påbörjades antingen omedelbart efter diagnosen eller när sjukdomen progredierat till symtomatiskt stadium. Radikal prostatektomi – utvecklad under 1980-talet men aldrig utvärderad i randomiserade studier – spreds som en löpeld i USA och med någon fördröjning i resten av västvärlden. Samtidigt klarnade naturalhistorien vid lokaliserad, obehandlad prostatacancer.

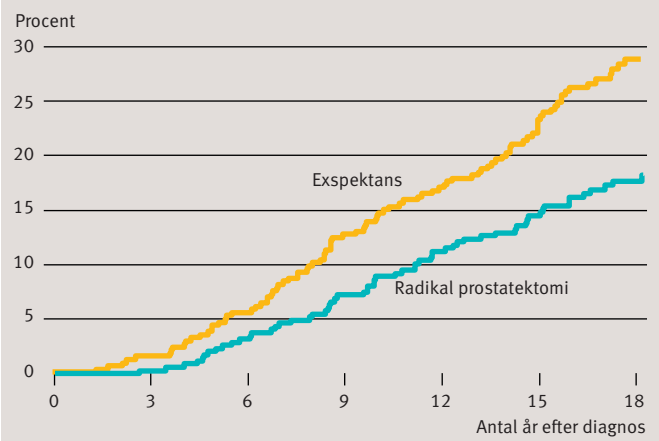
Bakgrund

Det viktigaste bidraget kom från en populationsbaserad kohort av 223 män i Örebro län som diagnostiserades med lokaliserad prostatacancer 1977–1983 och sedan följdes minutiöst [1]. Efter 32 års uppföljning utan initial behandling – när endast tre män alltjämt var i livet – hade 17 procent av patienterna dött på grund av prostatacancer och 83 procent av andra orsaker. Flera mindre studier visade samstämmiga resultat. Det stod alltså klart att möjligheterna till förbättrad överlevnad genom tidig radikal behandling var små, åtminstone i ett relativt kort tidsperspektiv. Denna insikt låg till grund för vårt beslut 1988 att planlägga en randomiserad studie (SPCG-4) för att klarlägga om dödligheten i prostatacancer kan reduceras med tidig radikal behandling. Nu, 26 år senare, är denna studie alltjämt den enda i sitt slag i världen med patienter med huvudsakligen kliniskt upptäckt prostatacancer.

Parallellt med denna utveckling och med stort genomslag i Sverige i slutet av 1990-talet började testning för prostataspecifikt antigen (PSA) att användas inte bara som diagnostiskt hjälpmedel vid symtom på prostatasjukdom utan i ökad utsträckning också för screening av asymtomatiska män. Resultatet blev en epidemisk ökning av antalet fall med nydiagnostiserad lokaliserad prostatacancer, och flertalet av dessa män rekommenderades behandling med radikal prostatektomi. Enligt Nationella prostatacancerregistret ökade i Sverige antalet opererade män med nydiagnostiserad prostatacancer från 450 år 1998 till 2 434 år 2011 [2]. I ljuset av denna utveckling har långtidsresultaten från SPCG-4 väckt stort internationellt intresse.

Scandinavian Prostate Cancer Group Study 4 (SPCG-4)

Under perioden 1989–1999 randomiserades 695 män med nydiagnostiserad högt eller medelhögt differentierad prostatacancer före 75 års ålder och utan tecken till utbredd lokal tumörväxt eller fjärrmetastaser till radikal prostatektomi eller exspektans utan initial behandling (watchful waiting). Av dessa hade endast 12 procent en icke-palpabel tumör (T1c), sannolikt upptäckt vid PSA-testning. Patienterna rekryterades från 14 urologiska centra i Sverige, Finland och Island. En detaljerad beskrivning av studiens design finns tillgänglig på nätet [3] liksom i vår första publikation [4]. Studien har uppdaterats vart tredje år utan att en enda patient förlorats ur sikte [5-7]; resultaten av uppföljningen till och med 2012 publiceras den 6 mars 2014 [8]. Under olika skeden av uppföljningen har vi studerat patienternas livskvalitet, behandlingsbiverkningar och sexuella funktion [9-11].



Figur 1. Kumulativ risk att dö i prostatacancer under 18 års uppföljning efter randomisering till radikal prostatektomi eller exspektans. P = 0,001 (Grays test).

Under den 23-åriga uppföljningstiden har vi strävat efter att genomlysa de alltmer komplexa resultat som utvecklats. Huvudvikten ligger på kvantifiering av den kumulativa (absoluta) reduktionen i dödlighet (Figur 1), överlevnadsanalyser med multivariata Coxmodeller och beräkning av antalet patienter som måste genomgå radikal prostatektomi om ett dödsfall i prostatacancer ska förebyggas (number needed to treat, NNT). Det växande antalet dödsfall under den långa uppföljningstiden har också möjliggjort analyser i undergrupper, definierade av ålder vid diagnos och olika prognostiska karaktäristika. Resultaten av dessa explorativa test, som inte definierats på förhand i studiens protokoll, bör dock tolkas med försiktighet.

Studiens resultat finns sammanfattade i Tabell I. Huvudbudskapet är att under de första 18 årens uppföljning minskade radikal prostatektomi död i prostatacancer med 44 procent (95 procents konfidensintervall, KI, 23–59; P = 0,001) motsvarande 11 procent (95 procents KI 4,5–17,5) lägre kumulativ absolut dödsrisk (28,7 procent efter exspektans jämfört med 17,7 procent efter radikal prostatektomi). Antalet dödsfall i pros-

SAMMANFATTAT

Jämfört med exspektans minskade radikal prostatektomi under 18 års uppföljning dödligheten i prostatacancer med 44 procent, motsvarande en absolut minskning med 11 procent.

Radikal prostatektomi belastas av betydande biverkningar, och utan initial behandling lever många patienter länge utan symtom och behov av behandling.

TABELL I. **Död i prostatacancer under 18 års uppföljning av patienter behandlade med radikal prostatektomi eller exspektans. KI = konfindensintervall.**

	Minskad dödlighet i procent (95 procents KI) i prostatacancer efter radikal prostatektomi jämfört med exspektans		
Grupp	**Relativ**	**Absolut**	**NNT**
Alla	44 (23–59)	11,0 (4,5–17,5)	9
Ålder vid diagnos			
<65 år	55 (31–71)	15,8 (6,0–25,5)	6
≥65 år	25 (–19–53)	6,6 (–2,1–15,2)	15
Riskgrupp			
Låg[1]	46 (–13–74)	3,8 (–4,6–12,2)	26
Intermediär[2]	62 (38–77)	24,2 (13,6–34,9)	4
Hög[3]	13 (–46–48)	2,6 (–12,7–17,8)	38

[1] Gleasonsumma <7, PSA <10 µg/l.
[2] Gleasonsumma 7, PSA 10–20 µg/l.
[3] Gleasonsumma 8–10, PSA >20 µg/l.

tatacancer var 63 bland de 347 män som randomiserades till radikal prostatektomi och 99 bland de 348 som randomiserades till exspektans. Med förlängd uppföljningstid, från 10 till 18 år, har NNT minskat från 20 till 8. Biverkningarna av operationen drabbar naturligtvis dessa åtta män med lika stor sannolikhet, oavsett om operationen är dem till gagn. Ett oväntat fynd är att nyttan med radikal prostatektomi gradvis minskade med stigande ålder (Tabell I). Eftersom analysen är explorativ och resultatet saknar en uppenbar biologisk förklaring förespråkar vi en försiktig tolkning [6, 7].

Radikal prostatektomi är belastad av en rad postoperativa biverkningar, dominerade av erektil dysfunktion hos 80 procent och besvärande urininkontinens hos 29 procent. Under uppföljningstiden tillkom åldersrelaterade symtom och effekter av lokal tumörväxt, metastasering och biverkningar av palliativ behandling, framför allt i den icke-opererade gruppen [9, 10].

Diskussion

Efter 26 års forskning och upp till 23 års uppföljning har SPCG-4 givit svar på de frågor som initierade denna randomiserade studie: med radikal prostatektomi uppnås en betydande både relativ och absolut minskning av dödligheten orsakad av prostatacancer. Antalet män som måste opereras för att hindra ett dödsfall sjunker vid förlängd uppföljning. Samtidigt understryker resultaten det kliniska beslutsfattandets komplexitet eftersom radikal prostatektomi är behäftad med betydande biverkningar och en stor andel av de patienter som

»SPCG-4-studien lär oss till sist att Sverige och Norden har unika möjligheter att genomföra svåra kliniska studier som kräver långsiktig uppföljning och stort tålamod ...«

randomiserades till exspektans har levt många år utan tecken till tumörväxt, metastaser eller behov av palliativ behandling.

Under de år som gått har endast en ytterligare randomiserad studie av radikal prostatektomi publicerats [12]. Den är av samma storlek som SPCG-4 men inkluderar huvudsakligen patienter med asymtomatisk cancer upptäckt genom PSA-test, dvs den grupp som nu dominerar sjukdomspanoramat i både USA och Sverige. Därför är det inte helt överraskande att studien från USA inte fann någon signifikant lägre dödlighet efter radikal prostatektomi jämfört med exspektans [12], vilket är i linje med våra resultat bland män med lågrisktumör (Tabell I).

Historien om den radikala prostatektomins segertåg genom västvärlden illustrerar det lättsinne med vilket nya kirurgiska (och andra terapeutiska) tekniker alltjämt införs i rutinsjukvården utan vetenskaplig utvärdering. Innan våra första resultat publicerades hade redan ca 5 000 män i Sverige behandlats med radikal prostatektomi, och i USA beräknades 160 000 ingrepp utföras årligen. Resultaten från SPCG-4 och den amerikanska studien visar att om en utvärdering skett tidigare hade vi haft mycket bättre underlag för patientinformation (och därmed för patientmedverkan i behandlingsbeslutet), indikationsställning, principer för uppföljning och stöd för att hantera biverkningar innan expansionen av prostatacancerkirurgin blev ett faktum.

Konklusion

SPCG-4-studien lär oss till sist att Sverige och Norden har unika möjligheter att genomföra svåra kliniska studier som kräver långsiktig uppföljning och stort tålamod (de första resultaten publicerades efter 14 års arbete) men som saknar kommersiellt intresse och därmed finansieringsmöjligheter från industrin. Likväl saknar Sverige en stabil och långsiktigt planerad infrastruktur för denna typ av forskning, trots våra förutsättningar att rekrytera stora patientpopulationer med stöd av kompetenta multidisciplinära team. Det ekonomiska stödet till SPCG-4 har tex till mycket stor del kommit från National Cancer Institute vid National Institutes of Health i USA.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Johansson JE, Adami HO, Andersson SO, et al. Natural history of localised prostatic cancer. A population-based study in 223 untreated patients. Lancet. 1989;1:799-3.
2. Prostatacancer. Nationell kvalitetsrapport för diagnosår 2011 från Nationella prostatacancerregistret (NPCR) [citerat 10 feb 2014]. http://npcr.se/wp-content/uploads/2013/04/20121107_NPCR_Rapport_2011.pdf
3. Cancercentrum, RCC Uppsala/Örebro. SPCG-4 protocol [citerat 9 feb 2014]. http://www.cancercentrum.se/Global/RCCUppsalaOrebro/forskning/Spcg4.pdf
4. Holmberg L, Bill-Axelson A, Helgesen F, et al. A randomized trial comparing radical prostatectomy with watchful waiting in early prostate cancer. N Engl J Med. 2002;347:781-9.
5. Bill-Axelson A, Holmberg L, Ruuti M, et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. N Engl J Med. 2005;352:1977-84.
6. Bill-Axelson A, Holmberg L, Filén F, et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in localized prostate cancer: The Scandinavian Prostate Cancer Group-4 randomized trial. J Natl Cancer Inst. 2008;100:1144-54.
7. Bill-Axelson A, Holmberg L, Ruutu M, et al; SPCG-4 Investigators. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. N Eng J Med. 2011;364:1708-17.
8. Bill-Axelson A, Holmberg L, Garmo H, et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. N Engl J Med. 2014;370:928-38.
9. Steineck G, Helgesen F, Adolfsson J, et al; Scandinavian Prostatic Cancer Group Study Number 4. Quality of life after radical prostatectomy or watchful waiting. N Engl J Med. 2002;347:790-6.
10. Johansson E, Steineck G, Holmberg L, et al; SPCG-4 Investigators. Long-term quality-of-life outcomes after radical prostatectomy or watchful waiting: the Scandinavian Prostate Cancer Group-4 randomised trial. Lancet Oncol. 2011;12:891-9.
11. Bill-Axelson A, Garmo H, Holmberg L, et al. Long-term distress after radical prostatectomy versus watchful waiting in prostate cancer. A longitudinal study from the Scandinavian Prostate Cancer Group-4 Randomized Clinical Trial. Eur Urol. 2013;64:920-28.
12. Wilt TJ, Brawer MK, Jones KM, et al. Radical prostatectomy versus observation for localized prostate cancer. N Engl J Med. 2012;367:203-13.

Redaktör: Ewa Knutsson 08-790 34 83
ewa.knutsson@lakartidningen.se

Företagshälsovården bör rensa upp i träsket »hälsokontroller«

Ordet »hälsokontroll« ger ingen korrekt beskrivning av företagshälsovårdens insatser och bör därför bytas ut, anser Karin Nord och Ingela Hägglund. De efterlyser även en vetenskaplig utvärdering av effekten av insatserna.

Det internationella forskarnätverket Cochrane har i en rapport visat att nyttan av generella hälsokontroller verkar vara obefintlig [1], åtminstone sett till överlevnad och minskad sjuklighet. I Cochranerapporten definierades generella hälsokontroller som ett antal test med syfte att upptäcka sjukdomar hos en befolkning utan symtom, vilket inte motsvarar de lagstadgade medicinska kontroller vi regelbundet utför inom företagshälsovården i Sverige.

SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) har i sin tur granskat och kommenterat Cochranerapporten [2]. SBU håller väsentligen med om slutsatserna, men konstaterar att en svaghet är att de flesta av studierna påbörjades på 1960- och 70-talen, vilket gör att både diagnos- och behandlingsmetoder kan ha förändrats. Mer specifikt riktade screeningundersökningar för ett visst sjukdomstillstånd, som till exempel i den så kallade Västerbottenundersökningen [2], har enligt SBU visat positiv effekt.

Det som många företagshälsovårdsenheter i dag kallar hälsokontroller skulle bättre kunna beskrivas som hälso- och arbetsmiljökartläggningar med analys och åtgärdsförslag. Vi kan till exempel få ett uppdrag av en kund som vill beställa hälsokontroller med syfte att »få till ett hälsotänk bland anställda och för att kunna arbeta mer förebyggande/hälsofrämjande». Vi inleder då med en riskanalys av arbetsmiljön genom en multiprofessionell bedömning av de fysiska, sociala och psykiska faktorerna på arbetsplatsen.

Analysen ligger till grund för hur vi utformar förslaget till beställaren, dvs vilka frågeställningar som ska belysas, samt vilka prov och undersökningar vi anser bör göras. Frågor om medarbetarnas upplevelse av arbetsmiljön finns alltid med i våra frågeformulär, vilket innebär att vi faktiskt gör en hälso- och arbetsmiljökartläggning.

Hos oss omfattar den individuella hälsokartläggningen livsstilspåverkan riktad mot rökning, bristande fysisk aktivitet samt riskbruk av alkohol. Den genomförs genom motiverande samtal, som enligt Socialstyrelsens direktiv [3] motsvarar ett kvalificerat rådgivande samtal. Denna typ av intervention har konstaterats ha positiv effekt på folkhälsan och anses kunna ha större effekt om den utförs samlat på en arbetsplats.

I samband med det individuella samtalet ges medarbetaren möjlighet att få sin upplevelse av arbetsmiljön belyst av en specialist på arbetsmiljöfrågor som dessutom har god kännedom om den aktuella miljön. Detta ger en bra grund för medarbetaren att, själv eller tillsammans med lämplig yrkeskategori hos företagshälsan, ta tag i eventuella problem. Denna aspekt på arbetsmiljöarbetet är det bara företagshälsovården som kan hantera. Redan när vi säljer in hälsokartläggningen ser vi också till att förankra att vi får återkalla medarbetaren om företagssköterskan upptäcker förhållanden som behöver åtgärdas eller följas upp. Utifrån vår riskanalys medverkar ofta även andra personalkategorier, och när en företagsläkarspecialist är inblandad kan det i det närmaste likställas vid en lagstadgad medicinsk kontroll.

Efter hälso- och arbetsmiljökartläggningen gör vi också en analys och sammanställning av hälsoläget och arbetsmiljön på arbetsplatsen. Vi ger förslag till åtgärder avsedda att förbättra båda områdena. På detta sätt knyter vi samman hälsa, livsstil och arbetsmiljö med syfte att ge ökad hälsa/välbefinnande. Vi är övertygade om att detta är en förutsättning för välmående, effektiva och lönsamma arbetsplatser.

För framtiden är det viktigt att vi byter ut ordet hälsokontroll mot något som bättre beskriver det vi faktiskt gör. Vi föreslår exempelvis »hälso- och arbetsmiljökartläggning med analys och åtgärdsförslag«, »kvalificerat rådgivande hälsosamtal«, »medicinsk kontroll med tjänstbarhetsbedömning« eller »enklare hälsoundersökning inom ramen för medicinska kontroller«. Det är även viktigt att det skapas förutsättningar för att vetenskapligt utvärdera effekten av de insatser vi gör.

Något som sällan nämns i samband med hälsokartläggningar är att de är ett sätt för företagshälsovården att bygga upp långsiktiga relationer med de anställda och företagen. Bra relationer är nödvändiga för att bygga förtroende för våra synpunkter om verksamheten, och förtroendet är oerhört viktigt den dag då vi måste lyfta frågor som kan vara obekväma och kostsamma för företaget.

Bra relationer är viktigt om företagshälsan måste lyfta frågor som kan bli obekväma och kostsamma för kunden.

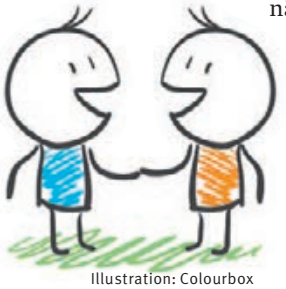


Illustration: Colourbox

Den typ av generella hälsokontroller som utvärderats i Cochranestudien och av SBU bör branschen antingen upphöra med helt, alternativt se till att omgående få effekten av dem utvärderad med evidensbaserade metoder.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhøj Larsen C, et al. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database Syst Rev. 2012; 10:CD009009.
2. SBU kommenterar. Generella hälsokontroller för vuxna. Stockholm: SBU; 2013.
3. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.



KARIN NORD
specialist i företagshälsovård
kano@adalshalsan.se



INGELA HÄGGLUND
legitimerad företagssköterska; båda vid Ådalshälsan, Kramfors

MER DEBATT PÅ LÄKARTIDNINGEN.SE

Apropå! Barnmorskeuppror då och nu: **Ge barnmorskorna rimliga löner**

Förra gången en grupp barnmorskor (10 personer) på Akademiska sjukhuset i Uppsala sade upp sig i protest mot låga löner och dålig arbetsmiljö var våren 1989. Jag gick då en kurs i Uppsala inför volontärarbete i Mocambique. På helgerna gick jag jour på kvinnokliniken hemma i Sundsvall. Där låg en vädjan från kvinnokliniken i Uppsala till läkare i Sundsvall om att komma till Uppsala för att hjälpa till med förlossningar. ––– Att uppmana läkare från annan ort att komma till undsättning hoppas jag tillhör historien, liksom slaveriet. Om man inte kan strejka återstår bara att säga upp sig – en mänsklig rättighet

Kenneth Challis, Slite

Bättre läkarintyg med arbetsterapeuter

Samarbete mellan läkare och arbetsterapeut inför sjukskrivning ökade andelen godkända intyg vid en extern granskning.

Regeringen har i samarbete med Sveriges Kommuner och landsting (SKL) drivit ett nationellt kvalitetsarbete som syftar till att åtgärda brister i sjukskrivningsprocessen. Sammanlagt åtta miljarder kronor har sedan 2006 satsats genom den så kallade sjukskrivningsmiljarden [1].

Nationella mätningar av läkarintygens kvalitet har gjorts vid tre tillfällen. I ett landsting var andelen godkända intyg som mest 67,7 procent medan övriga landsting bara nådde upp till runt 50 procent godkända intyg, vilket gör att resultatet måste betecknas som blygsamt i relation till insatsen [2]. Följden blir återkommande kompletteringar av läkarintygen och en utdragen beslutsprocess beträffande ersättningen till patienten. Patienten oroar sig för sin ekonomi, och rehabiliteringsåtgärder grundade på bedömningar i läkarintyget blir missriktade eller uteblir, vilket medför merarbete för både läkare och handläggare på Försäkringskassan. Dessutom riskerar sjukfrånvaron att förlängas.

Läkarintyget innehåller flera fält, och de olika fälten har sinsemellan hållit olika kvalitet vid granskningarna. Om intyget ska godkännas i enlighet med mallen för den nationella granskningen måste alla fält vara godkända. Det största kvalitetsproblemet har varit bedömning av aktivitetsförmåga. När Försäkringskassans handläggare beslutar om ersättning är aktivitetsförmågan och kopplingen till diagnos och funktion de bärande elementen i helhetsbedömningen [3]. Därför är detta ett allvarligt problem.

De huvudsakliga satsningarna har gått till utbildning i försäkringsmedicin för läkare och andra. Man har också tillsatt så kallade rehabkoordinatorer. Detta tycks dock inte ha påverkat kvaliteten i läkarintygen. Läkarutbildningen innehåller inga kurser i bedömning av aktivitetsförmåga, vilket kan förklara att kunskapen är bristfällig hos läkare som sjukskriver.

Inom psykiatrisk öppenvård arbetar man i team, och där ingår vanligtvis arbetsterapeuter. Eftersom arbetsterapeuter har en högskoleutbildning med fokus på bedömning av aktivitetsförmåga ville vi pröva om ett samarbete mellan läkare och arbetsterapeut inför sjukskrivning kunde öka andelen godkända intyg vid en extern granskning.

I ett samarbetsprojekt med Försäkringskassan har läkarintyg från den psykiatriska öppenvården vid Sahlgrenska universitetssjukhuset granskats utifrån den nationella mallen. Först granskades 70 läkarintyg från 2011 av en specialist på sjukförsäkringen. Andelen godkända intyg var 36 procent. Därefter utbildades läkare och arbetsterapeuter i försäkringsmedicin och DFA-kedjan (diagnos, funktion, aktivitetsförmåga) av Försäkringskassan. Grupperna fick även utbildning i ICF (international classification of functioning) [4], WHO:s klassifikationssystem för bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga.



Alla intyg håller inte för granskning.

Våren 2012 bidrog arbetsterapeuter med bedömningar av patientens aktivitetsförmåga inför sjukskrivning i ett hundratal fall. 70 läkarintyg utgjorde undersökningsgruppen och 70 intyg utan arbetsterapeutens bidrag utgjorde kontrollgrupp. Även dessa intyg granskades av Försäkringskassans utbildade granskare. I kontrollgruppen blev 71,4 procent av intygen godkända och i undersökningsgruppen 98,6 procent [5].

Resultatet av studien visar att rätt använd kompetens väsentligt höjer kvaliteten i läkarintyget och förkortar sjukskrivningsprocessen eftersom kompletteringar kan uteslutas. Därmed underlättas beslutsfattandet i ersättningsfrågan för Försäkringskassan och man kan sannolikt identifiera behov av rehabilitering tydligare, vilket troligen minskar patientens oro för försörjningen.

Frågan är om det finns andra sätt att nå samma kvalitet, eller hur man hanterar brist på arbetsterapeuters bedömning av aktivitetsförmåga inför sjukskrivning. Vill man öka ambitionsnivån ytterligare måste underlaget för bedömningarna granskas även i godkända intyg. Även dokumentationen och effekterna av rehabiliteringsåtgärder måste undersökas och rutiner för samarbete i sjukskrivningsprocessen utvecklas.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Information om överenskommelsen sjukskrivningsmiljarden 2014-15. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting; 2014. http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/overenskommelser-med-staten-sjukskrivningar/information-om-sjukskrivningsmiljarden
2. Kvalitet på läkarintyg. En del av sjuksskrivningsmiljarden. Övergripande resultat. PM. Stockholm: Försäkringskassan; 2013.
3. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd: vägledning för sjukskrivning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
4. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
5. Andersson C, Rosstorp F, Hellquist E. Rätt bedömning – Rätt beslut. Sjuksrivningsprocessen inom specialistpsykiatri [rapport]. Göteborg: Sahlgrenska universitetssjukhuset; 2014.



EVA HELLQUIST
leg arbetsterapeut, verksamhetssamordnare/projektansvarig
eva.hellquist@vgregion.se



CHRISTINA ANDERSSON
med dr, leg arbetsterapeut/projektledare; båda psykiatri affektiva II, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

För allt vad intygen håller

Jag jobbar på en barnhabiliteringsavdelning med en av de viktigaste målgrupperna i samhället – viktigast för att den är ett mått på graden av civilisation. Även i de mest sönderfallande länder finns vård att tillgå för de starka och rika, men barn, och särskilt barn med funktionshinder, ligger långt ner på listan.

Därför blir jag sorgsen av att under min arbetsdag drunkna i intygsskrivande: Intyg till försäkringskassa, LSS, skolor/förskolor, assistansbolag, ja i princip allt mellan körkortstillstånd och intyg för att ta med mediciner på charterresan.

Samtidigt finns det jag intygar till 90 procent att läsa i patientjournalen, nedtecknat och bevittnat av en annan yrkeskategori, eller så intygar jag det föräldrarna talat om ▶


Många intyg blir det...

för mig. Det är ett akut slöseri med min mänskliga närvaro i vårdsituationen. Mitt förslag är därför:

- Låt alla yrkeskategorier inom vården skriva intyg. Varför ska läkaren intyga att ett barn har utvecklingsstörning om det är en psykologutredning som kommit fram till det? Eller att ett barn mår dåligt av mjölk? Säger föräldrarna det så är det troligen så.
- Skapa kanaler för kommunikation mellan dem som vill ha intyg och vården. e-intyg är, precis som e-recept, rätt väg, men hellre ett 5-minuterssamtal med en handläggare än 30 minuters intygsskrivande.
- Den mest radikala vägen: Lita på folk. Skit i intygen, eller låt folk själva formulera sin situation eller sitt behov. Jag sätter min läkarlön i pant på att det eventuella fusk detta skulle generera inte kommer i närheten av den enorma kostnad vi nu har för att administrera.

Min sits är inte unik. Debatten om »New public management« ger mej hopp om att vi kan vara med och forma vår egen arbetssituation: Om våra politiker kan lita på oss på samma sätt som jag vill att vi ska lita på patienterna och deras familjer.

Pelle Baeck
specialist, ST-läkare i neuropediatrik, barn- och ungdomskliniken, Länssjukhuset i Kalmar
peter.baeck@ltkalmar.se

MER DEBATT PÅ WEBBEN

Barn med uppgivenhetssyndrom behöver läkarintyg omgående

Vi vill uppmana våra kollegor att skriva intyg direkt när de möter ett barn med uppgivenhetssyndrom, och att inte lita på att någon annan ska göra det. Intyget är till avgörande hjälp för barn vars tillstånd är en reaktion på en välgrundad fruktan som inte åtgärdas med aktiveringsövningar, utan endast genom att skapa trygghet.

Elisabeth Hultcrantz, Anne-Liis von Knorring

Hörselskadlig examinationsform

Claude Laurent och medförfattare varnar för att examinationsformen OSCE kan orsaka hörselskada hos personer som sköter »in- och utsignalerna« med visselpipa.

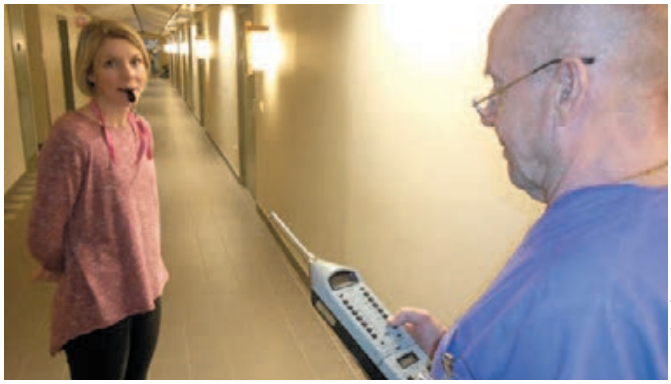


Foto: Claude Laurent

Studieadministratör Kristina Dahl Harr blåser i visselpipan medan Jan Hörnsten (medförfattare) mäter ljudnivån.

OSCE (objective structured clinical examination) är en examinationsform som sedan flera år används vid de flesta medicinska fakulteter för att examinera studenternas praktiska färdigheter. Studenterna cirkulerar runt på olika stationer där de får träffa en läkare/examinator eller en läkare och »patient« (ofta en frivillig person). Det kan vara allt mellan 6 och 17 stationer och studenten får sex minuter på sig vid varje station, inklusive direkt återkoppling från den ansvarige läkaren.

På en given »utsignal« följer 30 sekunders vila och efter »insignal« byte till nästa station. Tonvikten är ofta lagd på att utföra en begränsad fysikalisk statusundersökning och utifrån den dra diagnostiska och terapeutiska slutsatser. Praktisk hjärt–lungräddning ingår ofta, men även analyser av till exempel EKG, röntgenbilder och labbdata.

Vid medicinska fakulteten i Umeå har OSCE använts i två år på termin 6, och har nu införts på termin 8 och ska starta på termin 11. Med förebild från medicinska fakulteten i Lund blåses in- och utsignaler i en visselpipa av den typ som används vid fotbolls- eller ishockeymatcher. Det krävs ett starkt ljud som kan uppfattas i alla rum vid bytet mellan stationerna.

Redan första terminen med OSCE noterade några visselblåsare en övergående lockkänsla i öronen och tinnitus efter examinationen – sannolikt en temporär tröskelförändring av innerörats hörsel. Senare fick en institutionssekreterare som blåste en hel dag (08.00–15.30) i visselpipan (trots hörselproppar som togs in och ut) en bestående lockkänsla i höger öra och tinnitus på det örat. Tonaudiogram och utredning vid ÖNH-enheten och audiologiska avdelningen vid Norrlands universitetssjukhus bekräftade att hon fått en bestående sensorineural diskanthörselnedsättning på ena örat. Symtomen kom i anslutning till visslandet.

Det finns beskrivet att visselblåsande vid idrottsutövning kan ha hörselskadliga effekter [1]. Mot bakgrund av det inträffade och de risker för hörselskador av visselpipor som redovisas i litteraturen utförde vi i januari 2014 vid OSCE en ljudnivåmätning på termin 6 vid medicinska fakulteten på Umeå universitet. Provet utfördes i en lång korridor med 16 rum. Mätningarna gjordes av en teknisk audiolog med konventionell ljudnivåmätare, som hölls på en meters avstånd från den som blåste i visselpipan. Hörselproppar av skumgummi användes i bägge öronen. De ljudnivåer som uppmättes var:

- Insignaler (2 mätningar) 103 och 104,5 dB-peakvärde
- Utsignaler (2 mätningar) 113 och 114 dB-peakvärde.

Totalt blåstes 204 signaler, 3–4 sekunder långa; 102 insignaler och 102 utsignaler. Samtliga hade ett dB-peakvärde som skulle kunna orsaka hörselskada. Vid idrottsutövning blåser man oftast i visselpipa utomhus eller i större lokaler, vilket borde vara mindre skadligt för hörseln, här användes visselpipan i en lång och trång korridor.

Idrottsdomare har en ökad risk för att få hörselproblem och tinnitus [1] på grund av visselblåsande, åskådarbuller och andra ljudkällor på läktaren (exempelvis så kallade vuvuzelas [2, 3]), och fotbollsdomare får inte provblåsa i visselpipan i spelargången, bara ute på planen.

Viktigt är nu att inte fler drabbas av nedsatt hörsel eller tinnitus vid visselpipblåsande under OSCE. Vi föreslår därför att »in- och utsignaler« görs med icke hörselskadliga ljudkällor där ljudnivåerna verifierats i förväg. Om man använder visselpipa bör den som blåser ha hörselproppar (som inte tas ut och in ur öronen) och gärna också använda en hörselkåpa.

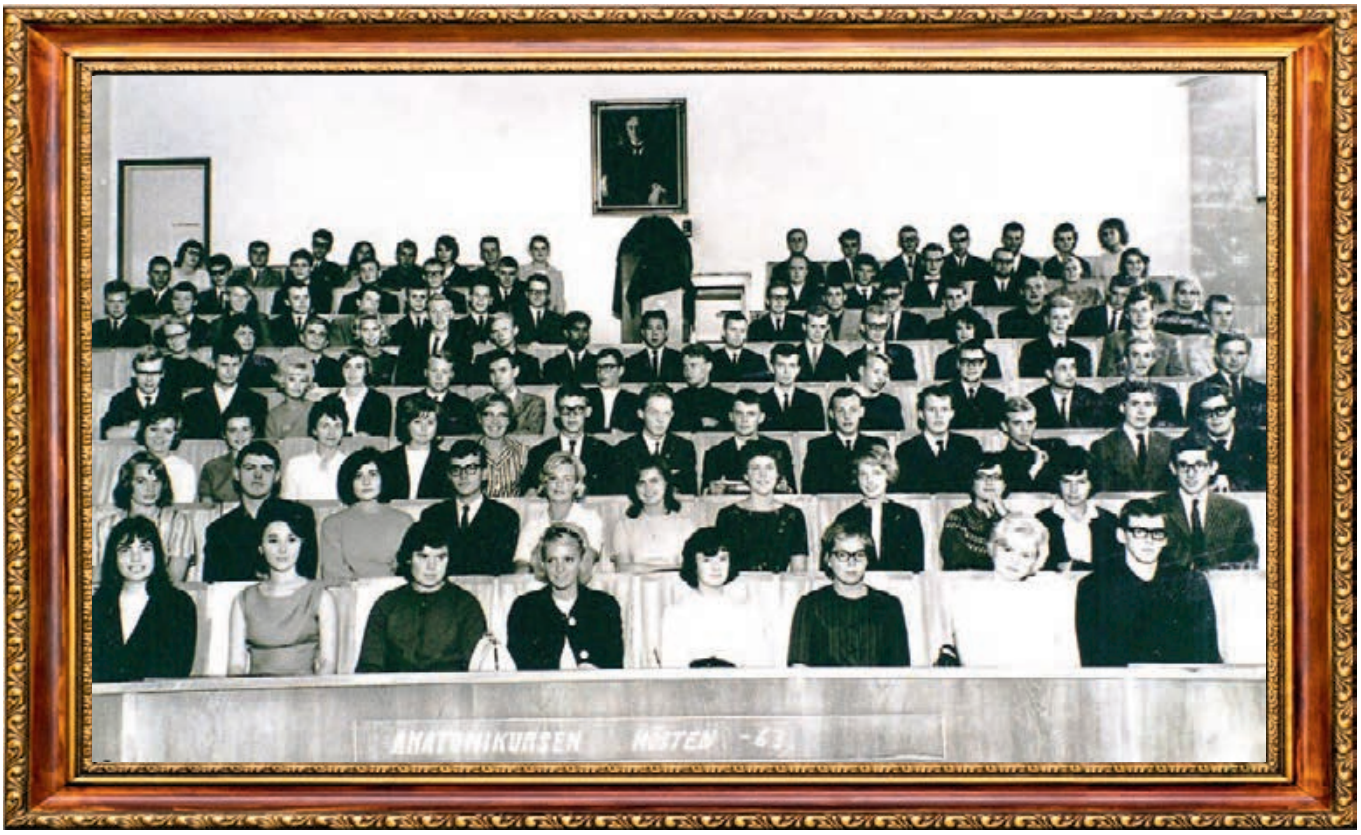
Claude Laurent
professor
claude.laurent@ent.umu.se

Jan Hörnsten
teknisk audiolog, ÖNH-enheten och audiologisk avdelning, institutionen för klinisk vetenskap, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

REFERENSER

1. Flamme GA, Williams N. Sports officials' hearing status: Whistle use as a factor contributing to hearing trouble. J Occup Environ Hyg. 2013;10(1):1-10.
2. Swanepoel DW, Hall J, Koekemoer D. Vuvuzela – good for your team, bad for your ears. S Afr Med J. 2010;100(4):99-100.
3. Swanepoel DW, Hall J. Football match spectator sound exposure and effect on hearing: A pretest-post-test study. S Afr Med J 2010;100(4):239-42.

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



Återträffen

Läkarideal att minnas efter 50 år i yrket

Vi samlades på Karolinska institutet en lördagsförmiddag i september 1963, hundratvå studenter, förväntansfulla, litet nervösa, några kanske litet skräckslagna. Studentsången klingade fortfarande i våra öron, vi tillhörde Sveriges elit och den ljusnande framtid var vår.

Hur blev det? Var det drömjobbet vi kom till? Hur såg verkligheten ut när vi blev färdiga läkare? Och hur ser det ut nu? Efter 50 år, hösten 2013, träffades vi igen, ett 50-tal kollegor, mindes och summerade.

Den prekliniska undervisningen var tung och ålderdomligt upplagd utan klinisk relevans. Många var vilsna, utbildningen hade karaktären av korvstoppning och det tog två och ett halvt år innan vi såg vår första patient. Flera var nära att ge upp under de första åren.

När vi väl blev färdiga läkare var vi ändå privilegierade. Det fanns massor av arbetstillfällen och vi behövde inte söka arbete med mössan i handen med stegvisa utgallringar och in-och-ut-vändande psykologiska intervjuer. Men de flesta vikarierade i åratal utan säkerhet om en fast tjänst och arbetsveckan var i flertalet fall långt över 40 timmar.

Under tidigt 1970-tal kunde jouren börja på fredag efter en normal arbetsdag och sluta på måndag morgon följt av en ny arbetsdag. I dag frågar vi oss: Hur stod vi ut?! Hur kunde vi acceptera detta? Hur kunde patienter, klinikledningar, sjukhus och landsting tiga still?

På många sätt var 1970- och 1980-talen en tid av utveckling och nybyggaranda. Nya sjukhus byggdes, nya specialiteter formades och nya enheter växte fram. Hjärtintensiv, transplantation, immunologi, nya diagnostiska metoder. Allmänmedicin blev en egen specialitet mot slutet av 1970-talet, och vi som blev allmänläkare var pionjärer för utveckling av den svenska modellen med landstingsägda vårdcentraler där vi kunde utveckla hemsjukvården, diabetesvården och preventionsinsatser mot de stora folksjukdomarna.

Kunskapsexplosionen sedan 1963 är formidabel. Då hade DNA-strukturen och dess funktion bara varit känd i 10 år! Internet med PubMed var inte påtänkt. Med hjälp av bibliotekarien och katalogen »Index Medicus« kunde vi beställa enstaka intressanta artiklar. I dag måste vi tvärtom se till att inte bli dränkta i all information, lära oss att välja smart och rätt och fort. Mer än en miljon medicinska artiklar publiceras varje år. Att det skulle bli så stora krav på kontinuerlig fortbildning under hela yrkeslivet insåg vi inte på 1960-talet.

Nästan hälften av oss fortsatte den akademiska utbildningen och disputerade. Men vi har fått vara med om både den kliniska forskningens uppgång och dess fall. Under hela 1970-talet kunde klinikcheferna på universitetssjukhusen skapa utrymme för både specialistutbildning och klinisk forskning. Läkemedelsindustrin bidrog med resurser. Flera betydelsefulla kliniska genombrott är baserade på vår generations forskning. Senare missköttes, ibland till och med missbrukades, relationerna med industrin.

FEMTIO ÅR TIDIGARE

Upprop för YK63 i september 1963. De flesta av kursarna samlades till en återträff 2013 för att reflektera över den fem decennier långa resan i läkaryrket.

Universiteten och dåvarande Medicinska forskningsrådet såg inte möjligheten i det som skulle komma att betecknas som translationell forskning. ALF-avtalet kom till för att kompensera för det intrång som forskning och undervisning ansågs innebära för klinikerna. Landstingen kunde inte övertygas om att båda är nödvändiga element för en bra sjukvård med evidens för olika åtgärder.

Vi lärde oss gammaldags läkekonst, att perkutera, auskultera, känna, lukta på patienten. Diagnostiken byggde på anamnes, status, ett begränsat batteri av prov och i förekommande fall röntgen. CT, MR, PET var okända möjligheter.

Nu har diagnostiken tagit rejäla kliv framåt, inte minst inom den bildmässiga sektorn. Krav på test som uppvisar bra värden för diagnostisk sensitivitet och specificitet är väl identifierade och uppskattade av såväl kliniker som i olika kvalitetssystem. Vi ser nu en utveckling där delar av en traditionell anamnes och status faller bort och ersätts av teknisk diagnostik. Varför göra en ordentlig klinisk bukundersökning med PR när man troligen ändå kommer att göra en CT buk? Grundläggande kliniskt status har blivit mindre viktigt än en mängd laboratorieprov och omfattande CT-diagnostik.

Under våra tre första decennier inom medicinens sfär fanns inte begreppet evidensbaserad medicin, EBM. Vår ledstjärna var att arbeta på vetenskaplig grund med stor respekt för beprövad erfarenhet och efter hand ökad förståelse för betydelsen av patientens förväntningar och värderingar. Idealet var en läkare med klar hjärna, men med säker magkänsla och stort hjärta.

För oss var röntgenronder och patologronder bland de viktigaste tillfällena för kollegialt lärande. Nu upplever vi att många av ronderna försvunnit på grund av feltolkning av sekretessbestämmelserna. Det är fullt möjligt, enligt svensk lag, att diskutera patientfall i kollegiala grupper och även att följa upp vården av en patient under förutsättning av inhämtat samtycke.

Under utbildningen ägnade vi mycket tid åt att lära oss journalskrivning. Pappersjournaler, ibland handskrivna, lästes av överläkaren, rättades med rödpenna, skrevs om och kunde så småningom godkännas. På 90-talet började en annan tid med datoriserade journaler, gärna skrivna av läkarna själva med mindre behov av läkarsekreterare. Dessutom tillkom omvårdnadsjournaler förda av sköterskorna, inte alltid tillgängliga för läkarna med försvårat samarbete som följd.

Datoriseringen är givetvis oerhört nyttig och betydelsen för hälso- och sjukvården behöver knappast diskuteras. Förhoppningsvis har många av avarterna från utvecklingstiden nu sållats bort och en ökande nationell likformighet är på väg. Men detta har tagit lång tid och att se hela sjukvården drabbas och agera försöksfält för allsköns varianter har för många av oss varit plågsamt. Flera av oss uttrycker en känsla av uppgivenhet och besvikelse över den abdikation från ansvar för sjukvårdens roll och utveckling i samhället, som vi erfar bland läkarkåren. Vi har tappat greppet om hälso- och sjukvårdens styrning och utveckling.

Ett genomgående tema hos nästan alla som gett sina synpunkter på dagens sjukvård är en ökande administrationen. En av våra kollegor skriver till exempel: »Vid mitt första längre läkarvik sköttes administrationen av styresmannen (överläkaren) och husmor i god och enkel samverkan. Under de följande åren, kom de en efter en: ekonomer, controllers, personalhandläggare, HR-utvecklare, kvalitetsinstruktörer, IT-strateger, systemadministratörer, ja, det är bara att fylla på.«

Administrationen har inte bara ökat centralt inom sjukvården – vi läkare har själva fått ta på oss mycket administrativt arbete. Utvecklingen har gått mot ekonomistyrd teknologisering och avhumanisering av vården. Dessutom har dagens sjukvård blivit mer tungrodd med alla produktionskrav, kortsiktig planering, ständiga förändringar och restriktioner utan motsvarande fungerande administrativa stöd. Att arbeta med patienter har kommit i skymundan, och även kvalitetsregister kan upplevas som en börda.

Takten på mottagningar har ökat markant med kortare besökstider för patienterna och endast en sjukdom vid varje vårdtillfälle – allt i enlighet med arbetsplanering som hämtats från utvecklingen av produktion av bilar, det vi kallar New public management, NPM. Tilltron till enkla mätbara indikatorer på produktivitet som mått på verksamheten leder lätt till att man jobbar med felaktiga – men mätbara – variabler och omärkligt kränker viktiga värden i vården liksom i forskningen. Patienten försvinner och blir »kund«. I framtiden bör läkarna återta ledningen av sjukvården från ekonomer och byråkrater.

Och hur har vi kunnat hamna i den, ibland monumentala, avsaknaden av kontinuitet? En självklar kvalitet för patienten, för doktorn själv, och för rationell verksamhet. Vem vinner på de rådande förhållandena? Är det kanske också en följd av NPM? Vi har förstått att det inom den komplexa sjukvården måste finnas en dimension utöver det krasst ekonomiska eller profitrelaterade. Vi kan kalla det att ha respekt för kallet eller plikten och att på ett djupare plan respektera alla människors lika värde och rätt till bästa möjliga bemötande och omhändertagande utifrån individens specifika behov. Patienterna, de människor vi möter som läkare, är viktigare än våra egna önskemål om arbetsförhållanden och uppskattning.

LÄROSÄTE I MEDICIN

Karolinska institutet i Stockholm har utbildat tiotusentals läkare under sin något mer än 200-åriga verksamhet.

»I framtiden bör läkarna återta ledningen av sjukvården från ekonomer och byråkrater.«

Trots alla bekymmer längs vägen har det för de allra flesta varit en stimulerande och spännande resa även om några stukats till av omorganisationer, intriger eller dåligt ledarskap. Vi har fått vara med om och bidragit till en hisnande medicinsk utveckling under en tid då det fanns luft i systemet, som medgav tid både för forskning och ett starkt kliniskt engagemang. Yrkesvalet ångrar vi inte, och fortfarande arbetar 70 procent helt eller delvis trots att ingen är yngre än 68 år.

Ljusk Siw Eriksson
specialist i medicinsk gastroenterologi och internmedicin
ljusksiw@yahoo.se
Torsten Mossberg
specialist i anestesi och intensivvård
Per-Olof Olcén
specialist i infektionssjukdomar och klinisk bakteriologi
Nina Rehnqvist Ahlberg
specialist i kardiologi och internmedicin
Rolf Wahlström
specialist i allmänmedicin

Texten är baserad på skrivna berättelser och diskussioner under återträffen

Läkarkarriär.se

SVERIGES LEDANDE ANNONSFORUM FÖR LEDIGA LÄKARTJÄNSTER

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

	Ansökningstiden utgår	Annons i nr
AKUTSJUKVÅRD		
Äldrecentrum söker läkare till SNAC-K projektet, Stockholm	30/4	14
Underläkare till barnkliniken i Växjö och Ljungby, Växjö och Ljungby		14
Universitetslektor/spec-läkare/överläkare, Lunds universitet, Lund	8/5	15
ALLERGISJUKDOMAR		
Dermatolog, neurolog, allergiolog, ortoped och barnläkare, Solna Specialistcenter, Solna		12-13
ALLMÄNMEDICIN		
Äldrevårdsöverläkare, primärvården Landstinget Västmanland	11/4	14
Allmänläkare Erikslunds hälsocentral		12-13
Allmänläkare och övriga spec-läkare, Medpro Cinic, Vårdcentraler, Trollhättan, Lilla Edet		14
Allmänspecialist/ST-läkare Lyckeby Vårdcentral, Lyckeby		12-13
Distr.-läkare Hälsans vårdcentral 1		14
Distr.-läkare Närhälsan Älvängen vårdcentral, Ale	20/4	14
Distr.-läkare till Ektorps Vårdcentral, Stockholm	30/4	15
Distr-läkare Älvsjö vårdcentral, Älvsjö		14
Distr-läkare Mörby vårdcentral, Danderyd, Stockholm		12-13
Distr-läkare vårdcentralen Säffle/Nysäter		15
Distr-läkare/spec-läkare Avestahälsan, Avesta	17/4	12-13
Doktorand och Post-doc, Närhälsan		12-13
Fastlegehjemmel , Saltdal kommune i Norge		14
Överläkare (två) Rekryteringsmyndigheten, Stockholm, Göteborg	25/4	14
Överläkare Mando Group AB kliniken i Huddinge, Stockholm	15/4	14
Spec.-läkare i allmänmedicin Frölunda vårdcentral, Göteborg		14
Spec.-läkare till ASHI, Praktikertjänst N.Ä.R.A., Huddinge el Tullinge	30/4	14
Spec.-läkare till ASHI, Praktikertjänst N.Ä.R.A., Södertälje el Tullinge	30/4	14
Specialistläkare allmänmedicin, Vårdcentralen Rydebäck		12-13
Specialistläkare allmänmedicin, Vårdcentralen Fågelbacken		12-13
Specialistläkare allmänmedicin, Vårdcentralen Rosengården		12-13
Specialistläkare Allmänmedicin , Vårdcentralen Degeberga		12-13
Spec-läkare (flera) landstinget Värmland		14
Spec-läkare allmänmedicin, Staffanstorp		14
Spec-läkare Åsö Vårdcentral , Södermalm		14
Spec-läkare Försvarsmakten, nationellt och internationellt		15
Spec-läkare Landstinget i Kalmar		15
Spec-läkare Roslagshälsans Husläkarmottagning, Norrtälje	30/4	15
Spec-läkare samt leg.läkare, Capio Vårdcentral Högdalen, Stockholm	30/4	14
Spec-läkare Torpavallen vårdcentral, Göteborg	23/4	15
Spec-läkare Vårdcentralen, Ryd		12-13
Spec-läkare Vårdcentralen, Höör		15
Spec-läkare Vårdcentralen Granen, primärvården Skåne, Malmö		14
Spec-läkare Vårdcentralen Staffanstorp, primärvården Skåne, Staffanstorp		14
Spec-läkare Väsby Läkarggrupp, Stockholm		12-13
ANESTESI- OCH INTENSIVVÅRD		
Läkarchefer (två) anestesi, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm	23/4	15
Spec-läkare (två), Smärtavd. AnOpIVA-klin. Karolinska Universitessjukhuset, Stockholm	9/4	14
Spec-läkare (två), Universitetssjukhuset, Örebro	13/4	12-13
Spec-läkare Försvarsmakten, nationellt och internationellt		15
BARN- OCH UNGDOMSALLERGOLOGI		
Barnallergolog samt Spec.-läkare Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Stockholm	23/4	14
BARN- OCH UNGDOMSMEDICIN		
Barnläkare, Ersta sjukhus, Lilla Erstagården, Stockholm	30/4	15
Universitetsöverläkare Landstinget Östergötland	30/4	12-13
Barnläkare barn- och ungdomsmedicinska mottagningar, Astrid Lindgrens Barnsjukhus öppenvårdsprog., Stockholm	23/4	14
Överläkare/Specialistläkare , Lasarettet Trelleborg		12-13
Överläkare/Spec-läkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg	23/4	15
Spec-läkare Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg	23/4	15
BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRI		
Överläkare barn- och ungdomspsykiatrin landstinget Värmland		15
Överläkare BUP Danderyd, Stockholm		14
Överläkare BUP, Forskningscentrum och BUP FUNK, Stockholm		15
Överläkare till BUP Kungsholmen, Stockholm		15
Överläkare till enhet nord och akutenheten, BUP, Stockholm		14
Overlege Sykehuset Telemark, Norge	15/4	12-13
BARNONKOLOGI		
Barnonkolog Västerbottens läns landsting, Umeå		14
ENDOKRINOLOGI OCH DIABETOLOGI		
Överläkare Medicinkliniken, Ljungby		12-13
Spec-läkare/överläkare Danderyds Sjukhus, Stockholm		12-13
FÖRETAGSHÄLSOVÅRD		
Företagsläkare, Olofström		15
Företagsläkare, Volvo Alviva, Olofström	23/4	15
Konsult i företagshälsa, Västerås		14
Överläkare (två) Rekryteringsmyndigheten, Stockholm, Göteborg		14
GERIATRIK		
Överläkare geriatrik eller internmedicin, Skaraborgs Sjukhus	30/4	15
Spec.-läkare till ASHI, Praktikertjänst N.Ä.R.A., Södertälje el Tullinge	30/4	14
Spec-läkare internmedicin eller geriatrik, Svenljunga vårdcentral, Svenljunga	24/4	15
Spec-läkare/överläkare Geriatriska sektionen, Mälarsjukhuset, Eskilstuna	30/4	14
HANDKIRURGI		
Spec-läkare och ST-läkare, Handkirurgiska kliniken Universitetssjukhuset , Örebro	20/4	14
Spec-läkare/Chef sektionen för Ortopedi och Handkirurgi, Aleris Specialistvård Sabbatsberg	21/4	15
HEMATOLOGI		
Spec-läkare/överläkare Skaraborgs Sjukhus	30/4	15
HUD- OCH KÖNSSJUKDOMAR		
Dermatolog, neurolog, allergiolog, ortoped och barnläkare, Solna Specialistcenter, Solna		12-13
Spec-läkare Lasarettet, Trelleborg		15
INFEKTIONSSJUKDOMAR		
Överläkare, Laboratoriemedicinska länskliniken, Universitetssjukhuset, Örebro	30/4	15
Smittskyddsläkare Diagnostiskt Centrum, Kalmar	16/4	12-13
INTERNMEDICIN		
Överläkare geriatrik eller internmedicin, Skaraborgs Sjukhus	30/4	15
Överläkare Mando Group AB kliniken i Huddinge, Stockholm	15/4	14
Överläkare/spec-läkare, diabetologi, Frölunda Specialistsjukhus, Göteborg	23/4	15
Överläkare/spec-läkare, Medicinkliniken, Karlshamn, Karlskrona	15/5	15
Spec.-läkare till ASHI, Praktikertjänst N.Ä.R.A., Södertälje el Tullinge	30/4	14
Spec-läkare internmedicin eller geriatrik, Svenljunga vårdcentral, Svenljunga	24/4	15
Spec-läkare Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg	14/4	15
Spec-läkare/överläkare medicinkliniken Vrinnevisjukhuset, Norrköping	20/4	14
KARDIOLOGI		
Överläkare/spec-läkare, Frölunda Specialistsjukhus, Göteborg	23/4	15
Overlege med bred kunnskap innen invasiv kardiologi - HLK, Oslo	15/4	12-13
Spec-läkare Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg	14/4	15
KÄRLKIRURGI		
Överläkare Akademiska Sjukhuset, Uppsala		15
Överläkare/Spec.-läkare kärlkirurgi Hallands Sjukhus, Halmstad	23/4	14
KIRURGI		
Överläkare (KAVA) Akademiska Sjukhuset, Uppsala		15
Overlege, gastroenterologisk kirurgi, Sørlandet sykehus, Kristiansand, Norge	1/5	14
Ryggkirurg Stockholm Spine Center, Stockholm	4/5	15
Spec-läkare (chef) sektionen för Kirurgi och Urologi, Aleris Specialistvård Sabbatsberg, Stockholm	11/4	14
Spec-läkare Försvarsmakten, nationellt och internationellt		15
KLINISK FYSIOLOGI		
Överläkare/spec-läkare samt ST-läkare, klinisk fysiologi Landstinget Värmland, Karlstad		14
Spec-läkare/biträdande överläkare Fysiologkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm	13/4	14
Spec-läkare/överläkare Klinisk fysiologi, Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand, Sundsvall		14
KURSER / SYMPOSIER / SEMINARIER		
Behörighetsutbildning i försäkringsmedicin 2015/2016, Sahlgrenska akademin, Göteborgs universitet, Göteborg	15/10	12-13
JIM Symposium in Personalized Medicine, Karolinska Institutet, Solna		12-13
LUNGSJUKDOMAR		
Överläkare/spec-läkare Skånes universitetssjukhus, Lund, Malmö		15
Överläkare/spec-läkare, Medicinkliniken, Karlshamn, Karlskrona	15/5	15
Spec-läkare Universitetssjukhuset, Örebro	4/5	15
Spec-läkare/överläkare Medicinklinikens Lungsektion, Västmanlands sjukhus, Västerås	11/4	14
MEDICINSK GASTROENTEROLOGI OCH HEPATOLOGI		
Spec.-läkare/ST-läkare medicinsk gastroenterologi och hepatologi Akademiska sjukhuset, Uppsala	24/4	14

NEUROLOGI

Dermatolog, neurolog, allergiolog, ortoped och barnläkare, Solna Specialistcenter, Solna		12-13
Överläkare/spec-läkare Lasarettet, Ystad		15

OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI

Gynekologer Capio Gynekologi Kista galleria, Slussen o Globen, Stockholm		12-13
Obstetriker BB Stockholms jourverksamhet, Stockholm		12-13
Överläkare och Specialistläkare - VO Kvinnosjukvård, Lund och Malmö		12-13
Överläkare VO Kvinnosjukvård, Akademiska Sjukhuset, Uppsala		12-13
Överläkare/spec-läkare Kvinnokliniken Mälarsjukhuset, Eskilstuna	10/4	12-13
Spec-läkare Carlanderska, Göteborg	31/5	12-13

ONKOLOGI

Överläkare Västmanlands sjukhus, Västerås		12-13
Professor/överläkare/spec-läkare, Linköpings universitet, Universitets-sjukhuset, Linköping	22/4	12-13
Spec.-läkare till ASHI, Praktikertjänst N.Ä.R.A., Södertälje el Tullinge		14
Spec.-läkare till ASHI, Praktikertjänst N.Ä.R.A., Huddinge el Tullinge	30/4	14
Spec-läkare Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Gotland	1/6	12-13
Spesialist Sykehuset Innlandet HF, Hamar, Norge	15/4	12-13

ORTOPEDI

Dermatolog, neurolog, allergiolog, ortoped och barnläkare, Solna Specialistcenter, Solna		12-13
Ortoped/barnortoped, Aleris Specialistvård JÄrva, Stockholm	26/3	12-13
Överläkare Ryggkirurgi, Malmö och Trelleborg		12-13
Spec-läkare/Chef sektionen för Ortopedi och Handkirurgi, Aleris Specialistvård Sabbatsberg	21/4	15

PLASTIKKIRURGI

Universitetslektor/spec-läkare, Göteborgs universitet, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg	30/4	15

PSYKIATRI

Lege i spesialisering, Sykehuset Namsos, Helse Nord-Trøndelag	29/4	14
Lege i spesialisering, Sykehuset Namsos, Helse Nord-Trøndelag	29/4	14
Överläkare (Tre) Äldrepsykiatriska mottagningen, Södertälje		15
Överläkare (Tre) Allmänpsykiatriska rehabiliteringsenheten, Södertälje		15
Överläkare (Tre) Allmänpsykiatriska rehabiliteringsenheten, Stockholm		15
Överläkare (Tre) Neuropsykiatriska utredningsteamet, Södertälje		15
Överläkare Behandlingsenheten city, Stockholm	23/4	15
Överläkare, Affektiva mottagningen, Psykiatri Sydväst, Stockholm	9/4	12-13
Överläkare, Affektiva sektionen, Mottagn f Tvångssyndrom o internetpsyk-enhet Psykiatri Sydväst, Stockholm	9/4	12-13
Overlege - Avdeling for akutpsykiatri, Sykehuset Innlandet, Norge		14
Overlege i Psykiatri, Psykiatrisk klinikk, Helse Nord-Trøndelag	29/4	14
Overlege i Psykiatri, Sykehuset Levanger, Helse Nord-Trøndelag	1/6	14
Overlege i Psykiatri, Sykehuset Levanger, Helse Nord-Trøndelag	29/4	14
Overlege i Psykiatri, Sykehuset Namsos, Helse Nord-Trøndelag	29/4	14
Overlege Nordlandssykehuset, Bodø	10/4	12-13
Psykiater Transmedica, Danmark		12-13
Spec.-läkare, Höör		14
Spec-läkare Capio Psykiatri, Kungsbacka	15/4	14
Spec-läkare Försvarsmakten, nationellt och internationellt		15

RADIOLOGI

Överläkare/spec-läkare Centralsjukhuset, Kristianstad		15
Överläkare/spec-läkare Medicinsk radiologi/bild- och funktions-medicin, lasarettet, Trelleborg		14
Radiolog Transmedica, Danmark		12-13
Spec-läkare Försvarsmakten, nationellt och internationellt		15
Underläkare Danderyds sjukhus Röntgenavdelningen, Stockholm	21/4	14

RÄTTSPSYKIATRI

Spec-läkare Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg	23/4	15

REHABILITERINGSMEDICIN

Rehabläkare Stockholm Spine Center, Stockholm	4/5	15
Spec-läkare och ST-läkare Rehabiliteringsmedicin, Landstinget Dalarna, Borlänge, Falun, Säter	22/4	14
Spec-läkare/överläkare Skaraborgs Sjukhus	30/4	15

REUMATOLOGI

Överläkare/specialistläkare, reumatologi	23/4	14

SKOLHÄLSOVÅRD

Skolläkare Skol- och kulturkontoret, barn- och elevhälsan, Skellefteå		12-13
Skolöverläkare Västerås stad, Västerås	21/4	15

SMÄRTLINDRING

Spec-läkare (två) Smärtavd. AnOpIVA-klin. Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm	9/4	14

SOCIALMEDICIN

Universitetslektor i socialmedicin, Närhälsan , Göteborg	29/4	14

STIPENDIER / ANSLAG / BIDRAG

Anslag Cancerfonden	24/4	12-13
Anslag neurologisk forskning, Palle Ferbs minnesfond	14/5	14
Anslag Svenska Diabetesstiftelsen		12-13
Anslag. Etableringsstöd till yngre forskare. Svenska Sällskapet för Medicinsk Forskning	15/5	15
Stiftelsen Promobilia utlyser 10 miljoner	11/4	12-13

ST-TJÄNSTER

ST-läkare ögonsjukdomar, Jönköpings sjukvårdsområde		15
Allmänspecialist/ST-läkare Lyckeby Vårdcentral, Lyckeby		12-13
Överläkare/spec-läkare samt ST-läkare, klinisk fysiologi Landstinget Värmland, Karlstad		14
Spec.-läkare/ST-läkare medicinsk gastroenterologi och hepatologi, Akademiska sjukhuset, Uppsala	24/4	14
Spec-läkare och ST-läkare Rehabiliteringsmedicin, Landstinget Dalarna, Borlänge, Falun, Säter	22/4	14
Spec-läkare och ST-läkare, Handkirurgiska kliniken Universitetssjukhuset , Örebro	20/4	14
ST-läkare kirurgi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg	21/4	15
ST-läkare klinisk genetik, Akademiska Sjukhuset, Uppsala		15
ST-läkare klinisk mikrobiologi, Laboratoriemedicinska länskliniken, Universitetssjukhuset, Örebro	30/4	15
ST-läkare rättsmedicin, Rättsmedicinalverket, Lund	28/4	15
ST-läkare Reumatologiska sektionen, Skånes universitetssjukhus, Lund, Malmö		14
ST-läkare samt vikarierande underläkare, Södra Älvsborgs Sjukhus	20/4	12-13
ST-Läkare till Fysiokliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm	13/4	14
ST-läkare, infektionssjukdomar, NU-sjukvården, Trollhättan	23/4	15

UROLOGI

Afdelingslæge Næstved Sygehus, Region Sjælland, Danmark	22/4	15
Spec-läkare (chef) sektionen för Kirurgi och Urologi, Aleris Specialistvård Sabbatsberg, Stockholm	11/4	14
Spec-läkare urologi Västmanlands sjukhus, Västerås	30/4	12-13
Spec-läkare Urologkliniken, Västmanlands sjukhus, Västerås	30/4	14

VIKARIAT

ST-läkare samt vikarierande underläkare, Södra Älvsborgs Sjukhus	20/4	12-13
Underläkare, infektionssjukdomar, NU-sjukvården, Trollhättan	23/4	15

ÖGONSJUKDOMAR

Kataraktkirurger, Scanloc ögon, Västra Götaland Regionen, Region Halland		12-13
Överläkare Vikariat Länsklinik ögon i Norrbotten		14
Sektionschef/Läkarchef, Mölndals sjukhus	18/4	12-13

ÖVRIGA LÄKARTJÄNSTER

Allmänläkare och övriga spec-läkare, Medpro Clinic, Vårdcentraler, Trollhättan, Lilla Edet		14
Barnallergolog samt Spec.-läkare Astrid Lindgrens Barnsjukhus , Stockholm	23/4	14
Chefläkare Hallands sjukhus	9/4	12-13
Doktorand medicinsk vetenskap, Umeå universitet, Umeå	24/4	14
Läkare (flera) Försäkringskassan, Stockholm, Uddevalla, Trollhättan, Göteborg, Jönköping	9/4	14
Läkare Centric Care, Sverige, Norge		12-13
Läkare Läkarjouren, Narco Polo, Sverige, norge		14
Läkare, Swe Nor Med Co As, Sverige, Norge		12-13
Leg läkare (två) för kompletterande underläkartjänstgöring, Landstinget Västmanland		14
Överläkare (två) Rekryteringsmyndigheten, Stockholm, Göteborg	25/4	14
Överläkare vårdhygien, Laboratoriemedicinska länskliniken, Universitetssjukhuset, Örebro	30/4	15
Överläkare/spec-läkare, Medicinkliniken, palliativmedicinska sektionen, Karlshamn, Karlskrona	15/5	15
Överläkare/spec-läkare, palliativ medicin, Akademiska Sjukhuset, Uppsala		15
Överläkare/spec-läkare, palliativ medicin, Hallands sjukhus, Kungsbacka	13/4	12-13
Professor i klinisk miljömedicin Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Gbg	29/4	14
Spec-läkare samt leg.läkare, Capio Vårdcentral Högdalen, Stockholm	30/4	14
Underläkare till barnkliniken, Växjö och Ljungby		14

ÖVRIGA TJÄNSTER

Sektionschef för ST-läkare vuxenpsykiatri, Lund	27/4	15
AT/ST-studierektor, barnmedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg	23/4	15
Doktorand och Post-doc Närhälsan	15/4	12-13
Sektionschef, Rättspsykiatri, Akutenheten, Sahlgrenska Universitets-sjukhuset, Göteborg	23/4	15
Verksamhetschef Anestesi-intensivvårdskliniken, Länssjukhuset, Kalmar	23/4	14
Verksamhetschef barn- och ungdomssjukvården	31/3	12-13
Verksamhetschef Bild- och funktionsmedicin, NU-sjukvården, Uddevalla	23/4	15
Verksamhetschef Ger/Rehabkliniken, Nyköpings lasarett, Nyköping	10/4	12-13
Verksamhetschef infektionskliniken Östergötland	20/4	14
Verksamhetschef kirurgi, Centralsjukhuset, Kristianstad		15
Verksamhetschef Kvinnokliniken, Jönköpings sjukvårdsområde		12-13
Verksamhetschef radiologin i Värmland		15
Verksamhetschef sökes till ANOPIVA - KLINIKEN Karolinska, Stockholm	30/4	15

ETABLERINGAR OCH ÖVERLÅTELSER

Barn- och ungdomsmottagning överlåtes, Uddevalla		12-13
Ersättningsetablering kirurgi överlåtes, Malmö	30/4	14
Ersättningsetablering, Gynekologi och Kvinnosjukdomar, Nordkalottens Läkarcentra , Gällivare		15
Ersättningsetablering, gynekologi och obstetrik överlåtes, mottagning på Slottsstadens Läkarhus, Malmö		12-13
Öron-näsa-halsmottagning överlåtes, Uddevalla	16/5	14
Vårdavtal (etablering) kirurgi till salu, Upplands Väsby		14

RÄTTSMEDICINALVERKET

www.rmv.se



Rättsmedicinska avdelningen i Lund söker

ST-läkare i rättsmedicin

Som ST-läkare kommer du att under handledning utföra rättsmedicinska kroppsundersökningar på brottsoffer och misstänkta gärningsmän samt utföra rättsmedicinska obduktioner. I samband med dessa undersökningar avger du skriftliga utlåtanden. Vidare kommer du att medverka vid brottsplatsundersökningar och domstolsförhandlingar.

Vi söker dig som har

- svensk läkarlegitimation
- god samarbetsförmåga inkluderande god förmåga att ta emot och ge återkoppling
- god förmåga att kommunicera muntligt och skriftligt på svenska och engelska
- god förmåga att skapa väl fungerande relationer då interna och externa kontakter är en viktig del i arbetet
- integritet och förmåga att agera stabilt även under press
- god initiativförmåga och analytisk förmåga
- intresse för utvecklingsarbete, forskning och ledarskapsfrågor.

Läs mer på www.rmv.se
Ansök senast den 28 april 2014

Rättsmedicinalverket ansvarar för rättspsykiatrisk, rättsmedicinsk, rättskemisk och rättsgenetisk verksamhet med uppgift att bistå rättsväsendet med undersökningar och bedömningar.

Rättsmedicinalverket www.rmv.se **Göteborg • Linköping • Lund • Stockholm • Umeå • Uppsala**

SVENSKA SÄLLSKAPET FÖR MEDICINSK FORSKNING

GRUNDAT 1919

Medicinsk Forskning - Läkekonstens Grundval
utlyser härmed

SSMF:s stora anslag
Etableringsstöd till yngre forskare

Svenska Sällskapet för Medicinsk Forskning (SSMF) utlyser härmed 4-åriga hel- och halvtidstjänster, de senare avsedda för kliniskt verksamma forskare, samt ett tillhörande driftskostnadsanslag.
Etableringsstödet uppgår till 1.6 Mkr/år(heltid) respektive 1.225 Mkr/år (halvtid)
Av anslaget är 750 000 kr (heltid)/375 000 kr (halvtid) avsett för egen lönekostnad och 850 000 kr för driftskostnader.
Anslagsbeloppet inkluderar max 20 % för ersättning av lokalkostnader och projektnära indirekta kostnader.
Etableringsanslag tilldelas för två år med förlängning ytterligare två efter anhållan och godkänd forskningsrapport. Antalet anslag som utlyses 2014 gäller preliminärt 4 hel – och 4 halvtidstjänster.
Tjänsterna påbörjas den 1 januari året efter ansökan. Om särskilda skäl föreligger kan anslagsperioden förskjutas högst 6 månader. Behöriga att söka är personer som avlagt doktorsexamen före den första januari 2014, inom preklinisk eller klinisk medicinsk disciplin, eller inom ett till medicinen närstående ämnesområde, dock högst 5 år innan ansökningstidens utgång. Föräldra- eller sjukledighet samt AT-/ST-tjänstgöring (50 % av tjänstgöringstid, dock högst 24 mån) utgör skäl att förlänga denna tid. Den som innehar lärartjänst (forskarassistent, bitr. lektor, lektor, professor) eller fleråriig forskartjänst finansierad av nationell eller internationell anslagsgivare är inte behörig att söka. Anslaget betalas endast ut till svenska universitet och högskolor.
Ansökan görs elektroniskt via SSMF:s hemsida från den 15 april fram till och med kl. 24.00 den 15 maj 2014, som är sista ansökningsdag. Se vidare utförliga instruktioner angående ansökan på SSMF:s hemsida.

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



Vi söker nya medarbetare

Närhälsan

Specialist i internmedicin eller geriatrik

Närhälsan Svenljunga vårdcentral

Tillsvidare. Heltid/Deltid, sysselsättningsgraden kan diskuteras. Tillträde snarast eller enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2014/1520

Upplysningar: Vårdcentralschef Olga Högström, tfn 0702-18 03 99.

Sista ansökningsdag: 2014-04-24.

Specialist i allmänmedicin

Närhälsan Torpavallen vårdcentral, Göteborg

Tillsvidare. Heltid. Tillträde enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2014/1505

Upplysningar: Vårdcentralschef Lotta Rinné Ljungkvist, tfn 0703-91 12 61.

Sista ansökningsdag: 2014-04-23.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Specialistläkare allmän invärtes medicin

Område 3, Medicin och akutverksamheten

Tillsvidare. Heltid. Tillträde enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2014/1494

Upplysningar: Tf verksamhetschef Gunnar Byröd, tfn 031-343 08 28.

Sista ansökningsdag: 2014-04-14.

Specialistläkare i pediatrik

Barnmedicin, avd 321/322 Barncancercentrum

Tillsvidare. Heltid. Tillträde enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2014/1257

Upplysningar: Sektionschef Karin Mellgren, tfn 031-343 66 55.

Sista ansökningsdag: 2014-04-23.

Specialistläkare kardiologi

Område 3, Medicin och akutverksamheten

Tillsvidare. Heltid. Tillträde enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2014/1491

Upplysningar: Tf verksamhetschef Gunnar Byröd, tfn 031-343 08 28.

Sista ansökningsdag: 2014-04-14.

Sektionschef

Område 6, Medicin, Hematologi och koagulation.

Tidsbegränsat femårigt chefsförordnande med tillsvidareanställning i grundprofessionen. Heltid. Tillträde snarast eller enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2014/1497

Upplysningar: Verksamhetschef Maria Taube, tfn 0709-20 60 90.

Sista ansökningsdag: 2014-04-23.

Specialistläkare

Område 2, Rättspsykiatri, Akutenheten.

Tillsvidare. Heltid. Tillträde enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2014/1395

Upplysningar: Verksamhetschef Alessio Degl´Innocenti, tfn 0703-75 77 21.

Sista ansökningsdag: 2014-04-23.

Frölunda Specialistsjukhus

Överläkare/specialistläkare inom diabetologi
Överläkare/specialistläkare inom kardiologi

Göteborg

Tillsvidare. Heltid. Tillträde enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2014/1467 (överläkare/specialistläkare inom diabetologi), 2014/1466 (överläkare/specialistläkare inom kardiologi)

Upplysningar: Verksamhetschef Matilda Berntsson, tfn 070-082 36 86.

Sista ansökningsdag: 2014-04-23.

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



Vi söker nya medarbetare

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Överläkare/Specialistläkare

Område 1, Barnmedicin

Tillsvidare. Heltid. Tillträde enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2014/1659

Upplysningar: Verksamhetschef Ralph Bågenholm, tfn 031-343 43 91 eller 070-398 07 22.

Sista ansökningsdag: 2014-04-23.

AT/ST-studierektor

Område 1, Barnmedicin

Tidsbegränsat tre-årigt uppdrag som studierektor med tillsvidareanställning i grundprofessionen. Deltid. Tillträde enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2014/1632

Upplysningar: Verksamhetschef Ralph Bågenholm, tfn 031-343 43 91 eller 070-398 07 22. Sektionschef-ST Diana Swolin-Eide, tfn 031-343 67 84.

Sista ansökningsdag: 2014-04-23.

NU-sjukvården

Verksamhetschef

Kliniken för Bild- och funktionsmedicin, Uddevalla

Tillsvidare. Heltid. Tillträde enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2014/1583

Upplysningar: Områdeschef Eva Wallström, tfn 010-435 00 00 (vxl).

Sista ansökningsdag: 2014-04-23.

ST-läkare

Infektionskliniken, Trollhättan

Tillsvidare. Heltid. Tillträde enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2014/1383

Upplysningar: Verksamhetschef och överläkare Bert-Ove Larsson, tfn 010-435 54 90 eller 0767-75 54 52.

Sista ansökningsdag: 2014-04-23.

Underläkare

Infektionskliniken, Trollhättan

Visstid, vikariat längre än 6 månader. Heltid. Tillträde enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2014/1559

Upplysningar: Verksamhetschef och överläkare Bert-Ove Larsson, tfn 010-435 54 90 eller 0767-75 54 52.

Sista ansökningsdag: 2014-04-23.

Skaraborgs Sjukhus

Specialist-/överläkare hematologi

Område Medicin, M1

Tillsvidare. Heltid. Tillträde enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2014/1571

Upplysningar: Processchef Caroline Bertills, tfn 0500-43 10 00 (vxl). Hematolog Jaan Väärt, tfn 0500-43 10 00 (vxl). Hematolog Rolf Billström, tfn 0500-43 10 00 (vxl).

Sista ansökningsdag: 2014-04-30.

Överläkare geriatrik eller internmedicin

Område Medicin, M1

Tillsvidare. Heltid. Tillträde enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2014/1577

Upplysningar: Verksamhetschef Annette Trenge Jarlshammar, tfn 0500-43 10 00 (vxl). Processchef Caroline Bertills, tfn 0500-43 10 00 (vxl).

Sista ansökningsdag: 2014-04-30.

Specialist-/överläkare rehabiliteringsmedicin

Område Medicin, M1

Tillsvidare. Heltid. Tillträde enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2014/1578

Upplysningar: Verksamhetschef Annette Trenge Jarlshammar, tfn 0500-43 10 00 (vxl). Enhetschef Lena Rutberg, tfn 0500-43 10 00 (vxl).

Sista ansökningsdag: 2014-04-30.

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

Capio Vårdcentral

Capio Vårdcentral Högdalen söker:

- **Specialist i allmänmedicin**
- **Samt leg. läkare**
  med erfarenhet från vårdcentral

*– Vill **du** bli en del av vårt team?*

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

- Utmärkta kommunikationer.
- Journalprogram: Take Care
- Vi har ingen jourverksamhet.

Läs mer på **www.capio.se**
– Välj Capio Vårdcentral Högdalen och klicka på ”*Arbeta hos oss*”
Ansökningstiden går ut: 2014-04-30

Bemanningsföretag undanbedes!

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



STÄLL DIAGNOS
I RIKETS TJÄNST

JUST NU SÖKER VI ALLMÄNLÄKARE, ANESTESIOLOGER, KIRURGER, PSYKIATRIKER OCH RADIOLOG.

Alla svenska soldater och sjömän har rätt till god vård oavsett var de befinner sig. Därför behövs du och dina erfarenheter för vårt arbete nationellt och internationellt.

Välkommen att läsa mer och söka tjänsterna på
www.rekrytering.forsvarsmakten.se/sv/lediga-tjanster

FÖRSVARSMAKTEN



Växa med oss! Nu söker vi:

Skolöverläkare

VÄSTERÅS STAD

Nu söker vi en skolöverläkare som vill arbeta med att samordna och utveckla elevhälsan i en hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande riktning med fokus på hälsans betydelse för lärandet.

Sista ansökningsdag är 21 april.

Jobba med det viktigaste. Västerås stad har 10 000 medarbetare inom 100 olika yrken, alla med det gemensamma målet att bygga en stolt och väl fungerande stad där framtidstro står i centrum. Välkommen till en arbetsplats full av liv. **Läs mer på www.vasteras.se**

Ögonmottagning i Solna

Väl inarbetad mottagning med stort patientunderlag säljes. Stor flexibilitet rörande villkoren för övertagandet av mottagningen i termer av övertagningstid och betalningsvillkor. Information dr Agneta Westling 073 989 0021
agneta.westling@glocalnet.net



STÖD FORSKNINGEN

Ring 020-90 20 90

BARNCANCER FONDEN

www.barncancerfonden.se

Vår vision

– Framtidens sjukvård genom vetenskap och utveckling

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

Vill du leda och utveckla framtidens universitetssjukvård?







VERKSAMHETSCHEF SÖKES TILL ANOPIVA-KLINIKEN

ANOPIVA-kliniken är landets största universitetssjukvårdsenhet för anestesi, intensivvård och smärtvård.

Verksamheten präglas av starkt fokus på klinisk och akademisk utveckling med sikte på framtidens sjukvård och medarbetare, samt på etableringen av nya Karolinska Universitetssjukhuset.

Vi söker en verksamhetschef som vill vidareutveckla universitetssjukvården i nära samarbete med Karolinska Institutet mot en nationell samt internationell topposition.

Information om tjänsten lämnas av: Divisionschef Eva Franklin Bålfors, 070-484 25 28

Ref nr K -14-10918

Välkommen med din ansökan senast 2014-04-30

KAROLINSKA
Universitetssjukhuset

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

VI ÄR EN DEL AV STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING



Jaga med oss!

Vi söker modiga och hungriga Allmän- och övriga specialistläkare som är på jakt efter nya revir!

Medpro Clinic erbjuder med branschmått mätt bästa arvodet på 150.000 kr/månad samt goda jaktkamrater, årliga studieresor, bonus och andra förmåner. Du måste dock ha vassa tänder och klor!!

Vi söker till Vårdcentralerna i Trollhättan och Lilla Edet. Läs mer om oss och se hela annonsen på www.medpro.se.

medpro® CLINIC

Kontakta: Danielle Braender
danielle@medpro.se
070 5599200

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 leverantör av högspecialiserad vård och betjänar två miljoner människor i Mellansverige.

Två Överläkare/specialistläkare

Palliativ medicin

Arbete vid palliativ vårdavdelning, palliativt rådgivningsteam samt specialiserad hemsjukvård.

Kvalifikationer:
Specialistläkare med valfri patientnära specialistkompetens med intresse för palliativ vård. Diplomering i palliativ medicin eller tidigare erfarenhet av liknande verksamhet är meriterande.

Upplysningar:
Verksamhetschef Daniel Brattström, 018-61131 86
Sektionschef Ulla Martinsson, 018-611 86 94

Ansök och läs mer på www.akademiska.se/arbeta

www.akademiska.se

LANDSTINGET I UPPSALA LÄN

Lipus
LÄKARNAS INSTITUT FÖR PROFESSIONELL UTVECKLING I SJUKVÅRDEN

SPUR-inspekterad utbildning för AT och ST

www.lipus.se

Bli Livsviktig!

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

Vi tänker besegra cancer. Vill du vara med?

Cancerfonden

Läkarkarriär.se

ÖREBRO LÄNS LANDSTING

USÖ - Det personliga universitetssjukhuset



Specialistläkare
inom lungmedicin

Läs mer på www.orebroll.se/uso/jobb

Sista ansökningsdag 4 maj 2014

Universitetssjukhuset Örebro
ÖREBRO LÄNS LANDSTING

Aleris Specialistvård Sabbatsberg söker

chef till sektionen för Ortopedi och Handkirurgi

Växa med oss!

Vi erbjuder dig ett utmanande och intressant arbete som läkarchef med kompetenta och erfarna medarbetare på Sabbatsberg i centrala Stockholm.

Vi söker dig som är specialistläkare inom relevant specialitet med intresse för och gärna erfarenhet av chef- och ledarskap. Tjänsten är en tillsvidare-anställning på heltid med placering på Sabbatsberg.

Har du frågor?
Kontakta gärna: PerJohan Lindfors, Verksamhetsschef, tlf: 070-496 98 14.

Välkommen med din ansökan senast 2014-04-21.

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

Aleris är ett privat vård- och omsorgsföretag som erbjuder tjänster inom sjukvård, äldreomsorg och psykisk hälsa i Sverige, Norge och Danmark.

www.aleris.se

Aleris

MEDICINSKA FAKULTETEN LEDIGFÖRKLARAR HÄRMED FÖLJANDE ANSTÄLLNING

Universitetslektor i akutsjukvård

FÖRENAD MED BEFATTNING SOM SPECIALISTLÄKARE/ÖVERLÄKARE
ANSÖK SENAST 8 MAJ 2014, REF NR P 2014/547

För mer information se
www.lu.se/ledigajobb

LUNDS UNIVERSITET

www.slso.sll.se

Vi söker dig som är

Distriktsläkare

till Ektorps Vårdcentral

Ektorps Vårdcentral utökar sina läkartjänster med ytterligare en specialist i allmänmedicin.

Vår väl sammansvetsade och välfungerande personalgrupp huserar i nyrenoverade lokaler på Nacka Närsjukhus. Teamarbete, BVC, hemsjukvård, fortbildning... här finns möjlighet att utvecklas och utveckla. Närakut bedrivs i samarbete med övriga vårdcentraler i Nacka-Värmdö.

Stor vikt läggs vid personlig lämplighet.
Tjänstegrad 100%, deltid kan diskuteras.
Tillträde 140901.

Sista ansökningsdag 2014-04-30.

Har du frågor om tjänsten, välkommen att kontakta verksamhetschef **Lena Bäckström 076-949 54 62**

Facklig företrädare:
Läkarföreningen **Cecilia Palm 070-484 58 15**

Ansökan och läs mer på: **www.jobb.sll.se**
Ref nr. SLSO-14-52617

Ektorps vårdcentral
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Funderar du över dina alkoholvanor?

Ring oss kostnadsfritt på telefon 020-84 44 48.

www.vardguiden.se/alkohollinjen

ALKOHOL LINJEN
STÖD TILL FÖRÄNDRING

Stockholms läns landsting

www.slso.sll.se

BUP i Stockholm söker

Överläkare

till BUP Kungsholmen

Se hela annonsen och sök jobbet här:
www.bup.se/jobba-hos-oss

Barn- och ungdomspsykiatri
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING



Göteborgs universitet är ett av de stora i Europa med drygt 39 000 studenter och 5700 anställda. Verksamheten bedrivs i vetenskapsområden, till allra största del i centrala Göteborg. Utbildningen och forskningen har stor bredd och hög kvalitet – det vittnar sökandetryck och Nobelpris om.

Universitetslektor i plastikkirurgi

med inriktning mot kraniofacial kirurgi, förenad med befattning som specialistläkare vid Sahlgrenska universitetssjukhuset

Anställningen är placerad vid institutionen för kliniska vetenskaper

Refnr: PER 2014/86

Sista ansökningsdag: 2014-04-30

För mer information se Göteborgs universitets hemsida: www.gu.se/ledigaanstallningar

GÖTEBORGS UNIVERSITET

www.gu.se

Division Diagnostik

Verksamhetschef radiologin i Värmland

"Vår verksamhetschef har nytt uppdrag som landstingets fastighetschef - Vill du ta över stafettpinnen efter henne?"

Vill du veta mer kontakta divisionschef Eva Stjernström, tfn 054-61 41 57.

Läs mer om tjänsten på

www.liv.se/jobb

Landstinget i Värmland

ÖREBRO LÄNS LANDSTING



Laboratoriemedicinska länskliniken söker

Överläkare i vårdhygien och ST-läkare i klinisk mikrobiologi

Infektionskliniken söker

Överläkare

www.orebroll.se/uso/jobb

Ansökan senast 30 april 2014

Universitetssjukhuset Örebro
ÖREBRO LÄNS LANDSTING



REGION SKÅNE SÖKER:

SEKTIONSCHEF FÖR ST-LÄKARE

Vi söker nu en sektionschef för ST-läkare till Vuxenpsykiatri i Lund.

Verksamhetsområde (VO) Vuxenpsykiatri Lund delas in i fyra områden med inriktning heldygnsvård, öppenvård, resurs och psykos. Verksamhetsområdet har cirka 670 medarbetare.

På psykiatriska kliniken i Lund tjänstgör 25 ST-läkare med bred kompetens som brinner för psykiatri och har ett intresse av att utveckla professionen och verksamheten.

Vi söker dig som vill leda och utveckla ST-läkargruppen, arbeta för att skapa goda/optimala förutsättningar för en ST-utbildning med hög kvalitét och se till att ST-läkarnas kompetens tillvaratas och nyttjas på bästa sätt i verksamheten. Du arbetar även med att bibehålla och utveckla samarbetet inom verksamhetsområdet avseende rekrytering, bemanning och utbildning av ST-läkare och underläkare.
För intresse kontakta verksamhetschef Bodil Gervind 046-17 40 14.

Sista ansökningsdatum: 2014-04-27
Välkommen med din ansökan.
Läs annonsen i sin helhet på **Skane.se/jobb**

Gör skillnad. Varje dag.
Region Skåne ansvarar för hälso- och sjukvård, kollektivtrafik och en hållbar utveckling i hela Skåne. Vi främjar det regionala närings-livet, kulturen och samarbeten med andra regioner, i och utanför Sverige. Region Skånes högsta beslutande organ är region-fullmäk-tige, som väljs direkt av invånarna i Skåne.

Har alla örjat pra a o ydligt?

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

REGION SKÅNE SÖKER

SPECIALISTLÄKARE

Allmänmedicin
Vårdcentralen Höör
Primärvården Skåne
Höör

SPECIALISTLÄKARE

Dermatologi
Specialiserad hudsjukvård
Lasarettet Trelleborg
Trelleborg

VERKSAMHETSCHEF

VO Kirurgi
Centralsjukhuset i Kristianstad
Kristianstad

ÖVERLÄKARE/ SPECIALISTLÄKARE

Radiologi
VO Diagnostik
Kristianstad

ÖVERLÄKARE/ SPECIALISTLÄKARE

Lungmedicin
VO Hjärt- och lungmedicin
Skånes universitetssjukhus
Lund/Malmö

ÖVERLÄKARE/ SPECIALISTLÄKARE

Neurologi
VO Specialiserad medicin
Lasarettet i Ystad
Ystad

Alla jobb hittar du på **Skane.se/jobb**

Gör skillnad. Varje dag.

Region Skåne ansvarar för hälso- och sjukvård, kollektivtrafik och en hållbar utveckling i hela Skåne. Vi främjar det regionala näringslivet, kulturen och samarbeten med andra regioner, i och utanför Sverige. Region Skånes högsta beslutande organ är regionfullmäktige, som väljs direkt av invånarna i Skåne.

Läkarkarriär.se

LANDSTINGET BLEKINGE SÖKER

Överläkare/specialistläkare

Medicinkliniken, Karlshamn/Karlskrona

Upplysningar:
Verksamhetschef Hans S Åkesson 0455-73 23 05.
Stf verksamhetschef Agneta Eckernäs-Thorell 0455-73 48 09.
Överläkare/avdelningschef Katharina Darlison 0454-73 23 12.

Facklig företrädare:
Malgorzata Zietara 0455-73 10 00 (växel).

Överläkare/specialistläkare i lungmedicin

Medicinkliniken

Upplysningar:
Verksamhetschef Hans S Åkesson 0455-73 23 05.
Överläkare/avdelningschef Katharina Darlison 0454-73 23 12.
Överläkare Claes Magnusson 0454-73 10 00 (växel).

Facklig företrädare:
Malgorzata Zietara 0455-73 10 00 (växel).

Överläkare/specialistläkare

Medicinkliniken, palliativmedicinska sektionen

Upplysningar:
Verksamhetschef Hans S Åkesson 0455-73 23 05.
Stf verksamhetschef Agneta Eckernäs-Thorell 0455-73 48 09.

Facklig företrädare:
Malgorzata Zietara 0455-73 10 00 (växel).

Välkommen med din ansökan senast den 15 maj 2014.

För mer information och ansökan: *www.ltblekinge.se*

LANDSTINGET BLEKINGE

Ögonfonden
SYNFRÄMJANDE FORSKNING

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

SVENSK INSAMLINGSKONTROLL

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 leverantör av högspecialiserad vård och betjänar två miljoner människor i Mellansverige.

ST-läkare

Verksamhetsområde Klinisk genetik

Ansök och läs mer på
www.akademiska.se/arbeta

www.akademiska.se LANDSTINGET I UPPSALA LÄN



Afdelingslæge

Urologisk Afdeling, Næstved Sygehus

Urologisk Afdeling behandler akutte og elektive urologisk patienter. Vi søger en speciallæge i urologi med bred klinisk erfaring 01.05.14 eller snarest derefter.

Næstved er den største by på det sydlige Sjælland beliggende ca. en times transport fra København.

Ansøgningsfrist 22.04.14

Se det fulde opslag på www.regionsjaelland.dk/Job, quicknr. 14433

WWW.REGIONSJAELLAND.DK

REGION SJÆLLAND
NÆSTVED SYGEHUS
– vi er til for dig



Specialist
i allmänmedicin

Söker du en ny utmaning? Hos oss finns jobb som kan innebära personlig utveckling för dig och som dessutom gör skillnad för andra. Vi är länets största arbetsgivare och hos oss är möjligheterna många. Här har varje medarbetare en viktig roll.

Vi söker specialister i allmänmedicin till flera hälsocentraler i vårt län. Läs mer och ansök på Ltkalmar.se/ledigajobb

Landstinget i Kalmar län

Roslagshälsans Husläkarmottagning i Norrtälje söker

Allmänläkare

Roslagshälsans Husläkarmottagning är en liten välfungerande, privat husläkarmottagning på Kaserngatan 1 med 10 anställda, varav 3 läkare. Verksamheten präglas av ett mycket gott omhändertagande av våra patienter. Vi har bl a diabetessjuksköterska, kurator och vaccinationsmottagning.

Nu söker vi en allmänläkare som vill vara med och utveckla verksamheten. Tillträde enligt överenskommelse.

För mer information kontakta
Kent Berger, tel 010 128 37 85.

Välkommen med ansökan senast 30 april till
Praktikertjänst AB, Att. Kent Berger
103 55 Stockholm eller kent.berger@ptj.se

www.roslagshalsan.se

Praktikertjänst

Roslagshälsans
Husläkarmottagning

ST-läkare

Ögonkliniken, Jönköpings sjukvårdsområde

Läs mer och ansök på www.lj.se/jobb

Landstinget i Jönköpings län

STOCKHOLM SPINE CENTER

söker Ryggkirurg

Stockholm Spine Center är Sveriges största ryggkirurgiska klinik och vi utför över 1.500 op/år. Vi är idag ca 10 kirurger och har 4 op-salar samt en vårdavdelning med 27 platser. Vi söker nu ytterligare en specialist i ortopedi eller neurokirurgi. Ryggkirurgisk erfarenhet är önskvärd, men inte ett krav. Forskningsintresse är meriterande.

Vår avsikt är att utveckla oss till den kompletta ryggkliniken, vilken tar hand om alla ryggpatienter, som inte kan handläggas av primärvården – oavsett om det gäller kirurgi eller rehabilitering. Det innebär att du kommer att arbeta både på Löwenströmska sjukhuset och på Karlavägen, där vi kommer att ha vår rehabilitering och viss mottagning. Vi söker dig som vill utveckla vården och söka nya möjligheter.

Senaste ansökningsdag: 140504
Upplysningar: Klinikchef Tycho Tullberg, telefon 0706390699,
mail: *tycho.tullberg@spinecenter.se*
Ytterligare information på *www.spinecenter.se*

---

www.slso.sll.se

Psykiatricentrum Södertälje söker

Tre Överläkare

- Allmänpsykiatriska rehabiliteringsenheten
- Neuropsykiatriska utredningsteamet
- Äldrepsykiatriska mottagningen

För mer information om tjänsterna se **www.jobb.sll.se**
eller ring till verksamhetschef
Maria Carlén tel. 08-550 248 08

Stockholms läns sjukvårdsområde
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Lyckopenningen
- gåvan som är mer än ett vackert smycke

Synskadades Riksförbund 122 88 Enskede
Beställ: 08-39 90 70, www.lyckopenningen.nu



Vi söker nya medarbetare

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

ST-läkare i kirurgi

Område 5, Kirurgi

Tillsvidare. Heltid. Tillträde enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2014/1688

Upplysningar: Sektionschef Christina Swärd,
tfn 031-342 80 89 eller 0727-34 06 40.

Sista ansökningsdag: 2014-04-21.

www.vgregion.se/jobb

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

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 leverantör av högspecialiserad vård och betjänar två miljoner människor i Mellansverige.

Två Överläkare

Verksamhetsområde kirurgi expanderar och därför söker vi:

Överläkartjänst - kirurgisk akutvårdsavdelning (KAVA)

Överläkartjänst - kärlkirurgi

För mer information, kontakta:
Verksamhetschef Claes Juhlin, 018-611 46 27

Ansök och läs mer på:
www.akademiska.se/arbeta

www.akademiska.se LANDSTINGET I UPPSALA LÄN

Ersta sjukhus, Lilla Erstagården söker

Barnläkare

Läs mer och registrera ansökan på www.erstasjukhus.se under ”lediga jobb” senast den 30 april 2014.

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

Ersta diakoni

Landstinget i Värmland söker

Distriktsläkare

Välkommen till **vårdcentralen Säffle/Nysäter**. Kontaktperson: enhetschef Annika Melin, tfn 0533-811 04.

Överläkare

Välkommen till **barn- och ungdomspsykiatrin, Värmland**. Kontaktperson: tf verksamhetschef Ing-Marie Knutsson, tfn 054- 61 51 52 och chefsöverläkare Lena Isaksen, tfn 054-61 83 22.

Läs mer om tjänsterna på

www.liv.se/jobb

Landstinget i Värmland

www.slso.sll.se

Behandlingsenheten city söker

Överläkare

Våra patienter behöver duktiga behandlare som kan se värde i alla framsteg i behandlingen. Vi söker nu en engagerad och nyfiken överläkare med intresse för utrednings-, behandlings- och utvecklingsarbete.

Är du den vi söker?

Läs mer och sök på **www.jobb.sll.se/SLSO-14-63558**
Sista ansökningsdag 23/4.

Norra Stockholms psykiatri
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

STOCKHOLM SPINE CENTER **söker Rehabläkare**

Stockholm Spine Center är Sveriges största ryggklinik, med över 14.000 besök/år och över 1.500 op/år. När man nu inför vårdval för rehabilitering av långvarig smärta (SLL) from 1/10 ska vi återuppbygga vår multimodala rehabenhet. Vi söker dig rehabläkare (eller exempelvis allmänläkare med vidareutbildning i smärta) och som arbetat minst två år med team arbete.

Vår avsikt är att utveckla oss till den kompletta ryggkliniken, vilken tar hand om alla ryggpatienter som inte kan handläggas av primärvården – oavsett om det gäller kirurgi eller rehabilitering. Vi startar upp i helt nyrenoverade lokaler på Karlavägen. Du kommer att samarbeta med ryggkirurger och våra andra specialister . Vi söker dig som vill utveckla vården och söka nya möjligheter.

Senaste ansökningsdag: 140504
Upplysningar: Klinikchef Tycho Tullberg, telefon 070-6390699,
mail: *tycho.tullberg@spinecenter.se*
Ytterligare information på *www.spinecenter.se*

LÄKARE FÖR MILJÖN

en sjukvård för en bra miljö
en miljö för en god hälsa

Bli medlem du också, 250 kr (student 20 kr)
pg 14 43 65-4. Läs mer på
www.lakareformiljon.org

Patienten alltid först

TVÅ LÄKARCHEFER

till Anestesiavdelningen, Huddinge

På Anestesiavdelningen, en av Sveriges största, utför vi cirka 17 000 anestesier årligen på drygt 30 operationssalar.

Vi bygger ett nytt operations- och interventions-centrum som öppnar 2018.

I tjänsten ingår medarbetaransvar, strategiska arbetsuppgifter och klinisk tjänstgöring.

För närmare information kontakta
Suzanne Odeberg-Wernerman, tel 08-585 809 97

Refnr K-14-10923

Välkommen med din ansökan senast 2014-04-23

KAROLINSKA
Universitetssjukhuset

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

Åsö Vårdcentral på **Södermalm** söker
Spec. i allmänmedicin
Vänligen ring Lisa Barnekow, tel: 072-336 81 13,
läs mer på www.asovardcentral.se

vlg

Väsby Läkargrupp söker en specialist i allmänmedicin,
vågar du titta in? **www.vlg.se**
Peter Kaiser 070-766 71 91

www.slso.sll.se

BUP i Stockholm söker

Överläkare

till Barn- och ungdomspsykiatriskt Forskningscentrum och BUP FUNK

Se hela annonsen och sök jobbet här:
www.bup.se/jobba-hos-oss

Barn- och ungdomspsykiatri
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

EN KATASTROF SKER PÅ EN SEKUND. VI KAN SKICKA EN OPERATIONSSAL INOM NÅGRA TIMMAR.

I katastrofsituationer hänger allt på att agera snabbt. Hjälp oss att vara i ständig beredskap så att vi kan rädda fler liv.
Sms:a LÄKARE till 72970 så skänker du 50 kr eller gå in på lakareutangranser.se för att ge din gåva. Tack.

MEDECINS SANS FRONTIERES
LÄKARE UTAN GRÄNSER

Etableringar och överlåtelser

Vårdavtal (etablering) i kirurgi till salu i Upplands Väsby

Vi är idag förutom kirurgen, fem allmänläkare och en hudläkare på Optimuskliniken. Det finns ett fullt utrustat operationsrum (”chirurgia minor”) ledigt. Kanske är du senior kollega som tröttnat på bakjourerna?
Kontakta *christer.olsson@optimuskliniken.se*

Ersättningsetablering inom Gynekologi och Kvinnosjukdomar i Gällivare vid Nordkalottens Läkarcentra I Moberg AB

Väletablerad, välrenommerad gynekologimottagning, som varit öppen sedan januari 1991. Mottagningen bemannad med en specialist i allmänmedicin och en specialist i gynekologi.

Ansluten till den nationella taxan enligt lagen om läkarvårdsersättning.

Vår gynekolog går nu i pension och vi söker en efterträdare från oktober -14. Endast dagtidstjänstgöring. Inga jourer. Ungdomsmottagning kan ingå.

Mer information kan erhållas av:
Ingegerd Morian, Norrbottens Läns Landsting, tel: 0920-284 323, mail: *ingegerd.morian@nll.se*
Eller av vår gynekolog som nu går i pension:
Göran Källqvist, mobiltel: 070-586 94 17

Öron-näsa-hals-mottagning överlåtes

Väletablerad öron-näsa-hals-mottagning i Uddevalla med samverkansavtal (nationella taxan) överlåtes.

OBS Avtalet medger arbete lokaliserat inom hela Västra Götalandsregionen!

För mer information
Björn Hollertz, 0705-47 93 75
bhollertz@telia.com

Sista ansökningsdag 2014-05-16
Tidpunkt för överlåtelse sker efter överenskommelse mellan säljare och köpare.

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

Stiftelsen står under Länsstyrelsens tillsyn och insamlingen kontrolleras av SFI.

Gunnar Nilssons Cancerstiftelse
www.cancerstiftelsen.se

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



Foto: Sylf Stockholm

Eva Piscator (t v), årets mottagare av Guldkornet, tillsammans med Sylf Stockholms ordförande Madeleine Liljegren (t h).

Eva Piscator får Sylf Stockholms pris för bästa handledning

Sylf Stockholm har delat ut det pedagogiska priset »Guldkornet« till Stockholms bästa handledare, och årets pristagare är **Eva Piscator**, verksam vid akutkliniken på Karolinska universitetssjukhuset, Solna.

Hon får priset med motiveringen: »Eva handleder med äkta intresse, inspirerande ödmjukhet och stor kunskap. Hon uppvisar en professionalism, ett etiskt förhållningssätt och respekt gentemot patienter och kollegor. Eva har genomgående ett starkt intresse av att stödja och vidareutveckla de hon handleder – oavsett om det är läkarstudenter, AT-läkare eller ST-läkare. Genom sitt inspirerande ledarskap är hon en förebild för juniora kollegor – både när det gäller vanliga patientmöten såväl som svåra samtal och komplexa akuta fall. Vården behöver läkare som genom sin handledning får kollegor att vilja bli lite bättre och sträva lite högre. Eva är en sådan läkare.« ■

Nya docenter i Lund

Vid Lunds universitet har som docenter antagits **Marco Maccarana** i cellbiologi, **Roger Siemund** i medicinsk radiologi och **Christian Sturesson** i kirurgi. ■

Avlidna

Lennart Andersson, Stockholm, 89 år, död 10 mars
Anita Bojs, Göteborg, 83 år, död 11 mars
Anders Hellman, Stenungsund, 71 år, död 22 mars
Urban Pontén, Uppsala, 87 år, död 6 mars

SKICKA IN BIDRAG

Vi välkomnar bidrag till »Nytt om namn«. Skriv och berätta om personer på nya jobb eller uppdrag. Bifoga gärna ett foto.

KALENDARIUM

Göteborgs Läkaresällskap, möte onsdagen den 23 april, kl 18.30, hörsal Arvid Carlsson, Academicum, Medicinaregatan 3, Göteborg
Modern fosterdiagnostik – KUB, NIPT och etik
Medverkande: *Hans Bokström*, *Christian Munthe* och *Bo Jacobsson*
För ytterligare information, kontakta e-post: info@goteborgslakaresallskap.se

Sveriges äldre läkare (SÄL) inbjuder till vår- och årsmöte samt fortbildningsdagar, 16–18 maj, Jönköping
För mer information, program och anmälan, se ‹www.slf.se/sal› under »Kalendarium«
Kontaktperson är Jan Arvidsson, tel 036-71 24 46 eller 070-562 08 25

Karlskrona läkareförening inbjuder till sitt 1 391:a ordinarie sammanträde, torsdagen den 24 april, kl 18.30, å Sjöofficerssällskapets lokaler i Karlskrona
Cecilia Rogmark: Ortopedins mjuka sidor eller en halvtimme helt utan skruvdiametrar
Anmälan görs per e-post: karlskrona.lakareforening@gmail.com
För mer information, kontakta Ronny Lövdahl, e-post: ronny.lovdahl@ltblekinge.se

23rd European congress of obstetrics and gynaecology, May 7–10, Glasgow, Scotland
For more information and registration, see ‹www.ebcog2014.org›

Väst-SÄL (Västra kretsen av Sveriges äldre läkare), vårutflykt till Känsö torsdagen den 15 maj
Program
09.50 Ordinarie färja (Styrsö –Vargö–Brännö) från Saltholmen. Avgiften betalar var och en med Västtrafikkort. Extraturen till Känsö ingår i deltagaravgiften
Guidning på Känsö och lunch
15.30 Avfärd med färjan
Eftersom ön är militärt område krävs fullständig deltagarlista innehållande fullständigt namn, födelsenummer, passnummer och yrke (anges vid anmälan)
Deltagaravgiften är 300 kr
Anmälan görs senast den 25 april till Malin Lindh per e-post: malin.lindh01@gmail.com, tel 073-801 51 75 eller adress Majorsgatan 4, 413 08 Göteborg

Kurs i trafik- och körkortsmedicin, 20–21 maj, Sigtuna, i arrangemang av Svensk trafikmedicinsk förening (STMF)
Kursen vänder sig i första hand till färdiga specialister inom olika specialistområden samt till intresserade ST-läkare
För detaljerad information, se ‹www.stmf.nu› eller ‹www.lipus.se› (Lipus-nr 20140025)
Anmälan görs via ‹www.stmf.nu›, e-post: birgitta.stener@gmail.com eller brittmarie.stalnacke@rehabmed.umu.se

LÄS MER Möten och konferenser: Läkartidningen.se/kalender
Aktuella disputationer: Läkartidningen.se/disputationer

Minnesåterkonsolideringsbaserad affektiv psykoterapi, grundkurs i manualiserad teknik som syftar till att förbättra humörregleringen genom att bearbeta emotionellt negativa episodiska minnen, 26–28 maj, Stockholm
Kursledning: *Göran Högberg* och *Ann Helleday*
Deltagaravgiften är 4 000 kr (exkl moms)
För mer information och anmälan, kontakta e-post: gorhogberg1@gmail.com

Tjänstbarhetsbedömning i arbete med stor fysisk påfrestning, dykning, rökdykning samt mast- och stolparbete (EDTC level 1, medical examiner of divers), kurs 11–13 juni, Göteborg
För ytterligare information och program, se ‹www.amm.se/edtc-utbildning›
Anmälan görs per e-post: karin.bystrom@amm.gu.se

Calcium signaling: from basic to bedside, international conference, July 3–5, Victoria Tower Hotel, Stockholm
For more information and registration, see ‹www.calcium2014.com›

47th Nordic coagulation congress, 10–12 september, Visby, i arrangemang av koagulationsverksamheterna vid universitetssjukhusen i Linköping, Göteborg och Malmö
Det vetenskapliga programmet täcker flera olika aspekter inom hemostasområdet med bl a sessioner om nya orala antikoagulantia, antitrombotisk behandling vid kardiovaskulära sjukdomar, medfödda och förvärvade blödningsrubbningar
För ytterligare information, se ‹www.nordcoag2014.com›

Nordisk lymfödemkongress, 11–13 september, Restaurang Tyrol, Gröna Lund, Stockholm
För ytterligare information, se ‹www.lymfologi.nu›

Vad gör Läkarförbundet om

Tillgång och efterfrågan på läkare

Under hösten 2013 publicerade Läkarförbundet en rapport med en prognos över det framtida utbudet av läkare. I den konstaterade vi att Socialstyrelsen endast gör prognoser över utbudet, men att det saknas långsiktiga prognoser vad gäller efterfrågan.

Nu arbetar vi med att påverka Socialstyrelsen att utveckla och förbättra sina prognoser över både utbudet och efterfrågan på läkare och specialistläkare. Det kan vi bland annat göra genom att vi är representerade i ”Nationella planeringsstödets (NPS) referensgrupp”*. Under 2013 har vi träffat representanter från NPS och påtalade att det saknas långsiktiga prognoser. Frågan kommer även diskuteras på ett kommande referensgruppsmöte i april.

Läkarförbundet bedriver också prognosarbete inom ramen för den ”Samnordiska arbetsgruppen för prognos och specialistutbildningsfrågor (SNAPS)”, i vilken de nordiska läkarförbunden ingår. Gruppen träffas regelbundet och det senaste mötet ägde rum i mars. Under 2014 ska ett gemensamt dokument med respektive lands prognoser publiceras.

Under året kommer Läkarförbundet också studera en intressant engelsk modell för prognoser, som även inkluderar den långsiktiga efterfrågan på läkare.

* Socialstyrelsens prognosarbete sköts av ”Nationella planeringsstödet” som ska stödja landstingen i deras personalplanering av bland annat läkare. Detta är en skyldighet som landstingen har, och den finns reglerad i hälso- och sjukvårdslagen. I referensgruppen finns förutom Läkarförbundet även Sveriges Kommuner och Landsting samt Vårdförbundet representerade.

29 specialitetsföreningar träffades

29 föreningar kom till specialitetsföreningarnas representantskapsmöte den 18 mars. Det blev en intensiv dag med mycket information att ta med hem till föreningarna.

Marie Wedin, Läkarförbundets ordförande berättade om förbundets engagemang i Almedalen som i år går under temat Jämlik vård.

Föreningarna viktiga

En av dagens gäster, Göran Stiernstedt, berättade om sitt uppdrag som regeringens samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Han framhöll att specialitetsföreningarna var viktiga för att fylla uppdraget med innehåll. Han efterlyste input på flera för läkare viktiga områden.

Enkät att svara på

Ulf Haglund, som utreder vilken formell förankring de nationella kvalitetsregistren har i de professionella föreningarna, berättade om en enkät som han vill att föreningarna svarar på.

Utbildning

Mötet fick även information från Läkarförbundet om aktuella frågor bland annat om fortbildningsinspektioner och eventuellt kommande reglering på grund av nya EU-regler. Deltagarna fick också höra om förbundets projekt som rör frågor om hur specialiseringstjänstgöring ska fungera i vårdvalssystem. Detta ämne var även föremål för mindre gruppdiskussioner. Socialstyrelsen informerade om den nya specialitetsindelningen och utarbetandet av nya målbeskrivningar.

Föreningarnas roll och arbetsformer

Under dagen diskuterades även specialitetsföreningarnas roll och arbetsformer. Ett ämne som påbörjades redan under höstens representantskapsmöte.

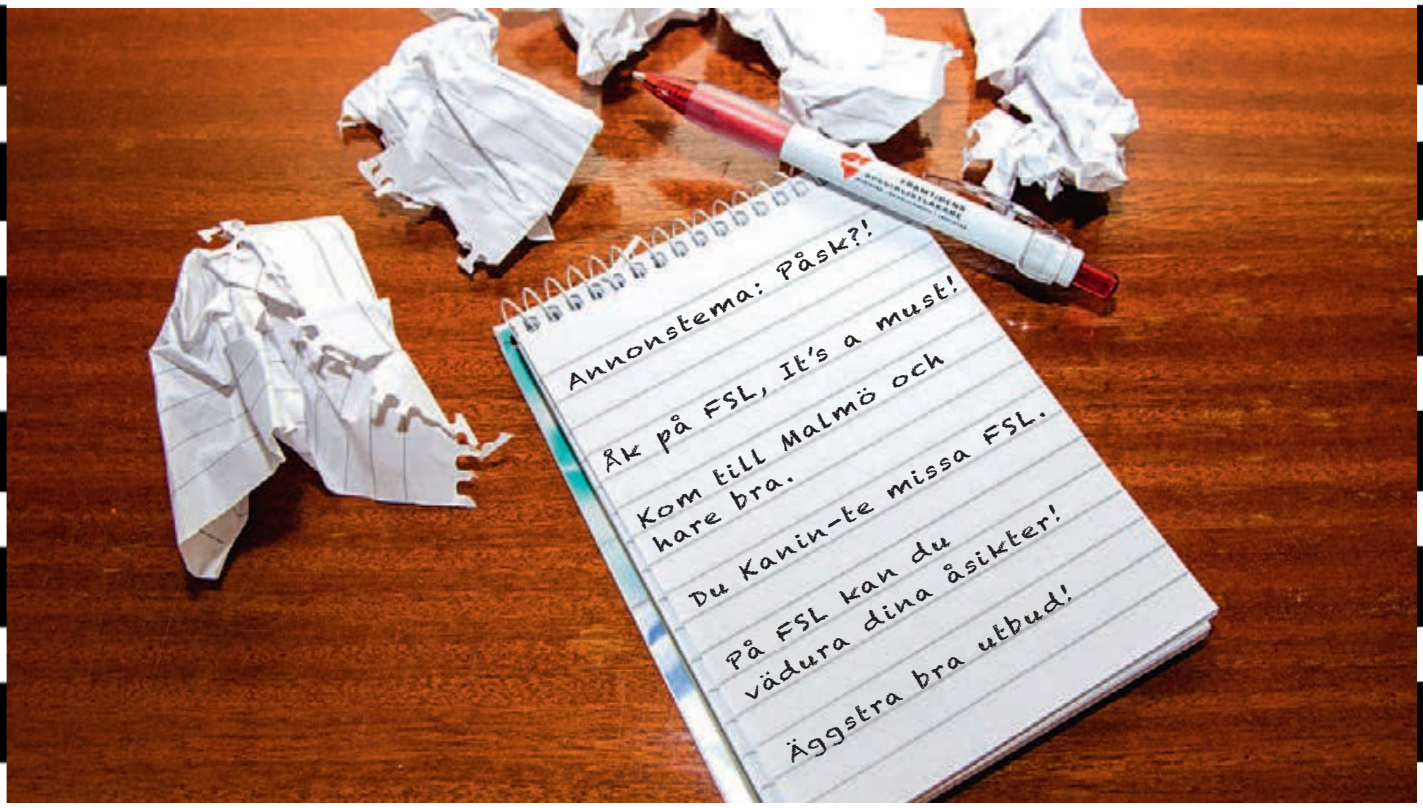
Inspektioner och kurscertifieringar

Dagen avslutades med att Kåre Jansson, från Lipus berättade om arbetet med inspektioner och kurscertifieringar, där föreningarna är en viktig aktör.

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation
08-790 33 00 • www.lakarforbundet.se • info@slf.se
Redaktör och ansvarig för sidans innehåll: Sofia.Segergren@slf.se

FRAMTIDENS SPECIALISTLÄKARE

ledarskap • kommunikation • vetenskap



VI ÄR INTE SLOGANEXPERTER, MEN VI VET HUR MAN SKAPAR SVERIGES STÖRSTA MÖTESPLATS MED ST I FOKUS.

LEDARSKAP, KOMMUNIKATION OCH VETENSKAP ÄR VIKTIGT FÖR ALLA OCH **OBLIGATORISKT FÖR ALLA ST-LÄKARE ENLIGT DELMÅL 13-21.** PÅ FSL KAN DU VÄLJA MELLAN FÖRELÄSNINGAR OCH KURSER INOM DESSA OMRÅDEN.

DELTAGANDE I HELA KONGRESSEN GER INTYG ENLIGT SOCIALSTYRELSENS RIKTLINJER. I ÅR ERBJUDS SJU SPECIFIKA ÄMNESKURSER SOM GER SEPARATA INTYG.

KURSERNA HAR BEGRÄNSAT ANTAL PLATSER OCH FÖRANMÄLAN KRÄVS. FÖRST TILL KVARN GÄLLER!

VÄLKOMMEN TILL MALMÖ ARENA 3 - 5 SEPTEMBER

SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN

REGION SKÅNE

WWW.FRAMTIDENSLAKARE.SE

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

Läkartidningen arrangerar

Program och anmälan:
Läkartidningen.se/events

Inbjudan till symposium

Artros

Sophiahemmet Stockholm 27 maj 2014

Var fjärde person över 45 år har läkardiagnostiserad artros. Vi betraktar alltför ofta artros som enbart en ålderssjukdom, men redan i fyrtioårsåldern räknas artros bland topp-tio som orsak till sjukdomsbörda i form av funktionsnedsättning i Sverige. Symposiet ger högaktuell information om förekomst, orsaker, prevention och behandling av artros.

Välkommen till en intressant eftermiddag!

12.00–13.00	**Registrering och lunch**
13.00–13.15	**Inledning. Den sviktande leden** *Professor Stefan Lohmander, Lunds Universitet*
13.15–13.40	**Artros är en folksjukdom som blir allt vanligare** *Docent Martin Englund, Lunds Universitet*
13.40–14.05	**Artros efter allvarlig ledskada** *Docent Richard Frobell, Lunds Universitet*
14.05–14.30	**Ont i knäet. Trasig menisk? Artros? Meniskoperation?** *Docent Martin Englund, Lunds Universitet*
14.30–15.00	**Kaffe**
15.00–15.25	**Vad ska det stå på träningsreceptet till artrospatienten?** *Professor Ewa Roos, Syddansk Universitet, Odense*
15.25–15.50	**Artrospatienten i primärvården** *Distriktsläkare Lillemor Nyberg, Karlskoga*
15.50–16.15	**Artrosskola – Kunskap som medicin** *Docent Carina Thorstensson, Göteborgs Universitet*
16.15–16.35	**Bensträckare**
16.35–17.00	**Vem behöver en ny led, och när?** *Professor Leif Dahlberg, Lunds Universitet*
17.00–17.20	**Frågor till panelen**

Programansvariga: *Professor Stefan Lohmander, Lunds universitet och chefläkare Pelle Gustafson, medicinsk redaktör Läkartidningen*
Moderator: *Stefan Lohmander*

Pris: 1795 kr + moms. Lunch och kaffe ingår. Medlemmar i Sveriges läkarförbund erhåller 300 kr rabatt. Anmälan är bindande men kan överlåtas till en kollega. Kontakta helene.engstrom@lakartidningen.se för mer information.

Utställare: MSD Irradia Specialisten på lasermedicin

Symposiet äger rum onsdag 27 maj i Erfors-/Weitnersalen på Sophiahemmets Högskola, Valhallavägen 91 i Stockholm ingång R, längst ner i sjukhusområdet från Valhallavägen, mitt emot Stadion.