Svensk medicinsk forskning behöver inte mer styrning
LT DEBATT

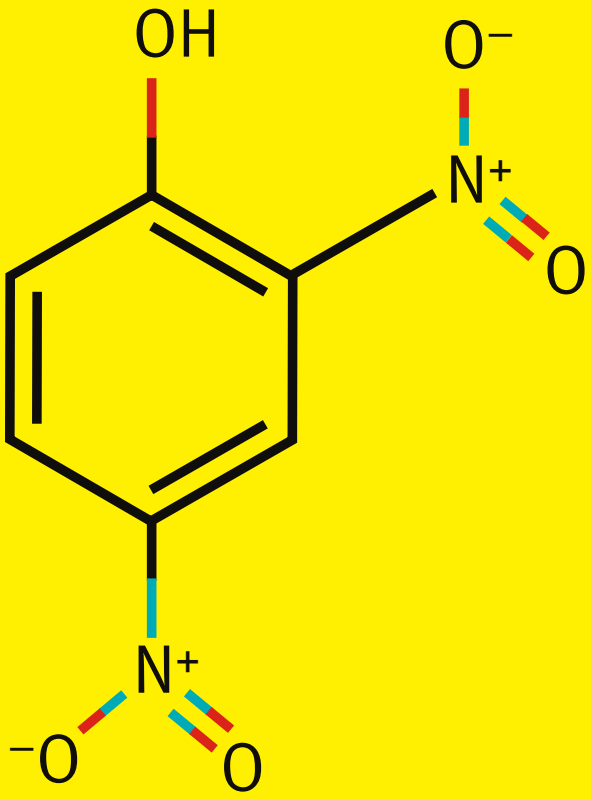


»Väga sig regelbundet bra för att hålla vikten«
KOMMENTAR

Anhörigas insatser efter stroke omfattande och ofta livslånga
ORIGINALSTUDIE

Läkartidningen
Läkartidningen.se
NR 22–23/2014

NR 22–23 27 MAJ–10 JUNI 2014 VOL 111 973–1032
ORGAN FÖR SVERIGES LÄKARFÖRBUND – GRUNDAD 1904



FALLBESKRIVNING

Dödlig substans som bantningsmedel

»I patientens handväska hittades stora gulgröna kapslar i en omärkt burk ... Genom en väninna framkom att patienten köpt kapslarna via ett forum på internet och tagit dem som bantningsmedel. Vid den rättsmedicinska obduktionen konstaterade man att kapslarna innehöll DNP och att patienten hade en toxisk koncentration av DNP (34 µg/g) i blodet ...«

Läkartidningen arrangerar

Inbjudan till symposium

Neuropsykiatri

Sophiahemmet, Stockholm, 24 september 2014

Så kallade neuropsykiatriska sjukdomar, exempelvis autismspektrumsyndrom och ADHD, diagnostiseras allt oftare hos både barn och vuxna. Hur ska man tänka kring diagnostik, medicinsk och icke-medicinsk behandling, samtidig sjuklighet, begåvningsnedsättning och prognos? I detta symposium belyses viktiga aspekter av dessa komplexa syndrom.

Preliminärt program den 24 september 2014:

12.00–13.00	**Registrering och lunch**
13.00–13.10	**Inledning** *Margaretha Bågedahl-Strindlund, Susanne Bejerot*
13.10–13.35	**ESSENCE – helhetsgrepp på utvecklingsneurologiska avvikelser** *professor Elisabeth Fernell, Sahlgrenska akademin, Göteborgs universitet*
13.35–14.00	**Autismspektrumsyndrom** *med dr Viviann Nordin, Sachsska barn- och ungdomssjukhuset, Stockholm*
14.00–14.25	**ADHD** *med dr Björn Kadesjö, Sahlgrenska universitetssjukhuset*
14.25–14.55	**Kaffe**
14.55–15.20	**Vuxna med utvecklingsstörning** *Monica Björkman, privatpraktiserande neurolog*
15.20–15.45	**Rättspsykiatriska aspekter på ADHD och ASD** *chefsöverläkare Per Axel Karlsson, Länsgemensam psykiatri, Öjebyn*
15.45–16.10	**Tourettes syndrom** *barn- och vuxenpsykiater Henning Bier, Kalmar*
16.10–16.30	**Bensträckare**
16.30–16.55	**Forskningsfronten – neuropsykiatriska funktionsnedsättningar med barndomsdebut** *överläkare Mats Humble, Örebro universitet*
16.55–17.10	**Frågor till panelen**

Moderator: *Docent Susanne Bejerot, Karolinska institutet*

Programansvarig: *Docent Margaretha Bågedahl-Strindlund, medicinsk redaktör Läkartidningen*

Pris: 1 795 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.

Symposiet äger rum onsdag 24 september i Erfors-/Weitnersalen på Sophiahemmets Högskola, Valhallavägen 91 i Stockholm, ingång R, längst ner i sjukhusområdet från Valhallavägen, mitt emot Stadion.

Program och anmälan:
Läkartidningen.se/events

REFLEXION

Äldre kollegor behövs mer än någonsin

»I en hårt pressad sjukvård kan äldre kollegor bidra med erfarenhet och överblick som endast ett långt yrkesliv kan ge.«

Andelen läkare som väljer att arbeta vidare, ofta på deltid, är stor och ökande [Läkartidningen. 2013;110:CH9Y]. I en undersökning från Göteborg angav över 40 procent av 65-åriga män med olika bakgrund att de planerade att fortsätta arbeta efter 65 års ålder [Läkartidningen. 2013;110:CFI7].

Fördelarna synes uppenbara. I en hårt pressad sjukvård kan äldre kollegor bidra med erfarenhet och överblick som endast ett långt yrkesliv kan ge. Utöver den direkta medverkan i »linjearbetet« kan många fungera som mentorer och bidra inom den dagliga fortbildningen. Men det bör tilläggas att även äldre kollegor måste ha rätt och möjlighet att fortbildas.

Inom forskning har det blivit mycket vanligt att kollegor arbetar vidare, ibland upp till mycket hög ålder. I en tid när färre läkare väljer att disputera och forska är det viktigt att göra det möjligt att fortsätta längre för dem som så vill. Utöver egen forskning kan många fungera som mentorer och bidra till handledning av doktorander. Dessutom minskar risken för att kännedom om äldre litteratur och värdefulla metoder som kan ha fallit i glömska i »forskningens modesvängningar« går förlorade.

I den undervisning jag själv bedriver på läkarutbildningens tidiga terminer spelar de äldre kollegorna en avgörande roll. Studenterna uppskattar dem enormt och yngre lärare vidareutvecklas.

För att tillvarata erfarna kollegors kunskap och drivkraft måste villkoren vad gäller deltidsmöjligheter, lönesättning och vidareutbildning förbättras. Då kan vi tillsammans ytterligare stärka sjukvård, forskning och utbildning.



Carl Johan Sundberg
medicinsk redaktör
carl.j.sundberg@lakartidningen.se

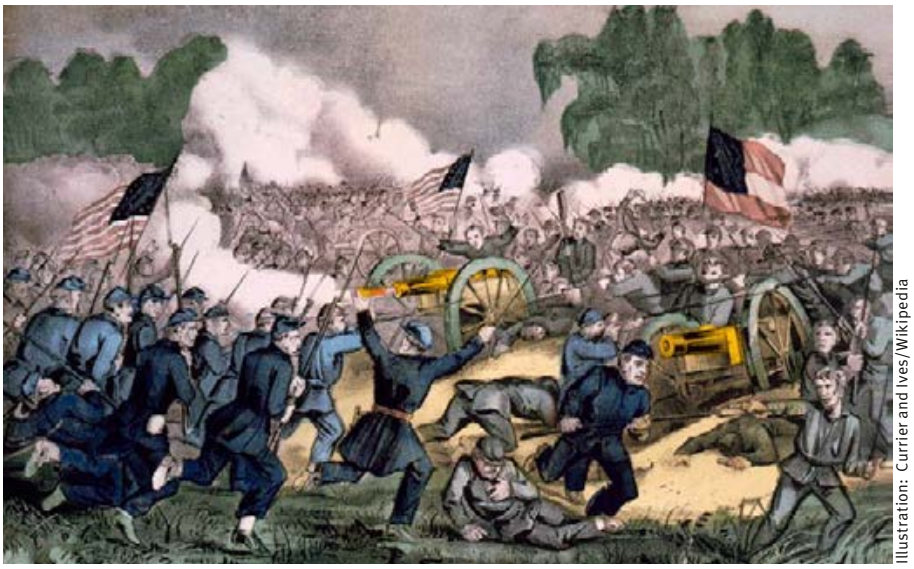


Illustration: Currier and Ives/Wikipedia

Amerikanska inbördeskriget blev ett av historiens dödligaste krig. Men endast en tredjedel av dödsfallen berodde på stridsskador. **KULTUR Sidan 1015**

REFLEXION
975 Äldre kollegor behövs mer än någonsin *Carl Johan Sundberg*

SIGNERAT
979 Läkarnas roll måste stärkas *Heidi Stensmyren*

LT DEBATT
980 Svensk medicinsk forskning behöver inte mer styrning *Peter Andersén, Torbjörn Bäckström, Gisela Dahlquist, Jan-Erik Damber, Anna Engström-Laurent, Yngve Gustafson, Paul Hjemdahl, Olle Korsgren, Håkan Olsson, Mikael Wiberg, Anders Widmark*

981 Apropå! Framsteg och bakslag i global smittspridning Ytterligare en poliotyp borta *Sebastian Jansson, Jan Fohlman*

NYHETER
982 Åtta vårdpartier kandiderar till landstingen

985 IVO granskar om sekretess är förenligt med kontorslandskap

986 Varannan med psykisk ohälsa upplever diskriminering i vården

987 Facklig kritik mot förslag om skydd för visselblåsare

IVA ger recept för fler kliniska prövningar

988 Läkarstudenter protesterar mot flytt av läkarutbildning

Patientsäkerhet/Ärenden

KLINIK OCH VETENSKAP
KOMMENTAR
990 Att väga sig regelbundet är bra för att hålla vikten. Svenska män ökar i snitt 15 kilo från mönstringen till 40 års ålder *Göran Nilsson*

NYA RÖN
992 Endast symtom på celiaki oanvändbar indikator vid screening *Anna Rosén*

Medier kan påverka självmordskluster *Anders Hansen*

993 Få komplikationer efter gastrisk



2,4-dinitrofenol (DNP) – ett farligt och historiskt väl känt bantningspreparat – finns nu till försäljning på internet. Tre dödsfall efter intag av DNP har rapporterats i Sverige de senaste åren. **Sidan 996**

Bilden föreställer en strukturformel för 2,4-dinitrofenol.

bypass *Erik Stenberg, Jan Hedenbro*

994 Komjölksfraktion i mjölkersättning förbättrade kognitiv utveckling *Niklas Timby*

Få ljumskbråck opereras i östra Uganda *Jenny Löfgren, Andreas Wladis*

ARTIKLAR

996 Fallbeskrivning 2,4-dinitrofenol – ett dödligt bantningsmedel *Mark Personne, Magnus Ekström, Maria Iveroth*

998 Originalstudie Anhörigas insatser efter stroke är omfattande och ofta livslånga. Följderna för anhöriga behöver uppmärksammas mer, visar enkätstudie *Kerstin Hulter Åsberg, Anna Söderholm, Daniela Bjarne, Lennarth Johansson*

1002 Vårdutveckling Från barnklinik till vuxenklinik via specialmottagning. Erfarenheter av HIV-smittade unga som varit sjuka hela sitt liv *Katarina Westling, Erik Belfrage, Lars Navér, Jan Vesterbacka*

1004 Rapport Diabetesögonsjukvård i förändring: ett stickprovs betydelse *Elisabet Granstam, Monica Lövestam-Adrian*

1006 ABC om Axelfrakturer, del 2: Skapula- och proximala humerusfrakturer *Georgios Tsikandylakis, Jón Karlsson, Kristian Samuelsson*

DEBATT OCH BREV

1011 Billigare med biosimilarer, men säkerheten går först *Håkan Mellstedt*



Foto: Colourbox

1012 Sjukvården måste bli bättre på att upptäcka misshandel av äldre *Karin Erwander, Kjell Ivarsson, Mathias Blom*

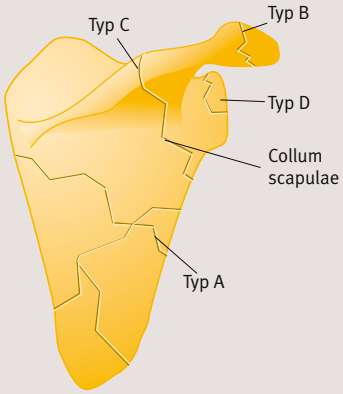
1012 Missnöjda primärvårdspatienter i utsatta områden söker akut på sjukhus *Jan Halldin*

MEST LÄST PÅ LÄKARTIDNINGEN.SE

Mest lästa artiklar på Läkartidningen.se de senaste två veckorna:

1. Heidi Stensmyren förnekar illojalitet
2. Heidi Stensmyren valdes till ordförande i Läkarförbundet
3. Motion om läkareden bifölls
4. Marie Wedin ställer inte upp till omval
5. Henriksson nekar till att ha skickat skrivelsen

Skapulafrakturer enligt Euler–Rüedi



MEDICINENS ABC **Andra delen i ABC om axelfrakturer, denna gång om skapula- och proximala humerusfrakturer. Sidan 1006**

1013 Vart tog du vägen, du trygga distriktsläkare? *Gunilla Landell*

KULTUR

1015 Amerikanska inbördeskriget gav uppsving för sjukvården *Stig Andersson*

1018 LEDIGA TJÄNSTER

1020 PLATSANNONSER

1029 MEDDELANDEN

1020 INFORMATION FRÅN LÄKARFÖRBUNDET



Foto: Colourbox

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)
Stefan Johansson, med dr (pediatrik)
Lena Marions, docent (obstetrik/gynekologi)
Carl Johan Sundberg, professor (fysiologi)
Carl Johan Östgren, professor (allmänmedicin)

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

Sveriges läkarförbund

NYHET

VEREGEN®

EXTRAKT FRÅN GRÖNT TEBLAD

– receptbelagt läkemedel





– ett naturligt val för behandling av könsvårtor

- **För kutan behandling av utvärtes genitala och perianala vårtor hos immunkompetenta patienter i åldern 18 år och äldre)** [1]

De med * markerade avsnitten har i jämförelse med den godkända produktresumén skrivits om/förkortas. Den godkända produktresumén kan beställas hos Azanta AB eller på FASS.SE. **Veregen® (epigallokatekingallat) Rx, 10%, 1 g kräm innehåller:** 100 mg extrakt av Camellia sinensis (L.) O. Kuntze, folium (grönt te, blad) 24-56:1, motsvarande: 55-72 mg (-)-epigallokatekingallat. Hjälpämnen: 1 g kräm innehåller 50 mg propylenglycolmonopalmitostearat och 350 mg isopropylmyristat. **Indikationer*:** Veregen® är avsett för kutan behandling av utvärtes genitala och perianala vårtor (kondylom) hos immunkompetenta patienter i åldern 18 år och äldre. **Dosering*:** Upp till 250 mg Veregen® kräm totalt (motsvarande en ca. 0,5 cm lång sträng kräm per dos) stryks på tre gånger om dagen på alla externa genitala och perianala vårtor (total dygnsdos 750 mg). Behandlingen fortsätter tills alla vårtor försvunnit helt. Behandlingen ska dock inte pågå längre än totalt 16 veckor. Det är inte nödvändigt att tvätta bort krämen från behandlingsområdet före nästa applicering. Endast för kutan användning. **Kontraindikationer*:** Överkänslighet mot grönt te eller mot något eller några av hjälpämnena. **Interaktioner:** Samtidig användning av andra utvärtes behandlingar i vårtområdet bör undvikas. Detta inkluderar ”sitz-bath” och lokalt applicerad zink eller vitamin E. **Graviditet*:** Veregen® rekommenderas inte till gravida kvinnor. **Amning*:** Bör inte användas. **Biverkningar*:** De vanligast observerade biverkningarna var erytem, pruritus, klåda, irritation (främst en brännande känsla), smärta, ödem, sår, förhårdnader och blåsor. De lokala reaktionerna var av lindrig svårighetsgrad hos 24,8% och av måttlig svårighetsgrad hos 32,0 % (män 36,3 %, kvinnor 27,1 %). Allvarliga reaktioner rapporterades hos 26,8 % av patienterna minst en gång under behandlingen (män 20,8%, kvinnor 33,5%). Andelen studiedeltagare med minst en allvarlig, relaterad lokal reaktion var 26,3% (87/331) för studiedeltagare med endast genitala vårtor, 23,1% (6/26) hos studiedeltagare med anala vårtor och 32,6% (14/43) hos studiedeltagare med anala och genitala vårtor. Milda lokala hudreaktioner i samband med verkningsmekanismen som inte bör leda till utsättande av läkemedlet. Kvinnliga patienter med vårtor i vulvaregionen hade en ökad förekomst av lokala hudreaktioner och reaktioner på applikationsstället. Mindre vanliga: Pyoderma, vulvit, uretral meatusstenos och vaginal flytning. En ökad incidens av biverkningar vid ocklusiva förhållanden. De observerade biverkningarna var intensivast under behandlingens första veckor. **Överdosering*:** Det finns inga rapporterade fall av överdosering. Det finns ingen specifik antidot mot Veregen®. Det finns ingen erfarenhet av oralt intag. **Förpackningar:** Tub med 15 g kräm (Varunr 458686). Datum för senaste SPC: December 2013. För prisupgifft samt övrig information se www.fass.se. Azanta AB c/o Mimer Medical AB, Svärdvägen 3 B, 18233 Danderyd, Sverige. www.azanta.com. **Leverans:** A. **Reference:** Veregen® produktresumé.

Azanta AB c/o Mimer Medical AB· Svärdvägen 3 B · 18233 Danderyd · Sverige · Tel: 0720-332510 · **www.azanta.com**

Azanta

Irradia

Specialisten på lasermedicin

Vi har över 30 års erfarenhet. Tala med oss om laser.

Medicinsk laser - Ett biverkningsfritt komplement till medicin och träning.

Irradia:s superpulsade lasrar bygger på en unik teknisk lösning som i randomiserade dubbelblinda studier har positivt resultat på:

- ***Knäartros:*** *Signifikant effekt på smärta, rörlighet, WOMAC (livskvalité) mm* [4]
- ***Meniskrupturer:*** *Uppföljning 1 år, signifikanta förbättringar i lasergrupp (Lysholm score)*[5]
- ***Tendinopatier:*** *Signifikant effekt på smärta, greppstyrka mm* [1-3]
- ***Inflammation:*** *Signifikant reducering av PGE*[2]*. Mätbar antiinflammatorisk effekt på människa.*[1]

Referenser: 1. Br J Sports Med. 2006 Jan;40(1):76-80; PMID:16371497 2. Laser Therapy. 1997, 9:79-86. 3. Pain Sympt. Manag. 1991, 6(4):241-246. 4. PMID: 22169831 5. PMID: 23093133. Där PMID är angivet sök med nr på www.pubmed.com



Idag finns det ett tiotal positiva RCT studier på medicinsk laser och knäartros som visar på positiva effekter på bl a VAS, ökad livskvalite, ökad rörlighet.



Typiskt behandlingsintervall på långvariga besvär (artros, tendinopatier, nackvärk m fl) är 2-3 ggr per vecka i minst 2-3 veckor. Tid per behandlingsomgång ca 5-10 min.

UTBILDNING - Medicinsk laser

Terminsutbildning

Höst 2014 -

Ansökan och patientinfo

www.lasermedicin.org



*Medicinsk laser utvecklar inte värme och används flitigt inom elitidrott på t ex akuta skador. Förkortad rehabiliteringstid och ökad kvalitet i läkningen är främsta anledningar till den ökande användningen. Nedan exempel på idrottsklubbar som har **Irradia** lasrar.*

Ny rapport från

SBU

Laserbehandling vid nacksmärta

www.sbu.se

Irradia **- svensktillverkade lasrar och system för de flestas behov och budgetar.**

Irradia Tel: 08-7672700 www.irradia.se laser@irradia.se

Redaktör: Michael Feldt
michael.feldt@slf.se

Läkarnas roll måste stärkas

Läkarförbundet är den medicinska professionens organisation. Vår verksamhet ska spegla den mångfald som finns inom läkaryrket. Min vision är att alla läkare ska känna professionell tillhörighet inom Läkarförbundet.

I arbetet som ordförande vill jag stärka läkarnas roll i sjukvården. I Sverige har vi stor tilltro till styrande system. New public management (NPM) med styrning genom att mäta och följa upp har fått ett för stort genomslag. NPM infördes med goda intentioner, men summan av alla styrsystem fragmenterar och riskerar att hämma det professionella yrkesansvaret.



Illustration: Colourbox

Ett annat exempel är ersättningar som bygger på följsamhet till rekommenderade läkemedelslistor. Om ersättningen faller ut först vid 100 procent följsamhet motverkar systemet anpassning av vården efter individens behov. Det är bra med rekommendationer, men det måste finnas utrymme för avvikelser om läkaren bedömer det som lämpligt. Det tillhör läkarens professionella – och självklara – ansvar.

För att stärka läkarens roll behövs förbättringar i regelverket. En läkare måste ha det övergripande ansvaret för sin patient under en sjukhusvistelse. Jag vill därför gå ifrån dagens anonyma »fast vårdkontakt« och ersätta det med »ansvarig läkare«.

Förutom att stärka det professionella yrkesansvaret vill jag att läkares kompetens används rätt och utnyttjas bättre. Det är slöseri med kompetens att läkare utför arbetsuppgifter som de är överkvalificerade för.

På politisk nivå lanseras ibland idéer om att peka ut specifika arbetsuppgifter som ska föras över till andra yrkesgrupper. Det är en för ytlig problemlösning. Frågan är hur vi kan underlätta arbetet så att vår kompetens kommer till sin rätt? Det handlar om bättre administrativt och praktiskt stöd. Inte minst finns en stor potential i bättre IT-lösningar.

Hur vi ska utnyttja vår kompetens bättre är också en fråga om bra chefs- och ledarskap. I dag upplever många läkare ett bristande stöd i ledarskapet. En viktig anledning är att deras chef saknar medicinsk kompetens. Vi måste ta ett större ansvar och bli synliga i den här diskussionen. Läkarkompetens på chefspositioner är bra för sjukvården. Att inte stå upp för nyttan med läkare som ledare blir en förfelad ödmjukhet som inte gagnar vare sig patienter eller läkare.

För att uppnå större effektivitet och en mer jämlik vård måste den statliga styrningen och samordningen mellan landstingen öka. Det är inte ändamålsenligt att ett litet land gör saker på så många olika sätt och med så olika regelverk, IT-lösningar, vårdprogram och så vidare. Läkemedelsfrågor, cancerbehandling, högspecialiserad vård och sällsynta diagnoser är exempel där det finns öppningar för mera nationell samordning.

Läkares fortbildning är och förblir en betydelsefull fråga. Vi behöver ett system för fortbildning som bättre involverar, engagerar och ställer krav på både läkare och arbetsgivare. Här kommer att behövas resurstillskott – i reda pengar!

Läkarförbundet ska driva skarpa frågor som är viktiga för medlemmarna. Det gäller därför att ha en mycket aktiv dialog med alla som har inflytande, med alla som finns på den hälso- och sjukvårdspolitiska arenan. Det handlar om politiker, tjänstemän, företrädare för andra organisationer, journalister, forskare, föreläsare, lobbyister, medlemmar, experter med flera. Det handlar om att förtydliga vad Läkarförbundet står för och att påverka för att få bättre beslut om framtidens sjukvård.

Utvecklingen pågår hela tiden och vi måste självklart vara uppdaterade och allra helst vara med och sätta dagordningen. Vi ska fånga upp och ta till vara initiativ, så som exempelvis Läkaruppropet, och stödja det engagemang som vår kår har i viktiga frågor.

Som ordförande personifierar jag i mångt och mycket organisationen utåt. Här vill jag utveckla vårt arbete gentemot medierna för att nå fram i det mediala bruset. Jag vill aktivt ut och agera för största och bästa genomslag.

I det mer allmänna opinionsarbetet behöver vi bygga relationer och skapa allianser. Det ger oss tillträde till både formella och informella möten. Läkarförbundet har funnits i över ett sekel. Vi bär en stolt och gedigen tradition. Vi måste akta oss för att bli en institution som består för sin egen skull. Det är lätt att vila på gamla meriter. Nu siktar vi framåt med full kraft. ■

»I arbetet som ordförande vill jag stärka läkarnas roll i sjukvården.«



Heidi Stensmyren
ordförande i Läkarförbundet
heidi.stensmyren@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

Svensk medicinsk forskning behöver inte mer styrning

Sverige bör bidra till klinisk prövning av läkemedel. Men vi bör prioritera grundläggande innovativ och patientnära forskning i samverkan med grundvetenskaperna, snarare än med landstingsförbundet och näringslivet.



Illustration: Colourbox

Det behövs ingen ny kapten vid rodret, anser en grupp kliniska professorer.

Sveriges tätposition inom klinisk forskning har urholkats. Flera utredningar har därför föreslagit att stärka kvaliteten genom bättre karriärmöjligheter och infrastruktursatsningar. Infrastrukturer som biobanker och register är på god väg att samordnas. Men nu vill Utbildningsdepartementet styra forskningens inriktning genom en ny myndighet som ska ge forskare »uppdrag« i regionerna efter viss omvärldsanalys. Detta framgår av en utredning som nyligen varit ute på remiss (SoU 2013:87) [1]. Utredningen baseras på en rad myter:

Myt 1. *Forskning kan genom stark ledning effektivt styras till önskad produkt.* I direktivet och utredningen framgår att en grupp makthavare inom företags- och landstingsvärlden genom omvärldsanalys och konsultationer med olika intressenter ska »fördela uppdrag och resurser till regionala funktioner«. Kliniska forskare anses inte själva kunna avgöra vilken inriktning forskningen bör ha. Forskningsverksamhet är ett arbete som måste utföras av självständigt tänkande, kreativa människor. Det är ett långsiktigt arbete som innebär hög risk om man ska ta fram ny kunskap. Historiskt har central styrning av forskning lett till stagnation. Stark produktionsinriktning, som redan råder, har genererat få innovationer men mycket »me too-forskning« och dito läkemedel.



PETER ANDERSÉN, klinisk neurovetenskap, Umeå, **TORBJÖRN BÄCKSTRÖM**, gynekologi/obstetrik, Umeå, **GISELA DAHLQUIST**, barnmedicin, Umeå, **JAN-ERIK DAMBER**, urologi, Göteborg , **ANNA ENGSTRÖM-LAURENT**, medicin, Umeå, **YNGVE GUSTAFSON**, geriatrik, Umeå, **PAUL HJEMDAHL**, klinisk farmakologi, Karolinska institutet, **OLLE KORSGREN**, klinisk immunologi, Uppsala, **HÅKAN OLSSON**, onkologi, Lund, **MIKAEL WIBERG**, handkirurgi, Umeå, **ANDERS WIDMARK**, onkologi, Umeå; samtliga kliniska professorer

Myt 2. *Sverige behöver fler kliniska läkemedelsprövningar. Läkemedelsindustrin anser att den har svårt att få patienter till sina prövningar.* Enligt utredningen ansöktes om 300 prövningar i Sverige år 2012, och enligt utredningens data deltar Sverige i 10,3 procent av alla prövningar i EU, med en befolkning som utgör 1,9 procent. Behöver Sverige genomföra en ännu större andel av prövningarna?

En nedåtgående trend pågår i hela EU liksom i USA. När man tolkar trender måste många faktorer beaktas. Sverige har från 2000 till 2010 minskat antalet slutenvårdsplatser från 4,7 till 2,7/1 000 invånare. Vi har nu det lägsta antalet i EU (där genomsnittet är 5,3/1 000). Samtidigt har en genomgripande omstrukturering av öppenvården genomförts. Regelverket för kliniska prövningar har ändrats. Allt fler läkemedel klassificeras som »orphan drugs«, vilka kräver färre fas 3-prövningar före registrering. Ofta genomförs fas 2- och fas 3-prövningarna invävda i varandra i en och samma ansökan. Den nedåtgående trenden för ansökningar har, åtminstone delvis, andra förklaringar än de som anges i betänkandet.

Myt 3. *Kliniska forskare behöver hjälp med att hitta samarbetspartners nationellt och internationellt.* Vi känner inga forskare som inte själva genom vetenskapliga möten och litteraturgranskning hittar och kontaktar lämpliga samarbetspartners. I förhållande till antalet forskare i Sverige kan man hävda att vi ingår i ett stort antal samarbetsprojekt inom EU:s ramprogram, och är ofta i ledningen av dem. Kompetensutveckling sker genom handledning av doktorander och forskarutbildning som bedrivs av universiteten. För detta behövs ingen ny myndighet.

Myt 4. *Fler kliniska läkemedelsprövningar är en fördel för svenska patienter.* Läkemedel blir inte tillgängliga för svenska patienter tidigare än i andra länder bara för att prövningen genomförts här. Läkemedlen godkänns centralt i EU. Att delta i en läkemedelsprövning innebär inte en fördel för patienten eftersom vare sig verkan eller biverkan ännu är helt kända. Att prövningar utförs av lokala »key opinion leaders« kan innebära att läkemedlet kan marknadsföras lättare i Sverige, men sjukvården behöver inte anamma alla nya läkemedel om den ytterligare nyttan med dem inte motiverar kostnaden. Via den nationella läkemedelsstrategin pågår arbete för så kallat ordnat införande. I detta led är central styrning mer relevant.

Myt 5. *Kliniska forskare behöver dra åt samma håll.* Detta är kontraproduktivt om man önskar innovativ forskning. Om alla kreativa människor tvingas ägna sig åt vissa forskningsfält och de visar sig vara fel spår, vad han man då förlorat? Forskning innebär risktagande och riskspridning är väsentlig. Hur ska myndigheten prioritera? De stora sjukdomsgrupperna? Äldre eller barn? De som har de starkaste patientföreningarna? De som medför störst lidande eller de lönsammaste, där flest människor kan behandlas med läkemedel?

Myt 6. *Sverige behöver förenkla procedurerna för etikprövnings- och andra tillstånd.* Sverige är ett populärt land för klinisk läkemedelsprövning, vilket framgår av statistiken. Vi anses ha mycket hög kvalitet och effektivitet när det gäller både handläggning och genomförandet av prövningar. Däremot behöver vi underlätta studier initierade av akademiska forskare!

Svensk medicinsk forskning behöver ingen ytterligare styrning. Såväl pa-

tienter som läkemedelsindustrin och samhället i stort vinner på att de kliniska forskarna får ett återupprättat förtroende för sin kompetens att se och analysera problemen i vården. Sverige bör solidariskt bidra till klinisk prövning av läkemedel, men när vi redan bidrar betydligt mer än genomsnittet i EU bör vi prioritera grundläggande innovativ och patientnära forskning i samverkan med grundvetenskaperna snarare än med landstingsförbundet och näringslivet. Vi behöver tid att tänka och tillräckliga resurser som kan sökas av oss i fri konkurrens där forskningens kvalitet bör vara det enda styrsystemet.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENS

1. Starka tillsammans. SOU 2013:87. Stockholm: Utbildningsdepartementet; 2013.

LÄSARKOMMENTARER PÅ LÄKARTIDNINGEN.SE

Sprickan i Läkarförbundets styrelse, som kom fram på årets fullmäktigemöte, upprörde läsarna. Här följer utdrag ur kommentarer:

När jag som ledare förlorat mitt förtroende, faller jag med flaggan i topp eller vill jag dra med så många som möjligt i fallet? Maktintriger, öppna påhopp, kanske bristande skattemoral. Inget som inger förtroende! Det behövs en öppen, bred dialog hur ett gott ledarskap ser ut och det gäller alla i CS och inte bara vår ordförande.

Kristofer Wennerström



Illustration: Colourbox

Som att välja mellan pest och kolera. Fram med nya kandidater, tack!

Karin Ganlöv

Mig veterligen är det enbart i icke-demokratiska organisationer som det anses illojalt att på ett korrekt och sanningsenligt vis besvara myndigheters frågor. Jag ser fram emot mer transparens och öppenhet inom förbundet.

Lena Catry

Oavsett vem som har orsakat detta sandlådekrig är förtroendet för CS förbrukat. Jag rekommenderar att alla ställer sina platser till förfogande. Ny valberedning får komma med nytt förslag. Tills dess får Marie sitta kvar. Nu behövs en total skärpning för ni håller på att skada förbundet. *Nader Mafi*

Sura 5-åringar i sandlådan?
Annars:
1. tag reda på vad som skett
2. analysera, bearbeta och besluta,
3. verkställ
4. avrapportera i sak till medlemmarna.

Olle Gustavsson



Foto: Colourbox

APROPÅ! Framsteg och bakslag i global smittspridning

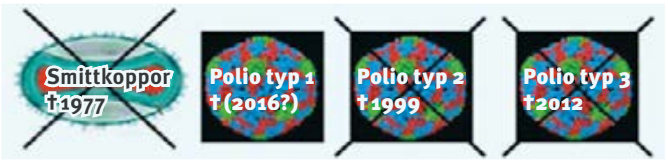
Ytterligare en poliotyp borta

För ett år sedan hyste vi en optimistisk förhoppning om att polio skulle försvinna år 2013 [1, 2]. Det blev tyvärr inte så. Men inga nya fall av poliovirus typ 3 (WPV3) rapporterades, jämfört med 20 fall år 2012. Detta är ett stort medicinskt framsteg som är svårt att överskatta. Jämfört med utrotningen av smittkoppor, där det sista fallet rapporterades år 1977 (WHO förklarade världen smittfri år 1980, och 1986 slutade man vaccinera helt; i Sverige redan 1976), har polio varit ett mycket större problem. Mer än tio gånger fler var infekterade, och dessutom finns en mycket stor population kliniskt tysta smittbärare.

Poliovirus finns i tre typer och varierar betydligt, medan smittkoppsvirus är stabilt. Även smittkoppsvaccin var stabilt, medan poliovaccin är känsligt för värme. Poliovirus typ 2 utrotades år 1999, och förhoppningsvis har vi nu bara en serotyp kvar att fajtas mot: WPV1. Rotary har starkt bidragit till vaccinationskampanjer både ekonomiskt och med miljoner frivilliga. Totalt vaccinerar 20 miljoner hälsoarbetare varje år över 500 miljoner barn flera gånger per år. Bill och Melinda Gates Foundation har också varit viktig för framåtskridandet.

Indien har varit poliofritt sedan 2011, och kan nu friförklaras eftersom det krävs tre år utan nya fall. Dessvärre noterades i tidigare poliofria Syrien 35 fall år 2013, och i Somalia 194 fall, vilket motsvarar 47 procent av alla fall i världen. Man noterade också spridning till Kenya (14 fall) och i Etiopien (9 fall). Även i Pakistan gick utvecklingen bakåt, med fler fall än 2012 (93 jämfört med 58). Totalt registrerades 416 fall år 2013, nästan dubbelt så många som år 2012 (218). Trots det sågs nästan en halvering i de endemiska länderna: i Nigeria och Afghanistan glädjande nog mer än en halvering.

Trots att både poliovirus typ 2 och typ 3 inte längre registreras kan det vara för tidigt att tala om utrotning. Att polio kommer tillbaka i ett antal länder visar hur skör situationen är. Somalia, Pakistan och Nigeria står nu för 82 procent av poliofallen i världen. Just nu ser utmaningen ut att vara störst i i Nigeria (3 fall) och Pakistan (61 fall). Där har nyligen 40 vaccinarbetare dödats [3]. Trots krigssituationen i Syrien ser det ut som att man lyckats behärska situationen (hittills 1 fall år 2014), detsamma gäller Somalia (0), Kenya (0) och Etiopien (1).



Grafik: Jan Fohlman; LT

Utvecklingen av smittkoppor och polio i världen.

Fortfarande kommer nyheter om att vaccinarbetare och deras beskydd beskjuts och dödas. Förhoppningsvis kan upplysningskampanjer och information leda till en bättre förståelse och acceptans av barnvaccinationerna. Eftersom det går flyktingströmmar från Somalia och Syrien till Sverige ges på vissa håll förnyade doser av vaccin vid ankomsten. De som reser till smittade länder rekommenderas också vaccination.

Vi kan sammanfattningsvis glädja oss åt att några nya fall av WPV3 inte registrerats 2013. Vi kan också vara nöjda med sjunkande siffror i endemiska länder. Totalt sett har poliovaccination globalt varit en stor framgång. Från tidigare över 1 000 fall per dag är vi nere på 100 fall per år. Dessutom verkar både polio typ 2 och typ 3 vara utrotade.

Sebastian Jansson
ST-läkare
sebastian.jansson@ltkronoberg.se



Jan Fohlman
överläkare; båda vid infektionskliniken, Centrallasarettet, Växjö
jan.fohlman@ltkronoberg.se



LÄS MER För referenslistan se Läkartidningen.se


Illustration: Colourbox

Sex etablerade och två nya sjukvårdspartier kandiderar till landstingen i höstens val. Flera av dem lyfter fram decentralisering av vården som en dominerande fråga – ofta med inriktningen att värna mindre sjukhus.

TEXT: FREDRIK MÅRTENSSON

Åtta vårdpartier kandiderar till

Sex etablerade vårdpartier – plus nya partier i Skåne och Södermanland – kandiderar till landstingen i höstens val. Läkartidningens genomgång visar att det finns stora likheter mellan vårdpartierna.

Att decentralisera vården – ofta med inriktningen att mindre sjukhus ska få mer resurser på bekostnad av länssjukhuset – lyfts ofta fram som en dominerande fråga.

Flera av vårdpartierna har också bildats efter sjukhusnedskärningar som väckt starka reaktioner i delar av respektive landsting.

En annan gemensam nämnare är ambitionen att inte tillhöra något av blocken. Men erfarenheten visar att vårdpartierna ofta formerar sig i samarbete med borgerliga partier i opposition mot Socialdemokraterna.

Vårdpartierna är också starkast i glesbygdslän där Socialdemokraterna länge styrt landstingen.

– Vi kämpade länge för att försöka vara blockoberoende, men fick ge upp till slut. Blockpolitiken är så cementerad att den är lika omöjlig att undvika som att inte kliva på snö i Norrland, säger Yngve Nilsson, ordförande för Sjukvårdspartiet i Västernorrland, som ingår i en styrande borgerlig koalition.

Vårdpartiet i Skåne kan möjligen vara ett undantag från regeln att regionala vårdpartier helst samarbetar högerut. Partiet är mycket kritisk till den styrande »femklövern« och vill höja landstingsskatten.

Notabelt är att två av tre vårdpartier som ingår i ett majoritetsstyre – Sjukvårdspartiet i Västernorrland och Vrinnevilistan i Östergötland – inte kandiderar i höstens val.

Sjukvårdspartiet i Västernorrland anser sig sakna tillräckligt med kandidater och för Vrinnevilistan är »uppdraget slutfört«.

– De punkter vi gick till val på har genomförts och då finns ingen anledning att hål-

Dalarnas sjukvårdsparti

Registreringsår: 2005
Resultat 2010: 3,7 procent (3 mandat av 83)
Politisk position: opposition i samverkan med borgerliga partier
Lisbeth Mörk Amnelius, oppositionsråd

Vilka frågor driver ni?



– God tillgänglighet till vård och att Dalarna har två kompletta akutsjukhus – Falun och Mora. Vi värnar också om att så stor del av landstingets resurser som möjligt ska gå till hälso- och sjukvård.

Vad har ni fått igenom politiskt?

– En stor framgång för oss var beslutet att stationera en ambulanshelikopter i Mora – även om vi förordade en annan driftsform.

Vilka samarbetsmöjligheter ser ni?

– Vi har samarbetat i opposition med de borgerliga partierna under två mandatperioder och det är troligt att det blir en fortsättning på det samarbetet efter valet.

Finns det läkare i ledningen för partiet?

– Moraläkaren Björn Hammarskjöld finns med i styrelsen och på valbar plats på vår landstingslista.

Ett nationellt vårdparti – realistiskt eller inte?

– Knappast i närtid. Det prövades ju för åtta år sedan och fick svagt stöd av väljarna. ■

Vård för pengarna (Södermanland)

Registreringsår: 2013
Nytt parti
Jonas Lindeberg, ordförande

Vilka frågor driver ni?



– Vi är ett enfrågeparti med allt fokus på en omfördelning av resurser, från central och politisk administration till vården. Vi räknar med att en omfördelning med minst 130 miljoner kronor ska vara möjlig.

Vad hoppas ni få igenom politiskt?

– Satsningar på områden inom vården som i dag är extremt underfinansierade. Det gäller framför allt att öka antalet vårdplatser och att stärka primärvården.

Vilka samarbetsmöjligheter ser ni?

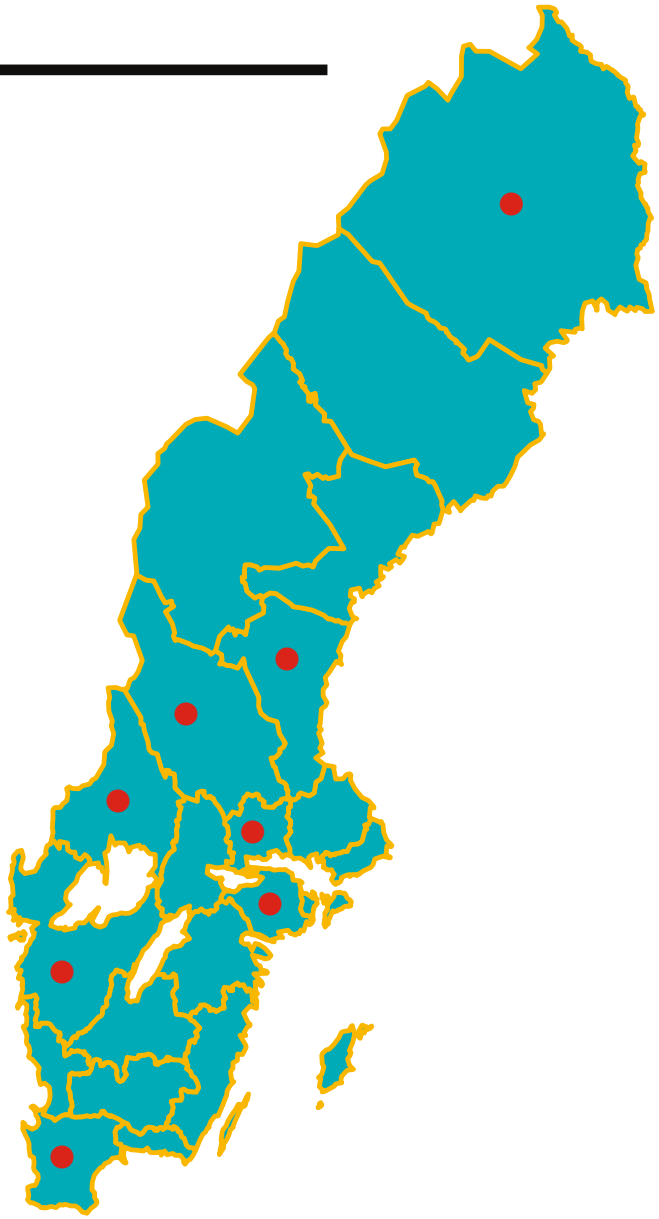
– Egentligen med alla som vill diskutera punkterna i vårt valmanifest – med undantag för Sverigedemokraterna som inte delar vår värdegrund. Vi är partipolitiskt obundna.

Finns det läkare i ledningen för partiet?

– Ja, 2 i styrelsen och 7 av 37 på vår landstingslista. Vård för pengarna har bildats av vårdpersonal som känner frustration över resursfördelningen i landstinget. Jag är själv överläkare vid medicinkliniken på Nyköpings lasarett.

Ett nationellt vårdparti – realistiskt eller inte?

– Tanken är intressant och vi skulle säkert kunna uträtta mycket inom vårdpolitiken. Men det stupar nog på att det saknas samsyn på andra politikområden som miljö och försvar. ■



landstingen

la fast vid makten, säger Vrinnevilistans ordförande Lasse Pettersson.

– Vi har lyckats vända utvecklingen för Vrinnevisjukhuset i Norrköping. För tio år sedan var ortopedi och kirurgi hotad. Nu tycker vi att statusen som akutsjukhus är garanterad med stora investeringar, få läkarvakanser och läkarutbildningsplatser för studenternas kliniska terminer.

Lasse Pettersson blir kvar året ut som heltidspolitiker och landstingsråd.

– Jag är egentligen pensionär, 67 år gammal. Men jag tycker det är kul att jobba och räknar med ett och annat inhopp som röntgenläkare på sjukhuset efter åren som politiker, säger han.

Totalt är 16 partier som kan betecknas som renodlade vårdpartier registrerade. Hälften av dem är dock vilande eller har begränsad verksamhet. Avregistrering görs av Valmyndigheten först efter att ett parti saknat kandidater två val i rad. ■

Sjukvårdspartiet Gävleborg

Registreringsår: 2001
Resultat 2010: 5,8 procent (4 mandat av 75)
Politisk position: opposition i samverkan med borgerliga partier
Stig Zettlin, oppositionslandstingsråd

Vilka frågor driver ni?



– Att klara en patientsäker vård är nummer ett i det kritiska läge som mitt landsting hamnat i. Det är bara att se på akutmottagningen i Gävle för att inse att vi behöver en kursändring. Den divisionsmodell som gäller i Gävleborg fungerar inte med otydlighet och att det saknas ansvarig ledning för sjukhusen.

Vad har ni fått igenom politiskt?

– Vi är kritiska till att Socialdemokraterna ständigt vill centralisera vården och där tror jag att vi bidragit till att bromsa utvecklingen. Gävleborg har fortfarande tre sjukhus – om än med begränsad akutverksamhet i Bollnäs.

Vilka samarbetsmöjligheter ser ni?

– Vi siktar på fortsatt samarbete med flera borgerliga partier för att få en ny politisk majoritet.

Finns det läkare i ledningen för partiet?

– Nej, det gör det inte.

Ett nationellt vårdparti – realistiskt eller inte?

– På kort sikt – nej. Det skiljer en hel del mellan de olika regionala vårdpartier som finns, och fyraprocentsspärren till riksdagen är också ett svårt hinder. ■

Sjukvårdspartiet Västra Götaland

Registreringsår: 2003
Resultat 2011 (omval): 2,8 procent
Politisk position: utanför fullmäktige
Michael Adielson, ordförande

Vilka frågor driver ni?



– Fler vårdplatser och mer personal ser vi som valrörelsens tyngsta fråga. Vi vill också förstärka de små sjukhusen med ökat ansvar för rehabilitering och eftervård.

Vad hoppas ni få igenom politiskt?

– Vi har äntligen börjat få gehör för vår inställning till de små sjukhusen. Men deras situation är fortfarande bräcklig och de behöver mycket mera uppbackning.

Vilka samarbetsmöjligheter ser ni?

– Vi är ett brett mittenparti – varken höger eller vänster. Det viktigaste för oss är att driva igenom punkterna i både vårt centrala valprogram och att arbeta med distriktens hjärtefrågor.

Finns det läkare i ledningen för partiet?

– I nuläget har vi endast pensionerade läkare som är aktiva och bidrar med erfarenhet. Vi har också ett väl utvecklat samarbete med aktiva läkare och övriga personalgrupper inom hela regionen.

Ett nationellt vårdparti – realistiskt eller inte?

– Jag tycker det. Sjukvårdspartier blir alltmer rikstäckande med Skåne och Sörmland som gör entré i årets valrörelse. Till valet 2018 bör vi ha en riksdagslista för ett rikssjukvårdsparti. ■

►

Norrbottens sjukvårdsparti

Registreringsår: 1994
Resultat 2010: 16,4 procent (13 mandat av 71)
Politisk position: opposition
Kenneth Backgård, ordförande



Vilka frågor driver ni?

– Vi arbetar för att decentralisera vården, och det kan handla om allt från att återinföra distriktssköterskemottagningar i glesbygd till att stärka resurserna för de mindre sjukhusen i länet. Vi driver också rekryteringsfrågor hårt för att klara läkarförsörjningen.

Vad har ni fått igenom politiskt?

– Saker som vi motionerat om och fått igenom är allmän screening för bukaortaaneurysm och att utveckla samarbetet med Räddningstjänsten vid akutsjukvård. Men vår viktigaste uppgift är att slå vakt om att Norrbotten ska ha fem sjukhus. Vi är näst största parti i landstinget och en garant för att Socialdemokraterna inte vågar gå för långt i sin centraliseringspolitik.

Vilka samarbetsmöjligheter ser ni?

– Nummer ett är att vi är blockpolitiskt oberoende – varken höger eller vänster. Vi har enbart en valteknisk samverkan med de borgerliga partierna.

Finns det läkare i ledningen för partiet?

– Ja, Doris Messner, geriatriker i Kiruna, är tvåa på vår fullmäktigelista och har suttit i styrelsen i många år.

Ett nationellt vårdparti – realistiskt eller inte?

– Jag tror inte det. Det gjordes ju ett försök för åtta år sedan och vi var inte i närheten av att komma in i riksdagen. Vi är nöjda med att ha en stark position i länet och finnas med i ett antal kommunfullmäktigeförsamlingar. Vi har också ett bra samarbete med flera vårdpartier i andra landsting. ■

Sjukvårdspartiet i Värmland

Registreringsår: 2001
Resultat 2010: 6,4 procent (5 mandat av 81)
Politisk position: majoritetsställning tillsammans med borgerliga och MP
Marianne Utterdahl, ordförande

Vilka frågor driver ni?



– Att ge en så nära vård som möjligt till medborgarna. Vi vill arbeta för att skapa fler behandlingsalternativ och har en öppenhet även för satsningar på komplementärmedicin.

Vad har ni fått igenom politiskt?

– Satsningar mot psykisk ohälsa, att bevara vårdcentraler som riskerat nedläggning och att etablera distriktssköterskemottagningar som togs bort av den förra majoriteten. En fråga som vi också drivit hårt är särskilda mellanvårdsplatser för att täcka det glapp som finns mellan specialistsjukvård och kommunernas särskilda boenden. Sådana platser är på väg att inrättas i Kristinehamn och Säffle.

Vilka samarbetsmöjligheter ser ni?

– Vi har medlemmar och aktiva från alla politiska kanter, men eftersom partiet bildades som en reaktion av att vänsterblocket lade ner sjukhus har det hittills fallit sig naturligt att samarbeta med den borgerliga sidan. Det pågående samarbetet, där även Miljöpartiet ingår, har fungerat förvånansvärt bra.

Finns det läkare i ledningen för partiet?

– Nej.

Ett nationellt vårdparti – realistiskt eller inte?

– Det är en intressant tanke men sedan tidigare försök finns ett beslut att inte delta i ett sådant nationellt parti. Vi har bra samarbete med andra sjukvårdspartier och är nöjda med den kraft vårt parti har i Värmland. ■

Sommaradress?
Om du vill ta med Läkartidningen på semestern, anmäl då detta senast den 31 maj 2014.
Tel: 08-790 33 41
E-post: pren@lakartidningen.se
Läkartidningen

Vårdpartiet i Skåne

Registreringsår: 2013
Nytt parti
Eva Lenander, ordförande

Vilka frågor driver ni?



– Först och främst att öka antalet vårdplatser och anställa fler inom vården. Det är en akut fråga inom Region Skåne – för patientsäkerheten och arbetsmiljön. Vi vill också ha en modernare organisation: bort från toppstyrning och den lojalitets- och tystnadskultur som råder.

Vad hoppas ni få igenom politiskt?

– Vi vill få in professionens röst där besluten tas och få ett stopp på slöseriet med skattepengar genom att stoppa ogenomtänkta och alltför ofta återkommande omorganisationer. Vi vill se över upphandling av bland annat IT-system, där PMO inom primärvården varit en katastrof som ökat arbetsbelastningen.

Vilka samarbetsmöjligheter ser ni?

– Vi är inte begränsade av ideologi och kan samarbeta med alla partier utom Sverigedemokraterna, vars människosyn vi inte delar. Det är ett grundproblem i styrningen av sjukvården i dag att så mycket fokus är på höger–vänsterskalan när faktiskt en stor del av verksamheten styrs av lagstiftning.

Finns det läkare i ledningen för partiet?

– Ja, 7 av 20 kandidater till regionfullmäktige är läkare. Onkologen Mikael Eriksson är vice ordförande och psykiatern Marcus Persson partisekreterare.

Ett nationellt vårdparti – realistiskt eller inte?

– Det känns inte aktuellt för vår del eftersom vi är nya inom regionpolitiken i Skåne och har fullt upp med det. Men det kan bli realistiskt om landstingen läggs ner. ■

Sjukvårdspartiet Västmanland

Registreringsår: 2005
Resultat 2010: 2,9 procent
Politisk position: utanför fullmäktige
Bo Berg, f d ordförande (sitter i styrelsen)

Vilka frågor driver ni?



– Att bevara sjukvården i hela länet – även utanför Västerås – är vår viktigaste fråga. Partiet bildades för att försöka rädda sjukhuset i Fagersta och genom en privat etablering, Mitt Hjärta, finns i alla fall en del verksamhet kvar. Vi försöker också bevaka att den sjukvård som Västmanlands sjukhus ger i Köping och Sala inte bantas.

Vad har ni fått igenom politiskt?

– Ett initiativ från oss, under den period fram till 2010 då vi fanns med i fullmäktige, var en satsning på folkhälsa genom flera hälsocentrum som nu finns runtom i länet. Sedan 2010 har vi inte haft någon politisk representation – det fattades 19 röster för att komma över spärren till landstinget.

Vilka samarbetsmöjligheter ser ni?

– Det håller vi öppet. Jag är själv socialdemokrat, men partiet tar inte hänsyn till bakgrund. Det viktiga är att de samarbeten vi väljer gagnar vården i de mindre kommunerna i Västmanland.

Finns det läkare i ledningen för partiet?

– Nej, det gör det inte. Vårt förstanamn, Barbro Norström, är sjuksköterska.

Ett nationellt vårdparti – realistiskt eller inte?

– Jag kan inte minnas att vi ens diskuterat den frågan i vårt parti. Vi trivs med att jobba politiskt i mindre skala på landstingsnivå. ■

IVO granskar om sekretess är förenligt med kontorslandskap

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, utreder nu om det är lämpligt att hantera sekretessbelagda uppgifter i kontorslandskap. Ärendet gäller det nybyggda Psykiatrins hus vid Akademiska sjukhuset i Uppsala.



I Psykiatrins hus i Uppsala arbetar läkare, annan sjukvårdpersonal och administratörer sida vid sida i stora kontorslandskap.

I Psykiatrins hus, som invigdes förra året, arbetar läkare, annan sjukvårdpersonal och administratörer sida vid sida i stora kontorslandskap.

Nu vill huvudskyddsombudet Anna Rask-Andersen att det utreds om det verkligen är förenligt med tystnadsplikten att hantera känsliga och sekretessbelagda journaluppgifter om psykisk sjukdom i en sådan miljö. Enligt henne finns det stor risk att personer som inte deltar i vården av patienten eller som inte av andra skäl behöver uppgifterna för sitt arbete, kan ta del av uppgifterna.

Det är exempelvis lätt att höra vad som sägs vid diktering, i telefonsamtal eller i samtal mellan vårdpersonal. Man ser också vad som står på kollegornas skärmar eftersom borden är mycket tätt placerade. Lokalerna är dessutom genomgångsrum vilket gör att många obehöriga passerar.

Frågan ställdes först till Datainspektionen, som efter att ha begrundat saken en tid skickade ärendet vidare till Socialstyrelsen, som i sin tur bollade det vidare till IVO.

IVO överväger nu att inleda en tillsyn och vill att vårdgivaren svarar på om det finns möjlighet för annan personal att höra vad som sägs vid diktering och telefonsamtal. Man har också har begärt att få ta del av vårdgivarens riskanalys och egenkontroll gällande risken för brott mot tystnadsplikten.

Michael Lövtrup

Varannan med psykisk ohälsa upplever diskriminering i vården

Nära hälften av personer med psykisk ohälsa upplever att de blivit orättvist behandlade när de sökt hjälp i den somatiska sjukvården. Ungefär lika många anser sig ha blivit orättvist behandlade i psykiatrin. Det visar en ny studie.



Foto: Henrik Sørensen/TT

En vanlig iakttagelse var att man inom primärvården utgår från att besvären är psykiska, och därmed missar de kroppsliga besvären.

I undersökningen, som gjordes förra året i Västerbotten, intervjuades 167 personer som var i kontakt med den psykiatriska öppenvården om upplevd diskriminering på olika områden. Det är en av de få studier som gjorts där personer med psykisk ohälsa själva får beskriva sina upplevelser av detta.

Resultatet visar att en stor del upplevt diskriminering inom sjukvården: 45 procent säger sig ha blivit orättvist behandlade i den somatiska sjukvården, och samma andel säger sig ha blivit orättvist behandlade i psykiatrin.

I en kvalitativ studie, som gjordes samtidigt i Skåne med ett mindre antal personer, riktades hård kritik mot primärvården. En vanlig iakttagelse var att man inom primärvården utgår från att besvären är psykiska, och därmed missar de kroppsliga besvären. Kontakterna med psykiatrin beskrevs mer positivt, och där handlade kritiken om bristande tillgänglighet och långa väntetider.



Foto: Kjell Persson

Rickard Bracken, projektledare för Hjärnkoll – en upplysningskampanj som startades 2009 på uppdrag av regeringen.

»Delvis är det ... uttryck för en faktisk diskriminering som finns. ... Delvis kan det också handla om att människor med psykisk ohälsa är i beroendeställning i relation till vården. När man inte mår bra är det extra viktigt med bra bemötande.«

Studierna har gjorts av CEPI, Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser, på uppdrag av Hjärnkoll, en upplysningskampanj som startades 2009 på uppdrag av regeringen.

– Det är väldigt allvarligt att så många människor upplever sig orättvist behandlade, säger Rickard Bracken, projektledare för Hjärnkoll. Delvis är det som uttryck för en faktisk diskriminering som finns. Människor med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning får sämre vård än andra.

– Delvis kan det också handla om att människor med psykisk ohälsa är i beroendeställning i relation till vården. När man inte mår bra är det extra viktigt med bra bemötande.

Frågan om den somatiska vården ställdes eftersom personer med psykisk ohälsa är mer drabbade än andra av somatiska sjukdomar. Socialstyrelsen har konstaterat att personer med psykisk sjukdom löper avsevärt högre risk än andra att dö i förtid i hjärt–kärlsjukdomar, stroke och diabetes.



Peter Salmi, utredare, Socialstyrelsen

Peter Salmi, utredare vid Socialstyrelsen, har gjort flera studier som visar detta:

– Vi såg tydliga skillnader i hälsoutfall, men också i vilka vårdåtgärder man får vid olika tillstånd. Att diabetiker med psykisk sjukdom oftare måste amputera delar av benet, och att de dör tidigare, kan delvis bero på att de dröjer längre med att söka vård.

– Men vi har också sett att psykiskt sjuka som drabbas av hjärtinfarkt inte får ballongvidgning i samma utsträckning som andra patienter. Här handlar det om patienter som befinner sig i sjukvården, men som ändå inte får rätt vårdåtgärd.



Lena Flyckt, ordförande i Svenska psykiatriska föreningen.

Lena Flyckt, ordförande i Svenska psykiatriska föreningen, efterlyser ett bättre samarbete mellan psykiatrin och somatiken:

– Psykiatrin borde bli bättre på att tidigt upptäcka somatiska problem. Vi behöver återta somatiken inom psykiatrin.

Ett tecken på detta är att föreningens höstmöte i oktober har rubriken »Somatisk sjukdom och psykisk ohälsa«, och genomförs i samarbete med Svensk förening för diabetologi och Svensk förening för allmänmedicin.

Attitydundersökningen i Västerbotten kan jämföras med en motsvarande undersökning som gjordes två år tidigare, 2011. Då ser man att andelen som upplever sig orättvist behandlade i vården då var ännu högre. När det gäller den somatiska vården var minskningen signifikant, från 59 procent 2011 till 45 procent 2013.

– Det är mycket glädjande, säger Rickard Bracken från Hjärnkoll. Siffrorna måste tolkas med försiktighet. Men mycket talar för att vi ser en effekt av det arbete vi gjort.

Miki Agerberg

Facklig kritik mot förslag om skydd för visselblåsare

Ny lagstiftning ska skydda visselblåsare som slår larm om allvarliga missförhållanden, föreslår en statlig utredning. Från fackligt håll kommer kritik mot att förslaget inte är tillräckligt långtgående.

– Att lagen fokuserar på begreppet »allvarliga missförhållanden« ställer onödiga kunskapskrav på den enskilde medarbetaren. Risken är då att man då avstår från att larma om missförhållanden, säger Helena Larsson, jurist på Saco.

Reglering kring det som brukar kallas visselblåsande – att slå larm om missförhållanden på den egna arbetsplatsen – finns redan i en rad länder.

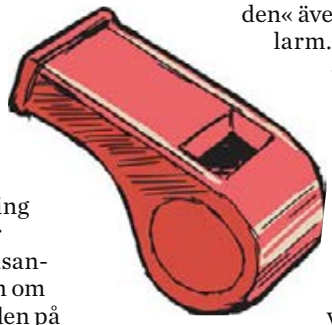


Illustration: Colourbox

I betänkandet SOU 2014:31 föreslår regeringens särskilde utredare Per Virdesten ny, arbetsrättslig lagstiftning som även ger svenska visselblåsare skydd.



– Det är ett problem i dag att många anställda avstår från att slå larm, och därför behövs en reglering på området. Vi föreslår en modell med rutiner som ger arbetstagare möjligheter att agera både inom sin egen organisation och externt om det är nödvändigt, säger Per Virdesten.

Arbetsgivare som bryter mot den föreslagna lagstiftningen blir skadeståndsskyldiga. Arbetsgivare måste också införa rutiner för att hantera interna larm, och arbetstagare ska kunna uppmärksamma missförhållanden med anonymitetsskydd.



Helena Larsson, jurist på Saco.

Enligt Helena Larsson backade utredningen i slutskedet genom att välja begreppet »allvarliga missförhållanden« även vid interna larm.

– Olyckligt. Därmed måste arbetstagaren göra en värdering av de missförhållanden som man vill rapportera. Tyvärr riskerar lagen att bli tandlös, inte minst utifrån att det i ett tidigt skede kan vara svårt att veta för en anställd om ett missförhållande ska ses som allvarligt eller inte, säger hon.

Utredaren Per Virdesten pekar på den norska modellen som avskräckande.

– I Norge finns lagstiftning sedan 2007, och där har man lagt ribban lågt med resultatet att det drivit fram många tvister på arbetsmarknaden, där även allmänt missnöje och konflikter på en arbetsplats tas upp.

– Vi tycker det är rimligt att lägga ribban lite högre. Visselblåsning handlar om att påtala allvarliga problem som korruption. Det är också ofrånkomligt att visselblåsning kan skada arbetsgivare och enskilda personer, och det talar för en reglering av vilka missförhållanden som ska skyddas av lagen, säger Per Virdesten.

Fredrik Mårtensson

IVA ger recept för fler kliniska prövningar

Under perioden 2007–2013 har antalet företagsfinansierade kliniska studier sjunkit från 352 till 218 per år. Det konstaterar Ingenjörsvetenskapsakademien, IVA, i en ny rapport.

Enligt rapporten är ett av de största hindren »intrångsproblematiken«, det vill säga att vården prioriterar forskning lågt jämfört med vårdproduktion och att det, trots register och datoriserade patientjournaler, är svårt att hitta patienter till studierna.

Rapporten ger en rad förslag, dels på hur kliniska studier ska bli lättare att genomföra, dels på hur drivkrafterna hos de olika intressenterna att medverka till kliniska studier kan öka. Det handlar bland annat om att

- se till att regionala forskningscentra finns i var och en av de sex sjukvårdsregionerna
- skapa en nationell samordningsfunktion som ansvarar för samverkan mellan forskningscentra och myndigheter
- skapa en informationsplattform för kliniska studier som underlättar kontakten mellan patienter, forskare, prövare och finansiärer
- skapa karriärvägar för kliniskt aktiva forskare
- stärka infrastrukturen på lokal nivå
- förbättra sjukvårdshuvudmännens beslutsunderlag.

Flera av förslagen ligger i linje med förslagen i utredningen »Starka tillsammans«, som presenterades i slutet av 2013, vilket också påpekas i rapporten.

Michael Lövtrup



Foto: shutterstock

Medicinsk behandling av hälsofarlig övervikt!

Eurodiet Scandinavia söker samarbetskliniker i Sverige.

Eurodiet är en effektiv metod för viktminskning, med ersättningsmåltider och livsstilsförändring under medicinsk uppföljning. Metoden är utvecklad av franska läkare och används i mer än 20 länder.

Läs mer om Eurodiet-metoden på www.eurodiet.com.

Eurodiet Scandinavia startades i Norge 2002 av dr Fedon Lindberg. Genom vårt samarbete med utvalda kliniker har över 8 000 patienter gått ned i vikt med Eurodiet-metoden. Med goda erfarenheter från Norge vill vi nu gå in i Sverige.

Vi söker kliniker i Sverige som satsar på viktminskning genom livsstilsförändringar. Klinikerna bör ha läkare för hälsokontroll och sjuksköterska, diabetessjuksköterska eller näringsfysiolog för uppföljning av patienterna.

eurodiet

Intresserade ombes kontakta VD Martin Nordklev-Fredriksen på Eurodiet Scandinavia för mer information:
E-post: **martin.fredriksen@drlindbergs.no**
Telefon: **+ 47 95 72 22 28.**



Foto Fredrik Funck/TT

En läkarstudent övar på att sy ihop ett sår med hjälp av en docka.

Läkarstudenter protesterar mot flytt av läkarutbildning

Medicinska föreningen i Linköping och studentkåren vid Hälsouniversitetet i Linköping, Consensus, anser att avtalet om att flytta delar av läkarutbildningen till Kalmar och Jönköping slutits utan att studenterna tillfrågats.

Enligt studentorganisationerna har avtalet om att förlägga de senare delarna av läkarutbildningen till Kalmar och Jönköping slutits utan att studenternas åsikter tagits med i diskussionen, vilket är ett brott mot högskolelagen.

Det skriver de i ett pressmeddelande där de ställer sig tveksamma till att det går att säkerställa kvaliteten i utbildningen om man ska följa avtalets tidsplan, som innebär att de första studenterna ska börja på de nya orterna 2018.

En så omfattande förändring kräver, enligt dem, en god planering för sådant som lärarresurser, ombyggnationer och utbildningsbevakning, vilket tar många år.

Regionaliseringen sker i samband med en utvidgning av antalet platser på utbildningen. Enligt studentorganisationerna gör utökningen av antalet platser att kvaliteten blir lidande.

Michael Lövtrup

Kalmar och Jönköping nya studieorter för läkarutbildningen

Sedan tidigare genomför en del av studenterna på läkarprogrammet vid Linköpings universitet sin kliniska utbildning i Norrköping. I och med tre samarbetsavtal som universitetet slutit med Landstinget i Kalmar län, Landstinget i Jönköpings län och Linnéuniversitetet blir nu även Jönköping och Kalmar huvudstudieorter för en del av läkarstudenterna.

Med början 2018 kommer 30 respektive 20 studenter i varje antagningskull att tillbringa sina sista fem terminer i Jönköping och i Kalmar. Syftet med regionaliseringen av utbildningen är att garantera kvaliteten när antalet platser på läkarutbildningen ökar.

Avtalen öppnar också upp för en stärkt samverkan kring klinisk forskning. ■

PATIENTSÄKERHET ÄRENDEN

Mätvärden måste alltid relateras till patientens tillstånd

Väckning och extubation efter narkos påbörjades alltför tidigt och utan muskelblockadreverserande läkemedel, eftersom läkaren litade på vad de tekniska mätvärdena visade och inte objektivt kontrollerade patientens muskelstyrka. (IVO 9.2-7196/2012)

En kvinna i 40-årsåldern skulle genomgå en skrapning för att avlägsna en bit av moderkakan som blivit kvar efter en förlossning. Patienten sövdes med propofol, alfentanil och rokuroniumbromid och intuberades. Anestesin underhölls med sevofluran. Operationen utfördes. Knappt 30 minuter efter att narkosen inletts beslutade narkosläkaren att väcka patienten utan muskelblockadreverserande farmaka, eftersom myometri med TOF (»train-of-four«) visat 101 procent, vilket innebär upphävd neuromuskulär blockad, och PTC (post tetanic count) visat över 20 procent.

Narkosläkaren kallades iväg till ett akutfall och narkossjuksköterskan började väcka patienten i enlighet med instruktionerna. Patientens blodtryck steg då och paradoxalt andningsmönster uppstod. Narkossjuksköterskan sökte narkosläkaren utan framgång. I stället satte hon på inhalationsmedlet på nytt och tillkallade jourhavande anestesiolog.

Nya mätningar gjordes och dessa bekräftade de tidigare resultaten. En knapp timme efter att narkosen inletts beslutades att patienten skulle extuberas. Hon fick då ryckningar och saliverade, och man sövde henne igen. Vid ett väckningsförsök sju minuter senare identifierade man restkurarisering, och antidot tillfördes tio minuter senare i en dos som upprepades efter 15 minuter. Efter ytterligare fem minuter kunde patienten hjälpa till att själv förflytta sig från operationsbord till säng. Patienten var ledsen och upprörd, hon hade upplevt sig vara vaken men förlamad. **Händelsen anmäldes** till Socialstyrelsen av patienten. Ärendet har senare flyttats över till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

IVO beskriver rokuroniumbromid som ett icke-depolariserande neuromuskulärt blockerande läkemedel med snabbt insättande effekt och duration på normalt upp till 45 minuter. Durationen kan dock förlängas av till exempel inhalationsanestetika. Enligt IVO är sannolikheten för att blockaden skulle ha upphört redan efter cirka en halvtimme, och i samband med inhalationsanestetika, låg.

Narkosläkaren avstod från att ge antidot och reversera blockaden eftersom han litade på värdena från TOF och PTC. Av yttranden från vårdgivaren framgår att dessa värden var oväntade och antas ha orsakats av felaktig elektrodplacering, något som gett upphov till direktstimulering av elektroderna.

IVO anser att mätvärdena borde ha ifrågasatts eftersom det endast hade gått knappt 30 minuter sedan rokuroniumbromid getts och att blockaden rimligtvis inte kunde ha släppt. Enligt IVO borde värdena från de tekniska hjälpmedlen TOF och PTC jämförts med objektiva tecken på muskelstyrka som till exempel andningsförmåga, förmåga att lyfta huvudet eller krama en hand. Resultat från tekniska hjälpmedel för att bedöma neuromuskulär blockad måste, enligt IVO, alltid ställas i relation till patientens tillstånd. Nu extuberades patienten trots att neuromuskulär blockad kvarstod.

Narkosläkaren kritiseras av IVO för att inte ha genomfört anestesin i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Sara Gunnarsdotter

LÄS MER Fler ärenden finns att läsa på Läkartidningen.se

Voltaren 23,2 mg/g Gel

Dubbel styrka med smärtlindring i upp till 12 timmar

Dubbelt så stor förpackning

Verkar direkt mot smärtan

- Högre koncentration diklofenak återfinns i inflammerade vävnader än i friska.[1]
- Dubbel styrka med smärtlindring i upp till 12 timmar.
- Bara två appliceringar per dygn, en gång på morgonen och en på kvällen.
- Plasmakoncentrationen är ca 100 ggr lägre än vid oralt intag av motsvarande mängd diklofenak.
- Lägre risk för överdosering och interaktion med andra läkemedel.



upp till 12 timmar

Voltaren
FÖR LIV I RÖRELSE

Källa: 1) Brune et al. 2007. Persistence of NSAIDs at effect sites and rapid disappearance from side-effect compartments contributes to tolerability. Current Medical Research and Opinion; 23 (12): 2985–2995. Riess et al. 1986. The percutaneous absorption of diclofenac. Arzneimittelforschung; 36(7): 1092–1096.

VOL 1404-51

NOVARTIS Voltaren 23,2 mg/g gel är ett receptfritt läkemedel som innehåller diklofenak. Används vid smärta i muskler och leder. Ska ej användas av gravida kvinnor under de tre sista månaderna av graviditeten. Produkttext godkänd 2014-04-08. www.fass.se. Ej förmånsberättigat, Novartis Consumer Health, www.novartis.se.

Citera som: Läkartidningen. 2014;111:CUXM

Att väga sig regelbundet är bra för att hålla vikten

Svenska män ökar i snitt 15 kilo från mönstringen till 40 års ålder



GÖRAN NILSSON, professor,
Centrum för klinisk forskning,
Västmanlands sjukhus, Västerås
goran.nilsson@ltv.se

Under åren 1990–1999 inbjöd Landstinget Västmanland alla 40-åriga västmanlänningar till hälsoundersökning. Av dessa hade 5 286 män ca 22 år tidigare, vid 18 års ålder, undersökts i samband med mönstring för militärtjänst. Vid båda undersökningarna mättes kroppsvikt och kroppslängd, och BMI beräknades.

Medelvikten var 68,3 kg vid mönstringen och 83,3 kg vid 40 år, vilket motsvarar 15 kilos viktuppgång eller knappt 7 hekto per år. Andelen feta (BMI ≥ 30) hade tiofaldigats och var 10 procent.

Även om vi antar att ett par kilos viktuppgång motsvarar den sista tillväxtfasen av skelett och muskulatur, hade åtskilliga kilon fett bildats i männens kroppar genom för mycket mat och för lite motion.

I släptåget följer på sikt högt blodtryck, diabetes, blodfettsrubbningar och framför allt ökad kardiovaskulär sjuklighet. Kolesterolvärdet vid 40-årsundersökningen var som förväntat strikt positivt korrelerat till viktuppgången liksom till vikten vid 40-årsundersökningen. Intelligensnivån vid mönstringen var, besvärande nog, tvärtom negativt korrelerad till viktuppgången [1].

Fördelar med att väga sig

Gör tankeexperimentet att de mönstrade ynglingarna hade fått veta att de vid 40 års ålder skulle vara i genomsnitt 15 kilo tyngre. Hur skulle de ha reagerat? Det är tveksamt om de brytt sig. 40 års ålder är trots allt en rätt avlägsen framtid för den som nyss blivit myndig. Den dagen, den sorgen! Men den troliga framtida viktutvecklingen skulle nog få många att haja till och bli mottagliga för råd.

Kostrådgivning är viktig, men jag poängterar ett annat råd – att skaffa sig en personvåg och väga sig regelbundet minst en gång i veckan. Man bör också lära sig att kalibrera kost och motion så att man håller vikten över tid. Och man bör inte lita på någon instinktiv känsla för balans mellan kaloriintag och fysisk rörlighet utan vågens hjälp. Då blir resultatet lätt att övervikt och fetma smyger sig på, med många problem som följd.



Foto: Colourbox

Genom att väga sig regelbundet – minst en gång i veckan – kan man snabbt reglera något kilos viktuppgång och behålla sin vikt genom åren.

Med vågens hjälp får man en känsla för vilka ramar beträffande mat, dryck och motion som gäller. Ett eller två kilos viktuppgång kan snabbt regleras, och man håller vikten ungefärligen oförändrad genom åren.

Men evidensen brister

Men vad är evidensen för detta? Den har sina brister. Det saknas jämförelser mellan grupper randomiserade till regelbunden självvägning eller inte under decennier. Av praktiska skäl lär sådana jämförelser inte heller komma till stånd. Vetenskapen har sina begränsningar.

> »Det bästa är att över huvud taget inte börja lägga på sig överflödiga kilon.«

Vanwormer et al [2] sammanfattar: »Based on the consistency of the evidence reviewed, frequent self-weighing, at the very least, seems to be a good predictor of moderate weight loss, less weight regain, or the avoidance of initial weight gain in adults.«

Kommer då inte ynglingarna att bli orimligt hälsofixerade med psykiska besvär av allt detta vägande? Det vet vi inte, men det har rapporterats att några månaders daglig självvägning vid bantning inte ger psykologiska komplikationer [3].

Sluta börja!

Kvinnor som rökt sedan ungdomen lever i snitt 11 år kortare än de som aldrig rökt tobak dagligen [4]. Man måste dock inse att 11 års livsförkortning vid en medellivslängd på cirka 80 är ett mycket avlägset bekymmer för en tonårig flicka. Den elegantaste lösningen av rökproblemet är att över huvud taget inte börja röka.

Problemen med viktuppgång och tobaksrökning är påtagligt parallella. Det bästa är att över huvud taget inte börja lägga på sig överflödiga kilon. Det är dags att både sluta börja röka och sluta börja gå upp i vikt!

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Rosenblad A, Nilsson G, Leppert J. Intelligence level in late adolescence is inversely associated with BMI change during 22 years of follow-up: results from the WICTORY study. Eur J Epidemiol. 2012;27:647-55.
2. Vanwormer JJ, French SA, Pereira MA, et al. The impact of regular self-weighing on weight management: a systematic literature review. Int J Behav Nutr Phys Act. 2008;5:54.
3. Steinberg DM, Tate DF, Bennett GG, et al. Daily self-weighing and adverse psychological outcomes: a randomized controlled trial. Am J Prev Med. 2014;46:24-9.
4. Pirie K, Peto R, Reeves GK, et al. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. Lancet. 2013;381:133-41.

SAMMANFATTAT

Från mönstring till 40 års ålder ökar svenska män i medeltal 15 kg i vikt enligt en västmanländsk undersökning.
Regelbunden användning av personvåg kan hindra denna kraftiga viktuppgång.



SE/TB/0314/0053

NYHET! **Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, har beslutat att Tresiba® (insulin degludek) ska ingå i läkemedelsförmånerna för patienter med typ 1-diabetes och patienter med typ 2-diabetes med begränsning.***

Tresiba® (insulin degludek) – ett nytt basinsulin

SÄNKER BLODSOCKRET. JÄMNT, STABILT *OCH MED* FLEXIBILITET.[1]



1. Sänkning av HbA_{1c}.[2,3]
2. Lägre risk för nattliga hypoglykemier jämfört med glargin.[2,3]
3. Injiceras en gång om dagen – vid flexibel tidpunkt när det behövs.[1]

Referenser: 1. Tresiba® SPC 05/2013 www.fass.se. **2.** Zinman B et al. Insulin Degludec Versus Insulin Glargine in Insulin-Naive Patients With Type 2 Diabetes. A 1-year, randomized, treat-to-target trial (BEGIN Once Long) Diabetes Care 2012;35(12):2464-71. **3.** Heller S et al. Insulin degludec, an ultra-longacting basal insulin, versus insulin glargine in basal-bolus treatment with mealtime insulin aspart in type 1 diabetes. Lancet 2012;379(9825):1489-1497.

Tresiba® (insulin degludek): Behandling av diabetes mellitus hos vuxna. Insuliner och analoger. ATC-kod: A10AE06. Injektionsvätska, lösning 100E/ml. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller något hjälpämne. **Varningar och försiktighet:** Samtidig användning av pioglitazon. Byte från andra insulinpreparat. **Förpackningar:** Tresiba® FlexTouch® 5x3 ml förfylld injektionspenna, Tresiba® Penfill® 5x3 ml cylinderampull. SPC uppdaterad 05/2013. F. Rx. För fullständig förskrivarinformation och pris, se www.fass.se.

***Subventioneras vid typ 1-diabetes. Subventioneras vid typ 2-diabetes endast för patienter där annan insulinbehandling inte räcker till för att nå behandlingsmålet på grund av upprepade hypoglykemier.**

novo nordisk®

changing diabetes®

At Novo Nordisk, we are changing diabetes. In our approach to developing treatments, in our commitment to operate profitably and ethically and in our search for a cure.

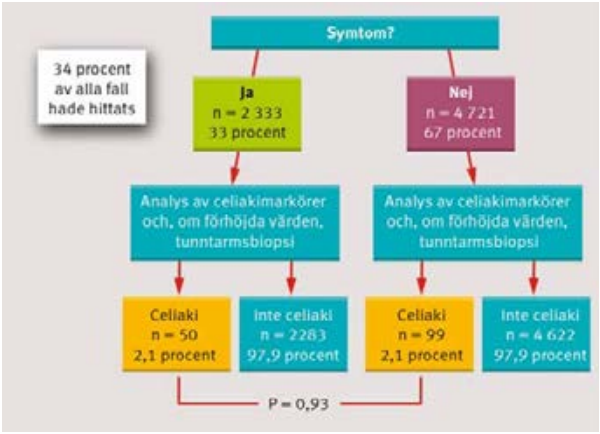
NYHET TRESIBA® insulin degludek

Novo Nordisk Scandinavia AB Box 50587 202 15 Malmö Tel 040 38 89 00 Fax 040 18 72 49 scandinavia@novonordisk.com www.novonordisk.com

Endast symtom på celiaki oanvändbar indikator vid screening

AUTOREFERAT. När barn med celiaki ska hittas i befolkningen är ett frågeformulär kring symtom och riskgrupp inte till nytta. Om allmän screening blir aktuell är alltså blodprov för analys av celiakimarkörer första steget.

Celiaki, även kallat glutenintolerans, drabbar upp till 3 procent av svenska barn, med två tredjedelar odiagnostiserade. Riktlinjer rekommenderar att via analys med celiakimarkörer på vida indikationer testa alla barn med något av alla de symtom som kan indikera celiaki, samt att regelbundet testa barn i vissa riskgrupper. I en aktuell studie var syftet att utvärdera huruvida ett frågeformulär skulle kunna användas som ett första steg i en celiakiscreening för att på så sätt minska antalet barn som behöver ta blodprov för analys av celiakimarkörer.



Hypotetiska scenarier där symtom och/eller riskgrupp används som ett första steg i en befolkningsbaserad screening för celiaki hos svenska 12-åringar. Symtom = Barnet rapporterar ≥1 symtom (trötthet, dålig aptit, illamående, magont, orolig mage, bubblig mage, uppsvälld mage, mått sämre efter mjölkintag, hård avföring, lös avföring) ofta eller alltid under de senaste sex månaderna.
Se föräldrarnas kommentar i figur på Läkartidningen.se

I en skolbaserad celiakiscreening av svenska 12-åringar (ETICS, Exploring the iceberg of celiacs in Sweden) inbjöds 10 041 barn, varav 75 procent deltog. Barn med tidigare känd celiaki (n = 66; 0,9 procent) exkluderades. Blodprov från 7 208 barn utan tidigare känd celiaki analyserades för celiakimarkörer och totalt S-IgA. Innan resultatet rapporterades besvarade barn och föräldrar frågeformulär kring symtom respektive andra sjukdomar och familjehistoria avseende celiaki. Barn med förhöjda värden på celiakimarkörer erbjöds tunntarmsbiopsi för att fastställa eller avfärda diagnosen. Frågeformulärens svar för barn med screeningupptäckt celiaki (n = 153; 2 procent) jämfördes med övrigas (n = 7 016). Svarsfrekvensen var 98 procent för barn och 87 procent för föräldrar.

Resultaten var förvånande. Förekomst av symtom var lika vanligt hos barn utan celiaki som hos barn med screeningupptäckt celiaki.

Om ett eller flera symtom och/eller riskgrupp hade använts som ett första steg i en screening (för att välja ut de barn som sedan skulle lämna blodprov för analys av celiakimarkörer) så hade 2 282 barn (37 procent av alla) behövt lämna blodprov, och trots detta hade endast 52 fall identifierats (38 procent av alla fall) (figur). Således kunde vi via vårt frågeformulär inte identifiera barn med högre risk för celiaki i befolkningen.

Sammanfattningsvis tycks analys av celiakimarkörer vara enda vägen att hitta merparten av fall av celiaki i befolkningen. Allmän screening för celiaki är dock fortfarande omdebatterad, och kunskapsläget behöver förbättras. Notera att i klinisk verksamhet ska symtom och riskgrupp fortfarande leda till frikostig testning för celiakimarkörer.

Anna Rosén
med dr, ST-läkare,
Norrlands universitetsjukhus, Umeå

Rosén A, et al. Pediatrics. 2014;133:211-8.

Medier kan påverka självmordskluster

Mediers roll bakom så kallade självmordskluster, när flera individer inom samma område eller krets tar livet av sig i anslutning till varandra, analyseras i första numret av Lancets nya dottertidskrift Lancet Psychiatry.

Författarna har analyserat 48 självmordskluster bland ungdomar i USA under perioden 1986 till 1996, det vill säga före de sociala mediernas utbredning. Klustren omfattar mellan tre och elva självmord bland individer mellan 13 och 20 år som skett inom ett mindre geografiskt område och inom sex månader. Man har jämfört dessa med 95 fall av suicid bland jämnåriga som inte följts av flera självmord. De 95 fallen har således fungerat som ett slags kontroller. Det författarna framför allt har undersökt är hur olika medier rapporterat händelserna.

Det visade sig att den mediala rapporteringen var mer intensiv, i form av flera artiklar, för de självmord som senare följdes av flera, det vill säga blev självmordskluster. I snitt publicerades 7,4 artiklar om de självmord som följdes av flera och 5,1 artiklar av de självmord som inte följdes av nya fall. Rapporteringen var dessutom mer sensationsbetonad, vilket innebär att artiklarna var placerade på tidingarnas förstasidor och dessutom att de omfattade detaljer kring självmordet, för de fall av suicid som följdes av flera.

Studien indikerar således att medial rapportering om självmord kan ha en roll vad gäller ökad risk för ytterligare självmord även om man naturligtvis inte kan fastslå ett säkert kausalsamband baserat på uppgifterna.

En slutsats man ändå kan dra är att oförsiktig medial rapportering av självmord hos unga kan öka risken för fler självmord. Författarna efterfrågar tydliga riktlinjer för tidningar och andra medier för att undvika alltför sensationsbetonad rapportering vid suicid.

Anders Hansen
specialistläkare, psykiatri

Gould M, et al. Lancet Psychiatry. Epub 2 maj 2014. doi:10.1016/S2215-0366(14)70225-1

Få komplikationer efter gastrisk bypass

AUTOREFERAT. Obesitaskirurgi är bland de vanligaste operationerna i dag. Komplikationsfrekvensen är låg, men det behövs mer forskning avseende pre- och intraoperativa riskfaktorer för komplikationer. Det skandinaviska obesitaskirurgiska registret, SOReg, inkluderar mer än 98 procent av all obesitaskirurgi i Sverige. Rapporter om kvalitet, operationsmetodik m m publiceras årligen via hemsidan. För att internationellt beskriva läget i Sverige har vi nu skrivit en mer vetenskapligt hållen rapport. Vi identifierade 26 173 patienter som opererats med primär laparoskopisk gastrisk bypass under perioden 1 maj 2007 till 30 september 2012. Uppföljning gjordes i 95,7 procent av fallen. Preoperativa data och operationsdata analyserades mot förekomsten av allvarliga och vissa specifika komplikationer. Allvarlig komplikation klassificerades enligt Clavien–Dindo.

Totalrisken att utveckla allvarlig postoperativ komplikation var 3,4 procent. Riskfaktorer för sådan komplikation var ålder (P = 0,028), sömnapné (oddskvot, OK, 1,27; 95 procents konfidensintervall, KI, 1,00–1,61), depression (OK 1,24; 95 procents KI 1,00–1,53), annan samtidig operation (OK 1,50; 95 procents KI 1,04–2,18), intraoperativ oönskad händelse (OK 2,63; 95 procents KI 1,89–3,66) och konvertering till öppen kirurgi (OK 4,12; 95 procents KI 2,47–6,89). Sjukhusets årliga operationsvolym var associerad med risk för allvarlig komplikation. Om sjukhuset också var under inlärningskurva (dvs under de ca 200 första operationerna vid införandet av ett nytt ingrepp) vid operationstillfället var risken för allvarlig komplikation högre. Mortaliteten under de första 90 dagarna var 0,04 procent.



Foto: Fotolia

Intraoperativa negativa händelser och konvertering till öppen kirurgi är de starkaste riskfaktorerna för allvarlig komplikation efter laparoskopisk gastrisk bypass.

Den slutsats man drog var att intraoperativa negativa händelser och konvertering till öppen kirurgi är de starkaste riskfaktorerna för allvarlig komplikation efter laparoskopisk gastrisk bypass. Både årlig operationsvolym och klinikens totala erfarenhet är betydelsefulla. Patientrelaterade faktorer som dyspepsi, ålder och depression ökar också risken, men i mindre utsträckning.

Erik Stenberg
specialistläkare, doktorand,
kirurgklinikerna Örebro

Jan Hedenbro
docent, leg läkare,
forskningschef Aleris Obesitas, Lund

Stenberg E, et al. Ann Surg. Epub 26 dec 2013. doi: 10.1097/SLA.0000000000000431

ETT ANNAT SÄTT ATT
BEHANDLA ÖVERAKTIV BLÅSA

- Den första ß$_3$-agonisten mot överaktiv blåsa[1,2]
- Effekt på alla grundläggande OAB-symtom[1,2]
- Muntorrhet på placebonivå[1,2]

astellas

Betmiga® 50 mg▼
mirabegron

Referenser: 1. Khullar et al. European Urology 63;(2013):283–295. **2.** Nitti et al. J Urol 2013;189:1388–1395. ▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. Detta kommer att göra det möjligt att snabbt identifiera ny säkerhetsinformation. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning. **Betmiga 50 mg och 25 mg depottabletter** (mirabegron) *Urologiska spasmolytika (G04BD12)* **Indikationer:** Symptomatisk behandling av trängningsinkontinens, ökad urineringsfrekvens och/eller trängningar, som kan förekomma hos vuxna patienter med syndromet överaktiv blåsa (OAB). **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller något hjälpämne. **Varningar och försiktighet:** Rekommenderas inte för användning hos patienter med terminal njursjukdom. Dosreduktion till 25 mg rekommenderas för patienter med gravt nedsatt njurfunktion. Rekommenderas inte för användning hos patienter med gravt nedsatt njurfunktion som samtidigt får kraftiga CYP3A-hämmare. Rekommenderas inte för användning hos patienter med kraftigt nedsatt leverfunktion eller patienter med måttligt nedsatt leverfunktion som samtidigt får kraftiga CYP3A-hämmare. Hos patienter med mild till måttligt nedsatt njurfunktion eller lätt nedsatt leverfunktion som samtidigt får kraftiga CYP3A-hämmare rekommenderas en dos om 25 mg dagligen. Rekommenderas inte för användning till patienter med svår okontrollerad hypertoni. Mirabegrons effekt hos patienter med en känd anamnes på QT-förlängning, eller som tar läkemedel kända för att förlänga QT-intervallet, är inte känd och försiktighet bör iakttas vid administrering till dessa patienter. **Interaktioner:** Mirabegron är en måttlig CYP2D6-hämmare och en svag CYP3A4-hämmare. Aktiviteten hos CYP2D6 återfås inom 15 dagar efter utsättning av mirabegron. Försiktighet rekommenderas endast vid samtidig administering med läkemedel med smalt terapeutiskt intervall och signifikant metabolism via CYP2D6, t.ex. tioridazin, typ 1C antiarytmika och tricykliska antidepressiva. Mirabegron är en svag hämmare av P-gp och vid samtidig administering av digoxin bör den lägsta dosen förskrivas initialt och serumkoncentrationen monitoreras. Möjlig hämning av mirabegron på P-gp bör övervägas när mirabegron kombineras med känsliga P-gp-substrat, t.ex. dabigatran. **Recept- och förmånsstatus:** Receptbelagt. Ingår i läkemedelsförmånen för patienter som provat men inte tolererar antikolinergika. **Innehavare av godkännande för försäljning:** Astellas Pharma Europe B.V, Nederländerna. **Svensk representant:** Astellas Pharma AB, Box 21046, 200 21 Malmö. Texten är senast uppdaterad 2014-02-10 och baserad på produktresumé daterad 2014-02. För ytterligare information, se www.fass.se.

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



Foto: Happy Alex/Fotolia/IBL

En ny experimentell mjölksersättning med ett lägre energi- och proteininnehåll samt tillsats av en komjölksfraktion, mjölkfettdroppsmembran, innehåller en lång rad biologiskt aktiva komponenter varav många ingår human mjölk.

Komjölksfraktion i mjölkersättning förbättrade kognitiv utveckling

AVHANDLING. I en studie genomförd i Umeå visas att tillsats av bovint mjölkfettdroppsmembran till modersmjölksersättning påverkade barnens neurologiska utveckling positivt och att sjukligheten i öroninflammationer minskade.

Av olika anledningar kan inte alla barn ammas som rekommenderat, och ska då få modersmjölksersättning. Trots att modersmjölksersättningar förbättrats genom åren och att spädbarn i dag kan få en säker näringstillförsel med ersättning, kan man i observationsstudier på gruppnivå fortfarande se skillnader mellan barn som ammas och barn som får modersmjölksersättning. I i-länder är de tydligaste skillnaderna att ersättningsuppfödda barn växer snabbare under det första året, har en långsammare kognitiv utveckling och en högre sjuklighet i infektioner som öroninflammation, luftvägsinfektioner och magsjuka.

I en randomiserad kontrollerad studie randomiserades 160 barn som slutat amma före 2 månaders ålder till att få konventionell modersmjölksersättning eller en ny experimentell ersättning. Den nya ersättningen hade ett lägre energi- och proteininnehåll samt tillsats av en komjölksfraktion, mjölkfettdroppsmembran, som innehåller en lång rad biologiskt aktiva komponenter varav många ingår i human mjölk. Eftersom vegetabiliskt fett är den huvudsakliga fettkällan i modersmjölksersättning har denna fraktion tidigare saknats i ersättning. Med modern mejeriteknik kan mjölkfettdroppsmembranet renas från komjölk och tillsättas i livsmedel.

Barnen åt ersättningarna upp till 6 månaders ålder. De följdes med mätningar och provtagningar upp till 1 års ålder. Resultaten visade att barnen som fått den nya ersättningen presterade bättre i den kognitiva domänen av det psykologiska instrumentet Bayley Scales of infant and toddler development (3rd edition) vid 12 månaders ålder. De hade dessutom signifikant lägre incidens av akut mediaotit under de första sex månaderna. Resultaten tolkas som att mjölkfettdroppsmembranet innehåller komponenter som är nödvändiga för en optimal utveckling av såväl nervsystemet som immunförsvaret. Barnen som fick den nya ersättningen skilde sig i dessa avseenden heller inte från en referensgrupp med 80 ammade barn som också följts i studien.

En annan hypotes var att det minskade energi- och proteininnehållet skulle påverka tillväxten hos barn som fick den nya ersättningen. Det gjorde det inte, utan barnen kompenserade helt för skillnaden genom att justera volymen på sitt intag. Här skiljer sig fynden från tidigare studier som visat att barn som äter ur nappflaska har en nedsatt förmåga att själva reglera sitt intag. Detta kan troligen kopplas till att de flaskmatande föräldrarna skattade sin oro och kontroll över barnets ätande lägre än vad som visats i tidigare studier.

Resultaten från studien är lovande och kan, om de bekräftas i fler studier, innebära hälsovinster på såväl kort som lång sikt för barn som inte kan ammas. En långtidsuppföljning av studiepopulationen planeras också.

Niklas Timby
doktorand, specialistläkare,
barn- och ungdomsneurologi, Umeå

Timby N. Effects of feeding term infants low energy low protein formula supplemented with bovine milk fat globule membranes [dissertation]. Umeå: Umeå universitet; 2014.

Få ljumskbråck opereras i östra Uganda

AUTOREFERAT. Herniorafi är det vanligaste allmänkirurgiska ingreppet i många delar av världen, även i låginkomstområden. Uppskattningsvis 20 miljoner sådana operationer görs varje år. Världsbanken har, av folkhälsoskäl, pekat ut elektiva ingrepp såsom ljumskbråcksoperationer som ett prioriterat område inom kirurgi. Ljumskbråck är vanliga men prevalenssiffror varierar, till stor del på grund av de olika metoder som använts i det fåtal studier som undersökt detta.

Genom en populationsbaserad studie med ett slumpmässigt urval av 900 vuxna män i östra Uganda visade det sig att hela 6,6 procent av studiedeltagarna hade ljumskbråck. Det fanns en tydlig positiv korrelation mellan ljumskbråck och ålder och en negativ korrelation med BMI. Ungefär hälften av individerna med ljumskbråck hade symtomatiska bråck.

I en sjukhusbaserad studie som utfördes samtidigt i samma område visade det sig att den årliga operationsfrekvensen av ljumskbråck var 17/100 000 människor, vilket är 8–17 gånger lägre än i höginkomstländer. I Sverige utförs till exempel ca 16 000 herniorafier per år vilket motsvarar 170/100 000 människor. Sammantaget innebär den i studien identifierade operationsfrekvensen att mindre än 1 procent av det förväntade antalet ljumskbråck hos vuxna män i den undersökta populationen opereras varje år.

En mycket stor andel av patienterna opererades akut (44 procent) och en förvånansvärt stor andel var kvinnor (24 procent). Motsvarande siffror i höginkomstländer är 5–8 procent respektive 8 procent. Den stora andelen kvinnor går inte att förklara med befintliga data varför en uppföljande studie om bråckprevalens hos kvinnor nu förbereds.

Prevalensdata av detta slag är viktiga för att motivera ökad resursfördelning mot kirurgiska diagnoser och deras behandling samt för att förbättra den kirurgiska kapaciteten i låg- och medelinkomstländer.

Jenny Löfgren
doktorand, Umeå universitet; AT-läkare,
Östersunds sjukhus

Andreas Wladis
docent i kirurgi, Karolinska institutet;
överläkare, Capio S:t Görans sjukhus,
Stockholm

Löfgren J, et al. Br J Surg. 2014;101(6):728-34.

Läkartidningen arrangerar

Läkartidningens symposier hösten 2014

Under 2014 planerar Läkartidningen följande symposier:

- **Motions- och idrottsskador** 3 september, Stockholm
- **Neuropsykiatri** 24 september, Stockholm
- **Barns mat** 9 oktober, Göteborg
- **IT i vården** 22 oktober, Stockholm
- **KOL** 29 oktober, Göteborg
- **Verktyg för klinisk forskning** 7 november, Stockholm
- **Fertilitet** 12 november, Stockholm

Uppdaterad information kommer i tidningen och på Läkartidningen.se/events

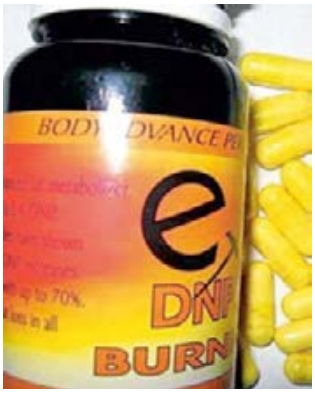
Läkartidningen

Citera som: Läkartidningen. 2014;111:CSU7

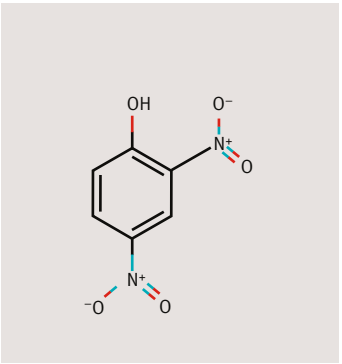
2,4-dinitrofenol – ett dödligt bantningsmedel

MARK PERSONNE, överläkare, Giftinformationscentralen, Stockholm
mark.personne@gic.se

MAGNUS EKSTRÖM, med dr, ST-läkare, medicinkliniken
MARIA IVEROTH, AT-läkare;
båda Blekingesjukhuset Karlskrona



Figur 1. Exempel på produkt innehållande 2,4-dinitrofenol som annonseras ut på internet.



Figur 2. Strukturformel för 2,4-dinitrofenol.

2,4-dinitrofenol (DNP) är en mitokondriefrikopplare som ger förhöjd metabolism i kroppens celler. Regelbundet intag av DNP orsakar därför snabb viktnedgång. Användningen är dock förenad med hög risk för livshotande sidoeffekter, vilket upptäcktes redan på 1930-talet, varför substansen togs bort från registrerade medicinska preparat [1]. Trots detta finns DNP alltjämt tillgängligt via bl a internetförsäljning.

Dödsfallen till följd av användning och överdosering har ökat de senaste åren [2]. Rättsmedicinska analyser har kunnat knyta tre dödsfall till intag av DNP i Sverige. För att i det akuta skedet kunna stävja det letala förloppet hos en patient med DNP-förgiftning behöver man känna igen symtombilden tidigt. Nedan presenteras en illustrerande fallrapport, en översikt av DNP och dess verkningsmekanismer samt möjliga behandlingsstrategier vid uppkomna symtom.

Fallet

Fallet rör en 44-årig kvinna som sökte akut på grund av dyspné. Hon hade genomgått en gastrisk bypass-operation två år tidigare och utvecklade i efterförloppet recidiverande depressioner. Hon hade besökt vårdcentral på grund av muskelvärk och fick utskrivet kodein/paracetamol (Citodon) och klorzoxazon (Paraflex) och uppgav senare att hon i samband med intag av dessa tabletter hade fått kraftiga andningsbesvär, svettningar och värmekänsla. Status visade en andningsfrekvens runt 30/minut men normal syremättnad. Hon svettades men var afebril. Blodtryck, EKG och CRP var utan anmärkning men leukocyter något förhöjda till $12{,}4 \times 10^9$/l (referensvärde 3,5–8,8 $\times$ 10^9/l). Arteriell blodgasmätning visade måttlig respiratorisk alkalos. Bilden var oklar, men patologisk läkemedelsreaktion och lungemboli diskuterades, varför man analyserade D-dimer, som dock visade normalvärde.

Patienten lades in på vårdavdelning och var då fortsatt varm och svettig och andades forcerat. Några timmar senare försämrades allmäntillståndet ytterligare. Jourhavande läkare tillkallades. Patienten svettades nu profust och hade tagit av sig alla kläder. Hon var kraftigt konfusorisk och medverkade inte till samtal eller undersökningar. Ny blodgasmätning visade tecken till metabol acidos med ett basöverskott på –7 mmol/l (referensvärde –3 till +3 mmol/l), som var respiratoriskt kompenserad till normalt pH. Blodtrycket var fortsatt opåverkat och pulsen 130 slag per minut.

DT-undersökning av hjärna och lungröntgen visade normala fynd. Patienten hade nu utvecklat miotiska pupiller bilateralt, vilket skulle kunna bero på överdosering av det kodeininnehållande preparat hon fått utskrivet. Man prövade därför antidotbehandling med naloxoninjektioner – utan effekt. Även tiamin tillfördes på grund av misstanken att patienten höll på att utveckla Wernickes encefalopati. Ett par timmar senare försämrades patienten ytterligare. Hon var medvetslös, snabbandad, svettig och subfebril (38,0 °C). Leukocyterna hade stigit till 32×10^9/l. Man misstänkte en uppseglande infektion, och patienten genomodlades inför antibiotikabehandling. Tillståndet progredierade snabbt med ökande andningsfrekvens, hypertension, djup medvetslöshet (RLS 8) och hypertermi (39,3 °C). På misstanke om meningit gavs betametason och meropenem, och patienten flyttades skyndsamt till IVA. Strax därefter fick hon asystoli, och hjärt–lungräddning (HLR) påbörjades omedelbart.

Överraskande var att patienten utvecklade kraftig muskelstelhet med sträckta fotleder, böjda armar och knutna händer; extremiteterna var helt låsta. Intubation kunde inte genomföras då käkarna inte gick att öppna trots att man gav muskelrelaxantia i form av suxameton (Celocurin) och rokuroniombromid (Esmeron). Asystolin var totalt refraktär trots mer än 20 minuters adekvat HLR. Efter att patienten dödförklarats noterade man att den uttalade muskelstelheten kvarstod.

I patientens handväska hittades stora gulgröna kapslar i en omärkt burk. Kontakt togs därför med Giftinformationscentralen, som efter beskrivningen av förloppet misstänkte förgiftning med DNP. Genom en väninna framkom att patienten köpt kapslarna via ett forum på internet och tagit dem som bantningsmedel. Vid den rättsmedicinska obduktionen konstaterade man att kapslarna innehöll DNP och att patienten hade en toxisk koncentration av DNP (34 µg/g) i blodet, vilket väl överensstämmer med fynden vid andra letala fall [3].

Bakgrund och verkningsmekanism

DNP lanserades redan på 1930-talet i ett av de tidigaste försöken att behandla övervikt på farmakologisk väg. Preparatet stoppades dock efter bara några år då den höga toxiciteten blev uppenbar. När DNP användes som bantningspreparat var doseringen 100 mg × 3 vanlig. En dos på 300–400 mg dagligen i 1–2 veckor förhöjde basalmetabolismen med 36–95 procent hos frivilliga försökspersoner [4]. Preparatet använ-

SAMMANFATTAT

2,4-dinitrofenol (DNP) marknadsförs och säljs över internet som ett högeffektivt bantningspreparat.
DNP får cellmetabolismen att gå på »improduktivt högvarv«, vilket medför risk för livshotande hypertermi.
Huvudvärk, hudrodnad, svettning och andfåddhet är vanliga symtom i det inledande skedet, senare tillkommer muskelstelhet, metabol acidos och medvetandeförlust.
Trots intensivvårdsbehandling kan förgiftningen ha ett dödligt förlopp.
Tre dödsfall efter intag av DNP har rapporterats i Sverige det senaste året.

des även av ryska trupper under andra världskriget för att hålla värmen under vinterkrigföring [5]. DNP:s terapeutiska bredd är liten, och överdoseringar kan medföra risk för allvarliga komplikationer med letal utgång. I de flesta letala fall har engångsdosen av DNP legat i området 2,8–5 g [2]. Högsta rapporterade akuta överdos som en individ överlevt utan allvarliga skador är 2,4 g [2].

På senare tid har DNP åter blivit tillgängligt via oseriös internetförsäljning riktad till främst kroppsbyggare och överviktiga. Substansen har även använts industriellt med så skilda användingsområden som träskyddsmedel, färgämnesframställning, framkallningsvätska, herbicid och sprängmedel. Grundsubstansen utgörs av gula kristaller med sötaktig lukt. Dess inverkan på metabolismen i kroppen består i att den oxidativa fosforyleringen i mitokondrierna frikopplas, varvid energisubstratet adenosintrifosfat (ATP) inte längre kan syntetiseras i cellerna. För att kompensera ATP-bristen ökar cellernas metabolism och syrebehov. Den överskottsenergi som inte längre kan lagras som ATP frigörs nu som värme. På så vis fungerar DNP som en artificiell version av kroppens enzym termogenin i brun fettväv. Excessiv värmeproduktion kan medföra livshotande hypertermi.

Symtom

Symtombilden några timmar efter måttlig peroral dosering domineras av takykardi, hudrodnad, svettning, huvudvärk, törst och hyperventilation. Vid högre doser tillkommer muskelvärk, rabdomyolys, hypertermi, dyspné, dehydrering, metabol acidos och gulfärgning av urin och andra kroppsvätskor. CNS-depressionen tilltar, och hjärnödem kan uppstå. Risk finns för plötslig död orsakad av maligna ventrikulära arytmier och kardiovaskulär kollaps. Muskelstelhet är ett uttalat fynd i allvarliga fall, och unikt för DNP är att rigor mortis uppträder redan några minuter efter döden, till skillnad från den normala processen, som tar många timmar att fullborda. Ett 70-tal letala fall finns rapporterade i litteraturen, och den genomsnittliga tiden från peroral exponering till död är 14 timmar [2].

Behandling

Specifik terapi saknas. Behandlingen är symtomatisk med fokus på sänkning av kroppstemperaturen. Intensivvård behöver ofta tillgripas. Tillförsel av vätska intravenöst är av stor vikt. Kylda vätskor bör användas vid hypertermi. Vätskorna bör vara glukoshaltiga för att kompensera för det ökade metabola behovet. Andra aktiva temperatursänkande åtgärder insätts efter behov. Salicylater och antikolinergika (atropin etc) är kontraindicerade eftersom de förstärker hypertermin. Syrgaskonsumtionen är starkt ökad, varför god syresättning bör prioriteras.

Sedering, krampprofylax och muskelrelaxation påbörjas med bensodiazepiner. En allvarligt påverkad patient sövs, muskelrelaxeras, intuberas och ventileras i respirator. Ickedepolariserande muskelrelaxantia ska då användas. Trots relaxantia kan stelheten i käkmuskulaturen vara så uttalad att oral intubation omöjliggörs. Som respiratorsedering ges bensodiazepiner, eventuellt i kombination med propofol. Dantrolennatrium, som är ett perifert verkande muskelrelaxantium, bör övervägas i svårbehandlade fall [6]. Dialys är inte effektivt för att avlägsna DNP ur kroppen.

Diskussion

DNP är ännu inte klassificerat som vare sig läkemedel, dopningsmedel, hälsofarlig vara, narkotika eller kosttillskott. Däremot kan kemikalielagstiftningen vara tillämpbar då substansen används inom vissa kemikalie- eller bekämpningsmedelsrelaterade områden. Det är därför i nuläget svårt att lagföra återförsäljare som tillhandahåller DNP som t ex bantningspreparat. De flesta internetförsäljare av DNP är dessutom baserade utomlands. Det vilar dock ett tungt ansvar på de leverantörer som tillhandahåller ett sådant preparat som kan innebära livsfara för en utsatt patientgrupp. I förebyggande syfte gick Läkemedelsverket och Livsmedelsverket i maj 2013 ut med en skriftlig varning för preparatet Pure Caffeine 200 [7]. Varningen grundades på en tysk analys som påvisade 300 mg DNP i varje tablett av preparatet, utan att detta deklarerades på förpackningen.

Ovan nämns ytterligare två dödsfall som bekräftats i Sverige. Det ena fallet rör en 23-årig kvinna som tagit 200 mg DNP dagligen i en vecka och dessutom en engångsdos på 2 g det senaste dygnet. En timme efter ankomst till sjukhus fick hon refraktär asystoli och uttalad muskelstelhet. Det andra fallet rör en 30-årig man som avled i samma typ av symtombild tolv timmar efter intag av en stor men ospecificerad mängd DNP. Liknande förlopp finns beskrivna i internationellt publicerade fall från det senaste decenniet [8, 9].

Med facit i hand vad gäller patienten i vår fallbeskrivning var muskelvärken som föranledde hennes första vårdkontakt sannolikt ett initialt symtom på överdosering av DNP. Då hon utelämnade information om intag av DNP blir fallet illustrativt gällande svårigheterna och turerna kring det differentialdiagnostiska tänkandet. Symtombilden vid en DNP-intoxikation kan väcka misstankar om bl a sepsis, lungemboli, överdos av centralstimulerande narkotika, serotonergt syndrom eller malignt neuroleptikasyndrom. Vid oklar, snabbt tilltagande hypertermi där vanligare diagnoser uteslutits bör också DNP-intoxikation finnas med som möjlig differentialdiagnos. Giftinformationscentralen följer utvecklingen gällande detta preparat och kan konsulteras om misstanke om sådan förgiftning uppkommer.

Konklusion

DNP har för länge sedan identifierats som ett ytterst riskabelt bantningspreparat, men substansen har genom internetförsäljning åter blivit aktuell efter att i stort sett ha varit borta från marknaden i mer än 70 år. Uttalad svettning, muskelsmärta och hyperventilation kombinerat med accelererande hypertermi av oklar genes kan tyda på DNP-förgiftning. Symtomen i tidigt skede är viktiga att känna igen eftersom behandlingsinsatserna kan visa sig vara otillräckliga för att rädda patientens liv vid fullt utvecklad symtombild.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

LÄS MER Engelsk sammanfattning Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Colman E. Dinitrophenol and obesity: an early twentieth century regulatory dilemma. Regul Toxicol Pharmacol. 2007;48:115-7.
2. Grundlingh J, Dargan PI, Bestwick JP, et al. 2,4-dintrophenol (DNP): a weight loss agent with significant acute toxicity and risk of death. J Med Toxicol. 2011;7:205-12.
3. Miranda EJ, McIntyre IM, Parker DR, et al. Two deaths attributed to the use of 2,4-dinitrophenol. J Anal Toxicol. 2006;30:219-2.
4. Tainter M, Cutting WC, Hines E. Effects of moderate doses of dinitrophenol on the energy exchange and nitrogen metabolism of patients under conditions of restricted dietary. J Pharmacol Exp Ther. 1935;55:326-53.
5. Kurt TL, Anderson R, Petty C, et al. Dinitrophenol in weight loss: the poison center and public health safety. Vet Hum Toxicol. 1986;28:574-5.
6. Siegmueller C, Narasimhaiah R. »Fatal 2,4-dinitrophenol poisoning ... coming to a hospital near you«. Emerg Med J. 2010;27:639-40.
7. Livsmedelsverket. Varning för bantningsprodukter med dinitrofenol [pressmeddelad]. 23 maj 2013 [citerat 14 okt 2013]. http://www.slv.se/sv/ grupp3/Pressrum/Nyheter/Pressmeddelanden/Varning-for-bantningsprodukter-med-dinitrofenol/
8. McFee RB, Caraccio TR, McGuigan MA, et al. Dying to be thin: a dinitrophenol related fatality. Vet Hum Toxicol. 2004;46:251-4.
9. Suozzi JC, Rancont CM, McFee RB. DNP 2,4-dinitrophenol: a deadly way to lose weight. JEMS. 2005;30:82-9.

Citera som: Läkartidningen. 2014;111:CSLU

Anhörigas insatser efter stroke är omfattande och ofta livslånga

Följderna för anhöriga behöver uppmärksammas mer, visar enkätstudie

KERSTIN HULTER ÅSBERG, docent, överläkare, Medicinskt centrum, Lasarettet, Enköping kerstin.hulter.asberg@neuro.uu.se
ANNA SÖDERHOLM, projektledare, Riks-Strokes kansli, Umeå; Västerbottens läns landsting
DANIELA BJARNE, sakkunnig, STROKE-Riksförbundet; patient- och närståenderepresentant i Riks-Stroke, Stockholm
LENNARTH JOHANSSON, docent, Aging Research Center, Karolinska institutet, Stockholm

Årligen insjuknar ca 30 000 personer i Sverige i stroke. De flesta, mer än 80 procent, är över 65 år. Även om incidenstalet för förstagångsstroke minskat något så ökar antalet yngre (18–45 år) som insjuknar i stroke [1]. Med närmare 1 miljon vårddagar per år är stroke den enskilda kroppssjukdom som svarar för flest vårddagar på sjukhus. På grund av att hjärnskadan vid stroke ofta ger bestående funktionsnedsättning krävs stora resurser också i kommunala särskilda boenden och i kommunal hemtjänst. Men samhällets insatser räcker inte. Anhöriga betyder mycket för att skapa kontinuitet och livskvalitet för den som fått stroke.

Forskning och stöd från samhället

Forskningen om konsekvenserna för anhöriga till personer som drabbas av sjukdom har i Sverige framför allt fokuserat på anhöriga till personer med demens men också psykisk sjukdom, Mb Parkinson, stroke, cancer och KOL [2-4]. I en översikt från Nationellt kompetenscentrum Anhöriga redovisas ett 30-tal svenska studier om anhörigvårdares hälsa [5]. Rapporten drar slutsatsen att hälsobegreppet behöver utvidgas och omfatta graden av ömsesidighet mellan anhörigvårdaren och den vårdade, som utgör en hälsofrämjande kraft, till skillnad från graden av isolering som anhörigvårdaren kan uppleva [6-8].

Socialstyrelsen har sammanställt evidensen beträffande effekter av stöd till anhöriga som vårdar sköra äldre och personer med demenssjukdom [9, 10]. Man rekommenderar kombinerade stödinsatser, som utbildning, rollspel, problemlösning, stresshantering och färdighetsträning.

Anhörigas behov av stöd ledde fram till en ny bestämmelse i 5 kap 10 § socialtjänstlagen (2009), som innebär att kommunerna »ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder« [11].

Det nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke har vid två tidigare tillfällen i samarbete med Socialstyrelsen kartlagt situationen för anhöriga till personer som insjuknat i stroke [12-14]. Vid det första tillfället erbjöds anhöriga att bidra med öppna kommentarer till den utsända patientenkäten. Dessa vittnesmål från anhöriga blev en väckarklocka för att förstå deras situation efter den akuta sjukdomsfasen och har dokumenterats [15]. Resultatet av fyra års enkäter (2009–2012) till anhöriga har nyligen publicerats [16]. Bland annat framkom att drygt hälften av de anhöriga ansåg att den som insjuknat i stroke var helt eller delvis beroende av deras tillsyn och hjälp.

Syftet med denna artikel är att beskriva några konsekvenser för anhöriga när en närstående insjuknat i stroke.

METOD

Riks-Strokes anhörigenkät innehöll 20 frågor som belyste anhörigas grad av bundenhet, vilken hjälp de utförde, hur de själva mådde, vilka kontakter de haft inom landsting och kommun för att själva få stöd samt i vilken grad de var nöjda med den vård som deras närstående med stroke fått. Anhörigenkäten skickades ut tillsammans med patientenkäten vid ettårsuppföljningen av strokepatienter under november 2009–2011 samt hela 2012. Patienten fick i uppgift att ge enkäten till sin närmaste anhöriga, som kunde förväntas vara den som också var deras stödperson. Totalt skickades ettårsuppföljningen med medföljande anhörigenkät till 21 676 patienter åren 2009–2012. Sammanlagt svarade 15 874 patienter på ettårsuppföljningen, och 12 040 anhöriga besvarade anhörigenkäten.

Anhörigenkäten besvarades alltså av anhöriga till 76 procent av de patienter som svarade på ettårsuppföljningen under de fyra åren. Svarsfrekvensen varierade från 71 till 81 procent mellan olika län. Ser man till det totala antalet ettårsöverlevande var svarsfrekvensen 55 procent. Från tidigare ettårsstudier gjorda av Riks-Stroke vet man att det är de äldsta, de sjukaste och de som finns i särskilt boende i kommunen som dominerar bortfallet. De anhöriga som deltog var mellan 11 och 101 år (medelålder 65,8 år). Två av tre var make/maka/partner, och var fjärde var barn till den som haft stroke. Två av tre var kvinnor.

Vi avgränsar här materialet till åren 2010–2012 eftersom vissa frågeformuleringar ändrades mellan 2009 och 2010. Från 2010–2012 har endast någon mindre förändring gjorts av enstaka frågor. Resultatet baseras på 11 345 anhörigsvar. Eftersom det inte finns någon skarp gräns mellan dem som själva angav sig vara vårdgivande anhöriga och övriga anhöriga, som också kan ha varit vårdgivande i praktiken, redovisas resultatet för dels dem som uppgav sig vara vårdgivande anhöriga, dels samtliga anhöriga. Statistisk bearbetning har skett vid Riks-Strokes kansli i Umeå.

RESULTAT

På frågan »Är din närstående i dag beroende av tillsyn och hjälp från dig?« svarade 5 810 personer (51 procent av alla anhöriga) »Ja, helt eller delvis«. Denna grupp utgör de vårdgivande anhöriga. Av dessa var drygt hälften, 3 358, samboende med den som haft stroke. Tabell I visar sociodemografiska

SAMMANFATTAT

Studiens syfte var att beskriva konsekvenserna för anhöriga när en närstående insjuknat i stroke. Drygt 11 000 anhöriga svarade på Riks-Strokes enkäter 2010–2012.
Drygt hälften var vårdgivande anhöriga vars liv förändrats genom bundenhet till hemmet och omfattande hjälpinsatser.
Många under 65 år hade gått ner i arbetstid eller lämnat arbetslivet på grund av vårdupp-giften. Denna grupp hade minst kunskap om vart de kunde vända sig för att få råd och stöd.
Anhörigas roll har blivit allt viktigare när personer med funktionsnedsättning förväntas bo kvar hemma.
Vårdgivande anhöriga behöver återkommande stöd för sin ofta livslånga vårdinsats och bör uppmärksammas också i andra kvalitetsregister.

TABELL I. Sociodemografiska data för anhöriga totalt (A), vårdgivande anhöriga (VA), vårdgivande anhöriga som också var samboende (SVA) och närstående med stroke.

	A, n = 11 345	VA, n = 5 810	SVA, n = 3 358
Anhöriga			
Medelålder, år	65,8	66,6	72,0
Kvinnor, procent	66,9	66,0	64,5
Sambo med den som haft stroke, procent	64,8	58,2	100,0
Relation			
Make/maka/partner, procent	65,6	57,8	93,3
Barn, procent	25,7	32,3	3,1
Syskon, procent	2,1	2,4	0,3
Annan, procent	6,5	7,5	3,2
Andel vars närstående är beroende av tillsyn och hjälp, procent	52,1	100,0	100,0
Den som haft stroke			
Medelålder, år	74,1	76,7	74,5
Eget boende, utan kommunal hemtjänst, procent	70,3	56,0	76,5
Eget boende, med kommunal hemtjänst, procent	18,4	30,7	21,5
Särskilt boende, procent	11,1	13,0	1,9
ADL-beroende, procent	35,4	53,9	47,9
Bedömer sig vara beroende av närståendes hjälp/stöd, procent	59,4	92,6	90,8

data för de anhöriga och deras närstående med stroke. Medelåldern var lika för anhöriga totalt och för vårdgivande anhöriga, 66 (14–101) år, medan gruppen vårdgivande samboendes medelålder var högre, 72 år. Könsfördelningen var lika. Den vanligaste relationen var maka/make/partner, men också barn var vanligt, särskilt i gruppen vårdgivande anhöriga, där en av tre var barn till den närstående med stroke.

Vårdgivande anhöriga uppgav att 56 procent av deras närstående med stroke hade eget boende utan hemtjänst, 31 procent hade eget boende med hemtjänst och 13 procent var vårdboende. Motsvararande andelar för alla anhöriga var 70, 18 respektive 11 procent.

Tillsyn och ADL

Figur 1 visar svaren på frågan »Kan din närstående klara sig utan din tillsyn?« Den anhöriges bundenhet belyses starkast av svaret »Ja, men bara en timme upp till en halv dag«. Så svarade 15 procent av alla anhöriga, nästan dubbelt så många (28 procent) av de vårdgivande anhöriga och hela 42 procent av samboende vårdgivande anhöriga.

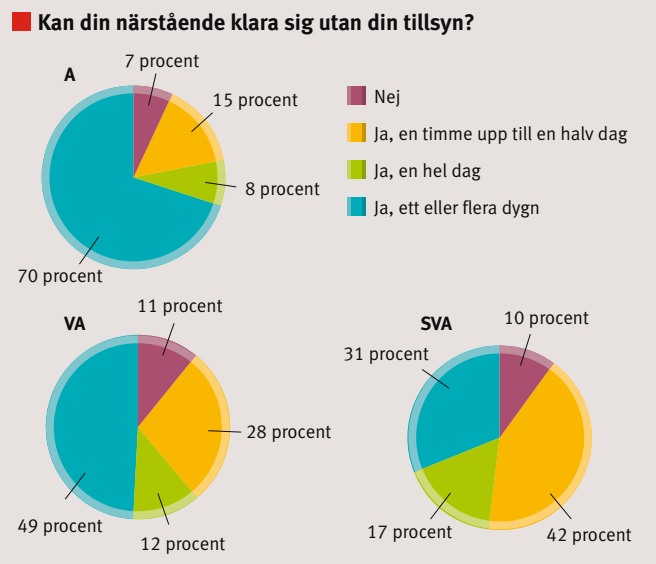
Behovet av hjälp med det dagliga livets aktiviteter avspeglas bl a i ADL-förmågan. Andelen av alla anhöriga som ibland, ofta eller alltid hjälpte till med ADL var 45 procent. För de vårdgivande anhöriga var motsvarande andel hela 76 procent. Tabell II visar andel av de tre grupperna som ofta eller alltid hjälpte till med dagliga aktiviteter och andra typer av stöd. I de vårdgivande grupperna var det oftast dubbelt så stor andel som hjälpte till som i hela gruppen anhöriga.

Egna intressen och påverkan på förvärvsarbete

Frågan »Kan du utöva de intressen du hade innan din närstående drabbades av stroke?« visar också en tydlig skillnad. Mer än dubbelt så många av alla anhöriga (61 procent) angav att de kunde utöva sina intressen som förut jämfört med de vårdgivande anhöriga som också var samboende (26 procent).

Av alla anhöriga hade 9 procent gått ner i arbetstid eller varit tvungna att lämna sitt arbete. Motsvarande andel bland vårdgivande anhöriga var 14 procent och bland vårdgivande anhöriga som också var samboende 24 procent.

På frågan hur de anhöriga bedömde sitt eget hälsotillstånd angav 12 procent av alla anhöriga, 16 procent av vårdgivande anhöriga och hela 20 procent av samboende vårdgivande anhöriga att det var ganska eller mycket dåligt.



Figur 1. Svar på frågan »Kan din närstående klara sig utan din tillsyn?« Andel alla anhöriga (A), n = 11 345, vårdgivande anhöriga (VA), n = 5 810, och vårdgivande anhöriga som också var samboende (SVA), n = 3 358.

TABELL II. Andel anhöriga som ofta eller alltid hjälper till med ADL-aktiviteter och annat stöd. Andel anhöriga totalt (A), vårdgivande anhöriga (VA) respektive vårdgivande anhöriga som också var samboende (SVA).

Aktiviteter	A, n = 11 345, procent	VA, n = 5 810, procent	SVA, n = 3 358, procent
Förflyttning utomhus	16	30	35
Av- och påklädning	8	15	21
Förflyttning inomhus	7	13	16
Toalettbesök	6	11	16
Specifika göromål (ekonomi, skriva brev etc)	40	63	53
Tagit över många sysslor (städa, köra bil, deklarera etc)	33	55	63
Aktiv i kontakten med vården och omsorgen	31	49	44
Med rehabilitering (t ex promenader, träningsprogram)	16	27	34
Annat	12	15	12

Nöjd/missnöjd med vården, kontaktvägar

På frågan om de var nöjda eller missnöjda med de olika vårdformerna var det ingen större skillnad mellan grupperna. Med sjukhusvistelsen var 90 procent nöjda eller mycket nöjda, med rehabiliteringen respektive primärvården ca 60 procent och med kommunen 50 procent.

En relativt stor andel svarade »Vet ej« på flera av frågorna. På frågan om de var nöjda med vården i kommunen svarade 35 procent »Vet ej«, med primärvården var motsvarande andel 20 procent och med rehabiliteringen 18 procent. Beträffande

sjukhusvården svarade endast 4 procent »Vet ej«. På frågan »Vet du vem du kan kontakta i dag inom vården (landstinget eller kommunen) när du som anhörig behöver råd eller stöd?« svarade 62 procent av alla »Ja«. Kunskapen ökade gradvis från 43 procent i den yngsta gruppen (<30 år) till 73 procent i den äldsta gruppen (>85 år).

DISKUSSION

Syftet med anhörigenkäterna var att öka kunskapen om vissa konsekvenser för anhöriga när en närstående insjuknat i stroke. Kunskapen behövs för att utveckla strokevården, inte minst eftervården av dem som haft stroke och deras anhöriga. Enkäter är en grov metod för att inhämta vissa konkreta uppgifter om anhörigas situation och behöver kompletteras med individuella bedömningar i varje enskilt fall som underlag för ett bra anhörigstöd.

Enkät med god svarsfrekvens

Riks-Stroke har genomgående haft god svarsfrekvens, vilket tolkas som att anhöriga har satt värde på att bli tillfrågade och vill att deras röster blir hörda. En analys av bortfallet i Riks-Stroke har visat att det är de äldsta och sjukaste, oftast i vårdboende, som inte svarat. Detta torde även gälla anhöriga, som själva kan vara gamla och lida av sjukdom. Relationen mellan en anhörig och den närstående med stroke kan påverka enkätsvaret så att man antingen aggraverar situationen eller skönmålar den. Det förelåg dock stor överensstämmelse mellan strokepatienter och anhörigas uppfattning om beroendet av anhörigstöd.

Resultatet av denna studie visar att det var de vårdgivande anhöriga som fått sitt liv påverkat i hög grad, trots att jämförelsen gjordes med hela anhöriggruppen. Många av dem kunde bara lämna den sjuke för högst en halv dag. Det visar på bundenhet och risk för social isolering. Anhörigas hjälpinsatser var omfattande. Många hjälpte till med praktiska sysslor och personlig omvårdnad dagligen. Många anhöriga svarade även för en rad andra insatser, som visar mångfalden av hjälp- och stödinsatser. En indikation på följder av att en närstående insjuknar i stroke är att många anhöriga i förvärvsaktiv ålder hade gått ner i arbetstid eller lämnat arbetslivet. Denna grupp var samtidigt mest okunnig om vart de kunde vända sig för att få råd och stöd.

Även anhörigas hälsotillstånd bör efterfrågas

Var femte av de samboende anhöriga uppgav sitt eget hälsotillstånd som dåligt, vilket torde innebära en särskilt sårbar situation. I sjukvården finns i dag beredskap att fråga patienten om eventuell nedstämdhet och trötthet. Ovanstående visar att sjukvården bör bli mer aktiv med att fråga hur den anhörige mår och vilket stöd som behövs. På frågan om hur nöjda de var med olika delar av vården utanför sjukhuset för den som fått stroke kunde/ville många inte svara. Det kan tyda på att de inte fått någon eftervård eller att kvaliteten inte var bra.

»En indikation på följder av att en närstående insjuknar i stroke är att många anhöriga i förvärvsaktiv ålder hade gått ner i arbetstid eller lämnat arbetslivet.«

I dag förväntas patienten själv ta initiativ till vård, rehabilitering och annan hjälp från landsting och kommun. För patienter med funktionsnedsättning har anhörigas roll som initiativtagare och företrädare därmed blivit ännu viktigare. När man inte själv kan förflytta sig, klara dagliga aktiviteter, tala etc blir man beroende av någon som kan stötta och hjälpa. Den offentliga vården och omsorgen kan stödja patienten, men det är anhöriga som kan stå för kontinuitet, som har kunskap bakåt om patientens personlighet och preferenser och som kan förmedla kunskapen vidare till vårdpersonal.

Stöd till anhöriga under hela vårdprocessen

Anhöriga får också ofta svara för emotionell stimulans, så långt de orkar, vilket betyder mycket för patientens livskvalitet. Många anhöriga vill och förväntas ställa upp för att strokepatienten ska kunna bo kvar hemma. För att orka med detta behöver anhöriga kunskap och information och, vid behov, avlösning för att inte riskera att själva bli sjuka. Lika viktigt är att patienten får tillgång till rehabilitering och funktionsuppehållande träning [17].

Det ligger i linje med den nationella utvärderingen av stroke [18]: »Socialstyrelsen förväntar sig att kommuner ser över hur de erbjuder och tillhandahåller anhörigstöd« och »att kommuner och landsting ger anhöriga mer information, framför allt om strokesjukdomen och dess förlopp, specifika behandlingsmetoder och möjligheter till anhörigstöd«. Det kan ske genom att strokevården i hela vårdprocessen uppmärksammar anhörigas behov av stöd redan i akutskedet och att det följs upp parallellt med patientens eftervård.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

LÄS MER Engelsk sammanfattning Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Rosengren A, Giang KW, Lappas G, et al. Twenty-four-year trends in the incidence of ischemic stroke in Sweden from 1987 to 2010. Stroke. 2013;44(9):2388-93.
2. Forsberg-Wärleby G. Spouses of stroke patients. Psychological well-being and life satisfaction. [dissertation]. Göteborg: Sahlgrenska akademin; 2002.
3. Jönsson AC, Lindgren I, Hallström B, et al. Determinants of quality of life in stroke survivors and their informal caregivers. Stroke. 2005; 36:803-8.
4. Lökk J. Anhörigvårdare – oorganiserad, oerkänd och oavlönad omsorgsresurs. Enkätstudie av närstående vårdgivare till parkinsonpatienter. Läkartidningen. 2009; 41:2616-9.
5. Erlingsson C, Magnusson L, Hanson E. Anhörigvårdares hälsa. Nationellt kompetenscentrum Anhöriga. Kunskapsöversikt 2010:3.
6. Jönsson AC. Life after stroke. Outcomes and views of patients and carers [dissertation]. Lund: Lunds universitet; 2007.
7. Wallengren Gustafsson C. De kan, de vill och de orkar, men ... studier av närstående till personer drabbade av stroke samt granskning av informationsmaterial från svenska strokeenheter [dissertation]. Borås: Högskolan i Borås; 2009.
8. Bäckström B. En tillvaro av utanförskap. En longitudinell studie om att vara i medelåldern och närstående till person som insjuknat i stroke [dissertation]. Sundsvall: Mittuniversitetet; 2010.
9. Socialstyrelsen. Effekter av stöd till anhöriga som vårdar äldre med demenssjukdom eller sköra äldre – en systematisk översikt. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012. Artikelnr 2012-12-17.
10. Dahlrup B, Nordell E, Andren S, et al. Family caregivers' assessment of symptoms in persons with dementia using the GBS-scale: differences in rating after psychosocial intervention – an 18-month follow-up study. Clin Interv Aging. 2011;6: 9-18.
11. Socialdepartementet. Stöd till personer som vårdar och stödjer närstående. Prop. 2008/09:82.
12. Hulter Åsberg K, Johansson L. Två år med stroke ur ett anhörigperspektiv. Socialmedicinsk tidskrift. 2002;2:146-52.
13. Socialstyrelsen. Livssituationen två år efter stroke. En uppföljning av strokedrabbade och deras närstående. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004. Artikelnr 2004-123-40.
14. Hulter Åsberg K, Johansson L, Staaf A, et al. Livet efter stroke. Nationell studie visar stort beroende av anhöriga. Läkartidningen. 2005;41:2938-41.
15. Socialstyrelsen. Anhörigas röster – om att se, förstå och stödja anhöriga till äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005. Artikelnr 2005-131-1.
16. Anhörigas situation. Rapport från Riks-Stroke. Umeå; 2013.
17. Gosman Hedström G, Dahlin-Ivanoff S. »Mastering an unpredictable everyday life after stroke« – older women's experience of caring and living with their partners. Scand J Caring Sciences. 2012;26(3):57-97. OBS!
18. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering – Strokevård. Stockhom: Socialstyrelsen; 2011. Artikelnr 2011-11-2.

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

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



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

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

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

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

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

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

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

08-15-MUSC-1094208-0000 Aug 2013

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

ARCOXIA® (etoricoxib, MSD)

Citera som: Läkartidningen. 2014;111:CSWD

Från barnklinik till vuxenklinik via specialmottagning

Erfarenheter av HIV-smittade unga som varit sjuka hela sitt liv

KATARINA WESTLING, docent, överläkare, infektionskliniken katarina.westling@karolinska.se
ERIK BELFRAGE, med dr, Astrid Lindgrens barnsjukhus
LARS NAVÉR, docent, överläkare, Astrid Lindgrens barnsjukhus
JAN VESTERBACKA, bitr överläkare, infektionskliniken; samtliga Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge

Överföring av kroniskt sjuka barn från barnklinik till vuxenklinik är ofta komplicerad och kan leda till problem för patienten och patientens familj [1, 2]. Frågan har diskuterats i många forum, bl a på Medicinska riksstämman.

Barnet med en kronisk sjukdom har på barnkliniken oftast mött vårdgivare tillsammans med sina föräldrar. Vanligtvis har det funnits ett multidisciplinärt tänkande med läkare, sjuksköterskor och kuratorer som aktivt kontaktat familjerna om patienten uteblivit från besök. På barnkliniken finns också vana av att ha kontakt med skola och socialtjänst.

Bakgrund

Från denna proaktiva vård förväntas den unga patienten som växer upp ta steget till att på egen hand sköta sina kontakter med vuxensjukvården. Detta resulterar ofta i problem, t ex vad gäller följsamhet till behandling och/eller uteblivna besök [1]. Övergången sker under en period i livet då den kognitiva och exekutiva förmågan inte är färdigutvecklad och då många ungdomar är långt ifrån rustade att självständigt ta ansvar för en långsiktig behandling [3].

Detta var också vår erfarenhet vid överföring av barn med HIV-infektion från barnklinik till infektionsklinik. HIV-infektionen ställer dessutom betydligt högre krav på den unga patienten än andra kroniska sjukdomar. Kombinationsbehandling med antiretrovirala läkemedel har dramatiskt förbättrat överlevnaden för HIV-infekterade barn och ungdomar men innebär stora krav på följsamhet. Bristande följsamhet kan leda till utveckling av resistens, vilket i sin tur kan medföra HIV-relaterade komplikationer och försämrad överlevnad.

Till skillnad från nyinsjuknade äldre ungdomar som kommer direkt till infektionskliniken har ungdomarna från barnkliniken oftast smittats perinatalt – under graviditet, förlossning eller via amning. Vid överföringen från barn- till vuxenklinik har de således varit sjuka hela sitt liv. De har lång erfarenhet av HIV-medicinering och många även av biverkningar. Sexualdebuten är dessutom komplicerad med tanke på de krav som smittskyddslagstiftningen ställer på att skydda partnern från HIV-smitta.

Mot denna bakgrund planerades en överföringsmottagning för unga HIV-patienter i åldern 16–24 år gemensamt av Astrid Lindgrens barnsjukhus och infektionskliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge. Den gemensamma planeringen startade under 2008 och innefattade bl a studiebesök vid och erfarenhetsutbyte med HIV-mottagningar i London.

Vi bedömde att ett mottagningstillfälle per månad borde täcka behovet för den aktuella gruppen med ett besök var tredje månad per patient. Mottagningen skulle vara lättillgänglig tidsmässigt för att möjliggöra besök efter skol- eller arbetstid. De kvällar då HIV-mottagningen för unga äger rum bokas inga andra patienter in. Behovet av sex- och samlevnadsrådgivning skulle tillgodoses för att underlätta för ungdomarna att ha säkert sex förenligt med smittskyddslagstiftningen. Många av dem har begränsad sexualerfarenhet. Tanken var att arrangera en flexibel övergång av behandlingsansvaret från barn- till vuxenkliniken, med möjlighet att träffa olika personalkategorier från bägge klinikerna vid varje besök.

Mottagningen

Planeringen resulterade i att en överföringsmottagning för ungdomar med HIV startade hösten 2008. Den håller öppet i infektionsklinikens lokaler första onsdagen i varje månad med uppehåll under sommarsemestrarna. Mottagningen är bemannad med läkare, sjuksköterskor och kuratorer från båda klinikerna samt med två externt rekryterade sexologer. Ungdomarna möter oftast en representant för varje personalkategori vid mottagningsbesöken, som anpassas efter individuellt behov.

I början träffar patienten läkare, sjuksköterskor och kurator från barnkliniken och senare under överföringsprocessen personal från båda klinikerna samtidigt. Definitiv överföring sker vid 18–20 års ålder, och patienten kan sedan gå kvar på överföringsmottagningen som infektionspatient. Vid uteblivet besök kallas patienten till nästa månads mottagning eller erbjuds annan tid om behoven föranleder detta. Ungdomarna kommer till mottagningen i genomsnitt var tredje månad. Personalgruppen har ett kort uppstartsmöte där tiderna fördelas inbördes. Alla ungdomar kallas till samma tid, kl 16.30.

Vid mottagningsbesöket tas prov för HIV-RNA och CD4-celler samt, vid behov, blodstatus, njurfunktion och blodfetter. Behandlingsföljsamhet diskuteras och recept förskrivs. Den sociala situationenen och samlevnadsproblemen ventileras med kurator. Patienten kan träffa sexolog och diskutera frågor om sexualitet, tekniker för att undvika att smitta sin partner och preventivmedel. Det finns också en upparbetad kontakt med SESAM-mottagningen i Huddinge dit unga HIV-positiva kvinnor och män remitteras. För att förbättra verksamheten har vi har också genomfört en patientenkät för att utvärdera verksamheten ur ungdomarnas perspektiv.

Patienterna

Ett 40-tal patienter har besökt och behandlats på mottagningen, varav flera från andra län. Några ungdomar har flyttat till andra delar av landet för arbete eller studier. Vissa av dem kontrolleras på infektionskliniken på sin nya bostadsort, medan andra går kvar på infektionskliniken på Karolinska universitetssjukhuset.

Av de 34 patienter som nu är aktuella på överföringsmottag-

SAMMANFATTAT

En ny överföringsmodell med bra behandlingsresultat för HIV-positiva ungdomar beskrivs.
Tvärprofessionellt samarbete mellan infektions- och barnklinik är nödvändigt på grund sjukdomens komplexitet och den komplicerade social problematiken.

TABELL I. Demografiska data för HIV-infekterade unga (n = 34) vid överföringsmottagningen, Karolinska universitetssjukhuset.

Variabel	Antal
Ålder, 17–25 år	
Kvinnor/män	17/17
Födelseland	
Sverige	7
Afrikanskt	25
Asiatiskt	2
Lever med en biologisk förälder	
Ja	14
Nej	20
Upplevt förälders död	
Ja	25
Nej	9
Kontakt med sociala myndigheter	
Ja	18
Nej	16
Kontakt med barn- eller vuxenpsykiatri	
Ja	9
Nej	25
Drogmissbruk	
Ja	2
Nej	32

TABELL II. Behandlingsresultat för HIV-infekterade unga vid överföringsmottagningen, Karolinska universitetssjukhuset (november, 2013).

Parameter	Resultat
CD4-celler/ml, median (spridning)	580 (200–1 320)
Patienter med pågående antiviral behandling, n (procent)	30/34 (88)
Patienter med CD4 <200/µl, n (procent)[1]	0 (0)
Patienter med CD4 <350/µl, n (procent)[1]	5/34 (15)
Patienter med HIV-RNA <50 kopior/ml efter 6 månaders antiviral behandling, n (procent)[2]	27/30 (90)

[1]CD4 är ett mått på patientens immunförsvar. CD4 350/µl var under perioden gränsen för att sätta in antiviral behandling. CD4 <200/µl är ett mått på allvarligare immunbrist med ökad risk för infektioner.

[2]HIV-RNA <50 kopior/ml efter sex månaders behadling är det kvalitetsmått för effektiv behandling som används i Sverige.

»De flesta är födda utanför Sverige, och smittvägen är från mor till barn utom i tre fall. Över hälften har upplevt minst en förälders död ...«

ningen är 22 inskrivna vid barnkliniken och 12 vid infektionskliniken. De flesta är födda utanför Sverige, och smittvägen är från mor till barn utom i tre fall (Tabell I). Över hälften har upplevt minst en förälders död, och mindre än hälften bor med någon biologisk förälder. En fjärdedel har haft kontakt med psykiatrin och hälften med socialtjänsten. Hälften har haft problem med skolgång och/eller arbete.

Behandlingsresultaten framgår av Tabell II. Fyra av ungdomarna är obehandlade eller har uppehåll i HIV-behandlingen. Tre fjärdedelar har haft problem med att följa behandlingen, och en sjättedel har uttalade resistensproblem. I gruppen behandlade ungdomar har tre fjärdedelar en regim baserad på proteashämmare. En fjärdedel har upplevt besvärliga biverkningar, som fettomfördelning, gynekomasti eller hypertoni. Behandlingssvikt, dvs HIV-RNA ≥50 kopior/ml efter >6 månader med bromsmedicin, förekommer hos 10 procent (3/30). Således uppfyllde 90 procent av ungdomarna behandlingsmålet <50 HIV-RNA-kopior/ml efter sex månaders behandling. CD4 var mer än 350/µl hos 87 procent, och ingen av ungdomarna hade CD4 <200/µl.

Diskussion

Till skillnad från andra grupper av barn med en kronisk sjukdom har flera i denna patientgrupp andra belastande omständigheter, såsom invandrarstatus, traumatiserande upplevelser, förlust av föräldrar och en sexuellt smittsam sjukdom som komplicerar sexualdebuten. Kraven på följsamhet till behandling är mycket höga. HIV är fortfarande en stigmatiserande sjukdom kring vilken ungdomarna har svårt att vara öppna, trots att smittsamheten är minimal vid välbehandlad sjukdom. Dessa problem vid överföring av ungdomar med HIV från barn- till vuxenvård diskuteras över hela världen [4].

Mot denna bakgrund krävs ett multidisciplinärt omhändertagande. Den modell för övergång som vi utarbetat har fungerat väl under de fem år som verksamheten bedrivits. Mottagningen är uppskattad av ungdomarna, inte minst möjligheten att träffa en sexolog som är fristående från övriga vårdgivare. Ungdomarna kan då fritt ventilera sina tankar om den egna sexualiteten. Detta är en från smittskyddssynpunkt framgångsrik och viktig strategi, tror vi.

Beträffande mätbara parametrar som används för kvalitetssäkring av behandling i Sverige har denna grupp i stort sett samma behandlingsresultat som andra vuxna patienter [5] trots stor psykosocial belastning och följsamhetsproblem. Överföringen har underlättats av att klinikerna har ett gemensamt journalsystem och kvalitetsregister, InfCare HIV [5].

Konklusion

Organisationen med överföringsmottagning har inte lett till merarbete, tvärtom ökar arbetssättet effektiviteten. Genom att överföringsmottagningen för ungdomar koncentreras till ett besök i månaden och hela personalgruppen finns tillgänglig minskar risken för misstag i kommunikationen kring patienten, som annars kan tappas bort i en stor organisation. Den ger också möjlighet till informella diskussioner mellan båda klinikernas personal, som leder till förbättrade insatser för denna patientgrupp som varken är barn- eller vuxenpatienter.

Den modell som vi använt under en femårsperiod vid överföringen av HIV-infekterade ungdomar till vuxenklinik kan vara användbar även vid överföring av ungdomar med andra kroniska sjukdomar.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

LÄS MER Engelsk sammanfattning
Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Berg Kelly K. Sustainable transition process for young people with chronic conditions: a narrative summary on achieved cooperation between paediatric and adult medical teams. Child Care Health Dev. 2011;37(6):800-5.
2. Berg Kelly K.Transition: bridge over troubled water? Acta Paediatr. 2010;99(12):1782-4.
3. Colver A, Longwell S. New understanding of adolescent brain development: relevance to transitional healthcare for young people with long term conditions. Arch Dis Child. 2013;98(11):902-7.
4. Transitioning HIV-infected youth into adult health care. Committee On Pediatric Aids. Pediatrics. 2013;132(1):192-7.
5. http://infcare.com/hiv/sv

Citera som: Läkartidningen. 2014;111:CSTH

Diabetesögonsjukvård i förändring: ett stickprovs betydelse

ELISABET GRANSTAM, docent, överläkare, ögonkliniken, Västmanlands sjukhus, Västerås
elisabet.granstam@ltv.se

MONICA LÖVESTAM-ADRIAN, docent, överläkare, ögonkliniken, Skånes universitetssjukhus, Lund

Screening och behandling för ögonkomplikationer vid diabetes, diabetesretinopati, är en av ögonsjukvårdens viktiga uppgifter [1]. Diabetesförändringar i ögonen kan leda till allvarlig synnedsättning och blindhet om de inte upptäcks och behandlas i tid. Kontrollintervallen för diabetesretinopati är evidensbaserade och varierar mellan tre månader och tre år beroende på grad av retinopati [2]. Behandling med laser har sedan 1980-talet varit etablerad metod vid kärlnybildning i ögat och även vid synhotande svullnad av gula fläcken, makulaödem [3].

År 2011 godkändes anti-VEGF-läkemedlet (VEGF, vaskulär endoteltillväxtfaktor) ranibizumab (Lucentis) för injektionsbehandling vid makulaödem [4]. Ranibizumab förbättrar synen, ges som upprepade glaskroppsinjektioner och fordrar månadsvisa behandlingskontroller [4, 5] (Figur 1). Förbättrade och resurskrävande behandlingsmöjligheter samtidigt som incidensen diabetes ökar är en utmaning för diabetesögonsjukvården.

Intressegruppen

I Sverige startades inom ramen för Sveriges ögonläkarförening år 2010 en intressegrupp för ögonläkare som arbetar med diabeteskomplikationer. Intressegruppen har för närvarande 62 medlemmar och träffas årligen. En styrgrupp bestående av sju personer leder arbetet. Initialt fanns oro bland medlemmarna för att ökad arbetsmängd i form av injektionsbehandlingar för diabetesmakulaödem skulle kunna leda till förseningar av de planerade kontrollerna till ögonbottenfotografering, läkarbesök och laserbehandling. Intressegruppen beslöt att genomföra en undersökning av detta.

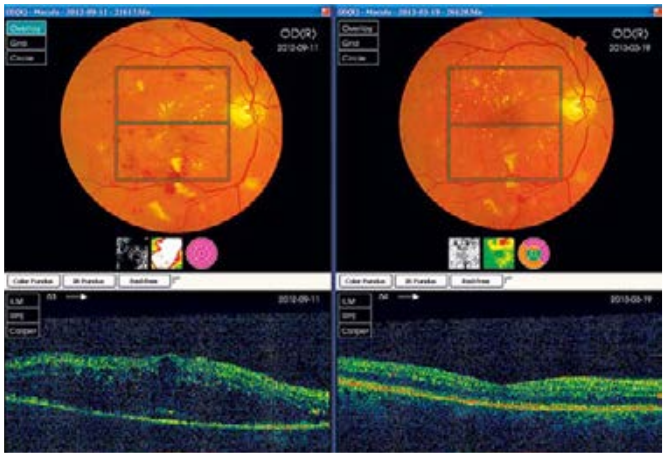
Väntetidsundersökningen

Alla intresserade kliniker som screenar och behandlar diabetesögonkomplikationer inbjöds att delta. Undersökningen utformades som ett stickprov omfattande 20 konsekutiva patienter inom olika kategorier: läkarbesök, laserbehandling och ögonbottenfotografering. År 2013 tillkom kategorin kontroll efter injektionsbehandling. Patienter som själva avbokat tid exkluderades. För varje patient registrerades planerat kontrollintervall, verkligt kontrollintervall samt eventuell försening. Stickprovet har hittills genomförts under fyra år, 2010–2013, med start 1 oktober årligen.

Antalet deltagande kliniker och antal utförda registreringar har successivt ökat under de fyra år som stickprovsundersökningen genomförts (Tabell I). Av de 21 kliniker som deltog i undersökningen år 2013 var 19 landstingskliniker, som såväl screenar som behandlar synhotande diabetesretinopati, och två var öppenvårdsmottagningar, som enbart erbjuder fotoscreening och/eller läkarkontroller.

TABELL I. Antal deltagande kliniker och antal registreringar.

År	Antal deltagande kliniker	Antal registreringar
2010	13	732
2011	13	634
2012	20	1 207
2013	21	1 239



Figur 1. Makulaödem orsakat av diabetes före och efter tre månatliga glaskroppsinjektioner med ranibizumab mätt med optisk koherenstomografi (OCT). Svullnaden över makula (gula fläcken) har minskat och synskärpan har förbättrats.

Resultat

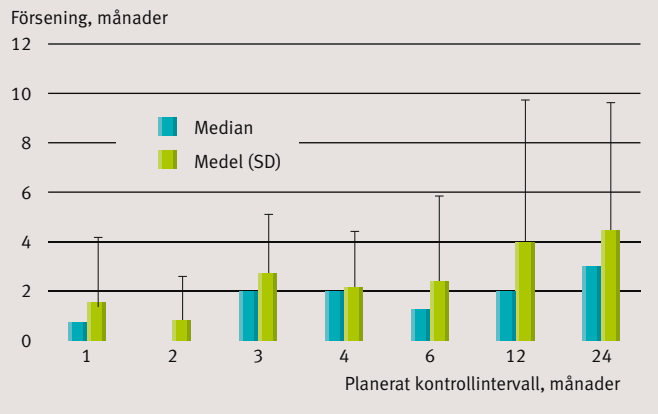
Resultaten från stickprovsundersökningen har redovisats och diskuterats vid intressegruppens årliga möte i december.

Undersökningen har visat att planerade besök för första ögonbottenscreeningfoto, laserbehandling och kontroller efter injektionsbehandling på alla deltagande kliniker genomförs utan försening. Planerade besök för läkarkontroll samt ögonbottenfotografering efter första fotot genomförs med viss försening. Undersökningen visar på stor varians, som tecken på att det finns skillnader mellan kliniker. Dessutom visar den att förseningarna ökar med längre planerat kontrollintervall (Figur 2).

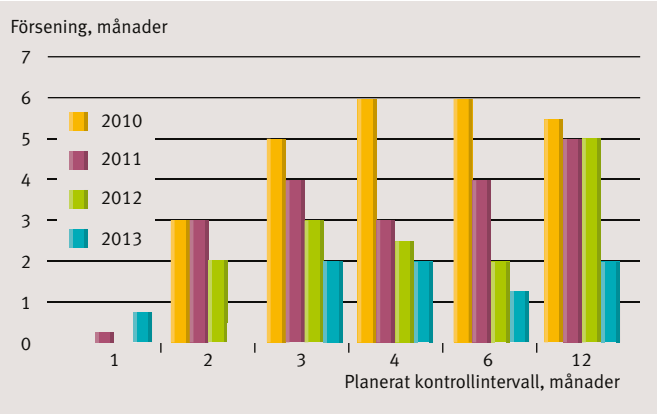
Stickprovsundersökningen har vidare visat att medianförseningen till planerat läkarbesök respektive ögonbottenfotografering inte har ökat under de senaste fyra åren (Figur 3).

SAMMANFATTAT

Nya, effektiva och resurskrävande behandlingsmöjligheter för synhotande diabetesretinopati tillkom 2011. Oro har funnits för att dessa skulle prioriteras och medföra längre väntetider för övrig diabetesögonsjukvård.
En stickprovsundersökning av försening till kontroll och behandling för diabetesretinopati har genomförts årligen 2010–2013.
Undersökningen visade ingen ökad försening, men det fanns skillnader mellan kliniker. Försening till planerad kontroll ökade med längre planerat kontrollintervall.
Undersökningen har stimulerat till förändringsarbete på flera kliniker.
Behovet av systematisk uppföljning av behandling för diabetesretinopati är stort, och ett kvalitetsregister är under uppbyggnad.



Figur 2. Försening till läkarbesök med planerat kontrollintervall 1–24 månader (medianvärde samt medelvärde, SD) för 2013.



Figur 3. Försening till läkarbesök med planerat kontrollintervall 1–12 månader åren 2010–2013 (medianvärde).

Diskussion

Initialt var antalet deltagande kliniker i stickprovsundersökningen litet, men antalet har ökat efter hand. I Sverige finns i landstingets regi 37 ögonkliniker som har kompetens och resurser för intravitreala injektioner [6]. Därutöver finns ett stort antal öppenvårdsmottagningar i såväl landstings- som privat regi, där screening och kontroller för diabetesretinopati genomförs. I den senaste stickprovsundersökningen deltog drygt hälften av alla kliniker som både screenar och behandlar synhotande diabetesretinopati.

Det är önskvärt att så många enheter som möjligt deltar i undersökningen för att få en mer heltäckande bild av situationen för diabetesögonsjukvården. Utformningen av undersökningen som ett stickprov har gjort att den uppfattas som enkel och minimalt tidskrävande att genomföra.

Resultatet från stickprovsundersökningen har givit upphov till diskussioner inom intressegruppen och inspirerat till förändringsarbete på den egna kliniken. På flera kliniker har läkarkontroller ersatts av ögonbottenfotografering kompletterad med undersökning med optisk koherenstomografi (OCT) för bedömning av makulaödem. Detta har lett till att betydligt fler patienter kan bedömas per mottagningspass och på så sätt har tillgängligheten ökat påtagligt.

Resultatet från stickprovsundersökningen har inte bekräftat den oro för generellt ökade väntetider inom diabetesögonsjukvården som fanns då undersökningen startades. I stället indikerar undersökningen minskande försening av planerade kontrollintervall. Resultatet måste tolkas med försiktighet eftersom undersökningen inte är heltäckande. Effektivare arbetssätt baserat på OCT-tekniken har bidragit till ökad tillgänglighet på flera kliniker. Det kan finnas en risk att patienter med långt planerat kontrollintervall blivit så kraftigt försenade att de endast i liten utsträckning fångats av de genomförda stickprovsundersökningarna. Detta kan då komma att visa sig vid framtida registreringar. En faktor som skulle kunna bidra till att väntetidssituationen förefaller stabil kan också vara en minskande incidens av synhotande diabetesretinopati i Sverige under senare år [7]. Ytterligare en möjlig förklaring till oförändrade väntetider skulle kunna vara att diabetesögonsjukvården fått ökade resurser genom omfördelning inom ögonspecialiteten, men det finns inga data som talar för ökande köer inom andra delar av ögonsjukvården.

Diskussion kring indikation för och kontroll efter injektionsbehandling med anti-VEGF-läkemedel för diabetesmakulaödem har givit uppslag till ytterligare verksamhetsutveckling på den egna kliniken. En annan angelägen fråga är kvalitetsuppföljning av injektionsbehandling för diabetesmakulaödem. I samarbete med Svenska makularegistret pågår arbete att utöka detta kvalitetsregister med en modul för uppföljning av behandling av diabetesmakulaödem.

Konklusion

Målsättningen för diabetesögonsjukvården är att kunna erbjuda alla patienter med diabetes evidensbaserad ögonsjukvård av god kvalitet i rätt tid. Resultat från den enkelt utformade årliga stickprovsundersökningen har givit ett bra underlag för diskussion och stimulerat till förbättringsarbete och verksamhetsutveckling på många kliniker. En ny stickprovsundersökning planeras i oktober 2014.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010 – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010. Artikelnr 2010-2-2.
2. Aiello LP, Gardner TW, King GL, et al. Diabetic retinopathy. Diabetes Care. 1998;21:143-56.
3. ETDRS research group. Photocoagulation for diabetic macular edema. Early Treatment Diabetes Retinopathy Study report number 1. Arch Ophthalmol. 1985;103:1796-806.
4. Massin P, Bandello F, Garweg JG, et al. Safety and efficacy of ranibizumab in diabetic macular edema (RESOLVE study): a 12-month, randomized, controlled, double-masked, multicenter phase II study. Diabetes Care. 2010;33:2399-405.
5. Diabetic Retinopathy Clinical Research Network. Elman MJ, Qin H, Aiello LP, et al. Intravitreal ranibizumab for diabetic macular edema with prompt versus deferred laser treatment: three-year randomized trial results. Ophthalmology. 2012;119:2312-8.
6. Makularegistret. Årsrapport 2012. http://www.eyenetsweden.se/
7. Nordwall M, Bojestig M, Arnqvist HJ, et al. Declining incidence of severe retinopathy and persisting decrease of nephropathy in an unselected population of type 1 diabetes – the Linköping diabetes complications study. Diabetologica. 2004;47:1266-72

Sommaradress?
Om du vill ta med Läkartidningen på semestern, anmäl då detta senast den 31 maj 2014.
08-790 33 41 el pren@lakartidningen.se
Läkartidningen

Citera som: Läkartidningen. 2014;111:CSLS

ABC om

Axelfrakturer, del 2:

Skapula- och proximala humerusfrakturer

GEORGIOS TSIKANDYLAKIS, specialistläkare (ST-läkare då artikeln skrevs) georgios.tsikandylakis@vgregion.se
JÓN KARLSSON, professor, överläkare
KRISTIAN SAMUELSSON, med dr, ST-läkare; de båda sistnämnda Sahlgrenska akademin; samtliga ortopedkliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Denna ABC-artikel, som är den andra av två ABC-artiklar om axelfrakturer, beskriver behandlingsstrategier vid skapula- och proximala humerusfrakturer. Anatomi och kliniskt status vad gäller dessa frakturer beskrivs i detalj i den första artikeln, »ABC om Axelfrakturer, del 1: Klavikelfrakturer«, publicerad i Läkartidningen nr 20/2014.

SKAPULAFRAKTURER

Skapulafrakturer är ovanliga och utgör endast 0,3 procent av alla frakturer och ca 3 procent av alla axelfrakturer. Skapulafrakturer uppstår oftast i samband med högenergitrauma. Mellan 60 och 90 procent av dessa frakturer är kombinerade med andra skador, varav revbensfrakturer är vanligast (32 procent). Nästan 5 procent av alla patienter med skapulafraktur har samtidigt skada på kärl eller plexus brachialis. Ungefär var fjärde patient har också ådragit sig en klavikelfraktur på samma sida och/eller luxation i akromioklavikularleden [1].

Skapulas skeletala förankring till axiala skelettet sker via klavikeln och manövreras av kraftiga muskler som bidrar till rörelse i glenohumeralleden och därmed hela övre extremiteten. Glenoiden, processus coracoideus, korakoklavikulära ligamenten, laterala klavikeln, akromioklavikularligamentet och akromion bildar en s k osseoligamentär cirkel, som kallas skuldrans superiora suspensoriska komplex. När denna cirkel bryts på två ställen uppstår en potentiellt instabil situation som kan jämställas med »flytande skuldra« [2]. Den klassiska definitionen av flytande skuldra består av en klavikelfraktur och en ipsilateral fraktur i collum scapulae.

Vid misstanke om skapulafraktur bekräftas diagnosen med slätröntgen. Datortomografi används för kartläggning och för preoperativ planering av mer komplexa skapulafrakturer, speciellt gleniodfrakturer.

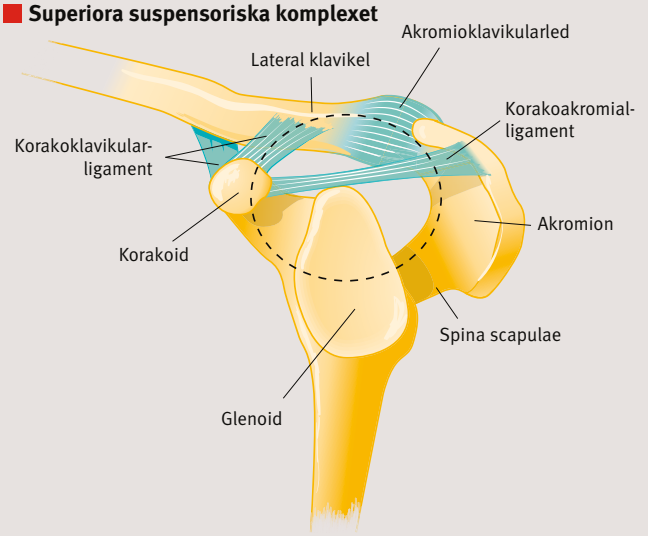
Klassifikationer

Den klassifikation som används mest i Europa är Euler–Rüedi, som delar in skapulafrakturer i 4 grupper: typ A (1–29 procent) är fraktur i corpus scapulae, enkel eller komminut; typ B (8 procent) är fraktur genom skapulas apofyser, t ex spina-, akromion- eller processus coracoideus-fraktur; typ C (25–40 procent) är fraktur i collum scapulae och typ D (23–55 procent) är intraartikulär fraktur i cavitas glenoidale [1, 3]. Typ D klassificeras ofta vidare i 6 subgrupper enligt Ideberg.

Behandling

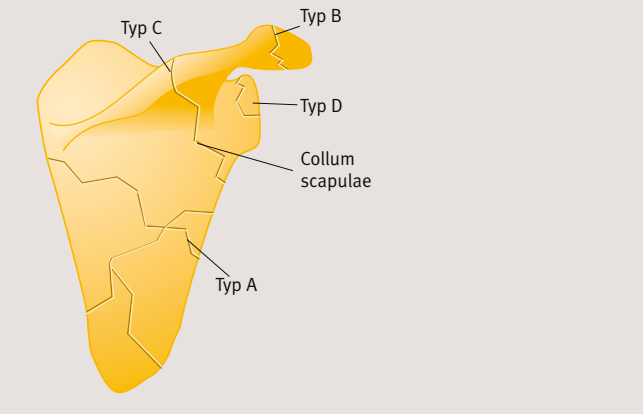
Icke-operativ behandling. Alla odislokerade skapulafrakturer, oavsett typ, behandlas icke-operativt. Odislokerade frakturer definieras som frakturer i corpus scapulae med <20 mm dislokation och <45 graders vinkelfelställning, i collum scapulae med <40 graders vinkelfelställning och <10 mm

Superiora suspensoriska komplexet



Skuldrans superiora suspensoriska komplex bildar en osseoligamentär cirkel.

Skapulafrakturer enligt Euler–Rüedi



Euler–Rüedi-klassifikation delar in skapulafrakturer i fyra grupper.

KLAVIKELFRAKTURER

I Läkartidningen nr 20/2014 publicerades den första av två ABC-artiklar om axelfrakturer. Då handlade det om klavikelfrakturer.

MEDICINENS ABC

Medicinens ABC är en artikelserie där läkare under utbildning tillsammans med handledare beskriver vanliga sjukdomstillstånd, procedurer eller behandlingar som en nybliven specialist ska kunna handlägga självständigt. Artiklarna ska ge praktisk handledning inom ett avgränsat område.
Ta kontakt med Läkartidningens medicinska redaktionschef för diskussion av valt ämne och upplägg innan skrivandet börjar.

dislokation eller glenoidfrakturer med <5 mm ledytehak [1, 4]. Behandlingen består av att armen immobiliseras med en slynga i smärtstillande syfte i 1 vecka. Därefter följer röntgenkontroll, framför allt vid intraartikulära frakturer, och rörelseträning kan påbörjas. Olika frakturtyper kan medföra olika restriktioner, t ex undviks abduktion och utåtrotation vid glenoidkantsfrakturer, som oftast uppstår vid främre axelluxation. Försiktigare mobilisering krävs också vid övriga glenoidfrakturer och frakturer av collum scapulae.

Kirurgisk behandling. De frakturtyper som behandlas kirurgiskt är oftast dislokerade frakturer i cavitas glenoidale och i collum scapulae. Absolut indikation för operation är dislokerad glenoidfraktur, fraktur av collum scapulae med vinkelfelställning >40 grader och medialisering av glenoiden >10 mm, där humerus kan komma i konflikt med corpus scapulae, och felställd fraktur på akromion. Relativ indikation för operation är corpus scapulae-fraktur med felställning så stor att rörelsen i den torakoskapulära förbindelsen blir störd, akromionfraktur som inte läker och flytande skuldra.

Dislokerade akromionfrakturer opereras för att förhindra symtomgivande felläkning, t ex subakromial inklämning. Fraktur av processus coracoideus opereras när den uppstår i samband med annan skada i skuldrans superiora suspensoriska komplex, t ex luxation i akromioklavikularled eller glenoidfraktur, men däremot inte vid en isolerad skada. Flytande skuldra med liten dislokation kan behandlas icke-operativt. Vid större dislokation räcker det oftast med fixation av klavikelfrakturen, vilket medför en indirekt reposition av den felställda collum scapulae-frakturen.

De flesta skapulafrakturer opereras med bakre incision samt öppen reposition och fixation med plattor och skruvar. Främre glenoidkantsfrakturer kan opereras med skruvfixation genom en främre incision via deltoideus- och pectoralis-musklerna eller med artroskopisk teknik, men detta kräver att ortopeden är van vid artroskopi. Postoperativt kan rörelseträning som regel påbörjas omedelbart.

Prognos och komplikationer

Frakturer på skapula har bra prognos. Drygt 80 procent läker med bra resultat oavsett frakturtyp och behandlingsval [3]. Prognosen är till stor del beroende på associerade skador. Eftersom det oftast rör sig om högenergitrauma med ibland livshotande skador, är skapulafrakturer ibland förbisedda och behandlingen försummad. Komplikationer som kan uppstå efter icke-operativ behandling är framför allt

- felläkning, vilken kan leda till smärta och torakoskapulära krepitationer (knäppande skuldra) vid typ A-fraktur
- subakromial inklämning, speciellt vid typ B-fraktur
- glenohumeral instabilitet
- posttraumatisk artros vid ledengagerande frakturer (typ C och D).

Fall av inklämning av suprascapularis- och axillaris-nerverna på grund av omfattande kallusbildning finns beskrivna.

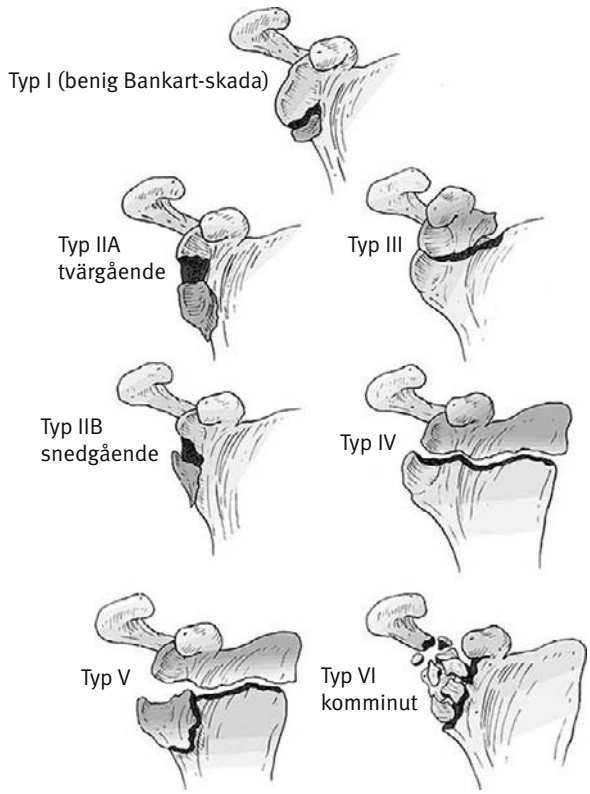
Kirurgisk behandling leder som regel till bra resultat, speciellt hos unga patienter. Komplikationsfrekvensen vid operation är låg, dock förekommer t ex postoperativ infektion, lossnande fixationsmaterial och nervskador på plexus brachialis, speciellt på axillaris- och suprascapularis-nerverna.

Prognosen vid behandling av flytande skuldra är också god efter såväl icke-operativ (läkning i 94 procent av fallen) som kirurgisk behandling (läkning hos 93–100 procent) [3].

PROXIMALA HUMERUSFRAKTURER

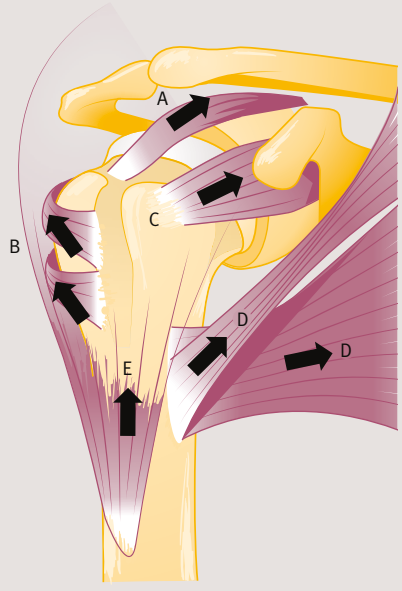
Hos vuxna utgör proximala humerusfrakturer ca 5 procent av alla frakturer och 50 procent av axelfrakturer. Incidensen ökar från 50 års ålder med högst incidens runt 65 år. Kvinnor

Glenoidfrakturer enligt Ideberg



Klassifikation av glenoidfrakturer enligt Ideberg. Typ I motsvarar en benig Bankart-skada som uppstår i samband med främre glenohumeralledsluxation (IA = främre glenoidkant, IB = bakre glenoidkant). Typ II löser glenoidens nedre pol, typ III glenoidens övre pol, typ IV är genomgående och typ V är en kombination av typ II och IV.

Proximal humerusfraktur



Muskelkrafter som verkar på proximala humerus kan förklara åt vilket håll fragmenten dislokerar vid en proximal humerusfraktur: A: Supraspinatus-muskeln drar tuberculum majus kranialt. B: Infraspinatus- och teres minor-musklerna drar tuberculum majus posteriort och medialt. C: Subskapularis-muskeln drar tuberculum minus medialt. D: Pectoralis major-muskeln drar skaftfragmentet medialt och deltoideus-muskeln (E) drar det kranialt. Vid en Neer 2 collum chirurgicum-fraktur ställer hela rotatorkuffen det proximala fragmentet i abduktion och flexion.

»Skapulafrakturer uppstår oftast i samband med högenergitrauma.«

är överrepresenterade med en kvot på 7:3 jämfört med män [5]. Hos barn är dessa frakturer däremot sällsynta och utgör endast 0,5 procent av alla frakturer [6].

Proximala humerusfrakturer är typiska osteoporosfrakturer, där fall från samma plan med armen utsträckt och lätt abducerad är den vanligaste skademekanismen. Hos yngre patienter krävs kraftigare våld som verkar direkt på axeln, t ex fall från höjd eller trafikolycka [7].

Fyra ossifikationspunkter bidrar till tillväxten av proximala humerus: caput humeri, tuberculum majus, tuberculum minus och humerusdiafysen. De olika frakturlinjer som uppstår följer huvudsakligen fyserna mellan dessa segment. De olika muskelkrafter som verkar i varje segment bestämmer hur segmenten dislokerar.

Vid misstanke om proximal humerusfraktur bekräftas diagnosen med slätröntgen. Vid en komplett traumaserie ingår anteroposterior, lateral och axillär projektion av glenohumeralleden. Datortomografi används för preoperativ planering av komplexa frakturer.

Klassifikationer

Den mest traditionellt använda klassifikationen för proximala humerusfrakturer är den s k 4-segmentsklassifikationen enligt Neer [8]. Den tar hänsyn till antal dislokerade segment, eventuell luxation i glenohumeralleden och skada på ledytan av caput humeri. De fyra segmenten är caput humeri, tuberculum majus, tuberculum minus och humerusdiafys. Varje segment består inte enbart av ben utan också av muskelfästen och kan omfatta flera odislokerade benfragment. Dislokationskriterium är ett avstånd på minst 1 cm mellan benfragment eller minst 45 graders vinkelfelställning. Beträffande dislokationsgraden för en isolerad tuberculum majus-fraktur anges en gräns på 5 mm, speciellt hos yngre patienter.

Ett annat klassifikationssystem, som fått allt mer uppmärksamhet, är AO-klassifikationen. Denna använder samma segmentindelning som Neer, men tar även hänsyn till blodförsörjning och risk för avaskulär nekros.

Behandling

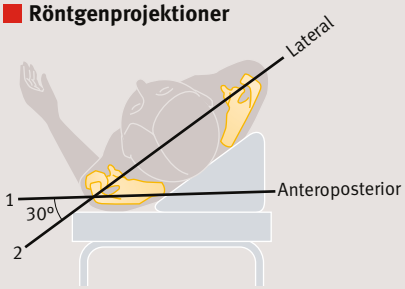
Avseende behandlingsalgoritmen av proximala humerusfrakturer är det viktigt att skilja mellan yngre patienter med höga funktionskrav och äldre patienter med osteoporos med lägre funktionskrav.

Icke-operativ behandling. Alla odislokerade (Neer 1) frakturer kan behandlas icke-operativt med bra resultat. Axeln immobiliseras som längst under 1 vecka. Hos äldre, som kan ha instabila frakturer, används axelförband. Hos yngre, som ofta har stabilare frakturer som tillåter tidig mobilisering, används vanlig »collar'n'cuff«-slynga.

Redan under immobiliseringstiden kan patienten påbörja rörelseträning om smärtan så tillåter. Efter 1 vecka görs en ny röntgenundersökning för att utesluta sekundär dislokation. Patienten mobiliseras därefter med hjälp av sjukgymnast med ökande belastning till dess frakturen är läkt, vilket vanligtvis tar 4–6 veckor. När tuberculum majus är frakturerad avvaktar man som regel med aktiv abduktion till ca 5–6 veckor efter det att frakturen uppstod. Hos äldre patienter kan även Neer 2- samt vissa Neer 3- och Neer 4-frakturer med s k valgusimpaktion behandlas icke-operativt med ett oftast tillfredsställande resultat.

Kirurgisk behandling. Ställningstagande till kirurgisk behandling är en balansakt av bedömning av frakturtyp, patientrelaterade faktorer och tillgänglig kirurgisk kompetens [9]. De flesta 3-segmentsfrakturer (Neer 3) – speciellt Neer 3-frakturluxationer hos äldre patienter, äkta Neer 4- med kluvet caput – ökar risken för caputnekros. Patientens

Röntgenprojektioner



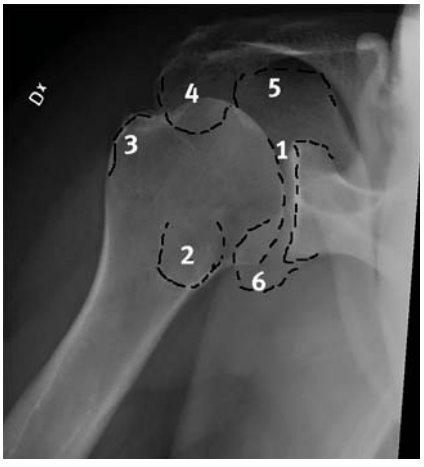
Skapulas plan (1) är anteverterat ca 30° i förhållande till kroppens frontalplan (2). En anteroposterior bild av axelleden tas med röntgenstrålen riktad vinkelrätt mot skapulas plan, dvs 30° medial vinkling mot kroppens frontalplan. En lateral bild tas med röntgenstrålen riktad parallellt med skapulas plan.



Anteroposterior bild av axelleden. Observera att glenohumeralleden behöver friprojiceras. 1) Glenohumeralled, 2) tuberculum minus och majus, 3) akromion, 4) lateral klavikel och 5) processus coracoideus.



Lateral bild av axelleden. 1) Caput humeri, 2) tuberculum minus, 3) tuberculum majus, 4) akromion, 5) lateral klavikel och 6) processus coracoideus. Skapula projiceras som ett Y med glenoiden (7) i centrum.



Axillär bild av axelleden. Axeln röntgas nerifrån genom armhålan. 1) Glenohumeralled, 2) tuberculum minus, 3) tuberculum majus, 4) akromion, 5) klavikel och 6) processus coracoideus.

biologiska ålder, benkvalitet, funktionskrav, livsstil, samsjuklighet och följsamhet räknas in i riskbedömningen för postoperativa komplikationer, t ex infektion och felläkning.

Det finns endast få absoluta indikationer för kirurgi, t ex

- öppna frakturer
- högenergiskada hos unga patienter med plexuspåverkan och frakturer med skada på arteria axillaris
- samtidig fraktur av skapula, som skapar instabilitet i skuldran
- patologisk fraktur
- kluvet caput
- frakturluxation hos äldre.

Vid samtliga andra frakturer är operationsindikation endast relativ, och operation föredras när man förväntar sig bättre funktionellt resultat än vid icke-operativ behandling. Kirurgisk behandling är vanligare hos unga och aktiva individer. Avhoppad Neer 2 collum chirurgicum-fraktur behandlas ofta med fixation med märgspik. Isolerade tuberculum majus- och tuberculum minus-frakturer behandlas ofta med öppen reposition och osteosutur. Stora fragment återfästes med skruv eventuellt kompletterad med osteosutur, och på sistone har även vissa tuberculum majus-frakturer behandlats med artroskopisk teknik [10].

Postoperativt undviks aktiv abduktion och utåtrotation under ca 6 veckor. En isolerad tuberculum majus-fraktur i samband med axelluxation där tuberkeln ligger utan dislokation på plats efter det att luxationen är hävd behandlas som en odislokerad (Neer 1) fraktur.

3-segmentsfrakturer (Neer 3) behandlas med öppen reposition och fixation med platta eller märgspik samt osteosuturer av tuberklerna. För äldre patienter ska beredskap för hemiartroplastik finnas.

4-segmentsfrakturer (Neer 4) är alltid korrelerade till en mycket hög risk för caputnekros och opereras företrädesvis med hemiartroplastik. Hemiartroplastik förutsätter en välfungerande rotatorkuff, och därför används ofta en omvänd axelprotes hos äldre patienter med allvarligt skadad eller kraftigt degenererad rotatorkuff. Den omvända axelprotesen är en icke-anatomisk protes, ursprungligen framtagen för patienter med dysfunktionell rotatorkuff. Postoperativt immobiliseras axeln maximalt i 10 dagar, därefter passiv rörelseträning till dess tuberklerna har läkt efter 6 veckor då aktiv träning påbörjas.

Neer 4-valgusimpaktionsfrakturer behandlas icke-operativt hos äldre och mindre aktiva individer, medan yngre patienter ofta erbjuds operation [11].

Prognos och komplikationer

Icke-operativ behandling av proximala humerusfrakturer är förenad med hög andel radiologisk läkning (98 procent) med goda funktionella resultat och låg risk för komplikationer (13 procent) [12].

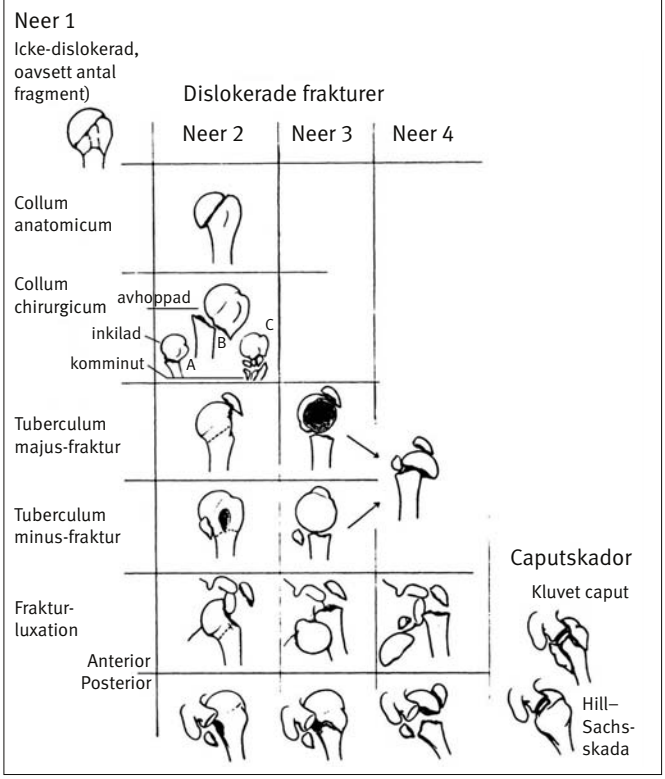
Den vanligaste komplikationen är felläkning i varusställning, som i sin tur kan orsaka subakromiell inklämning. Däremot är pseudartros och caputnekros ovanliga. Skada på nervus axillaris förekommer oftast i form av neurapraxi, vilken som regel återställs efter ca 3–4 månader.

Den ofta beskrivna kaudala subluxationen beror på en övergående svaghet av deltoideus-muskeln och brukar återställas med sjukgymnastik, men den fördröjer rehabiliteringsförloppet avsevärt.

Öppen reposition och fixation med platta och skruvar resulterar i mindre risk för felläkning, men är förknippad med ökad risk för postoperativa komplikationer som infektion, stelhet och skruvpenetration samt sekundär dislokation och caputnekros. Tidig mobilisering kan förhindra stelhet.

3- och 4-segmentsfrakturer med valgusfelställning av caput humeri har dislokerat från tuberklarna.

Proximala humerusfrakturer enligt Neer



Klassifikation av proximala humerusfrakturer enligt Neer. Siffrorna 1–4 avser antal dislokerade segment och inte Neers ursprungliga numrering (I–VI).

KLASSIFIKATION ENLIGT NEER

Neer 1. Omfattar alla odislokerade proximala humerusfrakturer oavsett antal fragment.

Neer 2. Fraktursystemet består av 2 dislokerade segment. Den vanligaste är Neer 2-collum chirurgicum-fraktur som kan vara inkilad eller avhoppad, där den senare är associerad med skada på såväl arteria axillaris som nervus axillaris. Neer 2-tuberculum majus-fraktur uppstår oftast i samband med främre glenohumeral luxation där tuberculum majus brukar lägga sig på plats efter en lyckad sluten reposition av luxationen. Neer 2-tuberculum minus-fraktur är en sällsynt skada och uppstår oftast i samband med krampanfall, varvid subscapularis-muskeln löser av tuberculum minus. Lika sällsynt är Neer 2-collum anatomicum-fraktur där endast

Neer 3. Fraktursystemet består av 3 dislokerade segment och omfattar alltid en collum chirurgicum-komponent plus ett tuberculum major- eller tuberculum minus-segment.

Neer 4. Vid denna frakturtyp är alla 4 segment separerade från varandra och cirkulationen i caput humeri är allvarligt påverkad. Neer 4-valgusimpaktionsfraktur är en snällare typ av fraktur, som till viss del skonar cirkulationen i caput.

Frakturluxation. Några Neer 2-, Neer 3- och Neer 4-frakturer kan ske i samband med luxation av glenohumeralleden, antingen främre eller bakre.

Kluvet caput. Fraktur med kluvet caput humeri.

»Proximala humerusfrakturer är typiska osteoporosfrakturer, där fall från samma plan med armen utsträckt och lätt abducerad är den vanligaste skademekanismen.«

KONSENSUS

De flesta är ense om att

- glenoidfrakturer som skapar instabilitet i glenohumeralleden behandlas med operation
- collum chirurgicum-frakturer (Neer 2) behandlas med märgspik eller platta och tuberkelfrakturer med osteosuturer
- Neer 3-fraktur behandlas med osteosyntes, framför allt med platta och skruvar
- Neer 3-luxationsfrakturer och Neer 4-frakturer behandlas med halvprotes.

Åsikterna går isär vad gäller

- huruvida »flytande skuldra« är en absolut indikation för operation
- huruvida spik är bättre än platta vid collum chirurgicum-fraktur (Neer 2)
- huruvida osteosyntes är bättre än icke-operativ behandling hos äldre med valgusimpaktionsfraktur (Neer 4)
- huruvida halvprotes är bättre än icke-operativ behandling hos äldre med Neer 4-fraktur.

put humeri har bättre prognos såväl vid icke-operativ som vid kirurgisk behandling än frakturer med annat dislokationsmönster. Färska studier hos äldre patienter visar på bättre funktionellt resultat, men ökad risk för reoperation efter fixation med platta och skruvar av 3-segmentsfrakturer (Neer 3) [13]. Patienter med 4-segmentsfrakturer (Neer 4) som opereras med primär hemiartroplastik får mindre värk, dock utan förbättrat rörelseomfång, än vid icke-operativ behandling [14].

Det är fortfarande oklart huruvida kirurgisk behandling även för specifika frakturtyper hos äldre ger bättre långtidsresultat än icke-operativ behandling [15].

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.



Neer 3-collum chirurgicum-fraktur opererad med sluten reposition och intramedullär spik.



Neer 3-fraktur som åtgärdats med öppen reposition och fixation med platta och skruvar.

REFERENSER

1. Lantry JM, Roberts CS, Giannoudis PV. Operative treatment of scapular fractures: a systematic review. Injury. 2008;39(3):271-83.
2. Goss TP. Double disruptions of the superior shoulder suspensory complex. J Orthop Trauma. 1993; 7(2):99-106.
3. Zlowodzki M, Bhandari M, Zelle BA, et al. Treatment of scapula fractures: systematic review of 520 fractures in 22 case series. J Orthop Trauma. 2006;20(3):230-33.
5. Court-Brown CM, Caesar B. Epidemiology of adult fractures: A review. Injury. 2006;37(8):691-7.
7. Malik S, Chiampas G, Leonard H. Emergent evaluation of injuries to the shoulder, clavicle, and humerus. Emerg Med Clin North Am. 2010;28(4):739-63.
8. Neer CS 2nd. Four-segment classification of proximal humeral fractures: purpose and reliable use. J Shoulder Elbow Surg. 2002;11(4):389-400.
9. Murray IR, Amin AK, White TO, et al. Proximal humeral fractures: current concepts in classification, treatment and outcomes. J Bone Joint Surg Br. 2011;93(1):1-11.
12. Iyengar JJ, Devcic Z, Sproul RC, et al. Nonoperative treatment of proximal humerus fractures: a systematic review. J Orthop Trauma. 2011;25(10):612-7.
13. Olerud P, Ahrengart L, Ponzer S, et al. Internal fixation versus nonoperative treatment of displaced 3-part proximal humeral fractures in elderly patients: a randomized controlled trial. J Shoulder Elbow Surg. 2011;20(5):747-55.
15. Handoll HH, Ollivere BJ. Interventions for treating proximal humeral fractures in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2010;12: CD000434.

LÄS MER Fullständig referenslista Läkartidningen.se

Vill du skriva en ABC-artikel?

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

Utmanande saklig Läkartidningen

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

Billigare med biosimilarer – men säkerheten går först


Foto: Colourbox

Allt fler så kallade biosimilarer godkänns, men de är inte okontroversiella. Apoteken får inte automatiskt byta ut biologiska läkemedel, och läkare bör inte byta inom samma klass. Detta är viktigt för att kunna genomföra väl kontrollerade och långsiktiga uppföljningar.

Biologiska läkemedel är ett framgångsområde för sjukvård och medicinsk forskning. I dag är de tillgängliga för behandling inom bland annat onkologi, reumatologi och hematologi. TNF-hämmare har etablerats som framgångsrik behandlingsmetod vid till exempel reumatoid artrit. Hematologi och onkologi har gjort stora framsteg tack vare monoklonala antikroppar.

Det första biologiska läkemedlet var insulin, som introducerades på 1920-talet. På 1950-talet, när Watson och Crick beskrev DNA-spiralen, togs ett stort steg för möjligheten att utveckla biologiska behandlingsmetoder. Därefter har utvecklingen fortsatt i rasande fart, och vi kan förvänta oss att biologiska läkemedel blir allt vanligare. Utvecklingen går snabbast inom reumatologi, men biologiska läkemedel kommer med stor sannolikhet att göra det möjligt att ta stora kliv framåt i behandlingen av en lång rad sjukdomar.

I dag kan man tillverka biosimilarer som är väldigt lika originalet. De första godkändes 2007, och nu är ett tjugotal godkända för användning inom EU. Introduktion av biosimilarer kommer att kunna minska kostnaderna för regioner och landsting. Generika har drivit ner priserna dramatiskt på många läkemedel så snart ett patent gått ut, men biosimilarer är inte kemiska generika och kan inte behandlas som sådana.

Det är ännu inte möjligt att tillverka identiska kopior av biologiska läkemedel. Det beror på att biologiska läkemedel tillverkas av levande organismer, inte genom syntes, och är större, mer komplexa molekyler. Antikroppar är proteinkomplex som består av ett stort antal aminosyror som måste arrangeras i en specifik sekvens och veckas på ett precist sätt samtidigt som kolhydratstrukturer adderas och positioneras på rätt ställe. Det är i dag omöjligt för ett konkurrerande bolag att ta fram en exakt kopia, men i framtiden kan detta ändras.

Själva produktionsprocessen kan också orsaka farmakologiska skillnader hos slutprodukten. Det kan röra sig om hur man renar och formulerar läkemedlet, hur det transporteras och slutligen hur det administreras.

Biosimilarer godkänns efter omfattande jämförande studier mot originalläkemedlet. Förutsättningen är att de kan visas ha likvärdiga egenskaper vad avser fysiokemiska karaktäristika, prekliniska och kliniska effekter samt säkerhet. Skillnaden i klinisk effekt bedöms från fall till fall men ska, enligt nuvarande erfarenhet, ligga inom intervallet ± 10–15 procent. Nedan följer ett antal viktiga punkter som förskrivande läkare, upphandlingsenheter och övriga beslutsfattare bör känna till:

För det första är originalläkemedel och biosimilarer inte utbytbara på samma sätt som generika. Förskrivande läkare bör därför inte byta ut ett biologiskt läkemedel inom samma klass. Detta kan medföra en risk för patienten, och dessutom vill man kunna säkerställa korrekt uppföljning. Enligt nuvarande regelverk får apoteken inte göra automatisk substitution. Möjligheten diskuteras dock, precis som för kemiska generika. När biosimilarer varit i kliniskt bruk en längre tid (>5 år) kan detta övervägas, om man genom noggrann farmakovigilans har tillräckliga uppgifter om långtidseffekter och effekter vid skilda diagnoser.

För det andra måste det vara upp till den behandlande läkaren vad patienten ska få förskrivet, inte en upphandlingsenhet. Detta gäller i synnerhet för biosimilarer som inte är identiska, och därmed inte utbytbara. I dag är det oklart var makten över valet av biopreparat kommer att ligga; hos patienten, förskrivaren, apoteken eller inköpsavdelningarna.

För det tredje måste biosimilarer följas upp under lång tid och på ett strukturerat sätt. Detta är ett krav och en del av godkännandeprocessen. Eftersom den kliniska effekten ska vara liknande den för originalläkemedlet behöver biosimilarer inte genomgå samma godkännandeprocess som nya läkemedel, det vill säga man behöver inte visa patientnyttan då detta har gjorts för originalpreparatet. Att fånga upp små farmakologiska skillnader jämfört med originalläkemedlet kräver lång tids uppföljning. Det är viktigt att fördela ansvaret för uppföljningen på ett tydligt sätt och planera den i god tid för att säkerställa att det finns resurser (personal, register osv).

För det fjärde måste man kunna följa förskrivningar av biosimilarer på ett korrekt sätt för att undvika sammanblandningar. Batchnummer bör registreras både på apotek och i patientens journal. Detta är en utmaning, men viktigt för att kunna följa upp behandling med biosimilarer på ett patientsäkert sätt.

Vi får inte glömma att utvecklingen av biosimilarer bland annat drivs av samhällets möjlighet att spara pengar. Kostnadsreduktionen för en biosimilar uppskattas till 15–35 procent av originalläkemedlet, men i den mån det uppstår konflikter mellan patientsäkerheten och besparingar är det viktigt att patientens säkerhet går först.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Författaren har varit föredragshållare vid symposier om biosimilarer anordnade av Roche, Amgen, Abbivie och Biosweden.

Lika som bär? Inte alltid … Det går ännu inte att tillverka identiska kopior av biologiska läkemedel.


Foto: Colourbox



HÅKAN MELLSTEDT
professor, Cancer Centrum Karolinska, Karolinska institutet/Karolinska universitetssjukhuset, Solna
hakan.mellstedt@karolinska.se

Sjukvården måste bli bättre på att upptäcka misshandel av äldre

Det behövs utbildning av vårdpersonalen och bättre rutiner när det gäller upptäckt, omhändertagande och uppföljning av misshandel av äldre, skriver Karin Erwander och medförfattare.

Barn- och kvinnomisshandel är svåra frågor som vi ofta talar om i sjukvården. Misshandel av äldre får av någon anledning mindre utrymme. Beror det på att äldre inte utsätts för misshandel, eller är det ett tecken på att det saknas kunskap i ämnet?

Med en ökande medellivslängd och förbättrade behandlingsmöjligheter kan många äldre leva ett bra liv trots flera sjukdomar och långa medicinlistor. De vårdgivare som ska ge den äldre människan vård och stöd kan ofta uppleva en stor fysisk och psykisk påfrestning. Studier har visat att ett ökat vårdbehov hos äldre ökar risken för trauma, men även för att den äldre utsätts för psykisk och fysisk misshandel [1].

Med misshandel av äldre menar vi exempelvis försummelse, fysiskt/psykiskt våld samt sexuellt/ekonomiskt utnyttjande. I studien »Ofrid?« som genomfördes i Umeå 2001 uppgav 13 procent av männen respektive 16 procent av kvinnorna att de någon gång efter det att de fyllt 65 år varit utsatta för våld eller övergrepp [2]. Liknande studier från USA rapporterar att 4–17 procent av den äldre populationen utsatts för misshandel.

I dag är cirka 20 procent av Sveriges befolkning 65 år eller äldre, och andelen beräknas fortsätta att öka de närmaste åren [3]. Trots de forskningsresultat som finns kring misshandel av äldre verkar det vara svårt att omsätta kunskapen i praktiken [4]. För att förbättra situationen för äldre som utsätts för misshandel måste medvetenheten bland sjukvårdspersonalen öka.

Hösten 2013 genomförde vi en retrospektiv journalgranskning vid akutmottagningen på Helsingborgs lasarett [opubl data; artikeln kan beställas från huvudförfattaren]. Syftet var att undersöka hur många äldre som sökt vård efter att ha utsatts för fysiskt våld och att kartlägga skadepanoramat bland de drabbade.

Alla patienter i åldrarna 65 år eller äldre som sökt vård på akutmottagningen under 2011–2012 inkluderades i studien. Endast vid 21 av totalt nära 40 000 besök uppgavs misshandel som orsak till besöket, ett lågt antal med tanke på resultaten i tidigare forskning.

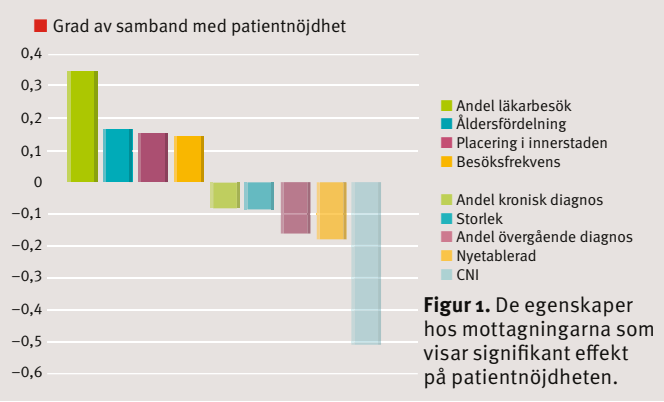
En anledning till att så få patienter identifierades kan

Missnöjda primärvårdspatienter i utsatta

Femårsutvärderingen av primärvårdens Vårdval Stockholm visar att ett högt vårdbehov skattat med det socioekonomiska behovsindexet CNI har ett starkt negativt samband med patientnöjdhet. Primärvårdspatienter från utsatta områden söker ofta akut på sjukhus. Ett socioekonomiskt index bör snarast införas i Vårdval Stockholms ersättningssystem.

Rapporten »Fem år med husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm« har tagits fram av Karolinska institutet och Stockolms läns landsting [1]. I utvärderingen har ett socioekonomiskt vårdbehovsindex, CNI (Care need index), införts som mätvariabel i relation till patientnöjdhet (se Fakta). Det framkommer i huvudrapporten [1] och mer detaljerat i en delrapport [2] att av de nio variabler som tas upp i Figur 1 [2] har ett högt vårdbehov skattat med CNI det mest negativa sambandet med patientnöjdhet.

I en underlagsrapport utarbetad inom Stockholms läns landsting [3], som undertecknad fått ta del av, framkommer det att de som är listade på husläkarmottagningar med förväntat större vårdbehov (högre CNI) bland de listade hade ett större antal akutbesök på sjukhus, ett statistiskt säkerställt samband. Vidare framkommer att de som är listade vid husläkarmottagningar med många akutbesök på sjukhus per listad i genomsnitt också är mer resurskrävande när de kommer till sjukhus. Rapportens författaren anser att man bör vara försiktig i tolkningen av detta senare fynd, och skriver att den slutsats man törs dra är att det inte finns någon tendens till att husläkarmottagningar med många akutbesök på sjukhus har det därför att deras listade söker sig till sjukhus med enklare besvär [3].



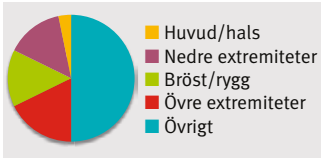
Figur 1. De egenskaper hos mottagningarna som visar signifikant effekt på patientnöjdheten.

Grafik: LT, efter original

Vårdcentraler i utsatta områden har listade invånare med stora vårdbehov. Dessa vårdcentralers patienter känner sig mindre nöjda med sin primärvårdsmottagning i frågor som rör patientnöjdhet, och de söker i större utsträckning akut på sjukhus. Varför har det blivit så?

I samband med att Vårdval Stockholm infördes 2008 togs det socioekonomiska indexet i Stockholms läns landsting bort. I genomsnitt förlorade då en vårdcentral i ett utsatt område två miljoner kronor mer i fast ersättning per år jämfört med en vårdcentral i ett välbärgat område [4]. Rinkeby vårdcentral, som hade det högsta värdet på socioekonomiskt index 2007, förlorade drygt 11 miljoner kronor i intäkter mellan 2007 och 2008. Personalstyrkan fick lov att nästan halveras trots ungefärligen samma antal listade personer [4].

Vårdcentraler i utsatta områden har för att kompensera sig för dessa resursförluster främst behövt ta ett större antal läkarbesök. Den prestationsbaserade ersättningen (den så kallade rörliga andelen), som främst har med an-



Grafik: LT, efter original

Figur 1. De vanligaste skadeområdena vid misshandel av äldre.

vara att många äldre som utsatts för misshandel av olika anledningar inte vågar berätta vad de varit med om.

En annan förklaring kan vara att sjukvårdspersonalen inte är medveten om att många äldre utsätts för misshandel. Det kan vara svårt att ställa rätt frågor, samtidigt som det inte alltid är helt uppenbart att vissa skadepanoraman bör väcka misstanke om misshandel. Figur 1 visar vilka skadelokalisationer som var vanligast i studien.

Ett annat problem som identifierades genom studien var att i samtliga fall av rapporterad misshandel saknades en planerad uppföljning av övergreppet. Det var också vanligt att de äldre som misshandlats av sina anhöriga återvände till samma ohälsosamma miljö efter vårdkontakten.

För att kunna möta behoven behövs mer utbildning för vårdpersonalen och bättre rutiner när det gäller upptäckt, omhändertagande och uppföljning av de misshandelsfall man hittar. Ett förslag är att införa ett screeningverktyg på akutmottagningar för att bättre kunna identifiera individer som utsatts för misshandel. Författarna hoppas och tror att det inom ramen för Socialstyrelsens satsning på samhällets mest sjuka äldre skapas utrymme för att driva frågan.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Karin Erwander
läkarstudent, Lunds universitet
Karinerwander@gmail.com
Kjell Ivarsson
med dr, divisionschef, Specialiserad närsjukvård, Skånevård Sund
Mathias Blom
AT-läkare, Gällivare; doktorand, Lunds universitet

REFERENSER
1. Lachs MS, Williams C, O'Brien S, et al. Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. Gerontologist. 1997;37(4):469-74.
2. Eriksson H. Ofrid? Våld mot äldre kvinnor och män – en omfångsundersökning i Umeå kommun. Umeå: Brottsoffermyndigheten; 2001.
3. SCB. Sveriges framtida befolkning 2006–2050. Demografiska rapporter 2006:2. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2006.
4. Bond MC, Butler KH. Elder abuse and neglect: definitions, epidemiology, and approaches to emergency department screening. Clin Geriatr Med. 2013;29(1):257-73.

MER DEBATT PÅ LÄKARTIDNINGEN.SE

Här publiceras utdrag ur ett inlägg som i sin helhet finns att läsa på Läkartidningen.se/debatt

Personer med schizofreni fortfarande bland de mest utsatta

Det har gått tjugo år sedan riksdagen år 1994 beslutade att avsluta den 130-åriga epok då att allvarligt psykiskt sjuka »vårdades« på institutioner som sinnessjukhus och mentalsjukhus. Beslutet bör ses som en stor socialpolitisk och humanitär reform. ––– Följderna av beslutet har dock vållat stora problem och lidanden för många personer med schizofreni och liknande psykoser, och en ökad belastning för de anhöriga. I dag är det allmänt känt att många personer med schizofreni och liknande psykoser fortfarande lever ett både kortare och sämre liv än före riksdagsbeslutet 1994.

Harald Wilhelmsson, Per Torell, Jimmie Trevett

områden söker akut på sjukhus

talet besök att göra, är i Stockholms läns landsting cirka 60 procent, en betydligt högre andel än i andra landsting. Utifrån den rörliga ersättningens utformning inom Stockholms läns landsting lönar det sig främst med korta okomplicerade läkarbesök då mottagningarna får betydligt högre ersättning för läkarbesök än för sjuksköterskebesök. Läkarbesöken ger samma ersättning oberoende av svårighetsgrad och tidsåtgång. Av ekonomiska skäl kan telefonrådgivning och sjuksköterskebesök omvandlas till läkarbesök genom att man exempelvis på vårdcentralerna vissa dagar har så kallad »snuvmottagning«. Det finns också visst stöd för att patienter med sammansatta vårdbehov i dag får besöken uppdelade på fler återbesök mot att tidigare ha fått alla åkommor bedömda och åtgärdade vid ett besök.

FAKTA
CNI (Care need index) är ett socioekonomiskt behovsindex för de listade individerna per mottagning. CNI baseras på sju variabler; antal ensamstående 64 år och äldre, antal utlandsfödda utanför Norden, antal arbetslösa, antal ensamstående föräldrar, antal som flyttat in det senaste året, antal lågutbildade och antal barn <5 år.

Patientnöjdhetsindex – medelvärde per mottagning av resultaten av fyra frågor ur patientenkäten om delaktighet, information, bemötande och helhetsintryck.

Ett flertal läkare i främst utsatta områden har genom åren vittnat om att de har varit tvungna att ta emot lätta, okomplicerade läkarbesök för att få budgeten att gå ihop. Redan 2008 visade en konsultrapport allvarliga brister med hög arbetsbörda på vårdcentraler i låginkomstområden där den medicinska kvaliteten på sikt ansågs hotad [5].

Alliansens sjukvårdsföreträdare inom Stockholms läns landsting kommenterade femårsutvärderingen av

»Det är nödvändigt ... att snarast justera den fasta ersättningen inom Vårdval Stockholm utifrån socioekonomiska förutsättningar ...«

Vårdval Stockholm i Dagens Nyheters nätupplaga [DN.se, 3 feb 2014] under rubriken »Ny rapport slår hål på myterna om Vårdval Stockholm«. Artikeln är okritiskt positiv till Vårdval Stockholm. Det påstås bland annat att »Det tidigare ersättningssystemet, med en hög fast ersättning och inte främst ersättning per vårdbesök, gynnade snarare vårdgivare än patienter i socioekonomiskt svaga områden«.

Detta uttalande visar en bristande respekt för både patienter och vårdgivare i utsatta områden. I själva verket missgynnas både patienter och vårdgivare i hög grad av det nuvarande ersättningssystemet.

Det är nödvändigt, så länge vårdvalssystemet finns kvar i vårt land, att snarast justera den fasta ersättningen inom Vårdval Stockholm utifrån socioekonomiska förutsättningar, vilket 16 av 21 landsting redan har gjort.

Nätartikeln i Dagens Nyheter vittnar om allvarliga insiktsbrister hos artikelundertecknarna om vad sjukvård egentligen är. Sjukvård handlar inte främst om marknadsekonomi utan om någonting som är mycket viktigare, nämligen medicinsk kvalitet och resultat av medicinska behandlingar, samt inte minst om människosyn och omsorg om medmänniskan.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Jan Halldin
leg läkare, med dr, Danderyd
jan.halldin@gmail.com



LÄS MER För referenslistan se Läkartidningen.se

Vart tog du vägen, trygga distriktsläkare?

Hulda, långt upp i åren kommen, har tagit sig till distriktsläkaren i den djupa, mörka skogen i det innersta Småland.

»Jo doktorn, det är det här med benen, de värker natt och dag. Tabletterna doktorn gav mig hjälper inte längre. Doktorn måste ge mig det starkaste han kan hitta på, nu när man måste hålla undan snön ner till vägen.«

Doktorns blick vilar en stund på Huldas svullna ben, vandrar vidare över hennes avmagrade kropp och fastnar på de blålila läpparna. Han fäster sin blodtrycksmanschett runt Huldas vänstra arm och pumpar samtidigt som han lyssnar med sitt stetoskop i armvecket. Pumpar och lyssnar, pumpar och lyssnar.

Hulda får ta av sig sin fina, vita sidenblus och doktorn lyssnar med stetoskopet på hela ryggen, på bröstet, under båda brösten, ja ända ner mot magen. Han tar ett stort, gult papper från hyllan på skrivbordet och skriver många, långa ord. Han lägger sin stora, varma hand på Huldas knä.

»Hulda, nu tror jag att vi ska ta kontakt med lasarettet, så Hulda får läggas in några dagar, så att dom kan ta prover och undersöka Huldas hjärta.« Hulda spänner sina stora, vackra, vallonbruna ögon i doktorn:»Nu ska doktorn inte vara orolig, hjärtat håller nog min tid ut.«



Vem tar nu hand om Hulda, undrar Gunilla Landell.

(Grafik: LT, efter original)

Vart tog du vägen, du trygga distriktsläkare? Du som inte var nyutexaminerad sedan några månader tillbaks med 60 000 kronor i lön per månad. Du som hade erfarenhet från flera års tjänstgöring på sjukhus med återkommande jourarbete på akutmottagning. Du som inte var mer intresserad av din skrivmaskin än din patient. Kom tillbaka! Vi behöver dig!

Gunilla Landell
pensionerad sjuksköterska, Årsta
gunilla@landell.se

LÄSARKOMMENTARER PÅ LÄKARTIDNINGEN.SE

Utdrag ur kommentarer som i sin helhet finns på Läkartidningen.se

Under vården ska det alltid finnas en namngiven läkare med ansvar för patienten. Det beslöt Läkarförbundets fullmäktige 2014.

Utmärkt förslag. Det finns alldeles för många patienter som bara »flyter« omkring. Och som vanligt är det de svaga grupperna som far illa.

Yvonne Lindblom, Umeå

En motion om läkareden bifölls också av fullmäktige.

Det ska bli intressant att se vad utredningen säger. Jag som läst i Polen fick svära läkareden i samband med examen, modifierad så klart, men visst kändes det högtidligt och som man med det fick ett visst universellt ansvar som läkare.

Selamawit Mekuria, Skövde

Sommaradress?

Om du vill ta med Läkartidningen på semestern, anmäl då detta senast den 31 maj 2014.



Läkartidningen
SVERIGE
PORTO
BETALT
PORT PAYÉ

Namn

Nuvarande adress *Tillfällig adress*

Gatuadress

Postadress

E-postadress

Pren/Personnummer

Tillfälliga adressen gäller: fr o m t o m

Eller skicka ett mejl med ovanstående uppgifter till: pren@lakartidningen.se

LÄKARTIDNINGEN

SVARSPOST
110 555 202
110 26 STOCKHOLM

Klipp ut och posta!

Utmanande saklig **Läkartidningen**

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



Amerikanska inbördeskriget gav uppsving för sjukvården

Amerikanska inbördeskriget blev ett av historiens dödligaste krig. Av soldaterna i kriget, drygt tre och en halv miljon, avled 618 000. Endast en tredjedel av dödsfallen berodde på stridsskador. Dödligheten berodde framför allt på sjukdomar. I förläggningarna rådde trängsel, brist på sanitet och dåligt skydd mot kyla och hetta. Detta kombinerades med usel personlig hygien och bristfällig föda.

Att diarrésjukdomar, dysenteri, tyfoidfeber och pneumonier härjade är lätt att förstå. Även sjukdomar som malaria, mässling och gula febern gick som farsoter.

Skottskadorna blev allvarligare än under tidigare krig. En ny typ av gevär hade tagits i bruk som kunde laddas snabbt och hade räfflad pipa. De roterande kulorna fick större slagkraft. Blykulorna plattades till när de träffade hård vävnad, och effekten blev svåra splitterskador. Andra nya, dödliga tekniker var maskingevär och effektivare artilleri.

Taktiken hade inte utvecklats i samma takt. Idén att strid utkämpas på öppna fält med oskyddade trupper gällde fortfarande. De nya vapnen orsakade i början av kriget förfärande förluster. Under krigets senare del utvecklades skyttegravstekniken. Därmed skapades en ny form av krigföring.

Hur det kom sig att unga män ställde upp som soldater i detta dödliga krig? Många som frivilliga, särskilt i sydstaterna. Där kunde en vit befolkning på cirka sex miljoner mobilisera en miljon soldater. Knappast satte den enskilde soldaten livet på spel för slaveriets vara eller icke vara. Starkare skäl var troligen viljan att visa pliktkänsla och mod. Frivillige löjtnanten James Roantree skrev morgonen den 27 oktober 1864 till sin familj:

ALLT KLART FÖR ATTACK
Amerikanska inbördeskriget pågick i fyra år mellan 1861 och 1865. Stridigheterna skördade hundratusentals liv och gav lika många människor svåra men för livet. Bilden visar två nordstatsregementen från Rhode Island beredda att anfalla sydstatsställningarna vid Bull Run. Bilden är en litografi färgsatt för hand.

Foto: Library of Congress/Everett Collection/IBL

»Whatever may come I shall try to do my duty. I really hope success will crown our efforts. If I fall in the fray I wish to fall at my post: and I feel that if I am not permitted to survive the contest I shall fall while doing my duty.«

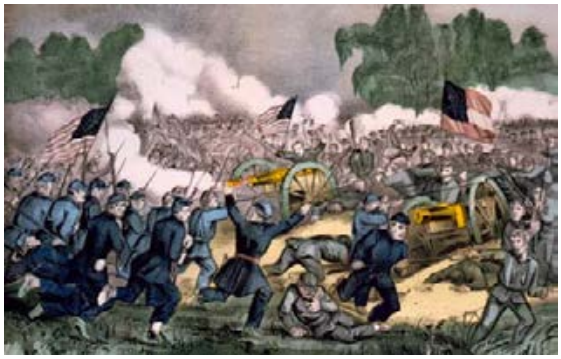
Roantree dödades i en skärmytsling samma morgon.

Inbördeskriget i Nordamerika inträffade före bakteriologins tid. Den medicinska kunskapen om sjukdomars spridning var trevande. De flesta läkare omfattade idén om »miasma«, det vill säga uppfattningen att sjukdomar spreds genom luften i form av en giftig ånga innehållande förruttnelse och dåligt vatten. En del läkare hade anammat »germ theory«, idén att sjukdomar sprids genom smittämnen överförda vid kontakt individer emellan. En av sjukvårdshistoriens viktigaste upptäckter, antiseptiken, var i antågande – genom arbeten av de europeiska läkarna Ignaz Philipp Semmelweis (1861) och Joseph Lister (1867) – men hade ännu inte etablerats.

De flesta läkare som inkallades till krigstjänst var unga och nyutbildade. Utbildningen var tvåårig och teoretisk. Majoriteten hade ändå viss praktisk erfarenhet, men många hade aldrig utfört en operation.

Deras fälthandväska innehöll uppsättningar av instrument för amputation, trepanering, borttagning av kulor och splitter samt ett »pocket medical kit« och ett »general operating kit«.

Läkarnas instrument var ändamålsenliga men användningen förskräcker nutida betraktare. Desinfektion tillämpades inte. När läkaren avslutat en operation, torkade han av instrumentet på skydds-



Slaget vid Gettysburg, 3 juli 1863 av Currier and Ives

förklädet och övergick till nästa patient. Instrumenten diskades först vid arbetsdagens slut och läkarna tvättade sina händer några få gånger per dag. De använde flitigt sina fingrar.

Den mest använda medicinen under inbördeskriget var alkohol. Whisky gavs obligatoriskt till skadade soldater för att förebygga chock. Inför ett kirurgiskt ingrepp gavs ytterligare en dos som smärtlindring.

Opium var känt sedan medeltiden. Det fanns att tillgå som piller och som »laudanum« (opium löst i alkohol). På 1820-talet hade apotekare utvecklat renframställning av morfin ur opium.

Läkarna hade också tillgång till en mängd olika mediciner från naturen. Bland dem fanns arsenik och stryknin, som användes som stimulantia. Kvicksilverklorid (»calomel«) gavs mot diarréer.

En medicin som står sig än i dag var kinin. Det var sedan 1700-talet etablerat som läkemedel mot malaria.

Utanför förbandssjukhusens tält eller hus låg amputationernas skörd, travar av armar och ben. Soldaterna fasade för operationen men de medicinska skälen var starka. En läkares studie visade att av 19 soldater som amputerades inom två dygn efter skada överlevde alla utom en. En lika stor grupp med motsvarande skador amputerades senare, när operation blev oundviklig. Endast en överlevde. Läkarens kollegor övertygades och generalläkaren utfärdade anvisningar om amputationer.

Amputationerna utgjorde en sorglig del av krigskirurgin. En operation förändrade drastiskt soldatens liv. Men å andra sidan hade han oftast inte överlevt om inte amputation utförts. Soldaterna kom att avsky läkarna.

Under krigets lopp utvecklades den nya metoden »resektion«. Kirurgen avlägsnade då enbart den skadade delen av skelettet och sammanfogade därefter de avsågade ändarna. Extremiteten blev kortare men i ett stort antal fall kunde soldatens arm eller ben räddas. En effekt av krigskirurgin var också att protestekniken utvecklades.

Smärtlindring är en förutsättning för kirurgi. De gamla medlen var alkohol och opium. Före ingrepp fick patienten ett mått whisky och något hårt att bita i. Whiskyn ansågs förutom att lindra smärta kunna »förebygga chock«. Det är lätt att förstå att kirurgi utövades sparsamt i fredstid, men inom krigssjukvård var kirurgi ofrånkomlig. Denna nödvändighet accentuerade behovet av effektivare smärtlindring. Strax före kriget hade den »subdermala« injektionsnålen utvecklats. Den tillät tillförsel av morfin direkt in i blodet. Men vid större ingrepp var inte morfininjektioner tillräckligt.



SJUKHUS I FÄLT

Sårade och lemlästade soldater efter en sammandrabbning vårdas på marken eller i tält på fältsjukhuset vid Savage Station i Virginia. De hygieniska förhållandena var undermåliga, men inbördeskriget i USA bidrog till stora framsteg när det gällde sjukhusens organisation. Bilden togs i juni 1862.

Foto: Science Photo Library

Under 1840-talet hade tre ämnen visats ha smärtstillande och sövande egenskaper: eter (med formeln $(C_2H_5)_2O$), lustgas (dikväveoxid, N_2O) och kloroform ($CHCl_3$). Men anestesi hade ännu inte slagit igenom när inbördeskriget bröt ut. Den motverkades av inflytelserika läkare som ansåg att smärta i sig stimulerade kroppens helande förmåga. Erfarenheterna från inbördeskriget förändrade inställningen. Under kriget gavs 80 000 narkoser med inhalation av kloroform. Eter undveks på grund av explosionsrisk.

Många soldater erhöll smärtbehandling med opium. En stor andel fick även morfininjektioner. Soldaterna upptäckte att opium skyddade mot krigets rädsla och skräck. Följden blev att mängder av soldater utvecklade beroende, något som läkarna inte var förtrogna med. Det kom att kallas »soldier's disease«.

Efter inbördeskriget växte antalet opium- och morfinberoende personer starkt i USA. Osäkerhet råder om hur många av de dem som inledde sitt beroende under kriget. Beräkningarna varierade mellan 45 000 och 400 000.

Även sjuksköterskor och representanter för andra vårdyrken deltog i krigsinsatsen. Närmast fronten upprättades fältsjukhus och bakom stridszonen regementssjukhus. De inrymdes i tält eller i lånade byggnader. Där vårdades sårade soldater tillsammans med kamrater med diarréer eller lunginflammation. Lokalerna var överfyllda, stinkande, blodiga och präglade av smärta och ångest. Den militära sjukvården visade sig snabbt inte motsvara behoven.











FÖRSTA HJÄLPEN
Många sårade soldater överlevde endast tack vare en snabb amputation redan i fält, som här i sjukstugan vid Fort Monroe i Virginia (t v). Sjukhusen i städerna erbjöd mer ordnade förhållanden. Bilden t h togs 1865 och visar en vårdavdelning på Armory Square Hospital, Washington DC.
Foto: Science Photo Library

Sjukvårdarna var ofta soldater som själva skadats, men som kunde hjälpa till. De kompletterades av anhöriga till skadade soldater och av frivilliga vårdare. Att vara sjukvårdare krävde ofta motbjudande insatser. Utbildade sjuksköterskor fanns inte.

De enda auktoriserade sköterskorna före kriget kom från ett fåtal kloster, som gav medicinsk utbildning. Många kvinnor hade skaffat sig praktisk erfarenhet av sjukvård på sjukstugor och i hemmen.

När kriget hade pågått i ett år började nordstaterna bygga större krigssjukhus, så kallade general hospitals, som placerades långt från slagfälten. På kort tid uppfördes 150 sjukhus med sammanlagt 135 000 sängplatser. De byggdes i form av paviljonger för att hindra sjukdomsspridning. Viktiga principer var renlighet, ventilation, sanitet och rent vatten. Personalen hade god kompetens. Där fanns sjuksköterskor och administratörer. General hospitals utvecklades senare till USA:s veteransjukhus. Även sydstaterna byggde stora sjukhus, men de organiserades annorlunda än general hospitals.

Vid krigsutbrottet hade Florence Nightingale just startat The Nightingale Training School i London. Utbildningen baserades på principer om renlighet, sanitet, personlig hygien, ren luft och bra föda. Nightingale beskrev sina metoder i »Notes on nursing«.

För inbördeskrigets sjuksköterskor blev Nightingales bok ett rättesnöre. Likaså för frivilligorganisationen US Sanitary Commission. Den utförde inspektioner på förbandssjukhusen och rapporterade om de delvis olidliga förhållandena. Dessa rapporter fick stor betydelse, inte minst vid grundandet av general hospitals.

Protestillverkare blev en viktig yrkesgrupp på dessa sjukhus. Ett annat yrke som fick ett stort uppsving var balsamerare. De flesta var apotekare eller läkare. En av de mest berömda balsamerarna var dr Thomas Holmes, som sades ha balsamerat fyra tusen soldater. Hans pris var 100 dollar per kropp.

KRIGETS ANSIKTE
Så gott som alla dåvarande stater i Nordamerika deltog i inbördeskriget (sydstatssidan i rött på kartan).
Illustration: Fotolia

På slagfälten verkade särskilda enheter för att ta hand om döda och sårade och transportera de senare till fältsjukhusen. Bilden ovan t h visar omhändertagande av sårade nordsoldater.
Foto: Science Photo Library

De utmaningar som krigssjukvården ställdes inför medförde en utveckling av praktik och organisation. Förändringar kom delvis till nytta inom den civila sjukvården och gav således en viss motvikt till krigets grymhet och destruktivitet.

Genombrottet inom anestesin ledde till en snabb utveckling av kirurgin. Nya kirurgiska tekniker infördes, exempelvis resektion i stället för amputation. Sanitetens och hygienens betydelse demonstrerades. Detta förebådade antiseptikens genombrott. Genom att många läkare journalförde och sammanställde sina insatser och observationer utvecklades metoder för medicinsk forskning och teknologi.

Krigets sjuksköterskor förde med sig sina erfarenheter till den civila sjukvården. Efter kriget startade ett stort antal amerikanska sjukhus sköterskeutbildning utifrån Florence Nightingales principer. Sjukvård blev därmed ett professionellt arbete.

Under de år kriget pågick etablerades internationella Röda Korset och den första Génève-konventionen. Den stadgar att sårade och sjuka soldater ska skyddas och få vård och att sjukvårdarna ska behandla skadade soldater från båda sidor. En av inbördeskrigets sköterskor, Clara Barton, grundade amerikanska Röda Korset.

Stig Andersson
specialist allmänmedicin,
f d distriktsläkare,
Säffle

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
ALLERGISJUKDOMAR		
Dermatolog, neurolog, allergiolog, ortoped och barnläkare, Solna Specialistcenter, Solna		22-23
ALLMÄNMEDICIN		
Spec-läkare Bohuslinden, Strömstad	31/5	20
Allmänläkare mottagning på Östermalm, Stockholm		21
Allmänläkare, Mitt Hjärta i Bergslagen AB		22-23
Distr-läkare Gnesta vårdcentral, Gnesta	16/6	20
Distr-läkare Rissne vårdcentral, Stockholm	2/6	20
Distr-läkare Vårdcentralen, Linghem	31/5	20
Husläkare Sibyllekliniken, Östermalm, Stockholm		20
Spec-läkare Aleris Husläkarmottagningar Näsby Park, Täby centrum, Stockholm		22-23
Spec-läkare allmänmedicin eller geriatrik, Boo vårdcentral, Stockholm		20
Spec-läkare Kungsbacka Närakut, Kungsbacka		20
Spec-läkare Mölnlycke vårdcentral, Härryda	4/6	21
Spec-läkare och Handledare, Linden och Söderhamn Din hälsocentral	3/6	22-23
Spec-läkare Vårdcentralen , Åstorp		20
Spec-läkare Vargön vårdcentral, Vänersborg	15/6	21
Spec-läkare, Capio Vårdcentral Ringen, Stockholm		22-23
Spec-läkare, Leg Underläkare Majorna vårdcentral, Göteborg	4/6	21
Spec-läkare, Vårdcentralen Kronan, Sundbyberg	15/6	22-23
Spec-läkare/leg läkare Gustavsbergs vårdcentral, Stockholm		21
Spec-läkare/ST-läkare Vårdcentralen, Mariefred	11/6	21
GERIATRIK		
Överläkare Geriatriska, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping	30/5	21
Överläkare Sunderby sjukhus, Luleå		20
Överläkare Universitetssjukhuset, Örebro	5/6	20
Spec-läkare allmänmedicin eller geriatrik, Boo vårdcentral, Stockholm		20
HUD- OCH KÖNSSJUKDOMAR		
Dermatolog, neurolog, allergiolog, ortoped och barnläkare, Solna Specialistcenter, Solna		22-23
Spec-läkare/Bitr överläkare/Överläkare Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm	15/6	21
INFEKTIONSSJUKDOMAR		
Hygienläkare Landstinget Västernorrland		21
Överläkare Sunderby sjukhus, Luleå		20
Spec-läkare, Preventionsavdelningen Försvarsmedicincentrum, Göteborg		21
Spec-läkare/Överläkare Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås	1/6	20
INTERNMEDICIN		
Överläkare/Bitr överläkare, Skånes universitetssjukhus, Lund		22-23
Overlege, Finnmarkssykehuset, Norge	11/6	22-23
Spec-läkare, Mitt Hjärta i Bergslagen AB		22-23
Spec-läkare/överläkare Akademiska Sjukhuset, Uppsala		20
KARDIOLOGI		
Overlæge Friklinikken, Region Syddanmark, Danmark	28/5	20
Spec-läkare/överläkare, Landstinget i Östergötland	30/6	22-23
KIRURGI		
Chef Kirurgkliniken, Ersta sjukhus, Stockholm	4/6	21
Overlæge Slagelse Sygehus, Region Sjælland i Danmark		20
Överläkare/bitr överläkare, Bröstcentrum, Capio S:t Görans Sjukhus, Stockholm	31/5	20
Spec-läkare (två) Akademiska sjukhuset, Uppsala		20
KLINISK PATOLOGI- CYTOLOGI		
Universitetslektor/spec-läkare, Umeå universitet, Norrlands universitetssjukhus, Umeå	30/9	22-23
Överläkare Akademiska Sjukhuset, Uppsala		20
Överläkare Landstinget Blekinge	8/6	20
Overlege Haukeland universitetssykehus, Norge	30/5	20
NEONATOLOGI		
Sektionschef/överläkare Sachsska barn- och ungdomssjukhuset, Stockholm		21
NEUROLOGI		
Dermatolog, neurolog, allergiolog, ortoped och barnläkare, Solna Specialistcenter, Solna		22-23
Överläkare/Spec-läkare Lasarettet, Landskrona		20
Spec-läkare Landstinget i Värmland		21
Spec-läkare/Överläkare Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås	18/6	21
OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI		
Opererande gynekolog - överläkare/spec-läkare, kvinnosjukvård, landstinget Dalarna, Mora	20/6	20
Spec-läkare Fridhemsplans Gynekologmottagning, Stockholm	31/5	20
ONKOLOGI		
Spec-läkare Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Gotland	1/6	20
ORTOPEDI		
Dermatolog, neurolog, allergiolog, ortoped och barnläkare, Solna Specialistcenter, Solna		22-23
Överläkare Hallands sjukhus, Kungsbacka		21
PSYKIATRI		
Afsnitsledende overlæge, Psykiatrisk Cente, Distriktspsykiatrien Region Hovedstaden i Danmark		20
Ledende overlege, Avdelingsledelse i Regionspsykiatrien Horsens, Region Midtjylland i Danmark		20
Överläkare Kungälvs sjukhus	4/6	21
Överläkare Öppenvårdsmottagningen Ale, Kungälvs sjukhus	4/6	21
Överläkare Psykiatri Södra Stockholm	13/6	22-23
Psykiater PMB SWEDEN AB, Stockholm		22-23
Underläkare, Psykiatri Skåne, Malmö		22-23
Vagtbærende overlæge/afdelingslæge Psykiatrisk Center Sct Hans, Region Hovedstaden, Danmark		20

RADIOLOGI

Barnradiolog, Södersjukhuset, Stockholm		22-23
Mammografiläkare Västmanlands sjukhus, Västerås		21
Överläkare Landstinget Blekinge	8/6	20
Spec-ansvarig overlæge Kolding Sygehus i Danmark		20
Spec-läkare Örnsköldsviks sjukhus, Örnsköldsvik		20

REHABILITERINGSMEDICIN

Spec-läkare rehab/smärtlindring, PBM SWEDEN AB, Stockholm		22-23

REUMATOLOGI

Spec-läkare Danderyds Sjukhus AB, Stockholm	11/6	22-23
Spec-läkare/Överläkare NU-sjukvården, Trollhättan, Uddevalla	11/6	21

SKOLHÄLSOVÅRD

Skolläkare Universitetssjukhuset, Örebro	4/6	21

STIPENDIER / ANSLAG / BIDRAG

Forskn-bidrag infektionsmedicinsk forskning, Stift Familjen Olinder-Nielsens Fond	17/6	21
Anslag, Insamlingsstiftelsen Njurfonden		21
Forskn-bidrag Riksförbundet HjärtLung	30/9	21

ST-TJÄNSTER

Spec-läkare/ST-läkare Vårdcentralen, Mariefred	11/6	21
ST-läkare ,internmedicin, Sjukhuset, Torsby		22-23
ST-läkare ortopedi, Länssjukhuset, Kalmar		20
ST-läkare reumatologi, NU-sjukvården, Trollhättan, Uddevalla	11/6	21
ST-läkare, allmänmedicin, Mitt Hjärta i Bergslagen AB		22-23
ST-läkare, barnmedicin, Lapplands Barnklinik, Gällivare		22-23

VIKARIAT

Leg läkare akutvård, reserådgivning, vaccinering, Stockholm, Malmö, Göteborg		21
Overlege Smerteklinikk, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Norge	10/6	20
Vikariater Tropeøen St Helena, Danmark		21

ÖVRIGA LÄKARTJÄNSTER

Fastlegehjemmel Gjøvik legesenter AS, Norge	2/6	21
Univers-lektor/spec-läkare i professionell utveckling, Umeå univers, Västerbottens läns landsting		20
Chefläkare Kvalitet- och patientsäkerhetsenheten, Landstinget Västernorrland		21
Kommuneoverlege og Fastlege Steigen kommune i Norge		20
Läkare Centric Care, Sverige, Norge		21
Läkare Socialstyrelsen		20
Läkare Viktenheten Skönvikt, Säter	15/6	22-23
Läkare, olika specialiteter, Dedicare		22-23
Läkare, olika specialiteter, LäkarJouren, Sverige, Norge		22-23
Overlege, nevrohabilitering, Oslo universitetssykehus, Oslo, Norge	30/6	22-23
Spec-läkare (LUS), Centrum för medicinska specialiteter, Östersunds sjukhus, Östersund	31/8	22-23
Spec-läkare Habilitering o Hälsa, Alinsgsås/Borås	5/6	21
Spec-läkare, asyl- och migranthälsa Gävleborg, Söderhamn	3/6	22-23
Spec-läkare, Sömnenheten, Aleris FysiologLab		21
Studierektor - Specialistläkare/Överläkare Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg	10/6	22-23

ÖGONSJUKDOMAR

Överläkare/Spec-läkare Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Gotland	2/6	20
Överläkare/Spec-läkare Akademiska Sjukhuset, Uppsala		20
Överläkare/Spec-läkare, Ögonmottagningarna, Helsingborg, Landskrona, Trelleborg		22-23

ÖRON-, NÄS- OCH HALSSJUKDOMAR

Öronläkare Höglandssjukhuset, Eksjö-Nässjö		22-23
Överläkare/Spec-läkare Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Gotland	2/6	20
Overlege Sørlandet Sykehus, Arendal/Kristiansand, Norge	8/6	22-23
Spec-läkare Helse Nord RHF, Norge	27/6	21
Spec-läkare/överläkare, Landstinget i Östergötland	15/6	22-23

ÖVRIGA TJÄNSTER

Divisionschef, opererande specialiteter, Landstinget i Värmland		22-23
Klinisk utredare, psykiatri, Läkemedelsverket, Uppsala	30/6	22-23
Medarbetare HTA-enheten CAMTÖ, Universitetssjukhuset, Örebro	1/6	20
Bitr Verksamhetschef Infektion- och lungkliniken, Mälarsjukhuset, Eskilstuna	8/6	20
Enhetschef, Centrum för psykiatriforskning, Kompetenscentrum, Stockholm		22-23
Forsknings- och utbildningschef Universitetssjukhuset, Örebro	4/6	20
Klinikkdirektør, ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus, Norge	15/6	22-23
Medicinsk rådgivare/Medicinsk revisor Regionkansliet, Västra Götalandsregionen	28/5	21
Sektionschef (tre) Psykiatri Södra Stockholm	19/6	22-23
Sektionschef, akutsjukvård, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm	4/6	22-23
Verksamhetschef anestesi, operation och intensivvård, Skånes universitetssjukhus, Lund, Malmö	1/6	21
Verksamhetschef Kliniken för rekonstruktiv plastikkirurgi, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm	1/6	21
Verksamhetschef kvinnosjukvård, Skånes universitetssjukvård, Lund, Malmö	2/6	21
Verksamhetschef Ortopedkliniken, Universitetssjukhuset, Linköping	1/6	20
Verksamhetschef, neurologi, rehabiliteringsmedicin, strokevård, Akademiska sjukhuset, Uppsala	18/6	22-23
Verksamhetschef, Verksamhetsområdet Medicin, Arvika		20

KURSER / SYMPOSIER / SEMINARIER

SK-kurser inför 2015, Socialstyrelsen	15/6	20
The International 22nd Puijo Symposium, Kuopio, Finland		20

ETABLERINGAR OCH ÖVERLÅTELSER

Ersättningsetablering allmänmedicin (två st) i Eskilstuna överlåtes	13/6	21
Ersättningsetablering inom Allmänmedicin, Västra Götaland, Borås	11/6	20
Ersättningsetablering, Barnmedicin överlåtes i Västra Götaland	4/7	21
Ersättningsetablering, Vuxenpsykiatri/Barn- och ungdomspsykiatri, Södermalm, Stockholm		20
Primärvårdsföretag överlåtes. Stockholm		22-23

Mitt Hjärta i Bergslagen AB söker:
- ST-läkare i allmänmedicin
- Specialist i internmedicin
- Allmänläkare

Läs mer på www.sjukvardsvakanser.se

Landstinget i Värmland söker

ST-läkare

Internmedicin, sjukhuset i Torsby

Vill du veta mer kontakta verksamhetschef Eva Dahlén, tfn 0560-470 00 vx.

Läs mer om tjänsten på

www.liv.se/jobb

Landstinget i Värmland

Umeå universitet

Umeå universitet satsar på kreativa miljöer för studier och arbete. Hos oss finns attraktiva utbildningar, världsledande forskning och utmärkta innovations- och samverkansmöjligheter. Fler än 4 300 medarbetare och 34 000 studenter har redan valt Umeå universitet. Välkommen med din ansökan!

Medicinska fakulteten söker

Universitetslektor i patologi

förenad med anställning som specialistutbildad läkare i klinisk patologi vid Norrlands universitetssjukhus.

Sista ansökningsdag: 2014-09-30.

Läs mer: **www.jobb.umu.se**

www.slso.sll.se

Psykiatri Södra Stockholm är en del av Stockholms läns sjukvårdsområde. Vi erbjuder psykiatrisk vård till boende i stadsdelarna Södermalm, Enskede, Årsta, Vantör, Farsta, Skarpnäck samt kommunerna Nacka, Värmdö, Haninge, Tyresö och Nynäshamn. Verksamheten organiseras i psykiatriska specialistmottagningar, vårdenheter för integrerad öppen/heldygnsvård samt för enbart heldygnsvård. Dessutom finns det specialiserade enheter och gemensamma resursteam. Inom Psykiatri Södra arbetar ca 750 personer.

Verksamheten planerar för en övergång till diagnosbaserad organisation under 2015 med möjlighet till ökad subspecialisering och differentiering av vårdutbudet.

Sektionschef, 3 tjänster

till Psykiatri Södra Stockholm

Psykiatri Södra Stockholm har en lång socialpsykiatrisk tradition med starka sidor i form av personkontinuitet, hög tillgänglighet samt ett levande, integrerat och välutvecklat brukar-inflytande. Till skillnad från andra stora verksamhetsområden inom SLSO är dock differentiering och specialisering av vårdutbudet begränsat och relaterat till funktionsnivå eller behandlingsmetod. Verksamheten planerar därför att med bibehållande av de inslag som varit framgångsfaktorer genomföra en diagnosbaserad sektionsindelning under 2015 med förslag om 3 sektioner:

- Sektion för psykosvård, öppenvård och heldygnsvård
- Sektion för allmänpsykiatrisk öppenvård
- Sektion för allmänpsykiatrisk heldygnsvård

Sektionschefernas uppdrag är ledningsansvar för resp sektion med ett övergripande ansvar för personalförsörjning, vårdproduktion, budget och verksamhetsuppföljning. Under sektionscheferna utgör enhetscheferna den första linjens chefsnivå. Sektionschefen kommer att hålla i sektionens ledningsgrupp och även ingå i verksamhetens centrala ledningsgrupp.

Inledningsvis innebär uppdraget huvudsakligen att leda uppbyggnads- och utvecklingsarbetet för sektionen tillsammans med berörda medarbetare. Centrala riktlinjer och vårdprogram utgör grundstommen för hur sektionerna ska arbeta och hur vårdinsatserna så nära som möjligt ska följa principerna för Best Practice.

Grundbefattningen är en tillsvidareanställning. Sektionschefen förordnas för tre år i taget och är direkt underställd verksamhetschefen.

Kvalifikationer: Du ska ha erfarenhet som chef och ha arbetat inom psykiatrin samt vara intresserad av och ha tidigare erfarenhet av utvecklings- och förändringsarbete. Stor vikt kommer att läggas vid personlig lämplighet. Din grundutbildning kan t ex vara specialistläkare i psykiatri, psykolog, sjuksköterska, skötare eller kurator.

Information om tjänsten lämnas av:
Verksamhetschef Gabriel Cizinsky, tel 073-620 48 16
eller administrativ chef Annika Elm tel 070-484 40 84.

Fackliga företrädare är:
Sveriges Psykologförbund/Liisa Holtay, tel 08-123 356 34
Kommunal/Öivind Sörensen, tel 08-123 404 67
Vårdförbundet/Lena Elfström, tel 08-123 404 92
SSR/Angelica Drott, tel 0709-22 44 54
Läkarföreningen/Anna Norberg, tel 070-513 78 03

Du är välkommen med Din ansökan via:
www.jobb.sll.se/slso – senast den 19 juni 2014.

Tjänsten tillsätts under förutsättning att vederbörliga beslut fattas i samband med facklig samverkan.

Psykiatri Södra Stockholm
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus søker;

Klinikkdirektør ved Ortopedisk klinikk

Ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus driver moderne utredning og behandling innen ortopedisk kirurgi. Klinikken har høy vitenskapelig aktivitet og er den eneste klinikken som dekker alle ortopediske fagområder i Helse Vest RHF.

Ortopedisk klinikk sin aktivitet omfatter:

- Ortopedisk avdeling
- Kysthospitalet i Hagevik
- Avdeling for ortopedisk rehabilitering
- Nasjonalt register for leddproteser

Vi tilbyr tjenester som favner alt fra lokalsjukehus til universitetssjukehusnivå, og er engasjert i forskning, utvikling og utdanning. Innen områder som skadekirurgi, ryggkirurgi, sarkombehandling, barneortopedi og leddprotesebehandling er vi blant de ledende i landet. Som klinikkdirektør rapporterer du til administrerende direktør Stener Kvinnsland og du blir del av foretaksledelsen ved Haukeland universitetssjukehus.

Ønsker du å bruke din kunnskap og ditt lederskap som direktør for en sentral enhet ved universitetssjukehuset?

VI SØKER EN KLINIKKDIREKTØR SOM:

- bidrar til videreutvikling av god drift og organisering av klinikken gjennom godt lederskap
- ønsker å være en god samarbeidspartner for avdelinger og klinikker på sjukehuset
- bidrar til å opprettholde og videreutvikle den høye aktiviteten innen forskning og utdanning ved klinikken

KONTAKTPERSON
Tove Huse Bjerkevoll, telefon 480 73 834

Referansenummer: 21891i1888
Søknadsfrist: 15. juni 2014

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

For informasjon og å søke på stillingen se vår hjemmeside: www.helse-bergen.no

Specialister i Allmänmedicin!

Sundbyberg är Sveriges snabbast växande kommun; VC Kronan växer och vi behöver utöka verksamheten. Vi är en välfungerande vårdcentral där vi arbetar intensivt med utveckling och utbildning.



Lockar det dig?

Vi söker framför allt specialister i allmänmedicin, gärna med handledarkompetens, men också specialister inom geriatrik eller barnmedicin. Vi erbjuder tillsvidareanställning, tjänstgöringsgrad kan diskuteras. Möjlighet att arbeta med avgränsat uppdrag, BVC och hemsjukvård kan ingå. Upplysningar om vårdcentralen och tjänsten lämnas av verksamhetschef Leena Singholm på telefon 08-55 55 09 03.

Gå gärna in på vår hemsida: www.vardcentralenkronan.se
Välkommen med din ansökan senast den 15 juni till leena.singholm@vakro.se.

VÅRDCENTRALEN Kronan

www.vardcentralenkronan.se | 08-555 509 50 | vckronan@vakro.se | En del av Neron Hälso- och Sjukvårdsutveckling AB

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.

Verksamhetschef

Verksamhetsområde neurologi, rehabiliteringsmedicin och strokevård.

Verksamhetsområdet består av ca 200 medarbetare fördelade på tre sektioner. Vi bedriver högspecialiserad vård inom exempelvis epilepsikirurgiska utredningar och behandlingar samt behandling av motorikstörningar med hjärnelektrodstimulering. Vi erbjuder även teambaserad rehabilitering samt akut strokevård.

Som verksamhetschef har du det samlade ansvaret för verksamhet, medarbetare och ekonomi. Ditt uppdrag är att leda och utveckla verksamheten i sin helhet och du är en aktiv deltagare i divisionens ledningsgrupp. Uppsala universitet är en viktig samarbetspartner då vi har ett omfattande utbildnings- och forskningsuppdrag.

Vi erbjuder arbete i en förändringsinriktad organisation där dina idéer och din erfarenhet tas tillvara och blir viktiga för det fortsatta utvecklingsarbetet.

Det är viktigt att du har erfarenhet av chefsuppdrag och stort intresse för ledning och styrning. Du som söker har relevant högskoleutbildning, vi ser gärna att du är specialistläkare inom något av ovanstående medicinska områden. Forskningserfarenhet är meriterande.

Vi söker en tydlig ledare med förmåga att leda och utveckla verksamheten. Ditt förhållningssätt präglas av öppenhet och framåtanda. Uppdraget kräver ett strukturerat och delegerande arbetssätt samt god förmåga att samarbeta och kommunicera.

Akademiska sjukhuset tillämpar tidsbegränsade chefsuppdrag med tillsvidareanställning inom din profession. Tillträde enligt överenskommelse. Läs mer om oss på www.akademiska.se

Har du frågor är du välkommen att kontakta:
Divisionschef Göran Angergård, 018-611 37 61
HR-chef Maria Wijkström, 018-611 20 93

I den här rekryteringen samarbetar vi med rekryteringsföretaget SIMS.
Kontaktperson SIMS Anders Engman, 0708-88 15 00
Kontaktperson SIMS Göran Willner 0705-47 43 55
Fackliga kontaktpersoner nås via växeln, tel. 018-611 00 00

Välkommen med din ansökan märkt med referensnummer S 72348, inklusive CV senast 18 juni 2014, till info@sims.se

www.akademiska.se

LANDSTINGET I UPPSALA LÄN

Lipus
LÄKARNAS INSTITUT FÖR PROFESSIONELL UTVECKLING I SJUKVÅRDEN
www.lipus.se

Södersjukhuset, röntgenkliniken söker

Barnradiolog



Läs mer på sodersjukhuset.se/jobb



Landstinget i Östergötland

Specialistläkare/ överläkare

Öron- Näsa-och Halskliniken

På kliniken får du möjlighet att arbeta brett inom hela specialistområdet. Goda möjligheter finns till subspecialisering. Du får gärna ha intresse av forskning och undervisning. Jourtjänstgöring kan ingå i tjänsten och är förlagd till Universitets-sjukhuset i Linköping.

Välkommen med din ansökan senast den 15 juni.

Specialistläkare/ överläkare

Kardiologiska kliniken

Vi söker nu specialistläkare/överläkare i kardiologi med erfarenhet och intresse av den allmänna kardiologins hela bredd. Vi ser gärna att du har kunskap och erfarenhet av att självständigt utföra pacemakerkontroller och implantation.
I arbetet ingår avdelningsarbete såväl som öppenvård och rondjoursarbete helger, men vi har ingen jourverksamhet kvälls- eller nattetid.

Välkommen med din ansökan senast den 30 juni.

Läs mer och ansök via www.lio.se/jobb

www.lio.se

Landstinget i Östergötland

REGION SKÅNE SÖKER

ÖVERLÄKARE/ BITRÄDANDE ÖVERLÄKARE

VO Internmedicin
Skånes universitetssjukhus
Lund

ÖVERLÄKARE/ SPECIALISTLÄKARE

Ögonmottagningarna
Helsingborgs lasarett
Lasarettet i Landskrona
Lasarettet Trelleborg

LEGITIMERAD UNDERLÄKARE

Beroendecentrum
Psykiatri Skåne
Malmö

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

Gör skillnad. Varje dag.

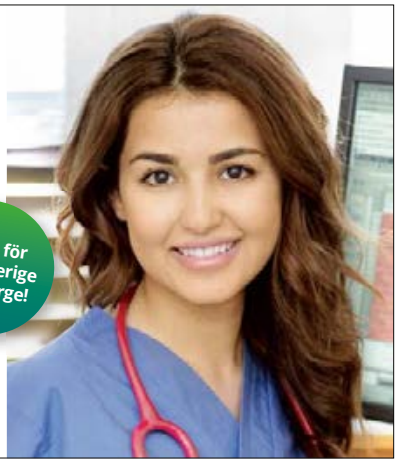
Region Skåne ansvarar för hälso- och sjukvård, kollektivtrafik och en hållbar utveckling i hela Skåne. Vi främjar det regionala näringslivet, kulturen och samarbeten med andra regioner, i och utanför Sverige. Region Skånes högsta beslutande organ är regionfullmäktige, som väljs direkt av invånarna i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

Läkarkarriär.se

Vill du bestämma över din egen tid?

Vi har stor efterfrågan på läkare och erbjuder många spännande uppdrag.
Självklart har vi kollektivavtal och marknadsmässigt god lön till alla våra läkare.

Kontakta oss idag så berättar vi mer!
Johanna Hellman, **08–555 656 10**, **johanna.hellman@dedicare.se**
doctor@dedicare.se, **www.dedicare.se/doctor**



DEDICARE
Doctor

Vi bryr oss mer!



Aleris Husläkarmottagningar i Näsby Park och Täby centrum söker

Specialist i Allmän medicin

Vi söker dig som vill utvecklas med oss och delar våra värderingar; omtänksam, professionell, engagerad och nytänkande. Vi ser gärna att du har ett flexibelt förhållningssätt och vill bidra med utvecklingen av vår verksamhet.

För mer info se **www.aleris.se/jobb** där du också söker tjänsten eller kontakta Regionchef Kristina Envall, 0734 367928 om du har frågor ang. tjänsten.

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

DIVISION PRIMÄRVÅRD

GODA UTSIKTER

Vi söker

Allmänspecialist och handledare
Till Linden och Söderhamn Din hälsocentral.
Sista ansökningsdag 2014–06–03.

Specialistläkare
Till asyl- och migranthälsa Gävleborg, Söderhamn.
Sista ansökningsdag 2014–06–03.

www.lg.se/jobb

En del av Landstinget Gävleborg

www.slso.sll.se

Centrum för psykiatriforskning söker

Enhetschef

till Kompetenscentrum för psykoterapi

Kompetenscentrum för psykoterapi bedriver utbildning och forskning inom psykoterapiområdet och är en del av Centrum för psykiatriforskning (CPF) i Stockholm.

Kompetenscentrum för psykoterapi är inne i en spännande utvecklingsperiod med syfte att utöka både forskning och arbetet med kvalitetssäkringsmetoder.

Vi söker nu en samarbetsinriktad enhetschef med en vetenskapligt förankrad syn på psykoterapi.

Ansökan och läs mer på:
www.jobb.sll.se/SLSO-14-63687

Karolinska Institutet | Stockholms läns landsting
Centrum för psykiatriforskning

Patienten alltid först

SEKTIONSCHEF AKUTSJUKVÅRD

till Akutkliniken Huddinge

Karolinska Universitetssjukhuset har beslutat att våra akutmottagningar ska bemannas av specialister och ST-läkare i akutsjukvård.

Vårt mål är att skapa bra utbildning, utveckling och forskning inom akutsjukvård för att ge våra patienter det bästa akuta omhändertagandet.

Vi söker en chef som vill arbeta med att bygga upp den nybildade sektionen för akutsjukvård.

För närmare information kontakta
Verksamhetschef Olof Lundblad, 070-575 95 46.

Refnr K-14-10966

Välkommen med din ansökan senast 2014-06-04.

KAROLINSKA
Universitetssjukhuset

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

SÄLJES förmånligt
Från nedlagd allmläkmott:

EKG app Fukuda 6-kanalig, Bandspelar-bltr Meditech, Swingout-centrifug Sigma, UL-app för sinusdiagn Oriola, Audiometer för screening Entomed, Hb-fotometrar Hemocue, Ögontavla m belysn, Oftalmoskop, Rektoskop, Rullbord, Ståltaburetter, Diktafon, Diverse.

Kontakta Christer Westerlund, 0702-74 91 33 alt 040-15 40 59

Solna SpecialistCenter söker
DERMATOLOG, NEUROLOG, ALLERGIOLOG, ORTOPED & BARNLÄKARE
som är eller ska bli landstingsanslutna (vårdval). Kliniken är auktoriserad av SLL för vårdval och har ett stort patientunderlag.
Välkommen att skicka din ansökan till
solnaspecialistcenter@gmail.com
www.solnaspecialistcenter.se

Hus i Torekov uthyres,
veckovis v. 27-29, 6-8 bäddar.
Kontakta 0709-94 86 68.

LEG LÄKARE sökes,

till Stockholm, Malmö och Göteborg på del- eller heltid men minst 6 mån vikariat med ev förlängning. Tjänsten omfattar lätt akutvård samt reserådgivning och vaccinering av vuxna barn. Intresserad? Vg maila till: **ridha.hadfi@htlp.se**

Läkarkarriär.se

BILBÄLTET HJÄLPER
ÄVEN I STAN
Vägverket



LÄKEMEDELSVERKET
MEDICAL PRODUCTS AGENCY

Vi söker Klinisk utredare inom området Psykiatri

Se annonsen i sin helhet på www.lakemedelsverket.se
Sista ansökningsdag 30 juni 2014.

pprovals • authorisation • clinical trials • communication • competence • cosmetics • dialogue • directives • efficacy • e
valuation • guidelines • harmonisation health economics • herbals • homeopathics • information • inspection • laborato
narket surveillance • medicinal products • medical devices • narcotics • public health • quality • registration • regulation

UTHYRES/BOSTAD



Villa Pierrette, Fayence

45 min fr Nice flygpl nv om Cannes. Centralt beläget hus i villagen. Ogenerat läge, 4 000 kvm tomt, pool. Plats för sex plus fyra pers i två våningar. Separata kök o badr. Stort uterum m grill. Nära till golfbanor. Uthyres veckovis v 22–35. Upplysn på tel 090-12 10 25, 070-687 58 25, 0033-494 84 17 30.

- Trygghet når du trenger det mest
Sørlandet sykehus HF er regionens største kompetansebedrift, med over 5000 ansatte fordelt på ulike institusjoner i begge Agderfylkene. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenesten innen somatikk, psykiatri g avhengighetsbehandling. Spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.



Arendal/Kristiansand – Norge

Overlege - ØNH-avdelingen

Fast overlegestilling ØNH Sørlandet sykehus HF, med hovedarbeidssted p.t. i Arendal.

Sørlandet Sykehus Arendal er et fullverdig akkuttsykehus. ØNH-seksjonen har spesielt fokus på audiologi, otonevrologi og oralkirurgi. Byen har godt klima, nærhet til en rekke nasjonale og internasjonale flydestinasjoner og togforbindelse mot Oslo og Stavanger. Byen har et variert kulturtilbud og gode turmuligheter til alle årstider.

Opplysninger: Sverre Karmhus Steinsvåg, avdelingsleder, tlf. +47 38 09 26 65

Søknadsfrist: 08.06.2014

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på www.sshf.no/jobbsok

frantz.no

SØRLANDET SYKEHUS

Öppen för förändring?

VI SÖKER:
ST-läkare
BARNMEDICIN
Lapplands Barnklinik
Gällivare



NORRBOTTENS LÄNS LANDSTING

nll.se/jobb



Fjällbacka är bara en av orterna vi bemannar i Sverige och Norge. Här kan du låta solen lysa upp både sinnet och karriären.

Hjärtat mår som bäst, där du behövs som mest.

AUKTORISERAT BEMANNINGSFÖRETAG

ATT JOBBA INOM VÅRDEN ÄR ATT VARA BEHÖVD.
Ju mer du är behövd, desto viktigare blir du. Och där du behövs som mest, är chansen också stor att du trivs som bäst.

MED MER ÄN 25 ÅRS ERFARENHET har vi en kunskap och ett nätverk som kan hjälpa dig att bli – och må – så bra som möjligt i ditt jobb.

läkarjouren.se

Vi bemannar hela Sveriges och Norges sjukvård!

Landstinget DALARNA

Viktenheten Skönvikt Säter *söker*

LÄKARE som företrädesvis jobbar med utredning och pre/postoperativ behandling vid operation för fetma.

Kontakta gärna:
Enhetschef Hans Furuhed 0225-49 44 32
Överläkare Arvo Hänni 0225- 49 44 34

Sista ansökningsdag 2014-06-15
Läs mer och sök via www.offentligajobb.se

pbm
Förändring som håller

Specialistläkare i rehabmedicin och/eller smärtlindring
Samt
Psykiater

PBM arbetar idag med stressrelaterad ohälsa på kognitiv beteende-medicinsk grund.
I samband med införandet av vårdval under hösten avseende rehabilitering för långvarig smärta med eller utan samsjuklighet och för utmattningssyndrom, söker vi engagerade och teamorienterade kollegor till våra verksamheter på Östermalm och i Globen.
Tillträde enligt överenskommelse.

Läs mer om tjänsten på **www.pbm.se**

För ytterligare upplysningar kontakta verksamhetschef Gunilla Brodda Jansen tel 070-7163913 eller mail *gunilla.broddajansen@pbm.se*

DANDERYDS SJUKHUS

Engagerad och driven **specialistläkare** sökes till Reumatologen Danderyds sjukhus AB

Vår Reumatologenhet växer! Vill du vara med och utveckla enheten tillsammans med oss?

Vi söker en läkare med specialistkompetens inom reumatologi. Arbetet innebär sedvanligt mottagningsarbete alla dagar i veckan samt ansvar för dagvården vissa veckor tillsammans med ST läkare. Du har specialistkompetens inom reumatologi och vi ser gärna att du har ett intresse för forskning samt utvecklings- och förändringsarbete.

Läs mer om tjänsten och ansök via: **www.ds/jobb**

Välkommen med din ansökan **senast 2014-06-11**

Danderyds sjukhus – Norra Stockholms akutsjukhus

VI ÄR EN DEL AV STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Finnmarkssykehuset har sykehus i Kirkenes og Hammerfest, og behandling innen psykisk helsevern og rus, inkludert samisk nasjonalt kompetansesenter. Vi søker de tøffe og fleksible fagfolkene. Du vil jobbe på en liten avdeling, som betyr at du får mer ansvar og mer varierte arbeidsoppgaver. Her betyr du mer!

Medisinsk avdeling, Klinikk Kirkenes

Overlege

100% fast stilling

Ved Medisinsk avdeling er det ledig en overlegestilling som Indremedisiner. Da to av våre overleger skal ut i forskningspermisjon, søker vi nå å styrke vår bemanning på medisinsk avdeling.

Kontaktinfo: Carlo Markus Mortensen, Avdelingsleder, tlf. +47 78 97 30 04 eller Viera Stubnvoa, Konstituert medisinskfaglig ansvarlig overlege, tlf. +47 78 97 31 58.

Søknadsfrist: 11. juni 2014

Fullstendig utlysningstekst finnes på foretakets hjemmeside www.finnmarkssykehuset.no

Attester og vitnemål legges ved søknaden. Originalpapirer etterspørres ved innkalling til intervju.
Finnmarkssykehuset ønsker ikke kontakt med selgere.

frantz.no

FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKUBUOHCCEVIESSU

Allmänläkare

önskas till väl inarbetad mottagning på Östermalm, Stockholm.

Datoriserad. Gärna egen etablering,
vikariat hel/deltid också av intresse.

Ring kvällstid! 070-495 63 82 eller 070-570 77 05.

Husläkare till Sibyllekliniken

Östermalm

Vi söker dig, specialist i allmänmedicin, som vill vara med och vidareutveckla vår husläkarmottagning. Goda villkor.

Sibyllekliniken är en gruppläkarmottagning med både husläkare och andra specialistläkare.

Ansökningshandlingar och information, Dr Hans Berglund, telefon 070-767-75-82, **hans.berglund@sibyllekliniken.se**,

www.sibyllekliniken.se



Divisionschef

Vill du anta utmaningen att driva och utveckla division opererande specialiteter tillsammans med oss? Då är du välkommen till Landstinget i Värmland.

Ring gärna hälso- och sjukvårdschef Ingrid Magnusson 070-201 97 10.

Läs mer om jobbet på

www.liv.se/jobb

Landstinget i Värmland

www.slso.sll.se

Psykiatri Södra Stockholm söker

Överläkare

till våra psykiatriska specialistmottagningar!

För information och ansökan se **www.jobb.sll.se/slso**
Sista ansökningsdag 2014-06-13.

Psykiatri Södra Stockholm
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Oslo universitetssykehus

Overlege

Avdeling for nevrohabilitering

Fast overlegestilling, LSR 10539.

Overlegestillingen er tilknyttet bistilling som professor II / førsteamanuensis (20 % stilling) i medisin (nevrohabilitering) ved Institutt for klinisk medisin, UiO.

Kontaktinfo: Nils Olav Aanonsen, avdelingsleder, tlf. +47 901 98 800 / +47 22 11 90 73 eller Leif Gjerstad, forskningsleder/professor, tlf. +47 416 40 740 / +47 23 07 22 39.

Ref.nr. 2185821559

Søknadsfrist: 30.06.2014

frantz.no

For fullstendig annonse se: www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 17 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

Jämtlands Läns Landsting

ÖSTERSUNDS SJUKHUS SÖKER

Specialistläkare/LUS till
Centrum för medicinska specialiteter



FOTO: M.STRÖM/BILDARKIVET.SE

VILL DU VETA MER SÅ KONTAKTA GÄRNA:

Enh.chef Lena Sollander Lundh, 063-15 35 07, lena.sollander.lundh@jll.se
Enh.chef Helene Christmansson, 063-15 46 39, helene.christmansson@jll.se

Läs mer och sök jobbet på www.jll.se/ledigajobb
Sista ansökningsdag 2014-08-31

Etableringar och överlåtelser

Öronläkare

Öron- näsa- och halsverksamheten
Höglandssjukhuset Eksjö-Nässjö.

Läs mer och ansök på www.lj.se/jobb

Landstinget i Jönköpings län

PRIMÄRVÅRDSFÖRETAG

Beläget i Stockholms området, med god ekonomi och lönsam verksamhet, ca 20 anställda, söker köpare alternativt samarbetspartner för utveckling och tillväxt. Företaget driver verksamheten genom vårdavtal med SLL.

Intresseanmälan, gärna med kort info om er som svarande, skickas till:
larshakan@telia.com

Alla intressenter kommer att behandlas konfidentiellt.

Ersättningsetableringar Allmänmedicin (2 stycken) i Eskilstuna överlåtes

Väletablerad, välrenommerad allmänläkarmottagning med två etableringar överlåtes. Verksamheterna bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning/samverkansavtal (nationella taxan).
Detaljerad annons med refnr LS-LED-339 och 340 finns på **www.landstingetsormland.se** Upphandlingar. **Sista ansökningsdag 2014-06-13**

För ytterligare information kontakta
Dr Thorne Wallman, **thorne.wallman@twallman.se** tel 070-660 87 79 och
Dr Alena Kvorning, **dr.alena.kvorning@gmail.com** tel 070-378 18 73

Capio Vårdcentral

En av Stockholms största vårdcentraler
Capio Vårdcentral Ringen söker

Specialist i allmänmedicin

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

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

Ersättningsetablering inom Allmänmedicin i Västra Götaland

Är du allmänläkare och vill jobba på valfri plats i VG-region och själv styra över din verksamhet? Jag överlåter 1 juli min etablering som jag har jobbat på i Borås i 20 år. Ca 2/3 till Tak 1 kvar vid försäljningen. Ersättning enligt den sk. nationella taxan.

Läs mer på www.vgregion.se/privatavardgivare
sök på: Annonsering ersättningsetableringar
Allmänmedicin HSN8-61-2014. **Sista anbudsdag:** 11 juni

För mer info: Eddy Noresson 0705-24 62 62 eller
eddy.noresson@hotmail.com



Vi söker nya medarbetare

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Studierektor – Specialistläkare/ Överläkare

Tillsvidareanställning som specialistläkare/överläkare i grundprofessionen med uppdrag som studierektor. Tillträde enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2014/2366

Upplysningar: Verksamhetschef Marie Lindh, tfn 031-342 86 74 eller 0736-88 93 00.

Sista ansökningsdag: 2014-06-10.

www.vgregion.se/jobb

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Ersättningsetablering Västra Götaland överlåtes, BARNMEDICIN

enligt nationella taxan, dvs förordning SFS1994:1121. Väletablerad verksamhet f.n. med behörighet i allergologi, centralt i Göteborg överlåtes. Stort patientunderlag. Specialistkompetens pediatrik, kan även omlokaliseras inom regionen och om man har dubbelspecialitet, konverteras även till annan medicinspecialitet.

www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startsida/vard-och-halsa/Forvardgivare/information-for-privata-vardgivare/ersattningsetablering

För upplysningar **www.klasnygren.se** **nygren.klas@gmail.com**
0705-881168

Välkommen besöka hemsidan och mottagningen, Kristinelundsgatan 13, Göteborg tel 031-778 14 13

Ansökan enligt blankett ”Ansökan om ersättningsetablering ” skall ha inkommit till **Hälso- och sjukvårdsnämndens kansli, Regionens Hus, 405 44 Göteborg senast 2014-07-04**

www.vgregion.se/ersattningsetablering Märk kuvertet ANSÖKAN och ange också diarienummer: HSN 5 217-2014



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

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

Tomas Ohlsson, Institutionen för radiofysik vid Universitetssjukhuset i Lund.

Stiftelsen står under Länsstyrelsens tillsyn och insamlingen kontrolleras av SFI.

Gunnar Nilssons Cancerstiftelse
www.cancerstiftelsen.se

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



Anders Hofer får Umeås pedagogiska pris på 50 000 kronor för sina insatser inom undervisningen vid medicinska fakulteten.

Anders Hofer prisas för sin pedagogiska förmåga

Anders Hofer, universitetslärare vid institutionen för medicinsk kemi och biofysik, Umeå universitet, får medicinska fakultetens pedagogiska pris 2014.

Enligt motiveringen har Anders Hofer gjort en väldokumenterad pedagogisk insats vid flertalet av fakultetens kurser inom olika program, och han har även mycket aktivt bidragit till en fakultetsövergripande kurs om säkerhet i laboratoriemiljö. Pristagaren har vidare omvittnat god kontakt med studenter och är mycket uppskattad bland sina kolleger. Priset delades ut i samband med Umeå universitets vårpromotion den 24 maj. ■

Stöd till forskning vid Lunds universitet

Syskonen Eva och Göran Bundys stiftelse till stöd för medicinsk forskning vid Lunds universitet instiftades i januari 2013 och syftar till att dela ut bidrag till forskning inom kliniskt kardiovaskulära sjukdomar och hjärnans somatiska sjukdomar.

De första unga forskare som får bidrag ur stiftelsen är **Alexandru Schiopu**, **Sebastian Palmqvist** och **Andreas Puschmann**.

Alexandru Schiopu forskar inom kardiologi och får 400 000 kronor för sina studier om inflammation i hjärtmuskeln efter hjärtinfarkt.

Neuroforskarna Sebastian Palmqvist och Andreas Puschmann får 200 000 kronor vardera. Sebastian Palmqvist arbetar med att kartlägga de utlösande sjukdomsmekanismerna vid Alzheimers sjukdom och andra neurodegenerativa sjukdomar. Andreas Puschmann studerar familjer med ärftliga former av neurologiska sjukdomar. ■

Avlidna

Nuhi Abdiu, Mjölby, 75 år, död 8 maj
Lianna Kadar, Oxie, 59 år, död 28 april
Maria Lidholm, Arvika, 65 år, död 30 april
Jacek Nowak, Årsta, 71 år, död 28 april
Gunnar Sedin, Uppsala, 74 år, död 2 maj
Albert Sundberg, Ormaryd, 66 år, död 5 maj

SKICKA IN BIDRAG

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

KALENDARIUM

Ortomolekylär medicin, konferens torsdagen den 12 juni, kl 13.00–17.00, Wenströmsalen, IVA, Grev Turegatan 16, Stockholm, i arrangemang av Svenska sällskapet för ortomolekyär medicin
Program
Autumn Stringam: A promise of hope – a patient's perspective on the use of micronutrients
Bonnie Kaplan: Nutrition as the first line of treatment for mental illness – knowledge lost and refound
Julia Rucklidge: Micronutrients for the treatment of mental disorders – what is the evidence?
Deltagaravgiften (200 kr) betalas på plats
För information och anmälan, kontakta Bo H Jonsson, e-post: bo.jonsson@ki.se

IHE Forum 2014: E-hälsa för ökad effektivitet och kvalitet i vården, konferens 4–5 september, Lund
Årets konferens fokuserar på e-hälsa ur ett ekonomiskt perspektiv. Med hjälp av praktiska exempel från myndigheter, vårdgivare och industri tittar vi närmare på hur e-hälsa kan användas för att effektivisera vårdprocessen och vara ett verktyg för uppföljning och beslutsstöd
För ytterligare information och anmälan, se ‹www.ihe.se/forum.aspx›

Röntgenveckan 2014, 8–12 september, Karlstad
För mer information, program och anmälan, se ‹www.rontgenveckan.se›

Kurs i svenskt uttal och kommunikation på arbetsplatsen för utländska läkare inom primärvården under hösten 2014 (6 kursdagar), i arrangemang av Sundbybergs folkhögskola
Kursansvariga: Helene Österlund, tel 073-985 62 24, och Kicki Johansson, tel 070-769 20 55
För mer information och anmälan, kontakta e-post: inger.beer@folkbildning.net
Sista anmälningsdag är den 3 oktober

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

Chefsutbildning i patientsäkerhet, tre dagar vid fyra tillfällen med start 4, 10 eller 15 september för chefer och/eller patientsäkerhetsansvariga med vårdavtal i Stockholms läns landsting
Deltagaravgiften är 6 000 kr (exkl moms)
För information och anmälan, se ‹lartorget.sll.se›

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
Flera välkända internationella och svenska föreläsare medverkar
För ytterligare information, se ‹www.nordcoag2014.com›

8:e nationella konferensen om patientsäkerhet, 23–24 september, Stockholmsmässan, Älvsjö
För information och anmälan, se ‹http://patientsakerhetskonferensen.se›

Specialistexamen i ögonsjukdomar

Frivillig specialistexamen i ämnet ögonsjukdomar äger rum 13–14 oktober i Göteborg. Examinationen består av skrivning den 13 oktober samt muntlig examination den 14 oktober. Deltagare i examinationen bör vara färdig specialist eller i slutet av sin specialistutbildning.

För information, kontakta Kristina Tornqvist, tel 042-406 25 77, eller e-post: kristina.tornqvist@skane.se

Preliminär anmälan önskas senast den 1 juli och slutlig anmälan senast den 31 augusti. ■

Patientdatalagen

När får vårdpersonal läsa patientuppgifter?

Patientdatalagens bestämmelser om när vårdpersonalen får ta del av patientuppgifter har orsakat osäkerhet hos såväl vårdgivare som vårdpersonal. Den statliga utredningen om rätt information i vård och omsorg har därför skrivit ett dokument med frågor och svar.

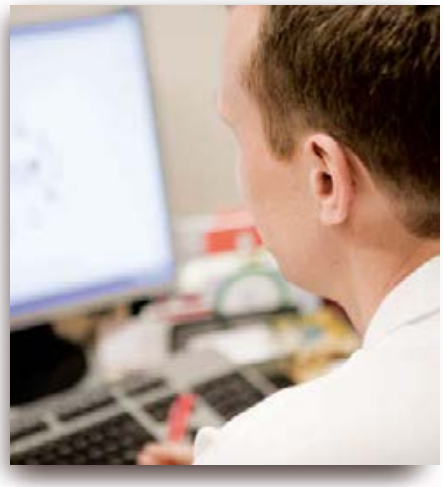
Patientdatalagen bestämmer hur personuppgifter ska behandlas i hälso- och sjukvården. Bland annat finns regler om inre sekretess (sekretess inom en vårdgivare), om sammanhållen journalföring (olika vårdgivare får tillgång till varandras patientuppgifter) och om patientens rätt att spärra uppgifter. Lagen är ganska svår att tolka. Många undrar bland annat över när läkare har rätt att läsa journaler utanför det traditionella patient – läkarmötet.

Utredningen om rätt information i vård och omsorg, där Läkarförbundet haft med en expert, har haft i uppdrag att lämna förslag till en mer ändamålsenlig informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Frågor och svar

Eftersom många är osäkra på vad som gäller tog utredningen vid årsskiftet fram en delrapport. Rapporten beskriver hur man enligt patientdatalagen får använda patientuppgifter i vården. I ett omfattande ”frågor och svar-dokument” besvaras frågor av typen:

- Vad innebär det att delta i vården av patienten? Är det tillåtet för en läkare att läsa journaler för att förbereda sig inför ett jourpass?
- Är röntgenronder lagliga?
- Får den som deltagit i vården av en patient gå in i journalen för att följa upp hur det gick?
- Vad menas med aktuell patientrelation?



Länk till ”Frågor- och svardokumentet” finns på www.lakarforbundet.se/sekretess

Förslag i slutbetänkandet

Utredningen om rätt information i vård och omsorg lämnade sitt slutbetänkande den 30 april (SOU 2014:23). I betänkandet föreslås bland annat att:

- patientdatalagen byter namn till hälso- och sjukvårdsdatalagen
- formuleringen om under vilka förutsättningar vårdpersonal får ta del av patientuppgifter ändras, så att grundförutsättningen att personen ska behöva uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården tydligare framgår
- det ska vara tillåtet för offentligfinansierade vårdgivare inom en huvudmans (landsting/region) ansvarsområde att utbyta patientuppgifter genom direktåtkomst utan att behöva använda system för sammanhållen journalföring
- det ska vara möjligt för hälso- och sjukvården och socialtjänsten att utbyta uppgifter genom direktåtkomst
- systemet för sammanhållen journalföring förenklas
- lagkravet på signering av journalanteckningar tas bort

Slutbetänkandet finns tillgängligt på regeringens hemsida.

Utredningen påpekar att vårdgivaren har ett ansvar att ta fram verksamhetsanpassade riktlinjer. Vårdgivaren ska till exempel precisera hur verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ska bedrivas, inklusive hur patientuppgifter ska användas i detta arbete.

Till rapporten hör även tre korta pm, som handlar om:

- patientuppgifter i systematiskt kvalitetsarbete
- studenters tillgång till patientuppgifter
- patientuppgifter i sammanhållen journalföring.

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

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Läkartidningen arrangerar

Program och anmälan:
Läkartidningen.se/events

Inbjudan till symposium

Motions- och idrottsskador

Sophiahemmet, Stockholm, 3 september 2014

En stor del av befolkningen bedriver träning i olika former. Detta bidrar till en förbättrad folkhälsa i stort men är också förknippat med en del överbelastningsproblem och skador. Kunskapen om hur man förebygger och behandlar muskuloskeletala problem har förbättrats avsevärt under de senaste åren. Detta symposium berör bland annat hälsenor, korsband, höftledsproblem, stressfrakturer och muskelrupturer.



Preliminärt program den 3 september 2014:

12.00–13.00	**Registrering och lunch**
13.00–13.05	**Inledning**
13.05–13.30	**Främre korsbandsrekonstruktioner i Sverige** *med dr Mattias Ahldén, Sahlgrenska Akademin, Göteborg*
13.30–13.55	**Hälseneruptur** *MD, PhD Katarina Nilsson Helander, Hallands sjukhus*
13.55–14.20	**Hälsenebesvär – akillestendinopati** *prof Jón Karlsson, Sahlgrenska akademin, Göteborg*
14.20–14.45	**Femoro-acetabulärt impingement och höftledsartroskopi** *Talare meddelas inom kort*
14.45–15.15	**Kaffe**
15.15–15.40	**Stressfrakturer** *prof Per Aspenberg, Linköpings universitet*
15.40–16.05	**Proximala hamstringsrupturer** *doc Karl O Eriksson, Södersjukhuset, Karolinska institutet*
16.05–16.30	**Frågor till panelen**

Programansvariga: *Läkartidningen* och *prof Jón Karlsson, Sahlgrenska akademin*

Moderator: *Professor Carl Johan Sundberg, medicinsk redaktör Läkartidningen*

Pris: 1 795 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.

Symposiet äger rum den 3 september i Erfors-/Weitnersalen på Sophiahemmets Högskola, Valhallavägen 91 i Stockholm ingång R, längst ner i sjukhusområdet från Valhallavägen, mitt emot Stadion.

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

Läkartidningen arrangerar

Läkartidningen i Almedalen!

Välkommen till Läkartidningens två seminarier i Almedalen
Onsdagen den 2 juli kl 13.30–18.00 på Strand Hotel, lokal Gillet
Moderator: Pär Gunnarsson, chefredaktör Läkartidningen

13.30–14.30 Diabetes år 2014 – hur bra behandling ska vi ha i Sverige?

Diabetes är en av våra största folksjukdomar och diabetespatienternas behov uppmärksammas återkommande. Ändå finns det mycket kvar att göra när det gäller den vård som erbjuds. Välkommen till ett seminarium där experterna pekar på var en välfärdsstat som Sverige bör ligga när det gäller diabetesbehandling.

Medverkande:



Claes-Göran Östenson, professor och huvudansvarig i faktaarbetet, Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvården



Barbro Westerholm, riksdagsledamot (FP)



Helene Öberg, landstingsråd (MP)



Anders Andersson, riksdagsledamot (KD)

Jan Östergren, professor och medicinsk huvudredaktör på Läkartidningen

Viveca Gyberg, läkare, doktorand, Karolinska universitetssjukhuset

15.00–16.00 Ska vi medicinera bort hjärt–kärlsjukdom?

Ny forskning visar att billiga och etablerade läkemedel inte bara kan hindra återinsjuknande i hjärt–kärlsjukdom utan även förebygga sådan hos individer med ökad risk att insjukna. På grund av dessa läkemedels stora behandlingsvärde pågår nu en diskussion både i Sverige och internationellt. Att lyfta läkemedlen ut ur läkemedelsförmånen och öppna för receptfri försäljning har föreslagits.

Samtidigt ifrågasätter en del läkare om en omfattande medicinering verkligen är rätt väg att gå.

Medverkande:



Joep Perk, professor, hjärtläkare, Linnéuniversitetet



Viveca Gyberg, läkare, doktorand, Karolinska universitetssjukhuset



Jan Östergren, professor och medicinsk huvudredaktör på Läkartidningen

Dagen avslutas med ett läkarmingel kl 16.00–18.00

Utställare: DEDICARE BIOTECHNOLOGY BY AMGEN