En provinsialläkares berättelse från 1862 om kejsarsnitt
KULTUR



»Tala om risk för patientinflytande«
REFLEXION

Prostatacancer – nya riktlinjer och första vårdprogrammet
ÖVERSIKT

Läkartidningen.se

Läkartidningen

NR 5/2015

NR 5 28 JANUARI–3 FEBRUARI 2015 VOL 112 121–188

ORGAN FÖR SVERIGES LÄKARFÖRBUND – GRUNDAD 1904

ORIGINALSTUDIE

Cykla bort behovet av operation

Bra effekt av träning vid lumbal spinal stenos

Läkartidningen arrangerar

Läkartidningens symposier 2015

Under 2015 planerar Läkartidningen följande symposier:

- **Järnbrist** Stockholm 17 mars
- **Hjärtstopp** Stockholm 14 april
- **E-läkekonst** Stockholm 15 april
- **Astma** Stockholm 6 maj
- **Förmaksflimmer** Stockholm 9 september
- **Psykotiska syndrom** Stockholm 14 oktober
- **Fysisk aktivitet vid sjukdom** Stockholm 18 november

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

Läkartidningen

REFLEXION

Tala om risk för patient-inflytande

»Att inte adekvat kommunicera potentiell nytta och eventuella faror riskerar att urholka begreppet patient-inflytande.«

Före jul publicerade JAMA Internal Medicine en intressant litteraturgenomgång om patienters förväntningar gällande nytta/risk vid medicinska åtgärder. 35 studier omfattande drygt 27 000 patienter inkluderades. Majoriteten av patienterna överskattade nyttan av medicinska åtgärder (utredning och behandling) och underskattade riskerna. Liknande tendenser har antytts för läkare liksom att patientinformation om risker ofta är undermålig. Dålig kännedom om risker samt en vilja att göra något aktivt för att hjälpa patienten misstänks bidra till skevheten.

För stor tilltro till vad medicinen kan göra leder sannolikt till överdiagnostik och överbehandling. Båda dessa är förknippade med risker på såväl individ- som samhällsnivå och ökade kostnader. I praxis kan skilda förväntningar leda till upplevda krav på utredning och behandling och konflikt när sådana önskemål inte tillmötesgås.

Nu har den nya patientlagen trätt i kraft. Tanken är att stärka patientens ställning och delaktighet. Stor vikt läggs vid informationsplikten. För att patienten ska bli delaktig i sin vård är realistiska förväntningar A och O. Att förmedla dessa kan ta tid, leda till besvikelse och ger någon gång kanske det medicinska egot en törn då vi inte alltid kan göra så mycket som vi skulle önska.

Att inte adekvat kommunicera potentiell nytta och eventuella faror riskerar att urholka begreppet patient-inflytande. För hur mycket inflytande har man egentligen om man fattar beslut utifrån falska premisser?

Hoffmann TC, et al. JAMA Intern Med. Epub 22 dec 2014.



Michael Wilczek
medicinsk redaktionschef
michael.wilczek@lakartidningen.se

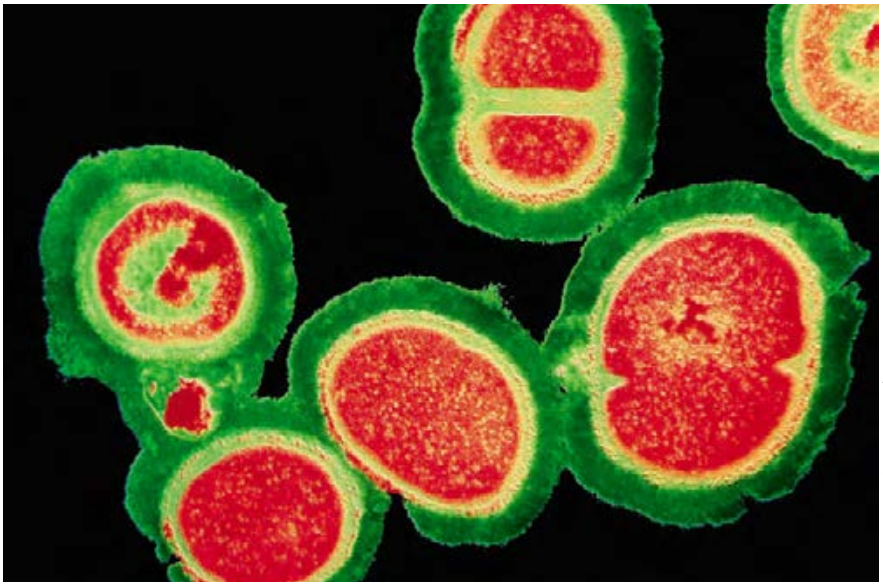


Foto: Science Photo Library/IBL

Forskare har upptäckt ett nytt antibiotikum, teixobactin, med förmåga att slå ut de totalresistenta bakteriestammar som är ett växande hot mot världshälsan. **NYA RÖN Sidan 142**

REFLEXION
123 Tala om risk för patientinflytande *Michael Wilczek*

SIGNERAT
127 Läkemedel är inte vilka piller som helst *Heidi Stensmyren*

LT DEBATT
128 Kritik från IVO ifrågasätter gängse praxis *Björn Widlund*

129 Apropå! Debatten om värdebaserad vård
De ä bar å åk
Lars Breimers



Illustration: Colourbox

NYHETER
130 Nu kommer biosimilarerna på riktigt

134 Vetenskapsrådet: Bara open access-publicering från 2025

»Enskilda forskare får ta striden mot förlagen«

135 Regeringens samordnare: Läkares jourer hinder för effektiviteten

Läkarförbundets ordförande: Jourer är ett kostnadseffektivt system

136 Hans Rosling: Lagbrott att inte erbjuda alla hepatit C-behandling

Patientsäkerhet

KLINIK OCH VETENSKAP
KOMMENTAR
139 »Det finns en 'app' på vänt« ... och andra exempel på språkmissbruk *Pelle Gustafson, Michael Wilczek*

NYA RÖN
142 Nyupptäckt antibiotikum dödar grampositiva bakterier *Gabor Hont*

Miljö viktigare än arv för variation mellan individers immunförsvar *Petter Brodin*

143 Musklernas epigenetik påverkas av uthållighetsträning *Maléne Lindholm*

ARTIKLAR
144 Originalstudie Träning minskade behovet av operation vid lumbal spinal stenos. Belastning av cirkulations-



Cirka 4 000 patienter opereras årligen för lumbal spinal stenos i Sverige; en tredjedel av dem är inte nöjda med resultatet. Men hälften av de patienter som fullföljde cirkulationsbelastande träning förbättrades så pass att operation inte var aktuell. **Sidan 144** Thomas Carlgren/Bildhuset /TT



Illustration: Colourbox

KLINIK & VETENSKAP En enkätundersökning visar på en hög nöjdhet hos patienter med botulinumtoxin vid palmar hyperhidros. Sidan 156.

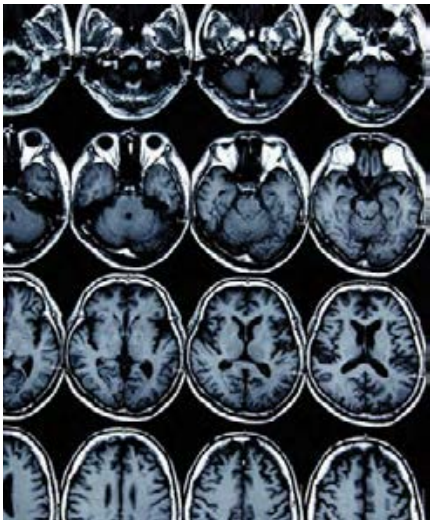


Illustration: Colourbox

DEBATT Spara inte på bilddiagnostiken vid demens, uppmanar författarna. Sidan 159.

apparaten i form av cykling gav bra effekt *Tomas Nord, Per Grönlund, Ulf Kornerup, Christina Reuterwall*

148 Fallbeskrivning Kraftigt svängande blodtryck var symtom på feokromocytom *Konstantina Vouzouneraki, Per Hellman, Staffan Welin, Eva Rask*

152 Översikt Prostatacancer – nya riktlinjer och första vårdprogrammet *Ola Bratt, Jan-Erik Damber, Anna Aldehag, Helena Brändström*

156 Rapport Behandlade patienter i enkätundersökning: Hög nöjdhet med botulinumtoxin vid palmar hyperhidros *Richard Deebaj, Lennart Emtestam, Lena Lundeberg, Karin Brandin Samuelsson, Ada Girnita*

DEBATT OCH BREV

158 Från Hippokrates till IT-synergi: »Tystnadsplikten avskaffas i vårdens IT-system« *Hans Wingstrand, Bengt Hansson, Bengt Hjelmqvist, Christian Ingvar*

159 Spara inte på bilddiagnostiken vid demens *Lena Cavallin, Elna-Marie Larsson, Anders Wallin, Lars-Olof Wahlund, Danielle van Westen, Eric Westman*

Slutreplik från Bengt Järhult och medförfattare: Värdebaserad vård – varför så bråttom? *Bengt Järhult, Eric Secher, Gunnar Akner*

160 Läsarkommentarer

KULTUR

161 Kejsarsnitt i en torparkoja 1861 En provinsialläkares berättelse *Annette Robertsdotter Mård*

163 Recension

164 LEDIGA TJÄNSTER

166 PLATSANNONSER

185 MEDDELANDEN

186 INFORMATION FRÅN LÄKARFÖRBUNDET

Rättelse

Författarna till artikeln »Kvinnliga läkares förening: Aborträtten måste försvaras« (Läkartidningen. 2015;112:DAXZ) har uppmärksammats på ett faktafel som redan rättats till på Läkartidningen.se. Stycket som i pappersutgåvan inleds »Sverige drogs inför Europadomstolen ...« har uppdaterats till »En barnmorska som nekats anställning för att hon inte vill delta i abortvård anser att Sverige bör införa samvetsklausul. Hon planerar att dra Sverige inför Europadomstolen för mänskliga rättigheter.«

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

Medicinsk redaktionschef
Michael Wilczek 08-790 34 87

Nyhetschef
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, professor (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
Sara Holfve (AD, medicinsk redigering) 08-790 34 63
Gabor Hont (reporter, 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
Hélène Engström (marknadskoordinator) 08-790 33 41
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
Pär Gunnarsson (tf vd)

TS-kontrollerad upplaga: 42 600 ex
ISSN: 0023-7205 (pappersutgåva)
1652-7518 (webbupplaga)

Tryckeri Sörmlands Grafiska AB

ORGAN FÖR SVERIGES LÄKARFÖRBUND GRUNDAD 1904

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



Tabletterna ovan används av illustrativa skäl, stämmer ej överens med verkligheten

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.

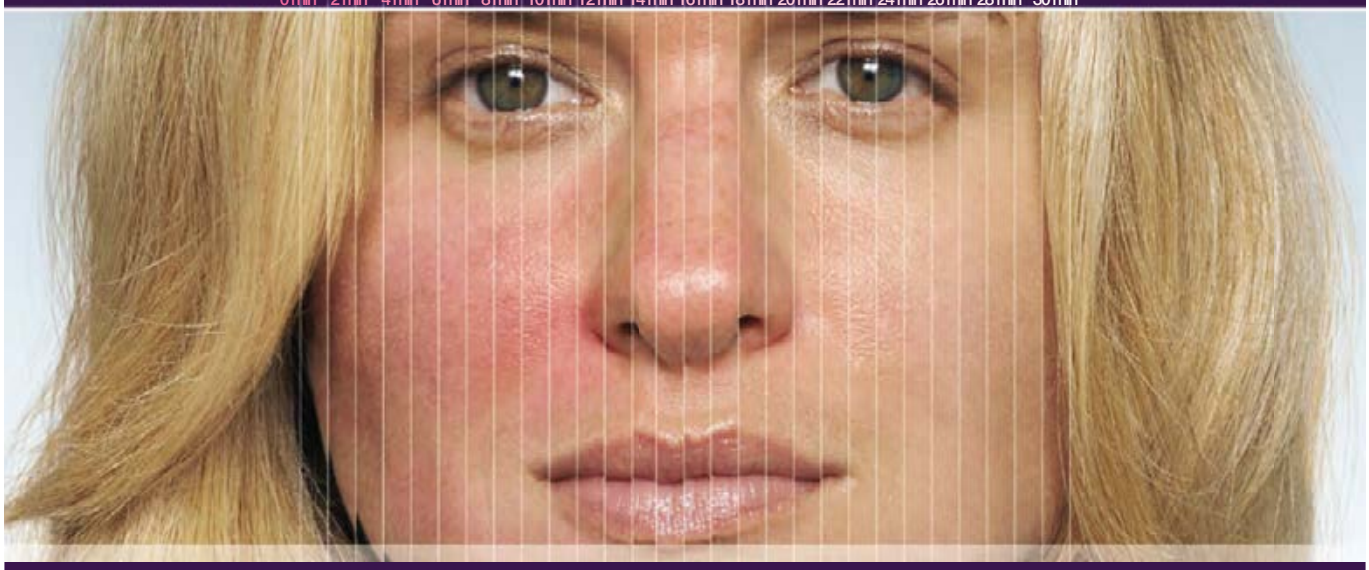
08-15-MUSC-1094208-0000 Aug 2013

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

ARCOXIA® (etoricoxib, MSD)

För behandling av erytem i ansiktet vid rosacea vilket drabbar mer än 40 miljoner människor globalt...[1]

MIRVASO® 3 mg/g gel
brimonidin.



Illustrationen visar en modell för att exemplifiera effekten. Resultaten är simulerade för att visa en 1-gradig förbättring av erytem efter 30 minuter (sekundär slutpunkt).

MIRVASO kan ge snabb (inom 30 minuter) och bibehållen (upp till 12 timmar) reducering av erytem*

- **Snabb reduktion av erytem:** Signifikant bättre effekt redan 30 minuter efter den första appliceringen av Mirvaso i jämförelse med vehikel ($p<0.001$).
- **Bibehållen effekt:** Signifikant fler patienter på Mirvaso hade även efter 12 timmar en 2-gradig reduktion av erytemet på behandlingsdag 29 jämfört med vehikeln ($p<0.001$).[2]
- **De vanligaste rapporterade biverkningarna** är erytem, klåda, rodnad och brännande känsla i huden, av vilka alla uppkom hos 1,2 till 3,3 % av patienterna i kliniska studier.

* i ansiktet vid rosacea ** ett läkemedelsprov/år i 2 år

Förnya din kunskap om rosacea och ditt material!

Besök www.mirvaso.se/LT

Beställ informationsmaterial & läkemedelsprov via nordic@galderma.com**

Referenser

1. Shanler S, Ondo A. Successful treatment of the erythema and flushing of rosacea using a topically applied selective a1 adrenergic receptor agonist, oxymetazoline [abstract taken from J Am Acad Dermatol. 2008;58(2):AB9]. Presented at: American Academy of Dermatology 66th Annual Meeting; February 1-5, 2008; San Antonio, TX.

2. Fowler J Jr, Jackson M, Moore A, et al; Brimonidine Phase III Study Group. Efficacy and safety of once-daily topical brimonidine tartrate gel 0.5% for the treatment of moderate to severe facial erythema of rosacea: results of two randomized, double-blind, vehicle-controlled pivotal studies. J Drugs Dermatol. 2013:12(6);650-656.

Mirvaso 3 mg/g gel
Ett gram gel innehåller 3,3 mg **brimonidin**, vilket motsvarar 5 mg brimonidintartrat. Rx. D11AX21. Mirvaso är avsett för symptomatisk behandling av erytem i ansiktet vid rosacea hos vuxna patienter. Får inte appliceras på irriterad hud eller öppna sår eller appliceras i närheten av ögonen. Produktresumé: 2014-02. EF. För mer information: www.fass.se. **www.galdermanordic.com**

Galderma Nordic AB
Seminariegatan 21, SE-752 28 Uppsala
Tel +46 18 444 03 30, fax +46 18 444 03 35
www.galdermanordic.com

GALDERMA
Committed to the future of dermatology

Mir ad LT1501/2

Läkemedel är inte vilka piller som helst

Pippi Långstrump ville inte bli stor. Hon svalde därför tillsammans med Annika och Tommy, med samma ambitioner, i skydd av mörkret varsitt krumelurpiller och uttalade de magiska orden: »Fina lilla krumelur, jag vill inte bliva stur.« Litterärt fungerade nog protesten mot vuxenlivets förstelning och allmänna fantasilöshet. Visst, Pippi blev stor, om inte i vuxenblivandet så i alla fall en megastor världskändis.

Med lite vilja kan krumelurpillret tjäna som exempel på att det finns mer eller mindre beska piller som hjälper i fantasin. Än värre finns tabletter och dekokter också i dess mer reella skuggvärld som förr kallades kvacksalveri. Rågången mellan dagens mirakelmedicin som smörjer hjärtat lika bra som skolädret och medicinska läkemedel borde självklart vara närmast övertydlig.

Tyvärr är fallet inte alltid så. I dag rekommenderar antroposofiskt inriktade doktorer på Vidarkliniken – med särskilda av regeringen godtagna dispenser – preparat som i from förhoppning påstås få berg av hälsokraft att förflyttas i självläkande riktning.

Visst förekommer både positiva och negativa placeboeffekter även inom den traditionella skolmedicinen. Effekter som, utan cynism eller missriktad omsorg, utan evidens kan och ska tas tillvara på olika sätt i vården. Emellertid fungerar inte rosa och blå sockerpiller med placeboeffekt för att ens komplettera vårdens arsenal av potenta läkemedel.

Läkarnas legitimation är djupt förenad med ett stort medicinskt ansvar för patienterna. Den läkemedelsbehandling och de råd som läkaren ger måste således vara förankrade i vetenskap och beprövad erfarenhet, de måste vara evidensbaserade. I grunden är det här en patientsäkerhetsfråga. Det handlar också om förtroende för den legitimerade yrkesutövaren.

Med hittillsvarande svenska praxis har antroposofiska preparat inga krav på vetenskapliga effektstudier. Både Läkemedelsverket och Socialstyrelsen har påtalat att det är oförenligt med patientsäkerhetslagens krav.

I decennier har EU krävt att antroposofiska preparat antingen förbjuds eller godkänns som läkemedel. I Sverige är de varken läkemedelsklassade eller förbjudna. I stället ger regeringen regelmässigt dispens så att exempelvis Vidarkliniken i Järna kan



Foto: Colourbox

använda sina tusentals antroposofiska preparat vid sidan av godkända läkemedel.

På förra regeringens uppdrag har Läkemedelsverket lämnat förslag till hur ett svenskt regelverk för godkännande av homeopatiska/antroposofiska preparat skulle kunna se ut. Läkemedelsverket gör bedömningen att frågan om att införliva EU-bestämmelserna i svensk lagstiftning till syvende och sist är en politisk fråga och inte i första hand ett vetenskapligt spörsmål.

Efter en uppståndelse i medierna kring antroposofiska preparat klargör Gabriel Wikström, folkhälso-, sjukvårds- och idrottsminister, i en debattreplik i Expressen sina synpunkter kring den pågående beredningen i Socialdepartementet. Det handlar om att få slut på decennier av särbehandling genom ständiga beslut om undantag från det ordinarie regelverket för läkemedel.

De grundläggande principer som gäller i svensk och europeisk läkemedelslagstiftning ska tillämpas även på antroposofiska preparat, och Läkemedelsverkets förslag ska nu skickas på remiss.

Gabriel Wikström anser vidare att Läkemedelsverket ska avgöra vilka preparat som ska godkännas eller registreras och att antroposofiska medel ska bedömas som andra jämförbara preparat. Här ska inte ges någon antroposofisk eller homeopatisk gräddfil.

Jag välkomnar Gabriel Wikströms förtydligande och förmodar självklart att Läkarförbundet får möjlighet att besvara remissen. Frågan om nya regler för godkännande av homeopatiska och antroposofiska preparat måste få en allmän beredning innan förslag läggs till riksdagen.

Pippi Långstrumps krumelurpiller och magiska metod är förstås sympatiska. Det är en helt annan sak om tillvägagångssättet ska realiseras i undantagssystem i vår svenska hälso- och sjukvård för patienter som trots allt råkat bliva »stura«. ■

»Frågan om nya regler för godkännande av homeopatiska och antroposofiska preparat måste få en allmän beredning innan förslag läggs till riksdagen.«



Heidi Stensmyren
ordförande, 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

Kritik från IVO ifrågasätter gängse praxis

Om Inspektionen för vård och omsorg utdelar kritik mot en läkare som handlagt ett fall enligt gängse praxis, bör man då inte slå larm om att en stor mängd patienter riskerar att utsättas för en oacceptabel risk? Vad betyder myndighetens handlande för patientsäkerhetsarbetet?

Under senare år har den lagstiftning och myndighetsstruktur som ska förbättra säkerheten inom hälso- och sjukvården riktats mot att identifiera systemfel och i mindre grad jaga syndabockar. I det fall som beskrivs nedan avslutade Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ärendet utan ytterligare åtgärd, men valde ändå att dela ut kritik mot handläggningen.

Fallet: En knappt 80-årig person med diabetes, ischemisk hjärtsjukdom, hjärtsvikt och förmaksflimmer insjuknade med hosta, halsont, huvud- och muskelvärk samt feber. Efter en dryg vecka tillfrisknade patienten, men fick efter något dygn åter feber och hosta. Patienten upplevde det tungt att andas och kände ökad trötthet.



På vårdcentralen bedömdes patienten av en specialist i allmänmedicin. Patienten uppvisade ingen dyspné i vila och förde ett normalt samtal. Avvikande fynd noterades basalt på ena sidan av torax. Syrgassaturation 94 procent, CRP >160 g/l. Den kliniska diagnosen blev bakteriell pneumoni, rimligen på grund av tidigare virusorsakad luftvägsinfektion, terapivalet betalaktamantibiotika.

Baserat på allmäntillståndet bestämdes vårdnivån till behandling i hemmet med tabletter, och planerad uppföljning med poliklinisk lungröntgen om cirka sex veckor. Patienten uppmanades kontakta vården igen vid försämring eller om det trots behandling inte märktes någon förbättring inom några dagar.

Efter cirka ett och ett halvt dygn fick patienten hög feber med frossa, men någon ny vårdkontakt togs inte och patienten avled under natten på grund av andnings- och cirkulationsstillestånd. Alla återupplivningsåtgärder var resultatlösa.

Fallet utreddes av IVO efter anmälan från en anhörig. IVO avslutade ärendet men riktade kritik mot behandlande läkare. IVO skriver: »en utvidgad undersökning med kompletterande provtagning och eventuell lungröntgen kunde varit rimlig för att bättre kunna bedöma vilken behandling och vårdnivå patienten skulle ha«. IVO specificerar inte och ger inte exempel på vilka prov som avses. I skäl för beslut och bedömning anger IVO det för alla legitimerade yrkesutövare i sjukvården välkända kravet att vården ska ges »i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet«.

Dåvarande och nuvarande verksamhetschef (undertecknad) gav genom inlagor till IVO sitt stöd för läkarens bedömning. I inlagorna påpekas att det skett en förskjutning i frågan om vad som anses kunna behandlas i hemmet och vad som kräver vårdnivån slutenvård. Specialister i allmänmedicin handlägger under sin utbildning åtskilliga motsvarande fall vid akutmottagning. Tillgängliga observations- och slutenvårdsplatser måste tas i anspråk för patienter med påverkat allmäntillstånd, eller om riktlinjer anger observationstid. Tröskeln för inläggning i sluten vård är hög. Dessutom anses många tillstånd som tidigare behandlades på sjukhus enligt gällande evidensläge numera möjliga att behandla utanför sjukhuset.

Här bedömdes tablettbehandling i hemmet vara rätt vårdnivå. Avgörande var patientens allmäntillstånd, andningsfrekvens, puls och temperatur. Infektionsfokus i nedre luftvägarna kom från anamnes och auskultationsfynd. Bakteriell etiologi framgick av CRP. Terapivalet skedde enligt rekommendationslista. Trots den oönskade och oförutsedda utgången har läkaren handlat i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Därför bör IVO inte uttala kritik.

I praktiken antar jag att flertalet kliniskt verksamma specialister i allmänmedicin handlagt fallet på samma sätt. En utökad provtagning hade inte gett information som lett till ett annat behandlingsbeslut, och remittering till akutmottagning hade inte inneburit någon skillnad, utom möjligen att patienten först efter ett par timmars vistelse och lungröntgen blivit hemskickad med samma behandling.

Om IVO uttalar kritik i ett fall som handlagts i enlighet med gällande praxis bör då inte vi som vårdgivare ta till oss detta? I ett systematiskt patientsäkerhetsarbete måste vi förhålla oss till myndighetens bedömningar och beslut. Kritik mot en handläggning bör rimligen göras allmänt bekant så att praxis kan förändras. Varför har vi annars en granskning på system- och processnivå? IVO:s beslut kan få följdverkningar i form av ökad belastning på redan pressade akutmottagningar. Kapaciteten måste byggas ut för att ta hand om patienter som i dag handläggs inom öppenvården. Man kan fråga sig:

• Om IVO anser att handläggning enligt praxis bör kritiseras bör man då inte slå

»I ett systematiskt patientsäkerhetsarbete måste vi förhålla oss till myndighetens bedömningar och beslut. Kritik mot en handläggning bör rimligen göras allmänt bekant så att praxis kan förändras.«



BJÖRN WIDLUND
leg läkare, specialist i allmänmedicin, verksamhetschef, Vårdcentralerna Sjöbo och Tomelilla, Förvaltning Skånevård Kryh, Region Skåne
widlund@yahoo.se

larm om att en stor mängd patienter riskerar utsättas för en, enligt IVO, oacceptabel risk?

• Nog måste det vara meningen att IVO:s beslut ska bidra till ökad patientsäkerhet genom återförd kunskap? Myndigheten har ett stort ansvar. Viktigt att få svar på i detta fall är om myndigheten menar allvar i sin kritik mot den enskilde läkaren, eller om den bara är ett annat uttryck för: »Vi vet att läkaren gjorde rätt, men i just detta fall råkade utgången bli oönskad. Därmed utdelas kritik i allmänna formuleringar men sjukvården i landet behöver inte ändra praxis.«

• Finns det risk för att det nationella patientsäkerhetsarbetet misskrediteras och felriktas om IVO utdelar kritik mot en kollega som enligt omgivande klinikers mening agerat rätt?

MER DEBATT PÅ LÄKARTIDNINGEN.SE

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

Framsteg sker genom flit och arbetsmoral

Det är synd att Karin Båtelson inte hade möjlighet att bemöta Socialdemokraternas socialminister Sven Aspling 1970 då »sjukronan« infördes. Kanske hade vår nuvarande ineffektiva sjukvård sett annorlunda ut med väl yrkesträngade, motiverade läkare.

Håkan Borg

Slutreplik: **Vår kritik mot rapporten om alkohol och samhälle bemöts inte**

Systematiska översikter visar samstämmigt att låg alkoholkonsumtion skyddar mot hjärt–kärlsjukdom, skriver Måns Rosén och medförfattare i sin slutreplik i debatten om måttlig alkoholkonsumtion i medelåldern

Måns Rosén, Kjell Asplund, Magnus Stenbeck



Foto: Colourbox

Endast döda fiskar följer med strömmen.

ST-läkare i onkologi uppmanas att titta uppströms

Mest uppfriskande hade det dock varit att få läsa åtminstone ett ord om en av de långsiktigt viktigaste lösningarna på dagens och morgondagens hälso- och sjukvårdsproblem, inte minst inom cancerområdet.

Göran Boëthius, Hans Gilljam

APROPÅ! Debatten om värdebaserad vård

De ä bar å åk



Foto: Fotolia/IBL

I ett inlägg om värdebaserad vård i Läkartidningen 1–2/2015 (Läkartidningen. 2015;112:C96H) skriver författarna »vi ska inte mäta och följa upp fler saker utan vi ska mäta och följa upp rätt saker«. Vi får hoppas att ingen planerar att mäta och följa upp fel saker. Det säger sig självt att om det vore enkelt att mäta vårdens värde på ett meningsfullt sätt skulle det redan finnas etablerade system, anpassade efter olika länders förutsättningar.

En förbättring, som inte kräver avancerad mätteknik, vore att införa ett gemensamt IT-system för vården i vårt land på bara 9,7 miljoner innevånare. Med ett enda journalsystem behöver läkare och annan personal inte lära om när de flyttar, vilket är kostnadseffektivt och skulle öka patientsäkerheten. Nationella patientöversikten (NPÖ) borde kunna omvandlas till ett gemensamt journalsystem. Mjukvaran för NPÖ är framtagen av samma firma som gjorde journalsystemen för Veterans Health Administration, som omfattar 25 miljoner amerikaner och 150 sjukhus runt om i USA, samt Kaiser Permanente, en sjukvårdsorganisation för drygt 9 miljoner invånare i norra Kalifornien.

Värdebaserad vård kommer från det stora landet i väster. Den omedelbara skillnaden mellan svensk och amerikansk sjukvård är att den amerikanska är mycket dyrare. En stor del av den skillnaden beror på att sjukvårdare i USA är avsevärt bättre betalda än i Sverige, inte minst läkare. Mediciner är också på det hela taget billigare i Sverige än i USA. Om det finns något »värde« alls i amerikansk sjukvård måste detta redan vara gigantiskt i Sverige. Jämförd med USA är svensk sjukvård kostnadseffektiv.

Personal är givetvis en stor kostnad, men med den höga läkar- och sjuksköterskетäthet vi har räcker det med omfördelning av personal. 2013 fanns det 44 016 legitimerade läkare yngre än 65 år i Sverige, vilket ger en läkartäthet på 1:220 – en anmärkningsvärd täthet som tredubblats på 40 år (1974 var den 1:650). Samma gäller sjuksköterskorna (nu 1:65). Även om sjukvården utvecklats och förbättrats är den i dag knappast tre gånger mer omfattande eller bättre jämfört med 1970-talet.

Inom primärvården anses det att en allmänläkare bör ha 1 500 patienter. Med vår folkmängd täcks behovet av 6 470 läkare. Enligt Socialstyrelsen finns det 7 159 allmänläkare yngre än 65 år, det vill säga ett överskott på 689. Inte undra på att vi behöver nya värderingssystem!

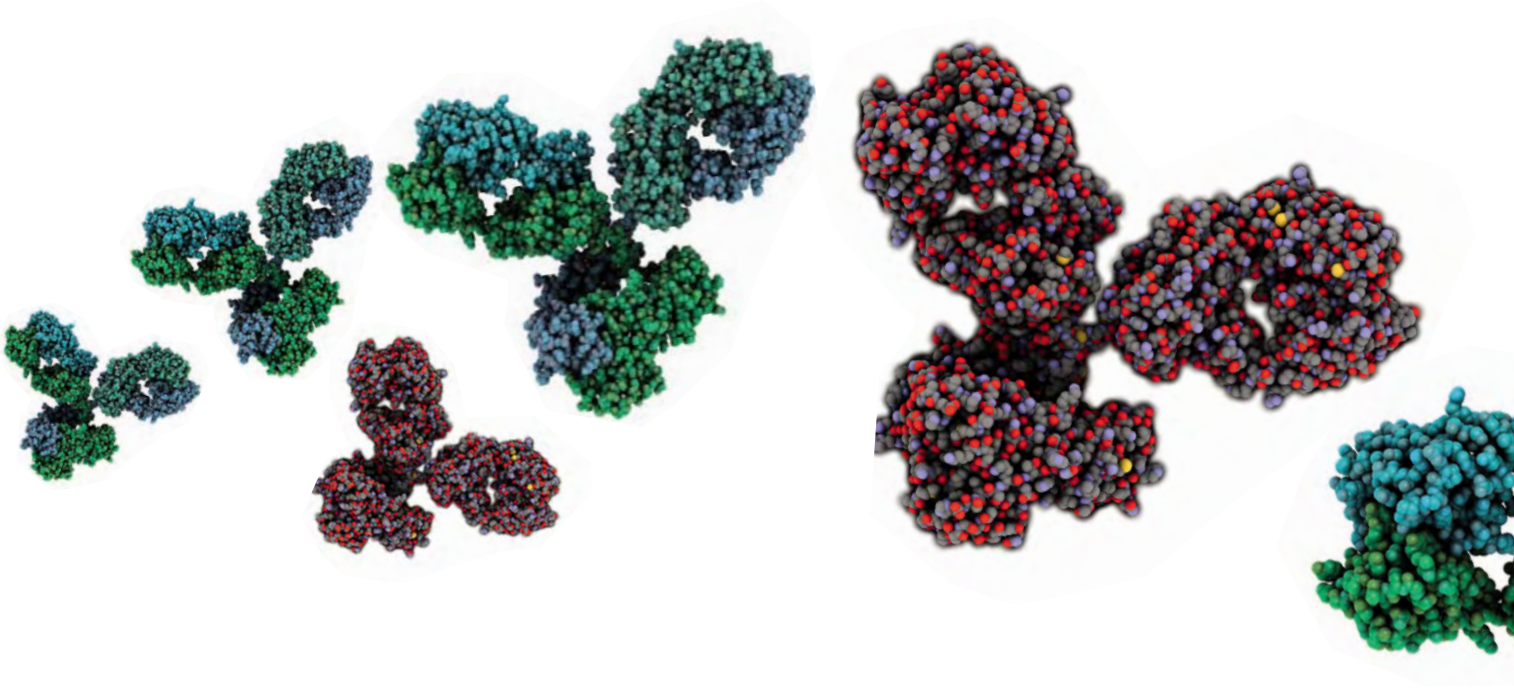
Även den övriga delen av sjukvården, den som inte deltar i det direkta patientarbetet, har förändrats markant. Nya yrkesgrupper har tillkommit genom teknikutvecklingen och andra genom organisations- och politiska förändringar (till exempel beställar–utförarnämnder, kvalitetsgrupper-/register, fördelare/kontrollerare av kömiljarder osv, i all oändlighet). Behövs alla dessa?

Som patient ser individen inte hela räkningen för sin behandling. Det gör inte heller individen som skattebetalare. All offentlig makt utgår från folket. Sverige har två enorma sjukvårdande organisationer fördelade på ett stort antal enheter. Konsekvent genomförd sammanslagning och rationalisering lär ge avsevärt mer värde för patienterna, det vill säga skattebetalarna.

Att skapa värdebaserad vård för patienter låter sig inte göras genom allmänna diskussioner och teoretiserande av den sort som diverse författargrupperingar ägnar sig åt. Det räcker med att fortsätta enligt den princip läkarprofessionen sedan sekler tillbaka arbetat efter: att bota/lindra/trösta enligt Hippokrates läkared. Här krävs inga nya dogmer. Däremot rejäla politiska beslut.



Lars Breimer
docent, överläkare, fakulteten för hälsovetenskap och medicin, Örebro universitet; laboratoriemedicinska länskliniken, Universitetssjukhuset Örebro
lars.breimer@regionorebrolan.se



Biosimilarer har funnits godkända i EU sedan 2006. Men först nu kommer det biologiska kopior på några riktiga storsäljare – Sveriges största slutenvårdspreparat Remicade och Lantus.

TEXT: FREDRIK HEDLUND

Nu kommer biosimilarerna

I februari går patenten ut för de två storsäljande TNF-alfahämmarna Remicade (infliximab) och Enbrel (etanercept) i Sverige och stora delar av EU. Och lite senare i vår går patentet ut för diabetesmedicinen Lantus (insulin glargin).

Då kan de biologiska kopiorna – biosimilarerna – på infliximab (Inflectra och Remsima) och insulin glargin (Abasria) som redan finns godkända hos den europeiska läkemedelsmyndigheten EMA börja säljas.

Precis som med generiska läkemedelskopior är det främsta argumentet för biosimilarer priset, men det handlar inte alls om samma dramatiska prissänkningar som är vanligt vid generisk konkurrens, där priserna kan falla med 95 procent. Erfarenhetsmässigt har priserna på biosimilarer i stället landat någonstans mellan 15 och 35 procent under priset på originalet.

TABELL I. Aktuella godkända biosimilarer

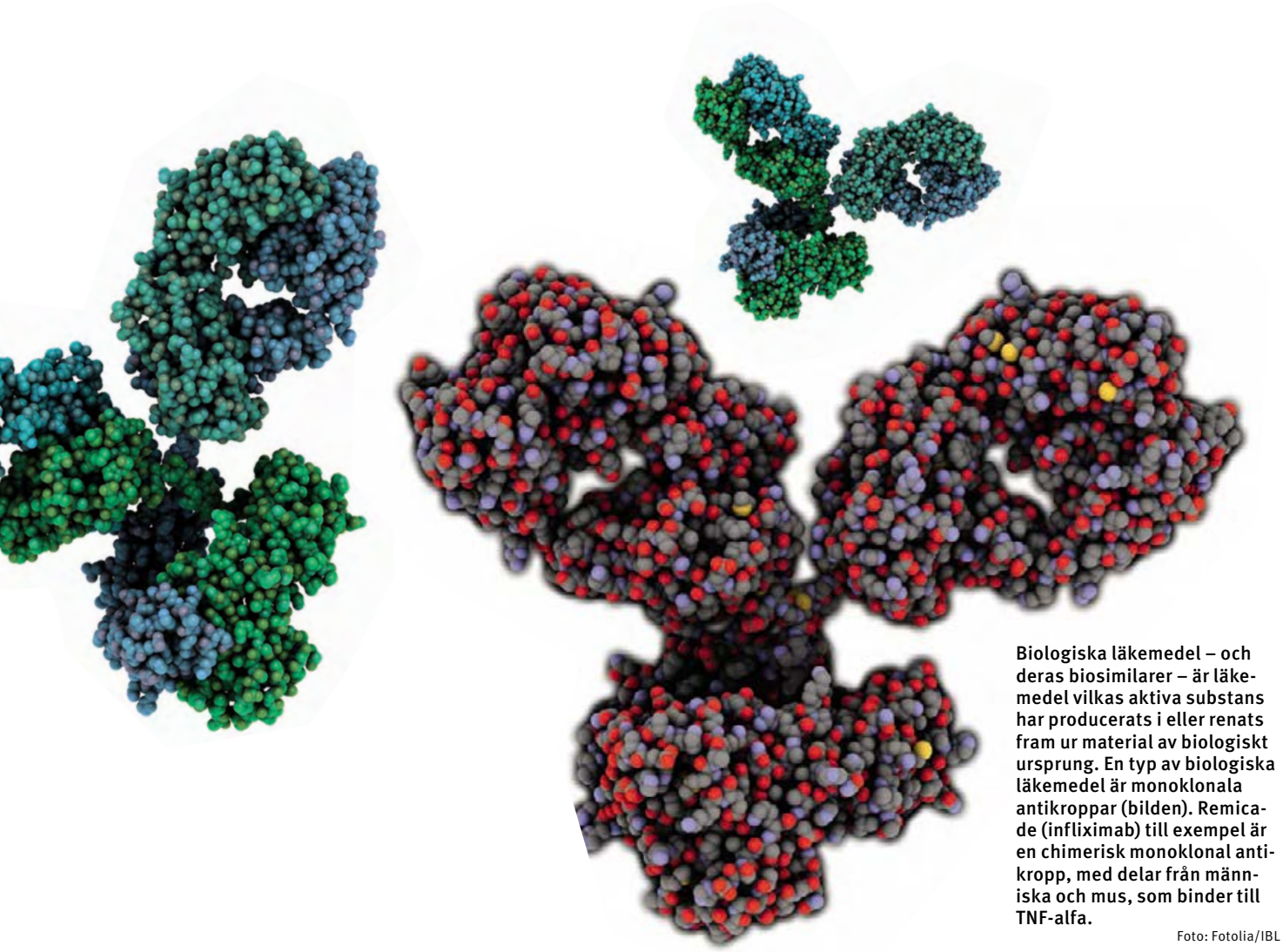
Namn	Substans	Företag	Godkänd i EU
Inflectra	infliximab	Hospira	2013-09-10
Remsima	infliximab	Celltrion Healthcare	2013-09-10
Abasria	insulin glargin	Eli Lilly	2014-09-09

Källa: EMA

Just nu ligger företagen och lurpassar på varandra, och de officiella priserna hos Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, är nästan identiska där priserna för biosimilarerna ligger mindre än två procent under originalet Remicade.

Av patenttekniska skäl vill företagen som marknadsför biosimilarerna inte uttala sig alls kring sina strategier eller målsättningar, men det går att titta på utvecklingen i Norge där de biologiska kopiorna på infliximab har funnits i cirka ett år redan. Där ligger priset på den billigaste biosimilaren 39 procent under originalet Remicade, och den har hittills tagit 33 procent av infliximab-marknaden i Norge.

Med tanke på att Remicade är Sveriges största slutenvårdspreparat och kostade svenska landsting strax under 600 miljoner kronor 2014, enligt E-hälsomyndigheten, så kan besparingen för landstingen bli betydande om samma utveckling sker här. Detsamma gäller



Biologiska läkemedel – och deras biosimilarer – är läkemedel vilkas aktiva substans har producerats i eller renats fram ur material av biologiskt ursprung. En typ av biologiska läkemedel är monoklonala antikroppar (bilden). Remicade (infliximab) till exempel är en chimerisk monoklonal antikropp, med delar från människa och mus, som binder till TNF-alfa.

Foto: Fotolia/IBL

på riktigt

för Lantus som förskrevs för knappt 240 miljoner i öppenvården förra året.

För den andra TNF-alfahämmaren som förlorar sitt patent nu i februari, Enbrel, som såldes för knappt 800 miljoner kronor 2014, finns det ännu ingen godkänd biosimilar. EMA meddelade dock i början av januari att man har fått in en ansökan om ett godkännande, så det är en på gång.

Biosimilarer är egentligen inget nytt. De har funnits godkända inom EU, och därmed även i Sverige, sedan tillväxthormonet Omnitrope, innehållande somatropin, godkändes 2006. I dag finns det knappt 20 godkända biosimilarer inom EU innehållande bland annat epoetin, filgrastim och folitropin.

Biosimilarer är inte detsamma som generiska kopior av biologiska läkemedel. De är visserligen ett slags kopior, men eftersom det handlar om biologiska läkemedel är begreppet kopia lite mer komplicerat än för vanliga läkemedel.

Biologiska läkemedel, som de monoklonala antikropparna till exempel, är betydligt större och mer komplexa molekyler än vanliga läkemedel. Jämför den kemiska summaformeln för paracetamol – $C_8H_9NO_2$ – eller för morfin – $C_{17}H_{19}NO_3$ – med summaformeln för infliximab – $C_{6428}H_{9912}N_{1694}O_{1987}S_{46}$ – så blir det uppenbart. Därför blir också kontrollen för att avgöra om kopian är tillräckligt lik originalet betydligt mer komplicerad än för vanliga generika. Det är nämligen inte bara antalet atomer som måste vara korrekt, molekylen måste dessutom ha den rätta tredimensionella strukturen och den måste modifieras i kroppen på ett liknande sätt som originalet.

Biosimilarer jämförs därför med originalpreparatet dels i en omfattande fysikalisk och biologisk karaktärisering av exempelvis molekylstruktur, receptorbindning och biologisk aktivitet, dels i studier av farmakokinetik, farmakodynamik och immunogenitet.



Bengt Ljungberg, Läkemedelsverket

– Det är väldigt omfattande undersökningar, och det tror jag kanske att kliniker ibland underskattar. Därför blir de ibland lite undrande kring varför de kliniska studierna till sitt omfång är mer begränsade jämfört med originalpreparatet, säger Bengt Ljungberg, senior vetenskaplig rådgivare vid Läkemedelsverket. ▶

Den kliniska dokumentationen är endast gjord på reumatoid artrit och ankyloserande spondylit, men de båda biosimilarerna har fått Remicades samtliga åtta indikationer.

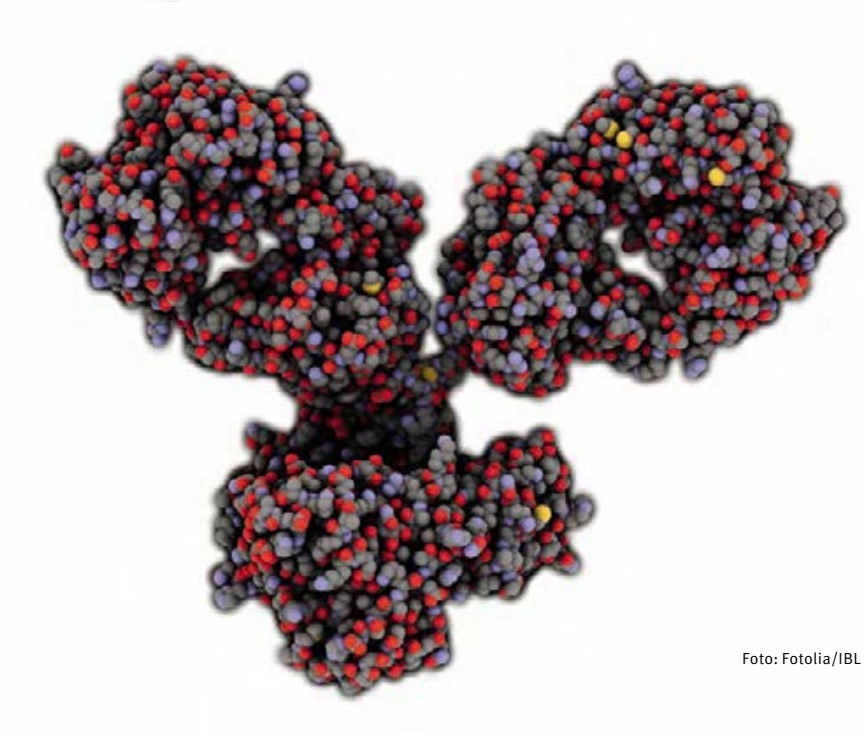


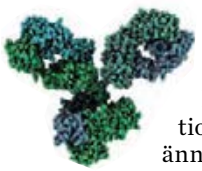
Foto: Fotolia/IBL

För biosimilarer behöver trots allt inte genomgå kliniska studier i samma utsträckning som originalpreparatet har behövt. Det räcker oftast med att biosimilaren har visats ha effekt vid en eller två indikationer för att den ska bli godkänd på samtliga av originalpreparatets indikationer.

– Ja, det är grundprincipen, annars vore ju konceptet lite meningslöst. Det bygger på att man vilar på den fysikaliska, biokemiska karaktäriseringen och att man driver den så pass långt som man gör. Grundprincipen är att man får samtliga indikationer som originalpreparatet, säger Bengt Ljungberg.

De båda infliximab-preparaten Inflectra och Remsima är så kallade duplikat. Det innebär att det egentligen är samma produkt, godkänd på exakt samma dokumentation, men med två olika företag som marknadsför den under olika namn. Den kliniska dokumentationen är endast gjord på reumatoid artrit och ankyloserande spondylit, men de båda biosimilarerna har fått Remicades samtliga åtta indikationer.

Denna extrapolering av indikationer är kontroversiell inom läkemedelsmyndighetsvärlden; europeiska EMA går längst, medan den kanadensiska myndigheten Health Canada i stället starkt avråder från att extrapolera indikationer och också bara har godkänt infliximab-biosimilarerna på de två indikationer där det finns klinisk dokumentation. Amerikanska FDA ligger i detta sammanhang långt efter de övriga myndigheterna, och tveksamheten kring biosimilarer har varit stor. Strax efter årsskiftet rekommenderade dock myndighetens rådgivande läkemedelsnämnd att den första biosimilaren i USA, filgrastim, skulle godkännas på originalets samtliga fem indikationer trots att den endast hade klinisk dokumentation på en av dem, men något beslut är ännu inte fattat. Hur den amerikanska myndigheten ställer sig i frågan om indikationsextrapolering är därför ännu inte klart. Men att det är en sådan skillnad mellan olika godkännandemyndigheters syn på biosimilarer är inte särskilt konstigt, menar Bengt Ljungberg.



– Det förekommer ju i många sammanhang att vi, FDA och Kanada kommer till lite olika bedömningar. Så detta förvånar mig inte, säger han.

Bengt Ljungberg menar dock att myndigheten i Kanada är väl försiktig och inte litar på sin egen bedömning av preparatens likhet.

– Det kan, som en generell princip, ses som en logisk kullerbytta, i mitt tycke, säger han.

Men samtidigt framhåller han att detta är en fråga som måste hanteras från läkemedel till läkemedel. Den monoklonala antikroppen rituximab (Mabthera) har lyfts fram som extra komplicerad när det gäller indikationsextrapolering eftersom den både har indikationen reumatoid artrit och non-Hodgkin-lymfom, med helt olika patientgrupper.

– Det är ett bra exempel där frågan kan ställas på sin spets. Då får vi ju se var vi hamnar någonstans. Indikationsextrapolering fordrar en individuell bedömning, man kan inte fastställa att det alltid ska vara på ett visst sätt, men som EMA hittills har sett det så har det varit grundprincipen, säger Bengt Ljungberg.

Eftersom kraven på klinisk dokumentation är lägre för biosimilarer än för originalprodukten är det naturligtvis viktigt att uppföljningen är god.

– Utgångspunkten är att det ska vara samma krav på biosimilaren som på originalet, sedan kan det ju tillkomma någonting om det finns skäl för det, säger Bengt Ljungberg.

I de aktuella fallen finns inga ytterligare krav på uppföljning. I själva verket är kraven på de båda infliximab-preparaten Inflectra och Remsima faktiskt mindre omfattande än de har varit för Remicade. Men det handlar mer om att TNF-alfahämmare var något helt nytt 1999 när det godkändes, och därför har myndigheterna ställt höga krav på uppföljningen, även när nya indikationer har godkänts.



Ulla Wändel Liminga, Läkemedelsverket

– För Remicade har det funnits krav på ett ganska omfattande program av ytterligare studier. När den godkändes var detta ett väldigt okänt område, säger Ulla Wändel Liminga, ämnesområdesansvarig för farmakologi och toxikologi på Läkemedelsverket och svensk ledamot i EMA:s Pharmacovigilance Risk Assessment Committee, PRAC.

Riskhanteringsplanen för Inflectra och Remsima följer i huvudsak standardmallen med signalspaning i databaser, periodiska säkerhetsrapporter och litteraturföljning. Dessutom finns krav på uppföljningsstudier inom reumatologi och gastroenterologi samt uppföljning i de reumaregister som re-

TABELL II. Patentutgångar biologiska läkemedel

Namn	Substans	Patentutgång i EU
Mabthera	rituximab	januari 2014
Herceptin	trastuzumab	juli 2014
Erbitux	cetuximab	september 2014
Remicade	infliximab	februari 2015
Enbrel	etanercept	februari 2015
Lantus	insulin glargin	maj 2015
Tysabri	natalizumab	augusti 2015
Xolair	omalizumab	augusti 2017
Humira	adalimumab	april 2018
Avastin	bevacizumab	april 2018
Lucentis	ranibizumab	april 2018

Källor: Nature Reviews Drug Discovery, MSD och Roche

TABELL III. Samtliga godkända biosimilarer i EU

Namn	Substans	Företag	Godkänd i EU
Accofil	filgrastim	Accord Healthcare	2014-09-18
Abasria	insulin glargin	Eli Lilly	2014-09-09
Bemfola	follitropin alfa	Finox Biotech	2014-03-27
Grastofil	filgrastim	Apotex	2013-10-18
Ovaleap	follitropin alfa	Teva	2013-09-27
Inflectra	infliximab	Hospira	2013-09-10
Remsima	infliximab	Celltrion Healthcare	2013-09-10
Nivestim	filgrastim	Hospira	2010-06-08
Filgrastim Hexal	filgrastim	Hexal	2009-02-06
Zarzio	filgrastim	Sandoz	2009-02-06
Biograstim	filgrastim	AbZ-Pharma	2008-09-15
Ratiograstim	filgrastim	Ratiopharm	2008-09-15
Tevagrastim	filgrastim	Teva	2008-09-15
Retacrit	epoetin zeta	Hospira	2007-12-18
Silapo	epoetin zeta	Stada	2007-12-18
Binocrit	epoetin alfa	Sandoz	2007-08-28
Epoetin Alfa Hexal	epoetin alfa	Hexal	2007-08-28
Abseamed	epoetin alfa	Medice Arzneimittel Pütter	2007-08-27
Omnitrope	somatropin	Sandoz	2006-04-12

Källa: EMA



dan finns i olika europeiska länder, som det svenska.

Inflectra och Remsima har redan funnits i cirka ett år i europeiska länder som Norge, Finland, Portugal och Tjeckien, och ingenstans har det kommit några signaler om att de uppträder annorlunda än originalet.

– EMA skannar varannan vecka igenom biverkningsdatabasen efter biverkningar. Det är visserligen ett ganska trubbigt verktyg, och en avsaknad av signal i biverkningsdatabasen betyder ju inte att det inte kan finnas problem, men det är ju bättre att vi inte har hittat något än om vi hade gjort det, säger Ulla Wändel Liminga.

Ett problem när det gäller uppföljning av biologiska läkemedel, oavsett om det handlar om biosimilarer eller original, är de bristfälliga möjligheterna att följa preparat från olika tillverkningsbatcher. För precis som biosimilarer aldrig kan vara identiska kopior av originalen så kan inte heller preparat från två batcher av samma biologiska läkemedel vara identiska.

Därför har det sedan den nya farmakovigilanslagen infördes i juli 2012 funnits ett myndighetskrav från EMA på att inte bara läkemedelsnamnet utan även batchnumret ska registreras i patienternas journaler för alla biologiska läkemedel. Problemet är bara att det inte görs i någon högre utsträckning.

Enligt Ulla Wändel Liminga har Läkemedelsverket lyft frågan till EU-nivå om det inte borde utvecklas ett verktyg för att göra det möjligt att följa kraven, men det har ännu inte resulterat i något.

... även batchnumret ska registreras i patienternas journaler för alla biologiska läkemedel. Problemet är bara att det inte görs i någon högre utsträckning.

– Det är bara att erkänna att det finns ett glapp här, säger hon.

Samtidigt menar Bengt Ljungberg att situationen kan hanteras.

– Vi har stor erfarenhet från andra sammanhang när man ska spåra batcher och det har ju i praktiken sällan varit något stort problem. Så jag är inte så orolig för vad som skulle kunna tänkas hända, säger han.

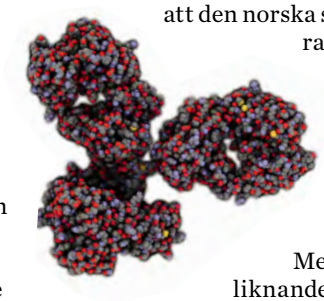
Anledningen till att inget hänt kan vara att läkemedelsföretagen håller på att utveckla ett system för att skydda Europas läkemedelsdistribution från förfalskade läkemedel. Där kommer varje expedierad läkemedelsförpackning att vara spårbar med batchnummer och allt.

– Det kommer förhoppningsvis att lösa även denna fråga, säger Bengt Ljungberg.

I motsats till generika, som i regel är utbytbara på apotek, så är biosimilarer i Sverige inte utbytbara. En av orsakerna är att man inte vill utsätta patienterna för upprepade byten av biologiska preparat med små skillnader som teoretiskt skulle kunna öka risken för immunreaktioner med autoantikroppsbildning som följd. Frågan ligger på de nationella myndigheterna att besluta om, och Bengt Ljungberg ser inte att det kommer att ändras.

– Vi har hittills inte ansett det rimligt att de ska vara utbytbara. Det är inte särskilt kontroversiellt i ett svenskt perspektiv, säger han.

I Norge är biosimilarer inte heller utbytbara på apotek. Däremot börjar allt fler sjukhus nu vilja ställa över sina patienter från originalpreparatet Remicade till en infliximab-biosimilar av ekonomiska skäl, något som har orsakat en viss diskussion och resulterat i att den norska staten har finansierat en studie där de ska jämföra 300 reumapatienter som ställs över på Remsima med lika många som står kvar på Remicade.



Men i Sverige skulle en liknande utveckling inte vara något bekymmer för Läkemedelsverket, menar Bengt Ljungberg.

– Om man generellt på en klinik bestämmer sig för att gå över till en biosimilar så kan ju inte jag utifrån mitt perspektiv se något problem med det. Ur ett regulatoriskt perspektiv skulle vi inte ha något att invända mot det, men det är nog bra om man har professionen med sig i så fall, säger han.

Fredrik Hedlund
frilansjournalist

Vetenskapsrådet: **Bara open access-publicering från 2025**

2025 ska alla vetenskapliga publikationer publiceras i open access-tidskrifter och därmed vara fritt tillgängliga direkt efter publicering. Det menar Vetenskapsrådet som har tagit fram ett förslag till nationella riktlinjer för öppen tillgång.

I dag har det blivit allt vanligare att vetenskapliga artiklar efter en kortare eller längre embargotid blir öppet tillgängliga exempelvis via ett lärosätes hemsida.

Problemet enligt Vetenskapsrådet är att de prenumererade tidskrifterna tenderar att förlänga sina embargon ju fler finansiärer som förordar öppen tillgång och sedan kräva ersättning av forskaren för tidigare publicering. För att nå målet om att all offentligfinansierad forskning ska vara fritt tillgänglig för allmänheten och andra forskare anser myndigheten därför att enbart open access-publicering ska användas från och med 2025.

En övergång till ett sådant system är dock inte utan hinder, och därför väljer man att i dagsläget bara formulera en målbild. 2020 bedömer man att tiden är mogen att omsätta målet i riktlinjer som alltså är tänkta att gälla från 2025.

Redan från i år föreslår man dock riktlinjer som säger att alla sakkunniggranskade artiklar och konferensrapporter som är ett resultat av offentligfinansierad forskning ska vara fritt tillgängliga för läsning och nedladdning efter sex månader (12 månader för humaniora och samhällsvetenskap). Från 2020 ska även böcker vara fritt tillgängliga på nätet.

Ett hinder för att förmå forskare att publicera sina resultat i open access-tidskrifter är att man bedöms efter tidskrifters impaktfaktor. Därför anser Vetenskapsrådet att forskningsråd och lärosäten bör uppmanas att bedöma enskilda verk, i stället för tidskriften eller förlaget.

Målet om öppen tillgång omfattar även forskningsdata. Innan man inför en sådan rekommendation behöver man dock enligt Vetenskapsrådet utreda en rad frågor, som hur man ska hantera forskning på känsliga persondata samt forskning som sker i samarbete med industri.

Michael Lövtrup

»Enskilda forskare får ta striden mot förlagen«

Ansvaret för open access kan inte ligga på enskilda forskare, menar barnläkaren Jonas F Ludvigsson, som vill att forskningsfinansiärerna tar diskussionen med förlagen.

Många förlag tillämpar i dag 12 månaders embargotid innan vetenskapliga artiklar blir fritt tillgängliga. Vetenskapsrådet kräver dock sedan flera år open access redan efter sex månader för den forskning man finansierar, en gräns man alltså från i år vill ska gälla all svensk offentligfinansierad forskning.

En person som engagerat sig i frågan om open access är Jonas F Ludvigsson, barnläkare i Örebro och professor vid Karolinska institutet. Han menar att det i grunden är rätt att resultaten ska vara fritt tillgängliga. Problemet är enligt honom att det är de enskilda forskarna som förväntas ta fajten om kortare embargon.

– Där kan det bara finnas en vinnare och det är förlagen, som kan komma att kräva uppemot 30 000–40 000 kronor för att göra en artikel fritt tillgänglig, säger Jonas F Ludvigsson, som har egen erfarenhet av att förhandla med förlagen.



Jonas F Ludvigsson, barnläkare

– Jag försökte argumentera för att en artikel skulle vara fritt tillgänglig vid ett tillfälle utan att betala kostnaden, och det blev definitivt nej trots att jag till och med skrev till chefredaktören.

Även om det är tänkt att forskare ska få ersättning för de merkostnader de har för publicering, kan det för en produktiv forskare bli fråga om stora summor som det är tveksamt om finansiärerna vill bekosta, menar Jonas F Ludvigsson.

– Det känns ju smått absurt om man inte skulle kunna göra viktiga fynd tillgängliga för att man har gjort slut på sina pengar.

Jonas F Ludvigsson tycker att Vetenskapsrådet och andra finansiärer borde ta diskussionen om open access med förlagen, helst på EU-nivå.

– Från amerikanska kollegor vet jag att man i USA följer en modell som National Institutes of Health förhandlat fram. Då kan forskarna lägga sin tid på forskning och inte på diskussioner med förlagen.



Lisbeth Söderqvist, Vetenskapsrådet

Lisbeth Söderqvist, analytiker på Vetenskapsrådet, förnekar inte att det finns en konflikt inbyggd i open access-frågan, där förlagen försöker maximera tiden med ensamrätt medan finansiärer arbetar för att de ska kortas. Däremot håller hon inte med om att man som enskild forskare behöver slåss mot starka förlag.

– Vi betalar för publiceringen om man söker medel för det.

Om man inte har pengar för publicering, kan man med de meriteringsmodeller vi har i dag begära att forskare avstår från att publicera i högt rankade tidskrifter bara för att de har långa embargon?

– Det finns en rad konflikter här, och just meriteringen är en oerhört viktig fråga som vi försöker påtala för regeringen att man måste lösa, för man kan inte lägga det i knät på enskilda forskare, säger Lisbeth Söderqvist.

Vad kan ni som finansiärer göra?

– Som forskningsfinansiärer kan vi hitta gemensamma embargotider för att trycka på förlagen. Det har vi också gjort genom organisationen Science Europe, som är en organisation för finansiärer och utförare, som 2013 publicerade rekommendationer för open access, säger Lisbeth Söderqvist, som tycker sig på senare tid sett en ändrad attityd från förlagen, exempelvis har ett stort förlag sagt att man inte ska starta några fler prenumererade tidskrifter.

– Några håller emot och några går framåt, det kanske är naturligt under en övergångsperiod.

Michael Lövtrup

Regeringens samordnare:

Läkares jourer hinder för effektiviteten

Läkarnas joursystem försvårar en effektiv planering av personalresurserna. Det är en av slutsatserna från regeringens särskilde samordnare för ökat resursutnyttjande i hälso- och sjukvården.

I ett år har Göran Stiernstedt som nationell samordnare grubblat över hur resurserna i vården kan utnyttjas bättre och hur personalen ska få mer tid för patienterna. Nu har han sammanfattat sina slutsatser så här långt i en promemoria som ska ligga till grund för fortsatta diskussioner.

Den viktigaste faktorn som hindrar effektivt resursutnyttjande är enligt promemorian organisation och arbetssätt som inte stödjer patientens väg genom vården. Landstingen behöver enligt Göran Stiernstedt arbeta mer med produktions- och kapacitetsplanering för att motverka flaskhalsar och annat som påverkar patientens väg genom vården.

En av de punkter som lyfts fram är att bemanningen bör styras av behov och belastning, och inte som i dag av de anställdas individuella önskemål. För ett bättre utnyttjande av personalresurserna bör olika personalgrupper schemaläggas parallellt så att inte brist på en personalkategori uppstår. Detta försvåras dock enligt promemorian av läkarnas joursystem, där uttagen av jourkomp gör det svårt att planera läkarresurserna. Frågan om läkarnas jourer är därför något som ska analyseras vidare i utredningen.

Ett annat hinder för effektiviteten som Göran Stiernstedt pekar på är icke ändamålsenliga styrsystem. Det handlar om ersättningssystem som blivit alltmer detaljerade, vilket inte bara genererar administration utan styr personalen mot att göra saker som kan vara irrelevanta i det enskilda fallet och – genom att fokusera på processer och inte resultat – riskerar att konservera gamla och ineffektiva arbetssätt. Slutsatsen är att landstingen behöver lägga om ersättningssystemen så att de styr mer mot innovation och patientkontinuitet och lämnar utrymme för personalens egna bedömningar.



Göran Stiernstedt

Även den statliga styrningen behöver ses över; bland annat rekommenderas färre men tydligare prestationsbaserade ersättningar. Dessa förutsätter ju ofta nya mätningar som ger mer administration.

Det tredje stora hindret för ett effektivt resursutnyttjande är otillräckligt verksamhetsstöd till personalen. Här handlar det bland annat om dåliga IT-system som inte kommunicerar med varandra och om svåröverblickbara journaler. Det handlar också om avsaknaden av nationella kunskaps- och handläggningsstöd som är anpassade efter personalens behov och helst integrerade i journalen.

För att åstadkomma genomgående och långsiktiga förbättringar när det gäller informationssystemen rekommenderar Göran Stiernstedt ett nationellt omtag där staten tar ett tydligare ansvar. En statlig IT-miljard som matchas av lika mycket pengar från landstingen och kommunerna bör inrättas.

Michael Lövtrup



Läkarnas joursystem är uppe till diskussion.

Läkarförbundets ordförande:

Jourer är ett kostnadseffektivt system

Joursystemet hindrar inte att läkarresurserna används effektivt, enligt Läkarförbundets ordförande Heidi Stensmyren, som hellre vill se en diskussion om arbetssätten i vården.

Enligt regerings utredare Göran Stiernstedt finns det indikationer på att läkarnas joursystem försvårar samordningen mellan olika personalgruppers scheman, genom att jourkomp ofta tas ut under dagtid. Det hindrar i sin tur ett effektivt utnyttjande av personalresurserna.

Men Läkarförbundets ordförande menar att det inte stämmer att joursystemet skulle försvåra schemaläggningen av läkarna.



Heidi Stensmyren

– Vi vet att läkare ofta inte får ut sin jourkomp när de önskar det, utan efter verksamhetens behov och planering. Det gäller inte bara jourkomp, utan också semester och fortbildning.

Enligt Heidi Stensmyren är det inte alls säkert att schemaläggningen skulle bli enklare med ett annat system.

– Jag tror att vi har ett kostnadseffektivt system som ger bra tillgång till läkare. Med det inte sagt att man inte kan jobba på andra sätt som är mer effektiva.

Heidi Stensmyren tycker exempelvis att det är bra att Göran Stiernstedt lyfter frågan om att göra beslutsstöden mer lättillgängliga. Hon är också positiv till att ta fram nationella behandlingsrekommendationer där professionerna bör få en tydlig roll. En rejäl satsning på IT-systemen är också ett välkommet förslag.

– Många läkare lyfter att det försvinner mycket arbetstid på grund av gamla system som inte fungerar tillsammans.

Är ni beredda att diskutera frågan om joursystemet med Göran Stiernstedt och kanske SKL?

– Vi har diskuterat den på många olika sätt, den kommer ju upp från tid till annan. Vi har haft partsdiskussioner med SKL, vi har diskuterat med arbetsgivarna lokalt och vi har diskuterat den i omgivningen på alla andra plan.

Varför tror du att frågan om läkares jourer dyker upp med jämna mellanrum?

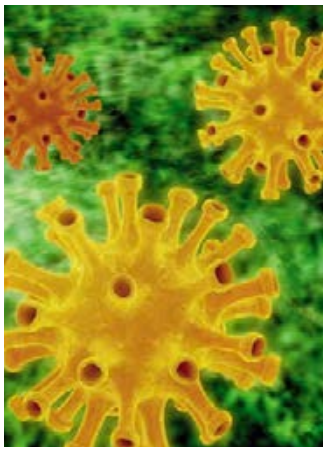
– Jag tror att det är för att det är en konkret fråga. Om man pratar om effektivare arbetssätt blir det mer abstrakt. Men joursystemet handlar om siffror och det är lättare att diskutera.

Michael Lövtrup

Hans Rosling: **Lagbrott att inte erbjuda alla hepatit C-behandling**

Hans Rosling, professor i global hälsa vid Karolinska institutet, protesterar i ett mejl till hälso- och sjukvårdsminister Gabriel Wikström mot beslutet att inte alla patienter med hepatit C kommer att få tillgång till nya effektivare läkemedel. Beslutet från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, bryter enligt honom mot smittskyddslagen.

De nya läkemedlen mot hepatit C botar sjukdomen betydligt snabbare och med färre biverkningar än de äldre. Läkemedlen är dock väldigt kostsamma, och när TLV för några månader sedan beslutade att de skulle ingå i läkemedelsförmånen begränsades subventionen till patienter med mycket skadad lever, patienter som genomgått organtransplantation samt patienter som fått sjukdomar i andra organ till följd av hepatit C-infektion. Övriga patienter måste betala ur egen ficka om de vill ha behandlingen.



Hepatit C-virus

Men att utesluta 80 procent av alla hepatit C-patienter från en botande behandling bryter enligt Hans Rosling mot smittskyddslagens bestämmelser om att läkemedel mot en allmänfarlig sjukdom som bedöms minska risken för smittspridning ska vara kostnadsfria för patienten. Att man trots det väljer att inte ge behandlingen till alla tror Hans Rosling beror på att hepatitpatienter är en svag grupp som inte kommer att kräva sin rätt. Han uppger också att han kontaktas av många patienter, och att det snart är tillräckligt många för att väcka talan i domstol.

Parallellt med TLV:s beslut beslutade landstingen att för första gången tillämpa en modell för ordnat införande, vilket innebär att läkemedlen införs samtidigt i hela landet enligt ett gemensamt införande- och uppföljningsprotokoll.

Enligt Sveriges Kommuner och landstings beräkning skulle det med de priser tillverkarna begär i dag kosta närmare 25 miljarder att ge medicinerna till alla hepatit C-infekterade patienter. Nya läkemedel är dock på gång, och med ökad konkurrens hoppas TLV att priserna ska pressas så att fler kan erbjudas behandling framöver.

Michael Lövtrup

PATIENTSÄKERHET ÄRENDEN

Patient med tjocktarmscancer fick vänta i 303 dagar på behandling

Enligt Socialstyrelsens sammanställning är den genomsnittliga tiden från remiss till specialist till dess att behandling påbörjas 52 dagar för tjocktarmscancer. I ett fall som IVO har granskat dröjde det hela 303 dagar, och nu får vårdgivaren kritik.
(IVO 8.2-12705/2014-10)

Patienten hade haft ont i magen under en längre tid och sökte vård på vårdcentralen, som remitterade henne till kirurgmottagningen. Tiden från det att remissen skrevs till dess att patienten fick komma till kirurgmottagningen var 127 dagar. Vid det besöket bedömde läkaren att det inte rörde sig om gallsten, som man hade misstänkt på vårdcentralen. Läkemedel ordinerades och ett uppföljande telefonsamtal planerades. Läkaren ringde dock aldrig upp, utan patienten fick på eget initiativ kontakt med en annan läkare på kirurgmottagningen ytterligare ett par veckor senare (30 dagar efter specialistbesöket).

Läkaren fattade misstankar om malignitet och en utredning, inkluderande röntgen av buken, påbörjades. 7 dagar senare utfördes en gastroskopi, som dock var utan anmärkning. Patienten fick beskedet att läkaren skulle ta kontakt när utredningar och undersökningar var klara. 54 dagar gick utan att vården hörde av sig, och patienten försämrades så pass att hon själv sökte vård på akuten. Där såg en läkare till att den planerade men inte verkställda röntgenundersökningen av buken genomfördes, vilken påvisade misstänkta tumörer. Att planera vård och behandling tog ytterligare 63 dagar. När det var klart tog det 22 dagar innan den planerade tumöroperationen gjordes. Summa 303 dagar från remiss till behandling.

När patienten vid ett tillfälle frågade kirurgkliniken varför uppföljningen dröjde blev svaret att det berodde på läkarbrist. Till IVO säger vårdgivaren att »acceptabla vårdtider har hållits utifrån de resurser som finns tillgängliga«. IVO framhåller dock att väntetider måste ses ur patientens perspektiv och är kritisk mot vårdgivaren för att den sammanlagda väntetiden blev så lång.

IVO anser också att det var en brist att det inte utsågs en patientansvarig läkare eller sjuksköterska med ansvar för planering och samordning.

Michael Lövtrup

Läkare larmar om »kaosartad« vårdplatsbrist vid Sunderby sjukhus

Bristen på vårdplatser vid Sunderby sjukhus har skapat en kaosartad situation som hotar patientsäkerheten. Läkargruppen vid medicinkliniken vädjar nu till landstingsledningen om att vidta åtgärder.

Arbetsmiljöverket begär möte med högsta ledningen i Region Skåne

Inte ens upprepade miljonviten har hjälpt. Nu vill Arbetsmiljöverket träffa den politiska ledningen för att komma till rätta med de ständiga överbeläggningarna vid Helsingborgs lasarett.

Europadomstolen prövar avbrytande av behandling

En fransk läkares beslut att avbryta närings- och vätsketillförseln för en svårt hjärnskadad patient prövas för närvarande av Europadomstolen för mänskliga rättigheter i Strasbourg.

Läkare fick rätt i Högsta förvaltningsdomstolen

Högsta förvaltningsdomstolen går emot Socialstyrelsen och ger en dansk läkare rätt till svenskt specialistbevis i urologi enligt »gamla ST« trots att han påbörjade sin ST först 2009.

Läckta patientuppgifter på KS polisanmälda

Patientuppgifter från Karolinska universitetssjukhusets journalsystem har publicerats på en utländsk blogg om forskningsfusk. Nu har sjukhuset polisanmält händelsen.

Information om dyrt behandlingsalternativ etiskt dilemma

Läkare som arbetar med prostatacancer undrar i ett brev till Socialstyrelsen om de ska informera sina patienter om icke subventionerade och mycket kostsamma behandlingsalternativ.

IVO vill minska byråkratin i vården

»Dags att tänka nytt och rätt«, skriver Gunilla Hult Backlund, generaldirektör för Inspektionen för vård och omsorg, på DN Debatt.

LÄS MER på Läkartidningen.se

SENIOR I CENTRUM
6–8 MAJ 2015

TVÄRVETENSKAPLIG NATIONELL KONGRESS OCH UTSTÄLLNING

- FOKUS: GERIATRIK OCH PALLIATIV MEDICIN
- FORTBILDNING FÖR ALLA YRKESGRUPPER
- KURSER FÖR AT-ST-LÄKARE SAMT SPECIALISTER
  Kursintyg till alla deltagare
- PLATS: MALMÖ ARENA

SENIOR, DET GODA LIVET

MÄSSA FÖR PROFESSION OCH ALLMÄNHET

- PLATS: MALMÖMÄSSAN

SENIORGALA



"Den viktigaste mötesplatsen 2015. Nordens största kongress inom området."

Sölve Elmståhl, vetenskaplig ordförande och professor i geriatrik

KONGRESSENS HUVUDTEMAN

- Miljö
- Palliativ medicin och vård
- Migration och demens
- Geriatrisk radiologi
- Rehabilitering och äldre
- Anhörig
- Vård och omsorg
- Tandvård
- Normalt åldrande, preventiva insatser, läkemedel

OM SENIOR I CENTRUM 2013:

"Över 6 500 besökare på vår första kongress med mässa och seniorgalan. Mer än 9 av 10 deltagare rekommenderar kongressen till en kollega!"

"En ökad kunskap inom geriatrik och palliativ medicin är angelägen och mycket högt prioriterad, såväl ur ett humanistiskt som i ett sjukvårdspolitiskt perspektiv."

Ola Björgell, kongresspresident och regionöverläkare

För mer information och anmälan www.senioricentrum.se

REGION SKÅNE

SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN

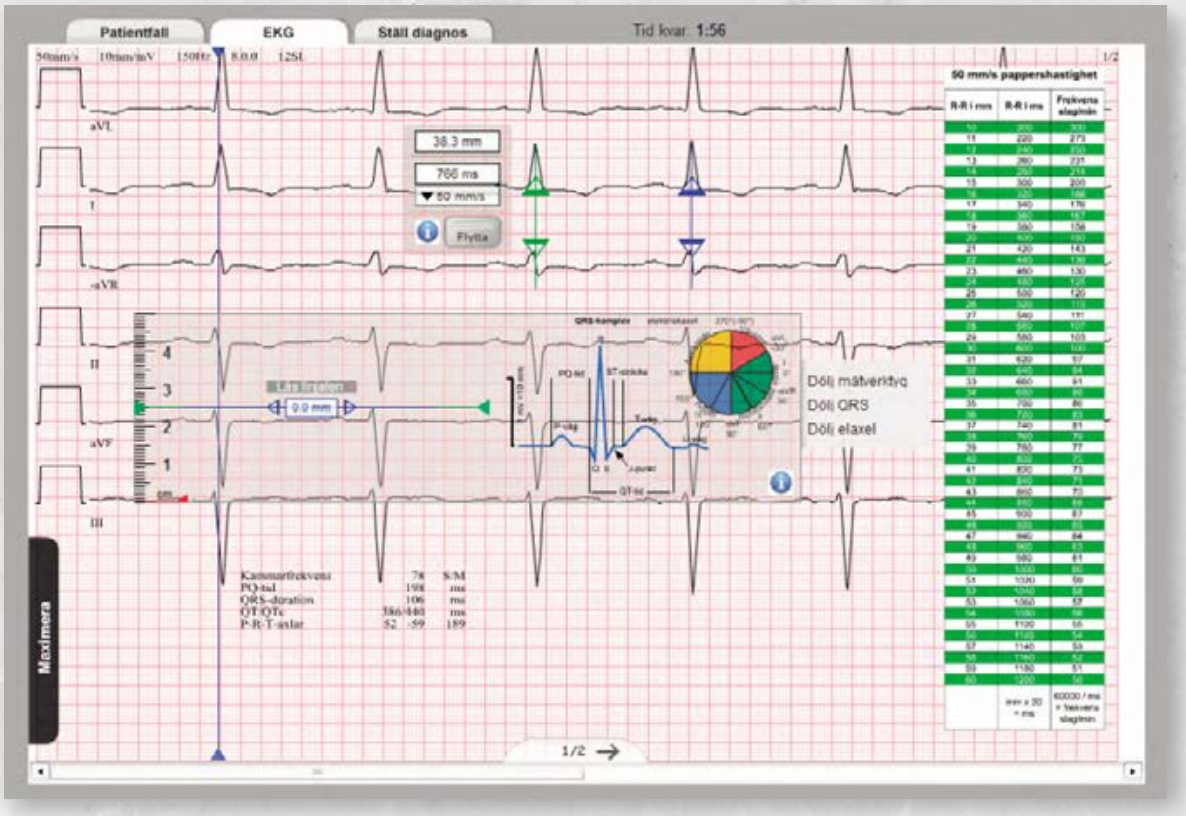
Malmö stad

SENIOR Det goda livet

ekgtolkning.se

Läkartidningen och ekgtolkning.se inleder ett utbildningssamarbete.

Syftet är att stärka kompetensen för läkare i EKG-tolkning.



Nu kan du träna EKG-tolkning under flexibla förhållanden.
Den webbaserade utbildningen innehåller autentiska patientfall, självstudie frågor och förklarande texter med länkade artiklar.
Vid beställning ingår boken *EKG-tolkning – en klinisk guide.*
En bok som du alltid kan ha med dig.

Utbildningen är godkänd av LIPUS.

ST-läkare med godkänd kursexaminationen får intyg då **ekgtolkning.se** täcker delar av vissa mål enligt Socialstyrelsens målbeskrivning för ST. Läs mer på **ekgtolkning.se**.

Är du AT-, ST-, specialistläkare eller läkarstudent?
Beställ din webbaserade utbildning nu på **ekgtolkning.se**

Ett samarbete mellan

Läkartidningen

BÄWER och NILSSON

Citera som: Läkartidningen. 2015;112:C9AS

»Det finns en 'app' på väntⓇ ... och andra exempel på språkmissbruk

Läkares språk bör spegla den läkaretiska hållningen



PELLE GUSTAFSON, chefläkare, Patientförsäkringen LÖF, Stockholm; medicinsk redaktör



MICHAEL WILCZEK, AT-läkare, Capio S:t Görans sjukhus, Stockholm; medicinsk redaktionschef; båda Läkartidningen
michael.wilczek@lakartidningen.se

Epileptiker eller patient med epilepsi? Höftfraktur eller kvinna med höftfraktur? Hur vi väljer att uttrycka oss spelar roll. Ordval kan få konsekvenser, positiva eller negativa. Många gånger används uttryck och benämningar mer eller mindre rutinmässigt eller efter hur vi lärt oss, men kanske inte alltid med tanke på konsekvenserna.

Vi har alla hört och använt uttryck som »diabetikern som sköter sig dåligt«, »jag har en höftfraktur att operera i kväll«, »det finns en 'app' på vänt och som bör tas snart« och »reumatikern« när vi egentligen menat något annat. Vi kunde ha valt att i stället uttrycka oss som »patienten som har svårigheter att sköta sin diabetes«, »jag har en kvinna med höftfraktur att operera i kväll«, »pojken med appendicit måste opereras snarast« eller »kvinnan med reumatoid artrit«.

I stället för att under ronden referera till patienten på »fyran« hade vi kunnat tala om Anna som fått en sängplats där. Och nog finns det en distinktion mellan »en etyliker« och »en person med alkoholmissbruk«.

Huvudrollsinnehavaren får biroll

Det finns många exempel, och fenomenet är inte nytt utan har diskuterats i minst 30 år [1]. Frågan om avhumaniserande språkbruk uppmärksammades nyligen i tidskriften Clinical Orthopaedics and Related Research, vars redaktion lovade att arbeta aktivt mot sådant språk [2].

Det kan tyckas konstigt att det inte har hänt mer med vårt professionella språk under dessa decennier. Patientcentrering som begrepp har visserligen fått mer gehör och har introducerats i grundutbildningen, men hur omsätts det i praktiken? Patienten, som bör ha huvudrollen i det medicinska dramat, förpassas ofta till en biroll till förmån för en sjukdom, ett organ eller ett rum när vi diskuterar handläggning, dokumenterar i journaler eller skriver vetenskapliga rapporter. I PubMed finns många artiklar om hur läkare kommunicerar med patienter, men väldigt få som kommenterar hur läkare kommunicerar om patienter.

Kommunikation påverkar ångestnivå

Vår kommunikation med patienterna lämnar definitivt en del att önska. I en studie av drygt 80 amerikanska ST-läkare uppskattade 88 procent att de använde lekmannaspråk då de talade med patienter och 48 procent att de lät patienterna återberätta vad som sagts med egna ord. När detta testades i ett standardiserat patientmöte visade det sig dock att läkare i snitt använde två jargonguttryck i minuten och att endast 22 procent bad patienterna återkoppla information [3].

> »Patienten, som bör ha huvudrollen i det medicinska dramat, förpassas ofta till en biroll till förmån för en sjukdom, ett organ eller ett rum ...«

I samtal inför behandling med implanterbar defibrillator visade det sig att oförklarad medicinsk terminologi användes i 15 av 22 samtal [4]. En kvalitativ studie bland patienter med artros visade bristande förståelse för vanligt förekommande begrepp samt att olika sätt att beskriva ett och samma tillstånd hade olika känsloladdning [5]. Ovanstående genomgångar utgör bara några exempel.

Interventionsstudier har visat att hur läkare kommunicerar påverkar patienternas ångestnivå [6, 7]. Ändå används evidensbaserade rekommendationer för hur vårdpersonal bör kommunicera med patienter sällan.

Förkortningar – risk för missförstånd

Undersökningar har visat att läkare vid receptförskrivning använder förkortningar och uttryck som inte kan anses vedertagna, med risk för exempelvis felaktig dosering [8]. Inom professionen används och skapas kontinuerligt nya förkortningar och uttryck, vilket försvårar förståelsen.

Tydligast blir nog detta problem över ämnesgränserna; t ex kan röntgenläkare eller redaktörer på en bred medicinsk tidskrift stöta på samma förkortning – men med helt olika betydelser – från olika specialiteter. Undersökningar visar att långt ifrån alla förkortningar är vedertagna och att de heller inte alltid förstås av kollegor inom ämnet [9-11]. Bland övrig vårdpersonal är förståelsen ännu sämre [11].

I den vetenskapliga litteraturen har man diskuterat problemet sedan 1960-talet. Trots att man upprättat



En patient är inte ett med sin diagnos, utan en människa med en egen historia, en egen berättelse. Illustration: Colourbox

SAMMANFATTAT

Medicinsk jargong och den medicinska förkortningssjukan är exempel på språkfenomen som försvårar förståelse och kommunikation.
Många gånger är den medicinska jargongen avhumaniserande.
Läkare borde använda ett språk som speglar vårt etiska förhållningssätt, dvs att det är personer – inte tillstånd – vi förhåller oss till och som vi botar, ger lindring och tröstar.

standarder för godkända förkortningar och i de flesta fall ber att allt annat skrivs ut, kvarstår problemet.

En artikel med den fyndiga rubriken »TAC: AOITROMJA? (the acronym conundrum: advancing or impeding the readability of medical journal articles?)« redogör för denna diskussion [12].

I Läkartidningen skyr vi ämnesinterna, icke-vedertagna förkortningar.

Språket kan göra oss till bättre läkare

Det finns många skäl till att vi läkare bör låta vårt språk vara specifikt och tydligt och försöka minimera missförstånd. Detta gäller i den enskilda konsultationen såväl som i kollegiala diskussioner och vetenskaplig rapportering.

Språket bör anpassas till målgruppen. Det gör oss troligen till bättre läkare om det tydligt framgår av vårt språk att vi inser att vi behandlar »människor med sjukdomar«, inte bara »sjukdomar«. Vi får sannolikt en bättre bild av problemet och kan ge bättre vård, om vi betraktar och benämner mannen med högt blodtryck som just »en man med högt blodtryck« och inte som »en hypertoniker«.

Vi visar också våra medmänniskor respekt när de söker upp oss för vård, om vi använder benämningar som de förstår och som visar att vi sett människan och inte bara tillståndet eller sjukdomen som de besväras av.

»Fallbeskrivning« leder ibland fel

Självklart finns undantag. Flera patientföreningar har namn som inte följer ovanstående resonemang, t ex Reumatikerförbundet och Riksföreningen Osteoporotiker. Det är dock skillnad på om patienterna själva väljer en särskild benämning eller om vården gör det.

Det är också viktigt att notera skillnaden mellan person och patient, en väsentlig distinktion i t ex screeningsammanhang då vården uppmanar symtomfria individer att låta sig undersökas.

Ibland kan ordkonstruktioner bli så märkliga eller otympliga att avsteg tvingas fram. Beteckningen »fallbeskrivning« är en gammal och välkänd term, som ibland leder fel. I klinisk praxis talas alltför ofta om fall när vi egentligen borde tala om patienter, om människor. I Läkartidningen använder vi beteckningen »fallbeskrivning«, men vi är noga med att poängtera att ett fall rör en person eller en situation.

Patienter är människor som tar kontakt med vården för att utredas eller vårdas för sina besvär, oavsett om de beskrivs som grupp, i en fallbeskrivning eller i registerstudier. Vid den redaktionella bearbetningen av Läkartidningens texter strävar vi efter att detta ska framgå klart – patienter är människor.

Uppdaterade författaranvisningar

Vi har dock noterat att vi kan bli ännu tydligare med detta i vår kommunikation utåt. Våra författaranvisningar har därför uppdaterats och poängterar nu att språket bör spegla den läkaretiska hållningen och att avhumaniserande språk ska undvikas. Vi kommer att fortsätta att vara observanta i granskningen av manuskripten och be att de i förekommande fall skrivs om.

Vi hoppas att Läkartidningen kan inspirera och påverka kommunikationen i hälso- och sjukvården.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna

LÄS MER Fullständig referenslista Läkartidningen.se

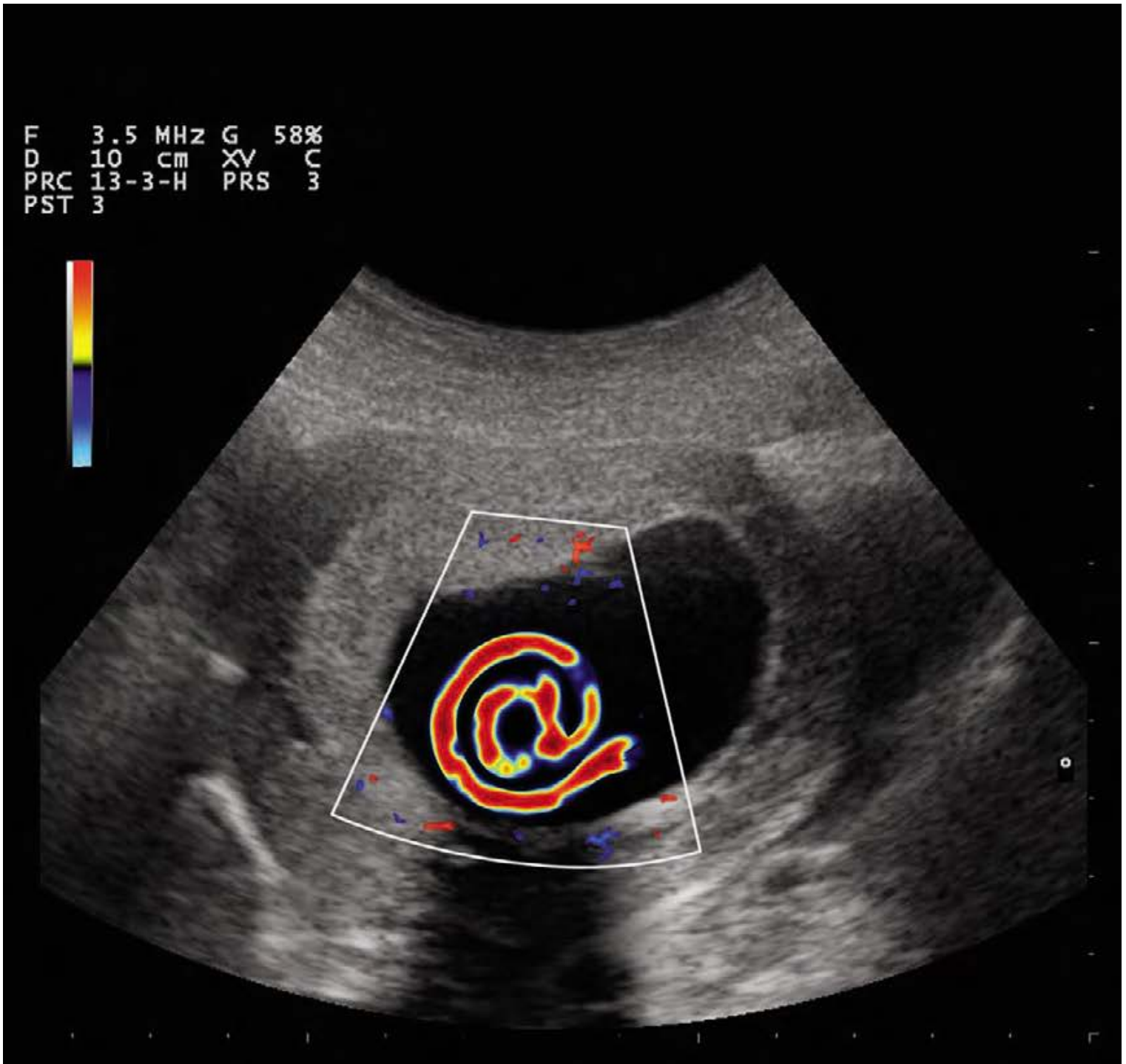
REFERENSER

1. Morgenstern L. Babel in medicine? West J Med. 1980;133:180-1.
2. Leopold SS, Beadling L, Gebhardt MC, et al. Editorial: Words hurt – avoiding dehumanizing language in orthopaedic research and practice. Clin Orthop Relat Res. 2014;472(9):2561-3.
3. Howard T, Jacobson KL, Kripalani S. Doctor talk: physicians' use of clear verbal communication. J Health Commun. 2013;18(8):991-1001.
6. Verhuel W, Sanders S, Bensing J. The effect of physician's affect-orientated communication style and raising expectations on analogue patients' anxiety, affect and expectancies. Patient Educ Couns. 2010;80:300-6.
12. Berlin L. TAC: AOITROMJA? (the acronym conundrum: advancing or impeding the readability of medical journal articles?). Radiology. 2013;266(2):383-7.

Vill du skriva en medicinsk kommentar?

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

Utmanande saklig Läkartidningen



VÄNTANS TID ÄR SNART ÖVER

2:a februari ser AT-stämmans program dagens ljus.
9:e februari öppnar anmälan.

www.at-stamman.nu

AT-STÄMMAN 2015

facebook.se/atstamman

nya.ron@lakartidningen.se

Nyupptäckt antibiotikum dödar grampositiva bakterier

Amerikanska och tyska forskare har upptäckt ett nytt antibiotikum med förmåga att slå ut de totalresistenta bakteriestammar som är ett växande hot mot världshälsan. Substansen har döpts till teixobactin och är en s k cellväggsinhibitor som effektivt dödar grampositiva bakterier inklusive meticillinresistenta Staphylococcus aureus (MRSA). Forskarna har rapporterat sina fynd i tidskriften Nature.

Dagens arsenal av antibiotika – bortsett från de syntetiska ämnena – baseras på endast en bråkdel av alla de slags mikroorganismer som förekommer i naturen. Cirka 99 procent av mikrobarterna har aldrig isolerats och odlats fram, och utgör således en rik outnyttjad resurs för framtagning av nya antibiotika.

Genom att använda speciella tillväxtfaktorer har forskarna bakom denna rapport utvecklat flera sätt att odla fram sådana mikroorganismer i deras naturliga miljö (in situ) och därefter få dem att föröka sig in vitro.

Den bakteriedödande substansen teixobactin produceras av en gramnegativ jordbakterie. Effekten antas bero på att teixobactinet blockerar vissa lipider nödvändiga för biosyntesen i cellväggen hos den grampositiva bakterien, varvid



Foto: Science Photo Library/IBL

Ett kluster av meticillinresistenta Staphylococcus aureus.

bakteriens egna enzymer aktiveras på ett för mikroben självförintande sätt.

Teixobactin hade i djurmodeller redovisade i denna rapport utmärkt effekt mot grampositiva patogener ökända för besvärlig resistensförmåga. Effekten, uttryckt som MIC (minsta hämmande koncentration), mot t ex svårbekämpade stammar av enterococci och Mycobacterium tuberculosis, liksom mot de flesta andra stammar som testades, var under 1 µg/ml.

Teixobactin var utomordentligt effektivt mot Clostridium difficile och Bacillus anthracis (MIC, 5 respektive 20 ng/ml), och hade utmärkt avdödande förmåga mot S aureus. CD-1-transgena mushonor som gavs en intravenös engångsdos på 20 mg/kg av teixobactin visade inga tecken på ogynnsamma biverkningar.

Möss som infekterades i bukhålan med MRSA i en dos som normalt dödar 90 procent av försöksgruppen fick intravenöst teixobactin en timme efter infektionen i en engångsdos i spannet 1–20 mg/kg.

Alla försöksdjur överlevde. I en annan musmodell bestämdes PD50, dvs den terapeutiska dos vid vilken hälften av de behandlade försöksdjuren överlever, till 0,2 mg/kg (att jämföra med PD50 2,75 mg/kg för vankomycin, det enda antibiotikum som fortfarande är verksamt mot MRSA). Teixobactin var också högeffektivt i musmodell mot Streptococcus pneumoniae – däremot hade substansen ingen effekt på majoriteten av gramnegativa bakterier.

Försök att odla fram teixobactinresistenta stammar av S aureus eller M tuberculosis genom lågdosexponering under längre tid (4 × MIC i 27 dagar) misslyckades. Forskarna drar slutsatsen att teixobactin är en lovande kandidat för ett nytt antibiotikum i kliniskt bruk.

Gabor Hont
gabor.hont@lakartidningen.se

Ling LL, et al. Nature. Epub 7 jan 2015.
doi: 10.1038/nature14098

Miljö viktigare än arv för variation mellan

AUTOREFERAT. Människors immunförsvar varierar mer som konsekvens av miljöinflytande än av arv, visar en ny studie som gjorts i samarbete mellan forskare vid Science for Life Laboratory och Karolinska institutet och Stanford-universitetet i USA.

Fynden, som publiceras i tidskriften Cell, pekar även på att miljöns inflytande på immunförsvaret blir allt större under livets gång, troligen som konsekvens av kontinuerliga interaktioner med mikrober och födoämnen, samt upprepade vaccinationer och infektioner, till vilka immunsystemet anpassar sig.

Resultaten har betydelse för riskprediktion av sjukdom involverande immunsystemet samt för eventuella framtida möjligheter att definiera immunologisk hälsa hos en given individ.

Immunsystemet spelar en central roll i de flesta sjukdomstillstånd, ifrån infektioner till cancer och allergier till kroniska inflammationstillstånd såsom hjärt–kärlsjukdom och ledgångsreumatism.

Immunsystemet varierar kraftigt mellan individer, och orsakerna till detta är ofullständigt kända. Många har sökt genetiska markörer som med säkerhet kan förutsäga risken för immunologisk sjukdom hos en individ.

Med undantag för ett antal ovanliga immunbristsjukdomar med tydlig koppling till specifika genvarianter har detta varit svårt.

För de stora folksjukdomarna finns många genetiska associationer beskrivna, ofta involverande immunologiskt viktiga gener, men dessa förklarar typiskt bara en liten del av den totala sjukdomsrisken.



Resultaten visar att 77 procent av alla immunförsvarets cellpopulationer och prote-

I den aktuella studien utvecklade vi

Musklernas epigenetik påverkas av uthållighetsträning

AUTOREFERAT. Att vara fysiskt inaktiv är hälsofarligt, medan regelbunden fysisk aktivitet leder till förbättrad muskelfunktion, bättre livskvalitet, minskad morbiditet och lägre risk för prematur mortalitet.

Exakt hur träning leder till dessa positiva effekter i kroppen är inte känt men mycket tyder på att förändringar i skelettmusklernas och andra vävnaders genaktivitet är en viktig del i anpassningen. Epigenetik i form av metylering av DNA (då en metylgrupp sitter på basen cytosin) är med och styr hur aktiv en gen är. I den här studien undersökte vi hur regelbunden uthållighetsträning påverkade DNA-metylering på 480 000 platser i genomet samt den globala genaktiviteten i skelettmuskulaturen.

Studien inkluderade 23 friska försökspersoner, både kvinnor och män, som tränade ena benet 45 minuter, fyra gånger per vecka i tre månader. Det otränade benet fungerade som en individuell kontroll som sålunda exponerades för samma kost, sömn, stress osv som det tränade benet. Fysisk prestation, biokemiska markörer för muskelns kondition, samt biopsier från m vastus lateralis togs före och efter träningsperioden i båda benen. Genaktiviteten undersöktes med RNA-sekvensering och DNA-metylering med en 450K-matris



Foto: Fotolia

Uthållighetsträning på ett koordinerat sätt påverkade tusentals DNA-metyleringar.

(Illumina, Inc) som mäter metyleringsgrad på 480 000 cytosinbaser i genomet.

Träningen förändrade signifikant graden av DNA-metylering på nästan 5 000 platser i genomet och aktiviteten hos totalt 4 000 gener. Ungefär 20 procent av generna som förändrades kunde kopplas till förändrad metylering, vilket tyder på att detta är en viktig mekanism vad gäller hur träning påverkar genaktivitet.

Tidigare studier har visat att träning påverkar metylering i vissa geners s k promotorer, medan denna studie visar att majoriteten av förändringarna sker i reglerande så kallade enhancer-regioner eller inom själva genen. Platser där metyleringen ökade kunde kopplas till gener som styr muskelfunktion och metabolism medan minskad metylering kopplades till inflammation.

Genom integrering av epigenetik- och genaktivitetsdata framträdde mycket intressanta nätverk som tyder på ett koordinerat svar på träningen.

Sammanfattningsvis visade denna studie att uthållighetsträning på ett koordinerat sätt påverkade tusentals DNA-metyleringar och gener kopplade till förbättrad funktion och hälsa. Detta kan komma att få stor betydelse för förståelse och behandling av folksjukdomar som typ 2-diabetes och hjärt–kärlsjukdom men även för hur vi ska behålla en god muskelfunktion genom livet. Genom att veta var i genomet dessa förändringar sker öppnas också möjligheten för att på sikt utveckla substanser som kan inducera dessa förändringar hos personer som av olika anledningar inte kan utföra fysisk aktivitet.

Maléne Lindholm
doktorand, Karolinska institutet

Lindholm ME, et al. Epigenetics. Epub 7 dec 2014. doi: 10.4161/15592294.2014.982445

Studien har finansierats med stöd från Centrum för idrottsforskning, Torsten Söderbergs stiftelse, forskarnätverket STATegra inom EU:s sjunde ramprogram, Stockholms läns landsting samt Vetenskapsrådet.

individers immunförsvar



Foto: Fotolia/IBL

iner i blodet varierar mellan friska individer, mer som konsekvens av miljö än arv.

ett nytt sätt att studera människans immunförsvar. Genom att använda storskaliga metoder ifrån systembiologisk forskning tillsammans med nya beräkningsmedicinska analyser analyserade vi immunsystemet hos friska individer i mycket större detalj än tidigare. Analyserna innefattar alla immunologiska cellpopulationer i blod, deras funktion och även många serumproteiner av immunologisk betydelse.

Genom att studera blodprover ifrån 210 friska tvillingar ur ett kaliforniskt tvillingregister uppskattades inflytandet från arv respektive miljö på denna immunologiska variation.

Resultaten visar att 77 procent av alla immunförsvarets cellpopulationer och proteiner i blodet varierar mellan friska individer, mer som konsekvens av miljö än arv. För 58 procent av alla dessa immunologiska komponenter kan minst 80 procent av variationen tillskrivas miljöinflytande, vilket troligen kan förklara svårigheterna med att bestämma risken för immunologisk sjukdom med genetiska markörer enbart.

Immunsystemen hos genetiskt identiska tvillingar i olika åldrar jämfördes också. Unga tvillingar, under 20 år, var betydligt mer lika varandra jämfört med äldre, genetiskt identiska tvillingar över 60 år gamla. Detta talar för att miljöns inflytande på immunsystemet är kumulativt över tid och att miljön därmed överskuggar individens genetiskt betingande förutsättning, och troligen även risk för sjukdom, mer och mer under livets gång.

Petter Brodin
med dr, leg läkare, Science for Life Laboratory och Karolinska institutet

Brodin P, et al. Cell. Epub 15 jan 2015.

Citera som: Läkartidningen. 2015;112:C7XP

Träning minskade behovet av operation vid lumbal spinal stenos

Belastning av cirkulationsapparaten i form av cykling gav bra effekt

TOMAS NORD, leg sjukgymnast
PER GRÖNLUND, leg sjukgymnast
ULF KORNERUP, överläkare;
samtliga Ortopedens ryggkirurgiska mottagning (ORM), Östersunds sjukhus

CHRISTINA REUTERWALL, docent, epidemiolog (vid tiden för studien FoU-chef), FoUU-enheten, Östersunds sjukhus, Jämtlands läns landsting
christina.reuterwall@gmail.com

Lumbal spinal stenos inkluderar all typ av trängsel i spinalkanalen, laterala recessen och/eller nervrotskanalen. Den kliniska effekten är kompression av neurogen och vaskulär vävnad. Mest framträdande kliniska symtom är neurogen claudicatio upplevd som smärta, parestesier och/eller svaghet i benen vid gång eller upprätt stående. Besvären avtar ofta vid flexion av lumbalryggen, vilket kan bero på den vidgning av spinalkanalen som då sker.

Behandlingen är ofta kirurgisk. Under 2012 opererades ca 4 100 patienter för central spinal stenos eller rotkanalsstenos i Sverige; 35 procent av patienterna i vardera gruppen var tveksamma till eller missnöjda med resultatet [1]. Förbättringar i patienternas gångrelaterade benbesvär rapporteras även efter icke-kirurgisk behandling [2-4]. Sådan behandling kombinerar i allmänhet två eller flera åtgärder, t ex konditions-, rörelseökande eller stabiliserande träning, manuell mobilisering och teoriundervisning. Det är därför svårt att bedöma om någon enskild åtgärd har särskild betydelse.

En nyligen publicerad översikt av kirurgisk och icke-kirurgisk behandling av lumbal spinal stenos [5] drar slutsatsen att det nu inte går att peka ut någon viss konservativ behandling som effektiv och att det är angeläget att belysa om någon särskild konservativ behandling kan förbättra utfallen »smärta« och »funktion«.

Vid vår ryggkirurgiska mottagning vid Östersunds sjukhus ingår sedan flera år ett träningsprogram i omhändertagandet av patienter med lumbal spinal stenos. Träningen består i belastning av cirkulationsapparaten, främst i form av cykling, och är grundad på det kliniska intrycket att träningen kan ha positiv effekt. För att optimera omhändertagandet av patienter med lumbal spinal stenos systematiserades träningsverksamheten och kompletterades med mätningar och uppföljning. Delfrågor var om gångsträckan ökar med förbättrad syreupptagningsförmåga (träningseffekt) och om durasäckens tvärsnittsyta påverkar initial gångsträcka och möjligheten att förbättra gångsträckan.

METOD

Studiegrupp. Studiegruppen rekryterades under 13 december 2006 till 27 februari 2010. Alla patienter, utom de med samsjuklighet som kan påverka bensmärta/gångförmåga (t ex höftartros, vaskulär claudicatio m m), som uppfyllde båda nedanstående kriterier informerades om studien muntligt och skriftligt och erbjöds att delta:

- MRT-verifierad lumbal spinal stenos med tvärsnittsyta ≤70 mm^2 [6, 7] och/eller uni- eller bilateral foraminal stenos
- gångrelaterade benbesvär (smärta/domning).

> »Efter träningsperioden ansåg sig 26 patienter så mycket förbättrade att de inte var intresserade av operation; 17 av dem gick då 3 000 meter.«

Baslinjemätning. Baslinjemätningen omfattade test av syreupptagningsförmåga och gångförmåga (gångsträcka och -hastighet samt smärtlokalisation och -nivå). Syreupptagningstestet utfördes på testcykel (Monark Pro VO_2), resultatet registrerades som MOU-enheter (»maximal oxygen uptake«, relaterat till patientens ålder, kroppsvikt och kön enligt tabell [8]). Patienten skattade också sin ansträngning under testet på Borgs RPE-skala [9].

Efter ca 10 minuters vila mättes gångförmåga på motordrivet löpband (DK City, modell 7830). Före gångtestet fick patienten svara på frågan »Hur långt kan du gå?« (nedan benämnt »subjektiv gångsträcka«). Då testet påbörjats fick patienten bestämma gånghastigheten. Patienten fick hålla i stödhandtagen som balanshjälp men inte gå framåtböjd och gå så länge han/hon klarade, dock längst 3 000 meter. Vid avslut skattade patienten besvärsnivå (ben, rygg) enligt Borgs CR10-skala [9]. Gångsträcka, arbetspuls och testtid registrerades. Två samtränade sjukgymnaster (Tomas Nord och Per Grönlund) genomförde alla test och mätningar under studien.

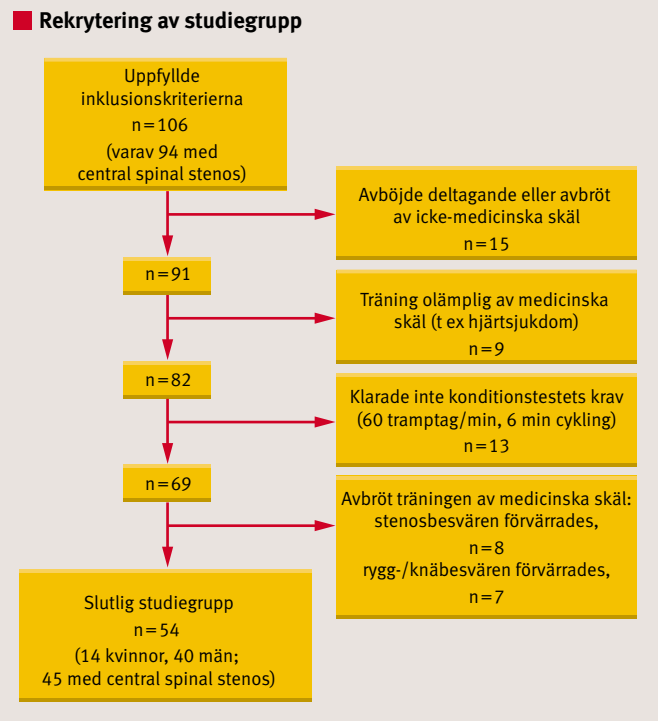
Träning. Varje patient fick ett träningsprogram avsett för stationär cykel med den individuella nivå som motsvarade 70 procent av maximal ansträngning, markerad på en Borg-skala [9]. Patienten uppmanades att cykla 30 minuter på denna nivå minst 2 gånger/vecka under 4 månader och registrera i träningsdagbok. Uppehåll i träningen fick kompenseras genom förlängd träningsperiod.

Efter träningsperioden utfördes slutmätning enligt samma rutin som vid baslinjemätningen. Därefter gjorde ryggkirurg en klinisk bedömning för ställningstagande till operation.

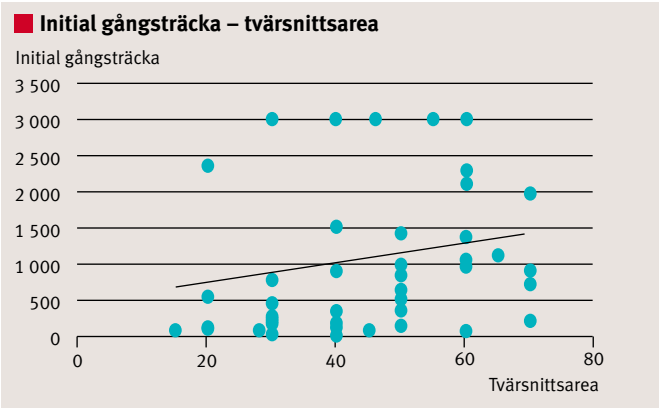
Förlängd uppföljning av de patienter som inte opererades. Betingat av inledande resultat att flera patienter inte själva tyckte sig behöva opereras, beslöt vi att lägga till en uppföljning

SAMMANFATTAT

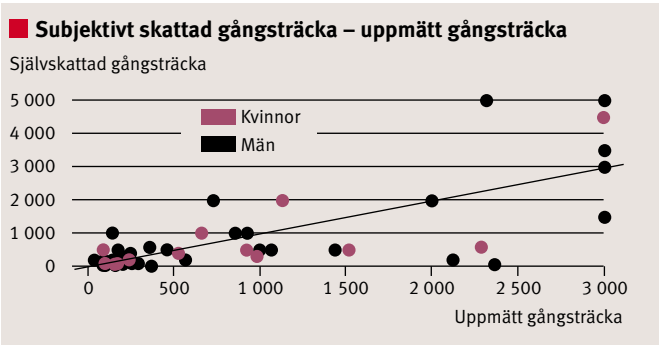
Cirka 4 000 patienter opereras årligen för lumbal spinal stenos i Sverige; en tredjedel av dem är inte nöjda med resultatet. Även konservativ behandling kan förbättra de gångrelaterade benbesvären.
Vid ortopedkliniken vid Östersunds sjukhus ingår cirkulationsbelastande träning normalt i behandlingen.
Resultaten av systematiserad träningsverksamhet, kompletterad med mätningar och uppföljning, visade inget tydligt samband mellan förändring av syreupptagningsförmåga och längre gångsträcka.
Resultaten visade också att durasäckens tvärsnittsyta inte var avgörande för möjligheten att förbättra gångförmågan och att hälften av de patienter som fullföljde träningen (26/54) förbättrades så pass att operation inte var aktuell.



Figur 1. Rekryteringsprocessen fram till slutlig studiegrupp.



Figur 2. Samvariation mellan durasäckens tvärsnittsyta (mm², uppmätt på MR-bilder) och initial gångsträcka (m, uppmätt på löpband) hos de 48 patienterna med central spinal stenos i studiegruppen. Den streckade linjen indikerar trenden.



Figur 3. Samvariation mellan objektivt uppmätt initial gångsträcka (m) och subjektivt skattad gångsträcka (m) hos 48 patienter (13 kvinnor, 35 män). Den heldragna linjen indikerar full överensstämmelse.

av dessa patienter för att utvärdera längre tids effekt av träningsperioden. Dessa patienter testades också ca 24 månader efter baslinjemätningen med samma metodik.

Statistik. Samvariationen mellan kvantitativa variabler beräknades med Spearmans rangkorrelationstest [10].

RESULTAT

Träningsperioden

Studiegrupp. Sammanlagt 106 patienter, varav 94 med central spinal stenos, uppfyllde de diagnostiska kriterierna: 15 patienter avstod och 38 kunde inte fullfölja mätningarna av olika skäl (Figur 1). Den slutgiltiga studiegruppen omfattade 54 patienter (48 med central spinal stenos); 2 var tidigare stenosopererade. Studiegruppen beskrivs i Tabell I.

Den initiala gångsträckan varierade från 30 till 3 000 meter; 65 procent av patienterna gick högst 1 000 meter. Durasäckens tvärsnittsyta varierade mellan 15 och 70 mm². Samvariationen mellan initial gångsträcka och tvärsnittsyta illustreras i Figur 2 (Spearmans rangkorrelationskoefficient [rho] = 0,32; P = 0,03).

Genomförd träning. Enligt träningsdagböckerna tränade patienterna i genomsnitt drygt 3 gånger/vecka. De flesta deltagarna kunde ordna cykel att ha hemma.

Syreupptagningsförmåga och gångsträcka. Förändringen i syreupptagningsförmåga varierade mellan –2,8 och 13,7 MOU-enheter, medianvärde 1,8. Totalt 16 patienter (30 procent) ökade sin syreupptagningsförmåga mer än 4 MOU-enheter, motsvarande t ex från låg till medel, och 13 patienter ökade sin gångsträcka med minst 1 000 meter. Däremot förelåg ingen samvariation mellan förändring i syreupptagningsförmåga och förändring av gångsträcka (rho = 0,20; P~0,19, n = 46, dvs utom de patienter som gick 3 000 meter initialt.)

Det förelåg inte heller någon samvariation mellan durasäckens tvärsnittsyta och förändring av gångsträcka under träningsperioden (rho = 0,26; P = 0,10, n = 40, dvs utom de patienter som gick 3 000 m initialt).

Figur 3 illustrerar överensstämmelsen mellan initialt uppmätt och självskattad gångsträcka. I intervallet upp till 500

TABELL I. Karakteristika för den slutliga studiegruppen (54 patienter).

Egenskap	Kvinnor	Män
Antal patienter	14	40
varav patienter med diagnosen central lumbal stenos	13	35
BMI >30, antal patienter	6	16
Ålder, år: median (variationsvidd)	59 (42–80)	65 (45–85)
Besvärsduration vid första mottagningsbesöket		
benbesvär, månader: median (variationsvidd)	12 (1–84)	12 (1–120)
ryggbesvär, månader: median (variationsvidd)	24 (8–240)	12 (0–420)
Syreupptagning – låg eller mycket låg, antal patienter	9	28

meter är överskattning ungefär lika vanlig som underskattning. På längre sträckor dominerar underskattning.

Det förelåg ingen skillnad mellan könen avseende någon av resultatvariablerna.

Förlängd uppföljning

Efter träningsperioden ansåg sig 26 patienter så mycket förbättrade att de inte var intresserade av operation; 17 av dem gick då 3 000 meter. Vid 24-månadersuppföljningen saknades 3 patienter, varav 1 patient som blev opererad för lumbal spinal stenos.

Gångförmåga. Jämfört med mätningen i slutet av träningsperioden hade 4 patienter minskat sin gångsträcka, medan 6 hade ökat den. Övriga 13 hade bibehållit sin gångsträcka (= 3 000 meter, brytpunkt för gångtestet).

DISKUSSION

Sedan vår studie avslutats har två översiktsartiklar som diskuterar icke-kirurgisk behandling publicerats i Spine. I den ena [11] drar man slutsatsen att operation – jämfört med konservativ behandling – förbättrar smärta, funktion och livskvalitet men inte ökar gångsträckan. Den andra [12] efterlyser mer forskning om specifika icke-kirurgiska behandlingsmetoder, bl a för att kunna ta fram riktlinjer för klinisk handläggning. Författare till en översiktsartikel som publicerades 2013 drar slutsatsen att ytterligare forskning behövs för att bedöma om operation är mer effektiv än konservativ behandling och vilka konservativa metoder som är mest effektiva [5].

Vi har fokuserat på behandling som belastar cirkulationsapparaten och utfallet »ökad gångsträcka«. Vi finner att flertalet patienter ökar sin gångsträcka och att en del ökar sin syreupptagningsförmåga mätt i MOU-enheter. Samvariationen är dock svag.

Att bara hälften av patienterna i studiegruppen behövde opereras skulle kunna indikera att patientgruppen inte är representativ för patienter med lumbal spinal stenos som remitteras till specialistvård. Jämfört med patienterna i Swespine (Svenska ryggregistret) [1] innehåller vår studiegrupp en lägre andel kvinnor, medan åldersfördelningen är ungefär densamma. Våra patienter har något kortare besvärsdurationstid; något färre av våra patienter har en riktigt kort (<100 meter) initial gångsträcka. I SPORT-studien [13] gick 66 procent av patienterna högst 1 000 meter initialt, i vår patientgrupp 65 procent. Skillnaderna är knappast påtagliga.

Behandlingseffekt eller spontan förbättring

Patienter med lumbal spinal stenos kan förbättras spontant. I en uppföljning av 32 patienter som inte kunde/ville opereras fann en svensk grupp att samma andel patienter (75 procent) fortfarande hade neurogen claudicatio efter 4 år, men i lindrigare form [14]. I Finland [3] jämfördes utvecklingen i en opererad och en konservativt behandlad (sjukgymnastik) patientgrupp. Gångförmågan var påtagligt förbättrad vid 6-månadersuppföljningen i båda grupperna och närmast oförändrad vid 12- respektive 18-månadersuppföljningarna. Effekten inträdde alltså ganska snabbt med behandling. Motsvarande förlopp gäller i vår studie, där hälften av alla patienter förbättrade sin gångsträcka under 4–6 månaders träning och alla utom 1 av de konservativt behandlade patienterna hade behållit den förbättrade nivån efter 24 månader.

En fjärdedel av våra patienter hade en besvärsduration över 2 år, lite längre tid i den grupp som behandlades konservativt. Att det händer något under träningsperioden som leder till en mätbar förbättring antyder för oss en effekt av träningen/behandlingen. Det är annars svårt att förstå att hälften av patienterna skulle bli förbättrade under just denna 4-månadersperiod trots variationen i tidigare besvärsduration. För säkra slutsatser skulle träningsbehandling behöva jämföras med en obehandlad grupp, vilket inte är möjligt med gällande vårdgaranti.

Tvärsnittsyta och gångförmåga

Publicerade studier av sambandet mellan durasäckens tvärsnittsyta och gångförmåga kommer till delvis motsägande slutsatser. Enligt en studie [6] är tvärsnittsytan en stark prediktor för gångförmåga, medan en annan studie [15] finner en positiv korrelation mellan tvärsnittsyta och uppmätt gångsträcka hos 25 patienter. I en studie [16] anses däremot MRT-resultatet inte ha någon stor klinisk betydelse, en annan studie [17] finner bara en svag korrelation. Vi finner visst samband mellan tvärsnittsyta och initial gångsträcka, men inte mellan tvärsnittsyta och förändring av gångsträcka under träningsperioden. Det senare tolkar vi som att även patienter med trängre spinalkanal kan uppnå förbättrad gångsträcka med träning.

Bortfall

Studiegruppen kom att bestå av 54 patienter trots att 106 uppfyllde de kliniska kriterierna. För vissa patienter var träning olämplig av medicinska skäl, för andra utlöste/förvärrade träningen besvär som gjorde det oetiskt att kräva fortsatt träning. Av dessa totalt 24 patienter opererades 17, 2 flyttade och för 3 patienter var operation olämplig på grund av ålder och medicinska riskfaktorer.

Totalt 15 patienter avböjde deltagande eller avbröt träningen av andra än medicinska skäl; 9 av dem opererades. Om träningsformen utvärderas och befinns vara ett alternativ till operation kan denna kategori patienter motiveras att träna med kraftfullare argument. Av de 13 patienter som inte klarade det inledande cykeltestet genomförde 5 ändå träningsprogrammet; alla fick tillräcklig besvärslindring för att avstå operation. I »bortfallsgruppen« (utom de patienter som tränade på egen hand, som flyttade eller som inte kunde opereras på grund av ålder/riskfaktorer) var andelen opererade 74 procent (31/42). Denna grupp hade kortare initial gångsträcka (median 340 meter) än studiegruppen (median 615 meter), vilket indikerar något mer besvär.

KONKLUSION

Data i Swespine visar att en tredjedel av de patienter som opereras för lumbal spinal stenos inte är nöjda med resultatet av operationen. Utifrån våra resultat föreslår vi

- att baslinjemätning görs för att bedöma huruvida stenosen är den huvudsakliga orsaken till funktionshindret, att graden av gångrelaterad smärta bedöms och att nivån på det individuella träningsprogrammet bestäms
- att en träningsperiod genomförs före beslut om operation, utom för de patienter där träning är uppenbart olämplig.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Gunilla Bengtlars har svarat för dataregistrering, logistik och kallelser. FoU-medel har erhållits från Jämtlands läns landsting.

LÄS MER Engelsk sammanfattning Läkartidningen.se

KOMMENTERA denna artikel på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Svensk ryggkirurgisk förening, SWESPINE – Svenska Ryggregistret. Uppföljning av ryggkirurgi i Sverige. Årsrapport 2012. http://www.4s.nu/pdf/Årsrapport_2012_isbn.pdf
2. Whitman JM, Flynn TW, Childs JD, et al. A comparison between two physical therapy treatment programs for patients with lumbar spinal stenosis. Spine (Phila Pa 1976). 2006;31(22):2541-9.
3. Malmivaara A, Slätis P, Heliövaara M, et al; Finnish Lumbar Spinal Research Group. Surgical or nonoperative treatment for lumbar spinal stenosis? A randomized controlled trial. Spine (Phila Pa 1976). 2007;32(1):1-8.
4. Pua YH, Cai CC, Lim KC. Treadmill walking with body weight support is no more effective than cycling when added to an exercise program for lumbar spinal stenosis: a randomised controlled trial. Aust J Physiother. 2007;53:83-9.
5. May S, Comer C. Is surgery more effective than non-surgical treatment for spinal stenosis and which non-surgical treatment is more effective? A systematic review. Physiotherapy. 2013;99(1):12-20.
6. Ogikubo O, Forsberg L, Hansson T. The relationship between the cross-sectional area of the cauda equina and the preoperative symptoms in central lumbar spinal stenosis. Spine (Phila Pa 1976). 2007;32(13):1423-8.
7. Jansson KÅ, Hansson T. Kirurgi eller inte vid lumbal spinal stenos. SPORT tar ett steg mot ökad evidens för operation. Läkartidningen. 2008;105(46):3320-1.
8. Andersson G, Forsberg A, Malmgren S. Konditionstest på cykel. Testledarutbildning. Farsta: SISU Idrottsböcker; 2005.
9. Borg G. Borg's Perceived exertion and pain scales. Champaign (IL): Human Kinetics; 1998.
10. Conover WJ. Practical nonparametric statistics. New York: John Wiley & Sons; 1998.
11. Kovacs F, Urrutia G, Alarcón JS. Surgery versus conservative treatment for symptomatic lumbar spinal stenosis. Spine (Phila Pa 1976). 2011;36:E1335-51.
12. Ammendolia C, Stuber K, de Bruin LK, et al. Nonoperative treatment of lumbar spinal stenosis with neurogenic claudication. Spine (Phila Pa 1976). 2012;37:E609-16.
13. Weinstein JN, Tosteson TD, Lurie JD, et al. SPORT Investigators. Surgical versus nonsurgical therapy for lumbar spinal stenosis. N Engl J Med. 2008;358(8):794-810.
14. Johnsson KE, Rosén I, Udén A. The natural course of lumbar spinal stenosis. Clin Orthop Relat Res. 1992;(279):82-6.
15. Barz T, Melloh M, Staub L, et al. The diagnostic value of a treadmill test in predicting lumbar spinal stenosis. Eur Spine J. 2008;17:686-90.
16. Zeifang F, Schiltenwolf M, Abel R, et al. Gait analysis does not correlate with clinical and MR imaging parameters in patients with symptomatic lumbar spinal stenosis. BMC Musculoskelet Disord. 2008;9:89.
17. Sigmundsson FG, Kang XP, Jönsson B, et al. Correlation between disability and MRI findings in lumbar spinal stenosis. Acta Orthop. 2011;82(2):204-10.

Arrangörer

Läkartidningen

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Karriärkväll för läkare

Östersund

Torsdagen den 19 februari, kl 17.00–20.30
Scandic Östersund City, Storfjället, 4 våningen

Välkommen till årets Karriärkväll i Östersund!

Vi bjuder in dig som medlem i Läkarförbundet till en intressant karriärkväll. Här får du möjlighet att lyssna på inspirerande föredrag och knyta kontakter med arbetsgivarrepresentanter från olika branscher. Kom och upptäck nya karriärvägar!

Anmäl dig på *www.lakartidningen.se/events*

Begränsat antal platser. Deltagandet är kostnadsfritt och exklusivt för medlemmar i Läkarförbundet. Anmäl dig redan nu till denna inspirerande kväll.

Kvällens utställare

Region Jämtland Härjedalen

Folksam

Försvarsmakten

Skandinavisk Hälsovård AB

Citera som: Läkartidningen. 2015;112:C7YW

Kraftigt svängande blodtryck var symtom på feokromocytom

KONSTANTINA VOUZOUNERAKI, ST-läkare, medicinkliniken, Länssjukhuset Sundsvall–Härnösand
konstantina.vouzouneraki@lvn.se
PER HELLMAN, professor, institutionen för kirurgiska vetenskaper
STAFFAN WELIN, överläkare, kliniken för onkologisk endokrinologi; båda Akademiska sjukhuset, Uppsala
EVA RASK, överläkare, vid tiden för fallet Länssjukhuset Sundsvall–Härnösand

Feokromocytom är en ovanlig tumör som utgår från kromaffina celler i binjuremärgen. Dessa producerar och frisätter katekolaminer. Incidensen är 2–8 fall/miljon invånare/år [1]. Feokromocytom förekommer i alla åldersgrupper men är vanligast i 40–50-årsåldern [2]. Cirka 5 procent av incidentalom i binjuren visar sig vara feokromocytom [3]. Andelen varierar dock mycket i olika studier [4]. I en svensk kohortstudie av patienter med adrenala incidentalom visade sig bara 1 av 226 patienter ha feokromocytom [5].

10 procent av feokromocytom är maligna. Definitionen av malignitet kräver förekomst av metastaser [6].

I många fall är feokromocytom asymtomatiska. Enligt flera studier förblir cirka 75 procent av alla feokromocytom oupptäckta under patientens livstid [7].

Huvudvärk (80 procent), palpitationer (64 procent) och svettningar (57 procent) är de vanligaste symtomen, så kallad »klassisk triad«. Feokromocytom kan ge symtom och fynd från flera olika organsystem. Paroxysmal hypertoni (förekommer hos 50 procent av patienterna), takykardi, hyperglykemi samt stressinducerad kardiomyopati (takotsuboliknande) är viktiga. Fler symtom som kan förekomma är polyuri, polydipsi, dyspné, tremor, viktnedgång, perifer blekhet med efterföljande rodnad (flushing), allmän muskelsvaghet och psykiatriska symtom (framför allt panikångest) [8-10].

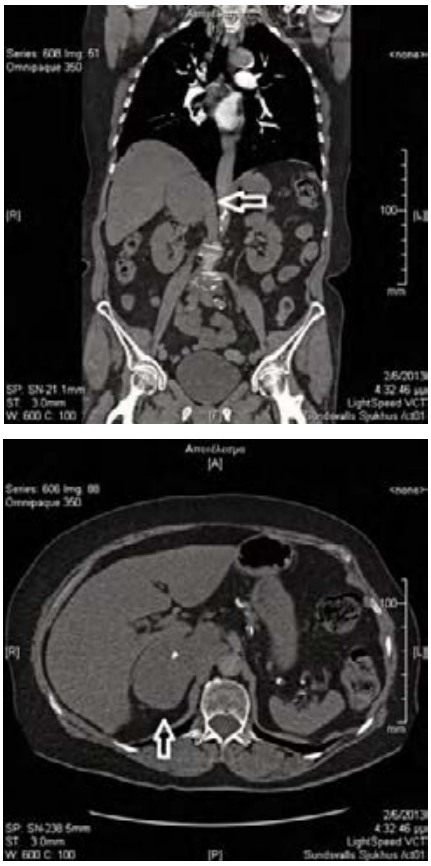
I sällsynta fall kan feokromocytom manifestera sig med paroxysmal hypotoni och snabbt växlande hypertoni och hypotoni (var 7–20:e minut) [11-14].

FALLBESKRIVNING

En 78-årig kvinna med tablettbehandlad hypertoni, insulinbehandlad diabetes mellitus sedan 5 år samt nyligen diagnostiserad polymyalgia rheumatica sökte akutmottagningen i början av juni 2013 med 24 timmars anamnes på dyspné, tryck i bröstet, illamående, kräkningar och svettningar. Hon uppgav en liknande episod i samband med hypoglykemi 10 månader tidigare. Hon hade också haft symtom i form av trötthet och allmän muskelsvaghet sedan 2 veckor tillbaka varför hon hade sökt vårdcentral och påbörjat kortisonbehandling för misstänkt polymyalgia rheumatica.

På akutmottagningen var patienten kallsvettig och hade takykardi upp till 150 slag/min, med kraftigt svängande blodtryck mellan 250/120 och 75/55 mm Hg inom loppet av några minuter. Med tanke på hypotoni, takykardi och tryck i bröstet påbörjades utredning med datortomografi av torax och buk med kontrastvätska på grund av misstanke om aortadissektion, lungemboli eller perikardvätska. Undersökningen visade inget av de ovannämnda, däremot en 6 × 9 × 6,5 cm stor förändring på platsen för höger binjure (Figur 1 och 2).

Patienten fick vätska på akutmottagningen och blodtrycket stabiliserades. Feokromocytom misstänktes redan efter denna datortomografiundersökning, och prov på fria P-metoxikatekolaminer togs.



Figur 1 och 2. Datortomografiundersökning av torax och buk visade en 6 × 9 × 6,5 cm stor förändring på platsen för höger binjure.

Under vårdtiden fortsatte episoderna med kraftigt svängande blodtryck, associerat med ångest, takykardi och kallsvettighet, framför allt när hon låg på höger sida. En episod dokumenterades med blodtryck varierande mellan 88/65 och 160/105 mm Hg inom 13 min och andra med svängande blodtryck mellan 250/120 och 60/40 mm Hg inom 1,5 timme (Figur 3). Behandling med alfablockad (doxazocin) inleddes på grund av stark misstanke om feokromocytom, vilket verifierades av provsvar som visade P-metoxiadrenalin 36,5 nmol/l (referensvärde <0,3) och P-metoxinoradrenalin 8,8 nmol/l (referensvärde <0,6) (Tabell I). Patienten förbättrades kli-

SAMMANFATTAT

Feokromocytom är en ovanlig tumör med varierande manifestationer och diffusa symtom. Hos vår patient var kraftigt svängande blodtryck det mest framträdande symtomet.
Patientens blodtryck ändrades ibland inom minuter med kraftig allmänpåverkan. Hypertoni- och hypotoniattacker minskade efter upptrappning av alfablockad och vätskebehandling.
Få liknande fall finns beskrivna i litteraturen, och mekanismen bakom hypotonin kvarstår okänd.
Efter operation blev patienten symtomfri med välkontrollerat blodtryck och utan behov av insulin. Initialt fanns det misstanke om malign tumör men det har inte framkommit tydliga fynd på metastasering. Patienten följs dock avseende detta.

niskt efter upptrappning av alfablockad och blev utskriven 2 veckor senare. Endokrinkirurg vid Akademiska sjukhuset i Uppsala kontaktades och operation planerades efter optimal medicinsk behandling.

Takykardi igen 10 dagar senare

Patienten sökte igen efter 10 dagar, kraftigt allmänpåverkad och ångestfylld. Hon hade tidigare under dagen varit illamående, kräkts, kallsvettats och svimmat vid ett tillfälle. På akutmottagningen pendlade blodtrycket mellan 70/45 och 280/110 mm Hg och patienten hade åter takykardi. Saturationen var 90 procent med 10 liter syrgas. Patienten upplevdes som konfusorisk och fördes till intensivvårdsavdelningen. Doxazocindosen ökades från 8 mg till 12 mg 2 gånger dagligen. Då systoliskt målblodtryck 120 mm Hg i sittande och 100 mm Hg i stående ej uppnåddes och takykardin kvarstod, fick patienten även metoprolol och labetalol.

Vid ankomsten visade lungröntgen vidgade lungkärl, och transtorakal ekokardiografi visade hypertrof vänsterkammare med ejektionsfraktion 65 procent. Detta tolkades som en hjärtpåverkan sekundärt till långvarig katekolaminpåverkan. På grund av konfusion utfördes DT-undersökning av hjärna, men den var utan anmärkning. Ny DT-undersökning av buk avslöjade nytillkomna osteosklerotiska förändringar i L 5–S 1 som gav misstanke om metastasering av feokromocytom. Under vårdtiden utvecklade patienten recidiverande högersidig pleuravätska, och pleuratappning utfördes 2 gånger. Analys av pleuravätskan visade inte några tumörceller utan den bedömdes vara sekundär till alfablockaden och hjärtsvikt. Patienten fick därför vätskedrivande mediciner med god effekt.

Efter 15 dagars vårdtid flyttades patienten till Akademiska sjukhuset i Uppsala för adrenalektomi. Trots behandling med 40 mg doxazocin samt enalapril 10 mg, furosemid 40 mg, felodipin 10 mg och metoprolol 50 mg per dag hade patienten inte optimal reglering av blodtrycket.

Misstanke om malign tumör

Anestesi och operation gick bra med noggrann monitorering utan blodtrycks- eller pulsförändringar peroperativt. Tumören låg i höger binjure, var 9 cm stor och avlägsnades med en öppen operation. Efter operationen gick patienten hem i till synes gott skick utan insulin, som kunde sättas ut på grund av väl kontrollerade glukosvärden. På grund av storleken och de misstänkta osteosklerotiska förändringarna fanns misstanke om malign tumör. PAD visade ett Ki67-index (proliferationsmarkör) på 10 procent och utbredda nekroser samt vissa tecken på misstänkt malignitet, till exempel växt i periadrenal fettvävnad, uttalad cellatypi och invasiv växt i kapseln. Detta tydde på misstänkt icke-radikal excision, trots att det peroperativa intrycket var att tumören tagits ut hel makroskopiskt med tydligt intakt kapsel.

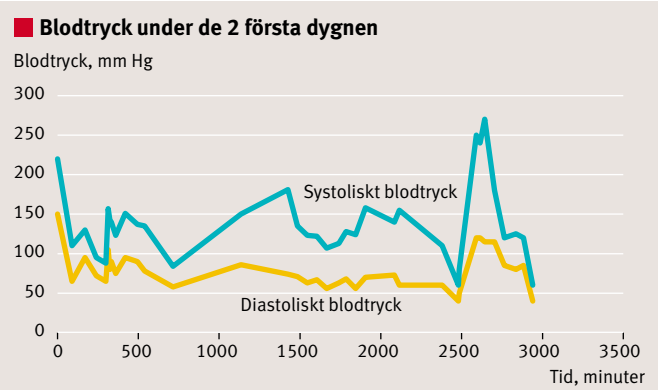
Postoperativ utredning och uppföljning

Preoperativt hade viss misstanke framkommit om att förändringen utgjordes av ett paragangliom (extraadrenalt feokromocytom) som skulle ligga nära binjuren, framför allt på grund av intrycket från DT-bilden. Visst stöd för detta fanns också i PAD, även om varken det eller malignt feokromocytom helt säkert kunnat diagnostiseras. En ^{11}C-hydroxiefedrin-(HED) PET utfördes också postoperativt som var negativ. Två månader postoperativt var P-metoxiadrenalin <0,2 och P-metoxinoradrenalin 0,3 – det vill säga normala värden.

Postoperativt mår patienten mycket bra utan behov av insulin, men behöver en låg dos antihypertensiva läkemedel och har problem med smärta i höger ben. En förändring invid psoasmuskeln på höger sida har noterats postoperativt som tänkbar grund för detta, och denna tillväxer. Den är negativ på HED-PET och har biopserats utan tydliga tecken på metastasering av feokromocytom. Utredning pågår angående genesen till denna.

TABELL I. Laboratorieanalyser

Prov	Resultat	Referensintervall
U-Met-adrenalin	162,5 µmol/d	<1,7
U-Met-adrenalin/kreatinin	20 402 µmol/mol	20–190
U-Met-noradrenalin	13,3 µmol/d	<3,5
U-Met-noradrenalin/kreatinin	1 668 µmol/mol	70–340
P-Kromogranin B	10,7 nmol/l	<1,8
P-K romogranin A	40 nmol/l	<3
fP-Metoxiadrenalin	36,5 nmol/l	<0,3
fP-Metoxinoradrenalin	8,8 nmol/l	<0,6



Figur 3. Blodtrycket mäts kontinuerligt efter patientens inskrivning på vårdavdelning.

DISKUSSION

Feokromocytom är en ovanlig tumör men troligtvis underskattad då majoriteten diagnostiseras post mortem på grund av varierande manifestationer och diffusa symtom [7, 8]. Katekolaminfrisättning påverkar via det autonoma nervsystemet (alfa- och betareceptorer) flera organ och olika metabola processer, och ger därför symtom från flera organsystem, dock individuella för olika patienter. I vårt fall hade patienten kraftigt svängande blodtryck, ibland inom några minuter. Liknade fall finns beskrivna i litteraturen, men mekanismen bakom hypotoni är fortfarande okänd även om olika teorier finns [11-14].

Redan i början 1900-talet observerade man att hypotoni förekom hos patienter som hade en adrenalindominerad produktion, och det har även spekulerades i att detta kan bero på hypovolemi, hyposensibilisering av adrenerga receptorer eller upphörande adrenalinsekretion på grund av tumörnekros [11, 13]. De snabba blodtrycksfluktuationer som också diskuteras i denna artikel antyder däremot att baroreceptorer kan vara inkopplade genom att reagera på katekolaminmedierad vasokonstriktion och via det autonoma nervsystemet minska den perifera vaskulära resistansen och hjärtminutvolymen [13].

Under senare år har några andra fallbeskrivningar publicerats med kraftigt fluktuerande blodtryck hos patienter med noradrenalindominerad sekretion [12, 14]. Det har diskuterats att noradrenalin via vasokonstriktion ändrar kapillärpermeabilitet och intravaskulär volym och därmed orsakar ett vätskeläckage till det extravaskulära rummet, vilket leder till hypovolemi när vasokonstriktionen upphör [15]. I en fallbeskrivning där man monitorerat flera parametrar under attacker med fluktuerande blodtryck har man dokumenterat att det är den perifera vaskulära resistansen som varierar mest under attackerna, vilket skulle kunna vara kopplat till

vasokonstriktion [12]. En annan intressant aspekt handlar om noradrenalinmedierad myokardskada som minskar hjärtminutvolymen och därmed anses bidra till hypotension [15].

I en översiktsartikel som presenterar 15 patientfall med fluktuerande blodtryck och feokromocytom diskuterar man om detta kan bero på mekaniskt tryck från levern på de högersidiga tumörerna när patienten ligger på höger sida. Hos 12 av de 15 patienterna var tumören högersidig, vilket också gällde för vår patient [13]. Oavsett vilken mekanism som ligger bakom hypotonin anses korrekt behandling vara alfablockad och vätska [13].

Adrenalektomi är den enda effektiva behandlingen av feokromocytom. I vårt fall blev patienten efter operationen såväl normotensiv, med endast två blodtryckssänkande mediciner, som insulinfri. Patientens diabetes var sekundär till katekolaminmedierad insulinresistens och patologisk kolhydratmetabolism [10].

Med denna fallbeskrivning vill vi belysa de varierande symtom ett feokromocytom kan uppvisa. Hos patienter med kraftigt svängande blodtryck bör utredning för feokromocytom övervägas. I vissa fall, som i vårt, kan PAD inte säkert säga huruvida tumören är malign eller inte. Fortsatta kontroller med katekolaminanalyser, och i förekommande fall datortomografi och eventuellt ny HED-PET, utgör våra rutiner i dylika fall. Feokromocytom är en tumör som kan framkalla dödliga komplikationer som hjärtinfarkt, akut hjärtsvikt, arytmier, ischemisk stroke och intracerebrala blödningar [16]. Tidig diagnos är betydelsefull eftersom behandlingen inte bara är symtomlindrande utan också livräddande.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

LÄS MER Engelsk sammanfattning Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Manhem P, Wahrenberg H. Feokromocytom – ovanligt och ofta odiagnostiserat tillstånd. Läkartidningen. 2002;99(14):1585-9.
2. Guerrero MA, Schreinemakers JM, Vriens MR, et al. Clinical spectrum of pheochromocytoma. J Am Coll Surg. 2009;209:727.
3. Lenders J, Duh Q, Eisenhofer G, et al. Pheochromocytoma and paraganglioma: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2014;99(6):1915-42.
4. Mansmann G, Lau G, Balk E, et al. Update of clinically inapparent adrenal masses. Endocr Rev. 2004;25(2):309-40.
5. Muth A, Hammarstedt L, Hellström M, et al. Cohort study of patients with adrenal lesions discovered incidentally. Br J Surg. 2011;98(10):1383-91.
6. Parenti G, Zampetti B, Rapizzi E, et al. Updated and new perspectives on diagnosis, prognosis, and therapy of malignant pheochromocytoma/paraganglioma. J Oncol. 2012;2012:872713.
7. Sutton MG, Sheps SG, Lie JT. Prevalence of clinically unsuspected pheochromocytoma. Review of a 50-year autopsy series. Mayo Clin Proc. 1981;56:354.
8. Bravo EL, Tagle R. Pheochromocytoma: state-of-the-art and future prospects. Endocr Rev. 2003;24(4):539-53.
9. Kashioulis P, Wängberg B, Petursson P, et al. Feokromocytom är en livshotande orsak till akut hjärtsvikt. Läkartidningen. 2013;110:CDA3.
10. Weisner TD, Blüher M, Windgassen M, et al. Improvement of insulin sensitivity after adrenalectomy in patients with phaeochromocytoma. J Clin Endocrinol Metab. 2003;88:3632.
11. Oishi S, Sasaki M, Ohno M, et al. Periodic fluctuation of blood pressure and its management in a patient with pheochromocytoma. Case report and review of the literature. Jpn Heart J. 1988;29:389.
12. Guzik P, Wykretowicz A, Wesseling IK, et al. Adrenal pheochromocytoma associated with dramatic cyclic hemodynamic fluctuations. Int J Cardiol. 2005;103(3):351-3.
13. Kobal SL, Paran E, Jamali A, et al. Pheochromocytoma: cyclic attacks of hypertension alternating with hypotension. Nat Clin Pract Cardiovasc Med. 2008;5(1):53-7.
14. van den Meiracker AH, van den Berg B, de Herder W, et al. Extreme blood pressure oscillations in a patient with a MEN-2a syndrome. J Clin Endocrinol Metab. 2014;99(3):701-2.
15. Zev M, Tolis G, Jones W, et al. Phaechromocytoma presenting with pulmonary oedema and hyperamylasemia. CMAJ. 1977;116:357-9.
16. Zelinka T, Petrák O, Turková H, et al. High incidence of cardiovascular complications in pheochromocytoma. Horm Metab Res. 2012;44(5):379-84.

Boken om Astrid Lindgren-fallet

3 ml

Om ett blodprov och ett åtal



Läkartidningen FÖRLAG AB

Klipp ut och posta eller beställ boken på Läkartidningen.se

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

☐ Jag är medlem i Sveriges läkarförbund och betalar 240 kronor
☐ Jag är inte medlem och betalar då 285 kronor

Priset inkluderar 6 procent moms. Frakt tillkommer.

Namn

Adress

Postadress

Ev medlemsnummer

Läkartidningen
SVERIGE
PORTO
BETALT
PORT PAYÉ

LÄKARTIDNINGEN

SVARSPOST
110 555 202
110 26 STOCKHOLM

Arrangörer

Läkartidningen

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

KARRIÄR MÄSSAN för läkare

Karriärkvällar för läkare

2015

Läkartidningen och Läkarförbundet fortsätter den uppskattade satsningen på karriärevenemangen under 2015. Bland annat arrangerar vi heldagsmässor i både Stockholm och Göteborg, så markera följande datum i din kalender redan nu!

✗ **19 feb**	**Karriärkväll Östersund**
✗ **26 mars**	**Karriärkväll Malmö**
✗ **9 maj**	***Karriärmässa* Stockholm**
✗ **1 okt**	**Karriärkväll Örebro**
✗ **24 okt**	***Karriärmässa* Göteborg**
✗ **12 nov**	**Karriärkväll Gävle**

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

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

Citera som: Läkartidningen. 2015;112:C6XC

Prostatacancer – nya riktlinjer och första vårdprogrammet

OLA BRATT, ordförande, nationella vårdprogramsgruppen för prostatacancer, Regionala cancercentrum i samverkan; docent, enheten för urologisk cancerforskning, Lunds universitet; överläkare, urologisektionen, Helsingborgs lasarett
ola.bratt@med.lu.se
JAN-ERIK DAMBER, ordförande, faktagruppen för prostatacancer, Socialstyrelsen; professor, institutionen för kliniska vetenskaper, Göteborgs universitet; överläkare, urologiska kliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
ANNA ALDEHAG, med dr, projektledare, Socialstyrelsen
HELENA BRÄNDSTRÖM, med dr, samordnare, nationella vårdprogram, Regionala cancercentrum i samverkan

Prostatacancer är med omkring 9 000 nya fall per år den vanligaste cancersjukdomen i Sverige. Näst efter lungcancer och kolorektalcancer orsakar prostatacancer flest dödsfall bland cancersjukdomarna, 2 400 per år. Blodprov för att bestämma halten av prostataspecifikt antigen (PSA) infördes i början av 1990-talet och har sedan dess medfört mycket stora förändringar för framför allt urologin, men även för onkologin, patologin, primärvården och en stor del av befolkningen.

År 2007 publicerade Socialstyrelsen sina första nationella riktlinjer för prostatacancervården. Parallellt med uppdateringen av Socialstyrelsens riktlinjer har Regionala cancercentrum i samverkan utarbetat det första nationella vårdprogrammet för prostatacancer. Både riktlinjerna och vårdprogrammet publicerades i april 2014. I denna artikel beskrivs hur dessa dokument har tagits fram, och en sammanfattning ges av några av deras viktigaste delar.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Socialstyrelsens nationella riktlinjer ska vara ett stöd för styrning och ledning på alla nivåer inom hälso- och sjukvården och vänder sig till i första hand beslutsfattare, verksamhetsledningar och vårdprogramsgrupper. Arbetet med att uppdatera de nationella riktlinjerna för våra tre vanligaste cancersjukdomar, prostatacancer, bröstcancer och kolorektalcancer, påbörjades hösten 2010 och har skett samordnat. Först definierades över 300 olika åtgärder som bedömdes som särskilt betydelsefulla, för att de var kontroversiella, nya eller särskilt resurskrävande. Över 100 experter sammanställde det vetenskapliga underlaget för dessa åtgärder enligt vedertagna principer för evidensbaserad medicin. De vetenskapliga underlagens evidensstyrka rangordnades enligt GRADE (Grading of recommendations, assessment, development and evaluation). För några centrala åtgärder gjordes även en hälsoekonomisk värdering. Därefter har en separat prioriteringsgrupp rangordnat åtgärderna för de tre cancersjukdomarna på en skala från 1 (högsta prioritet) till 10 (lägsta prioritet), alternativt rekommenderat att de inte alls ska utföras (icke-göra) eller att de ska utföras endast inom ramen för forsknings- och utvecklingsprojekt. Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser har beräknats.

En preliminär version av riktlinjerna publicerades våren 2013 för att inhämta synpunkter från professionella organisationer, patientföreträdare och sjukvårdshuvudmän. Efter en del justeringar på grund av dessa synpunkter och nya forskningsresultat publicerades de slutgiltiga riktlinjerna den 23 april 2014. Målsättningen är att de nationella riktlinjerna ska revideras kontinuerligt av en arbetsgrupp som bevakar den vetenskapliga utvecklingen.

Frågan om screening har hanterats separat inom Socialstyrelsen av en nybildad arbetsgrupp för nationella screeningprogram.

Det nationella vårdprogrammet

De nationella vårdprogrammen ger riktlinjer för den praktiska sjukvården. De baseras på Socialstyrelsens riktlinjer, men omfattar många åtgärder och nyanseringar som inte finns med i dessa. I vårdprogrammet ska vårdpersonalen kunna få underlag för handläggningen av enskilda individer med eller utan prostatacancer, från prevention till palliativ vård. Regionala cancercentrum i samverkan tillsatte hösten 2012 en nationell vårdprogramsgrupp för prostatacancer. Den består av en ordförande, representanter för de sex regionala cancercentrumen (processledarna för prostatacancer), en patientrepresentant samt ytterligare en representant vardera för onkologi och omvårdnad. Till gruppen har adjungerats åtta personer med specifik kompetens, bland annat inom patologi, primärvård och bilddiagnostik. De delar av vårdprogrammet som engagerar primärvården har sammanfattats i en särskild kortversion för allmänläkare (Fakta 1). Under hösten 2013 genomfördes två remissrundor liknande den för Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Även det nationella vårdprogrammet publicerades i slutlig form den 23 april. Det kommer att revideras årligen.

PSA-screening av symtomfria män

Screening med blodprov för PSA-analys av män mellan 50 och 70 år vartannat år kan leda till minskad dödlighet i prostatacancer i ungefär lika stor utsträckning som screening med mammografi kan minska dödligheten i bröstcancer [1-3]. Problemet är att PSA-testning leder till att många män diagnostiseras och behandlas i onödan för liten prostatacancer som inte skulle ha gett någon allvarlig sjukdom under deras livstid (överdiagnostik och överbehandling). I den europeiska screeningstudien diagnostiserades 27 »extra fall« av prostatacancer för varje förhindrat dödsfall i prostatacancer under de första 13 åren [1]. Figur 1 visar den mycket kraftiga ökningen av antalet nya prostatacancerfall som skedde efter att PSA-provet började användas under 1990-talet. Man räknar med att omkring hälften av den prostatacancer som diagnostiseras efter PSA-testning aldrig hade gett upphov till några symtom [2, 4]. Socialstyrelsen avråder därför från screening för prostatacancer med motiveringen att de positiva effekterna inte tydligt uppväger de negativa effekterna på befolkningsnivå.

Trots att screening med PSA-prov aldrig har rekommenderats av någon sjukvårdsmyndighet i Sverige eller utomlands har över hälften av de svenska männen mellan 50 och 70 år

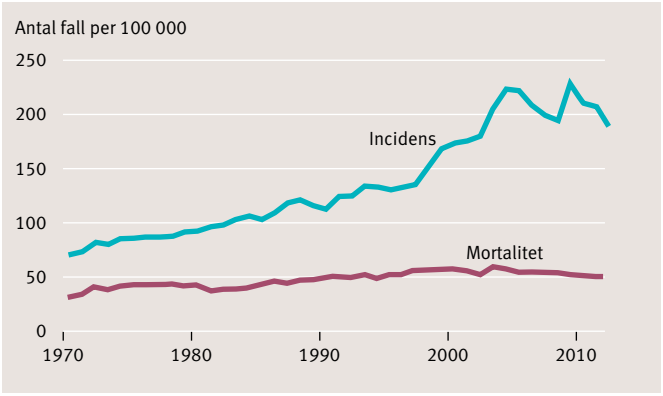
SAMMANFATTAT

Socialstyrelsen har uppdaterat de nationella riktlinjerna för prostatacancervården.
Regionala cancercentrum i samverkan har publicerat Sveriges första nationella vårdprogram för prostatacancer. Det utgår från de horisontella prioriteringar som ligger till grund för Socialstyrelsens riktlinjer. Vårdprogrammet publiceras också i en kort, sammanfattad version för allmänläkare.

FAKTA 1. Vårdprogrammet för allmänläkare

Det nationella vårdprogrammet finns även i en mycket kort version för allmänläkare på www.cancercentrum.se. Där beskrivs följande områden:

- Indikationer för utredning och remiss
- PSA-gränser för remiss till urolog
- PSA-testning av symtomfria män
- Felkällor vid bedömning av PSA-värden
- Uppföljning av patienter med förhöjt PSA
- Uppföljning av patienter med prostatacancer



Figur 1. Åldersstandardiserad incidens och mortalitet för prostatacancer per 100 000 invånare i Sverige. Den mycket kraftiga ökningen av antalet nya prostatacancerfall skedde efter att PSA-testning började användas under 1990-talet. Källa: Socialstyrelsens statistik över cancerincidens och dödsorsaker 2012.

genomgått PSA-test. Redan i Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2007 rekommenderades att män som själva efterfrågar ett PSA-test eller en prostatakontroll ska få strukturerad information om tänkbara fördelar och nackdelar med testningen (Fakta 2). Socialstyrelsen utarbetade en informationsbroschyr om PSA-testning som nu finns i en uppdaterad version. Män som inte har tecken till prostatacancer ska inte PSA-testas utan att ha fått ta del av broschyren, något som tyvärr fortfarande förekommer alltför ofta.

I Socialstyrelsens riktlinjer finns en rekommendation om att utvärdera organiserad information och testning. För att säkerställa att PSA-testning sker först efter tillräcklig information skulle alla män mellan 50 och 70 års ålder kunna informeras om dess fördelar och nackdelar. En standardiserad modell för PSA-testning, med automatiserade kallelser och svarsbesked baserade på en algoritm, kan därefter erbjudas dem som så önskar. En sådan modell skulle troligen kräva betydligt mindre resurser än dagens individuella bedömningar av läkare, som upptar en betydande del av urologins och primärvårdens resurser.

De senaste årens forskning har visat att män med mycket låga PSA-värden har en mycket låg risk att drabbas av allvarlig prostatacancer inom 20 år [5-10]. I vårdprogrammet rekommenderas därför PSA-testning med 6 års mellanrum för män under 60 år med PSA-värden under 1 µg/l (för dem som efter information önskar testning), medan de flesta män över 60 år med så låga värden inte alls behöver ytterligare PSA-testning i frånvaro av symtom. För övriga män som önskar PSA-testning är 2 års intervall lämpligt. I dag testas många män onödigt ofta, så de nya rekommendationerna kan leda till en betydande resursbesparing.

Gränsvärden för PSA

Gränserna för vilka PSA-värden som ska leda till vidare utredning av en urolog har varierat inom Sverige. Det nationella vårdprogrammet anger nu nationella, åldersberoende gränser. Syftet med att ha högre PSA-gränser för äldre män är att begränsa överdiagnostiken av kliniskt betydelselös prostatacancer. Gränserna gäller enbart vid ett godartat palpationsfynd.

- Män <50 år: PSA 2–2,9 µg/l är en stark riskfaktor för senare allvarlig prostatacancer [5-10]. Prostatapalpation bör utföras. Om palpationsfyndet är godartat bör patienten rekommenderas uppföljning med PSA vartannat år.
- Män <70 år: PSA ≥3 µg/l
- Män 70–80 år: PSA ≥5 µg/l
- Män > 80 år: PSA ≥7 µg/l

Notera att 5-alfareduktashämmare (finasterid) sänker PSA-värdet till hälften inom ett år vid godartad prostataförstoring utan samtidig cancer [11]. Åtgärdsgränserna ovan ska därför halveras för män med sådan behandling. Stigande PSA-värde under behandling med 5-alfareduktashämmare beror ofta på cancer och ska föranleda remiss till en urolog [12-14].

FAKTA 2. Handläggning av symtomfria män

Handläggning av symtomfria män som efterfrågar en prostatakontroll eller ett PSA-test enligt det nationella vårdprogrammet för prostatacancer.

- Männen ska få ta del av Socialstyrelsens PSA-broschyr.
- Män under 50 år ska upplysas om att prostatacancer är mycket sällsynt i deras ålder. PSA-testning är i princip aktuell endast för män med ärftlighet för prostatacancer i låg ålder.
- Män med förväntad kvarvarande livstid under 10 år ska avrådas från PSA-testning.
- Män över 50 år med mer än 10 års förväntad kvarvarande livstid ska erbjudas PSA-testning, eventuellt kompletterad med prostatapalpation, om de önskar detta efter information om tänkbara fördelar och nackdelar med testningen.
- Ärftlig riskgrupp: Män med två eller fler fall av prostatacancer i den nära släkten, varav någon diagnostiserats före 75 års ålder, rekommenderas testning från 40–50 års ålder fram till när den förväntade kvarvarande livstiden är under 10 år.

Färre med låg risk och fler med hög risk ska behandlas

Endast hos en liten minoritet av männen med obehandlad så kallad lågriskcancer kommer allvarlig prostatacancer att utvecklas inom 15 år [15]. De flesta män med lågriskcancer bör därför inte rekommenderas operation eller strålbehandling utan följas med regelbundna kontroller och erbjudas behandling endast om man senare påvisar allvarlig cancer. Såväl i Socialstyrelsens riktlinjer som i det nationella vårdprogrammet har en ny riskgrupp införts, prostatacancer med mycket låg risk, som endast i undantagsfall ska behandlas. Definitionen är:

- Lokalt stadium T1c (ingen tumör kan identifieras vid palpation eller bilddiagnostik)
- Högst 8 mm cancer sammanlagt i högst 4 av 8–12 biopsier
- Cancer med enbart Gleason-mönster 3 (den »snällaste« mikroskopiska bilden)
- PSA-värde under 10 µg/l
- PSA-densitet (PSA-värdet dividerat med prostatavolymen) under 0,15 µg/l/cm^3

Samtidigt som överbehandling av betydelselös prostatacancer är ett problem, underbehandlas många män med allvarlig prostatacancer. Trots att strålbehandling kombi-

nerad med hormonbehandling minskar dödligheten vid högriskcancer får i dag bara hälften av männen mellan 70 och 80 år med högriskcancer kurativt syftande behandling (www.npcr.se). För att underlätta diskussionerna om behandling vid tidigt upptäckt prostatacancer, som ofta omfattar flera olika alternativ, har vårdprogramsgruppen utarbetat en patientinformation där de olika behandlingsmetoderna och deras biverkningar beskrivs. Som bilagor till vårdprogrammet finns också information till patienterna om sexuella problem efter behandling och om egenvård.

Nya läkemedel för spridd prostatacancer

Fram till för tio år sedan fanns det ingen effektiv behandling mot prostatacancer som progredierar under kastrationsbehandling (orkidektomi eller GnRH-analoger). År 2004 kunde man för första gången visa att ett visst cytostatikum har effekt vid kastrationsresistent prostatacancer [16]. De senaste tre åren har det kommit ytterligare fyra nya läkemedel som förlänger överlevnaden för denna patientgrupp. Kostnaden per patient är för dessa i nivå med kostnaden för många andra nya cancerläkemedel, men eftersom prostatacancer är så vanlig medför de nya behandlingarna mycket höga kostnader totalt. Detta har lett till att enskilda verksamhetsområden, förvaltningar och landsting har fattat olika beslut om vilka livsförlängande behandlingar som ska erbjudas denna svårt sjuka patientgrupp. Vi hoppas att de nationella riktlinjerna och det nationella vårdprogrammet ska kunna bidra till en mer jämlik vård i Sverige för denna patientgrupp, i enlighet med regeringens cancerstrategi (SOU 2009:11). En av vägarna till detta mål är förhandlingar på nationell nivå om rabatterade priser som ett led i SKL:s satsning »Ordnat införande i samverkan« så att de nya behandlingarna ska kunna erbjudas alla svenska patienter inom avgränsade indikationer till en rimlig kostnad.

Krav på behandlande enheter

För att sjukvården ska kunna erbjuda ett bra omhändertagande av män med diagnostiserad eller misstänkt prostatacancer krävs en sammanhängande vårdkedja, ett multidisciplinärt och multiprofessionellt samarbete samt en viss patientvolym. En del patientgrupper ska därför omhändertas inom centraliserad verksamhet. Samtidigt är det viktigt att såväl diagnostik som kvalificerad vård i sena skeden av sjukdomen finns nära patientens hemort. I det nationella vårdprogrammet anges specifika krav som måste uppfyllas för olika enheter som ska bedriva olika delar av prostatacancersjukvården, till exempel:

- Avancerad diagnostik: Patienter med stigande PSA-värde efter två godartade biopsiomgångar bör handläggas av urologer med särskild inriktning mot diagnostik av prostatacancer. Den diagnostiserande enheten ska ha tillgång till multimodal magnetresonanstomografi för prostatacancerdiagnostik.
- Kontaktsjuksköterska: Såväl Socialstyrelsen som de regionala cancercentrumen rekommenderar att samtliga enheter som behandlar eller följer cancerpatienter ska kunna erbjuda dem en kontaktsjuksköterska.
- Radikal prostatektomi och kurativt syftande strålbehandling kräver stor erfarenhet och multiprofessionellt samarbete för att god chans till bot ska kunna förenas med låg risk för biverkningar. Vid varje enhet ska minst 50 operationer eller strålbehandlingar utföras per år. Enheten ska delta i multidisciplinära konferenser, ha strukturerade rehabiliteringsprogram för biverkningar och rapportera sina resultat, inklusive biverkningar värderade med patientenkäter, till Nationella prostatacancerregistret.

Uppföljning av riktlinjer och vårdprogram

Publiceringen av de nya riktlinjerna för prostatacancervården och vårdprogrammet är bara det första steget mot en förbättrad vård. De måste nu föras ut till sjukvårdens olika nivåer för att de ska kunna förbättra vården. Det är de regionala cancercentrumen, landstingen, förvaltningarna, verksamhetscheferna och de enskilda medarbetarna i sjukvården som ska omsätta dem till ett gott omhändertagande av patienterna. Socialstyrelsen har angett ett antal indikatorer som ska avspegla kvaliteten i cancersjukvården i allmänhet och andra som är specifika för prostatacancervården. Vi hoppas att dessa indikatorer framöver kommer att visa en stadig förbättring av prostatacancervårdens kvalitet.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Ola Bratt arvoderas av AstraZeneca för föreläsningar och Jan-Erik Damber av Astellas, AstraZeneca, Bayer, Ipsen, Jansen och Lilly för föreläsningar och andra undervisningsaktiviteter.

LÄS MER Engelsk sammanfattning Läkartidningen.se

REFERENSER

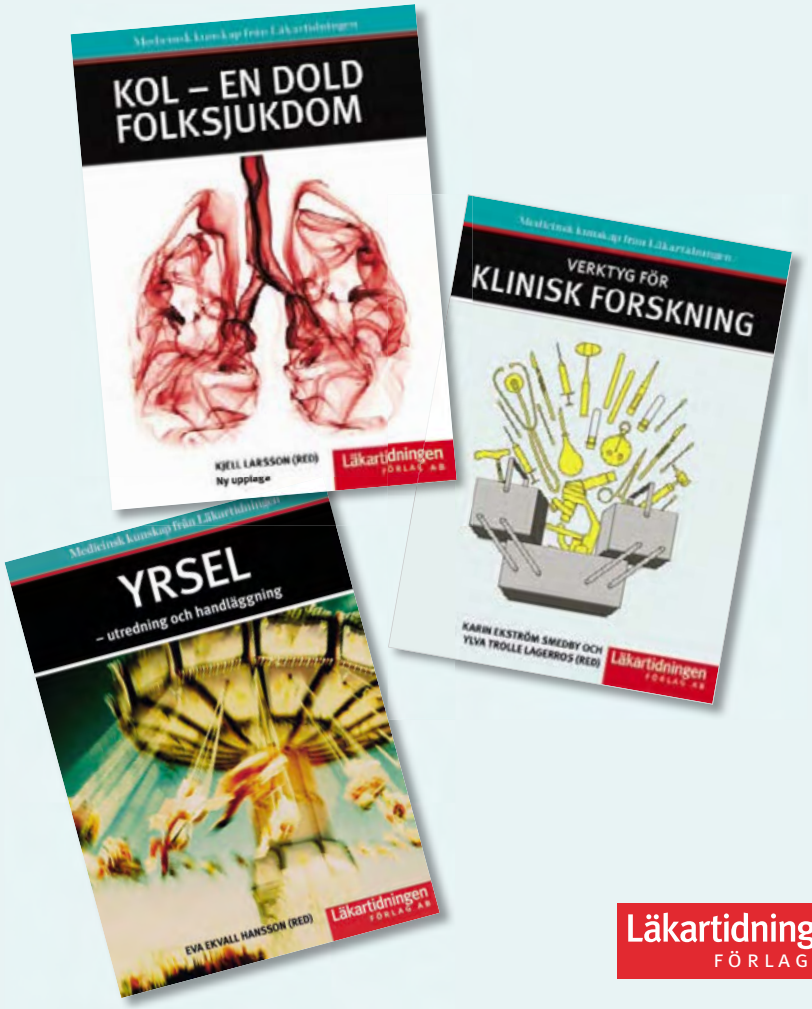
1. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, et al. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. Lancet. 2014;384(9959):2027-35.
2. Hugosson J, Carlsson S, Aus G, et al. Mortality results from the Goteborg randomised population-based prostate-cancer screening trial. Lancet Oncol. 2010;11:725-32.
3. Pace LE, Keating NL. A systematic assessment of benefits and risks to guide breast cancer screening decisions. JAMA. 2014;311:1327-35.
4. Draisma G, Etzioni R, Tsodikov A, et al. Lead time and overdiagnosis in prostate-specific antigen screening: importance of methods and context. J Natl Cancer Inst. 2009;101:374-83.
5. Ulmert D, Cronin AM, Björk T, et al. Prostate-specific antigen at or before age 50 as a predictor of advanced prostate cancer diagnosed up to 25 years later: a case-control study. BMC Med. 2008;6:6.
6. Ørsted DD, Bojesen SE, Kamstrup PR, et al. Long-term prostate-specific antigen velocity in improved classification of prostate cancer risk and mortality. Eur Urol. 2013;64:384-93.
7. Lilja H, Cronin AM, Dahlin A, et al. Prediction of significant prostate cancer diagnosed 20 to 30 years later with a single measure of prostate-specific antigen at or before age 50. Cancer. 2011;117:1210-9.
8. Larsen SB, Brasso K, Iversen P, et al. Baseline prostate-specific antigen measurements and subsequent prostate cancer risk in the Danish Diet, Cancer and Health cohort. Eur J Cancer. 2013;49:3041-8.
9. Vickers AJ, Cronin AM, Björk T, et al. Prostate specific antigen concentration at age 60 and death or metastasis from prostate cancer: case-control study. BMJ. 2010;341:c4521.
10. Carlsson S, Assel M, Sjöberg D, et al. Influence of blood prostate specific antigen levels at age 60 on benefits and harms of prostate cancer screening: population based cohort study. BMJ. 2014;348:g2296.
11. Andriole GL, Guess HA, Epstein JI, et al. Treatment with finasteride preserves usefulness of prostate-specific antigen in the detection of prostate cancer: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. PLESS Study Group. Proscar Long-term Efficacy and Safety Study. Urology. 1998;52:195-201; discussion 202.
12. Kaplan SA, Lee RK, Chung DE, et al. Prostate biopsy in response to a change in nadir prostate specific antigen of 0.4 ng/ml after treatment with 5alpha-reductase inhibitors markedly enhances the detection rate of prostate cancer. J Urol. 2012;188:757-61.
13. Marks LS, Andriole GL, Fitzpatrick JM, et al. The interpretation of serum prostate specific antigen in men receiving 5alpha-reductase inhibitors: a review and clinical recommendations. J Urol. 2006;176:868-74.
14. Thompson IM, Pauler Ankerst D, Chi C, et al. Prediction of prostate cancer for patients receiving finasteride: results from the Prostate Cancer Prevention Trial. J Clin Oncol. 2007;25:3076-81.
15. Rider JR, Sandin F, Andrén O, et al. Long-term outcomes among noncuratively treated men according to prostate cancer risk category in a nationwide, population-based study. Eur Urol. 2013;63:88-96.
16. Tannock IF, de Wit R, Berry WR, et al. Docetaxel plus prednisone or mitoxantrone plus prednisone for advanced prostate cancer. N Engl J Med. 2004;351:1502-12.

Beställ Läkartidningens kunskapsböcker

KOL – EN DOLD FOLKSJUKDOM
Intresset för KOL, kroniskt obstruktiv lungsjukdom, har ökat på senare år. De flesta patienter diagnostiseras och behandlas i primärvården, vilket ställer kunskapskrav på läkare, sköterskor och sjukgymnaster. Men KOL är fortfarande en underdiagnostiserad sjukdom.

VERKTYG FÖR KLINISK FORSKNING
I Sverige finns goda förutsättningar för att bedriva klinisk forskning av hög kvalitet. Målet med den här boken är att inspirera till att forska och att ge tips om allt från studieupplägg till att söka anslag, göra analyser och skriva vetenskapliga artiklar.

YRSEL
Yrsel är en felsignal som talar om att informationen från sinnessystemen inte stämmer överens. Den här boken fokuserar på de vanligaste yrselsjukdomarna och ger handfasta råd om handläggning.



Läkartidningen FÖRLAG AB

Klipp ut och posta!

Ja tack, jag vill gärna beställa Läkartidningens medicinska kunskapsböcker.

Antal

☐	**VERKTYG FÖR KLINISK FORSKNING**	230 kr
☐	**KOL – EN DOLD FOLKSJUKDOM**	230 kr
☐	**YRSEL**	245 kr

Läkartidningen

SVERIGE
PORTO
BETALT
PORTPAYÉ

Namn

Fakturaadress

Postadress

Leveransadress

E-mailadress

LÄKARTIDNINGEN

SVARSPOST
110 555 202
110 26 STOCKHOLM

Priserna är inkl moms, frakt tillkommer. Det går också bra att beställa på Läkartidningen.se
Vid beställning över 50 ex, mejla din order till marknad@lakartidningen.se

Citera som: Läkartidningen. 2015;112:C6RC

Behandlade patienter i enkätundersökning:

Hög nöjdhet med botulinumtoxin vid palmar hyperhidros

RICHARD DEEBAJ, leg läkare
richard.deebaj@karolinska.se
LENNART EMTESTAM, professor, överläkare
LENA LUNDEBERG, docent, verksamhetschef
KARIN BRANDIN SAMUELSSON, leg sjuksköterska
ADA GIRNITA, med dr, överläkare; samtliga hud- och venkliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Normal svettning är viktig både för termoregulationen och greppfunktionen i händer och fötter. Överdriven svettning (hyperhidros) däremot är ett patologiskt tillstånd som drabbar 2,8 procent av befolkningen (3,5–4,5 procent i åldrarna 25 till 64 år) och kan, hos vissa patienter, ha en starkt negativ påverkan på livskvaliteten, fullt jämförbar med den vid sjukdomar som svår psoriasis, reumatoid artrit och multipel skleros. Hyperhidros klassificeras vanligtvis som ett symtom, men när besvären är handikappande kan det betraktas som en sjukdom. Hyperhidrosen kan vara primär och/eller sekundär, fokal eller generaliserad. De flesta har en primär fokal form som brukar vara bilateralt symmetrisk [1-4].

Histopatologiska studier har visat att patienter med primär hyperhidros inte har ett ökat antal eller större svettkörtlar (ekkrina och apoekkrina). Däremot har de ökad sympatisk nervaktivitet till svettkörtlarna som kan ses som ett överdrivet fysiologiskt svar [1,4-6].

Kliniska kriterier finns för primär hyperhidros: Fokal ökad svettning med >6 månaders duration utan bakomliggande orsaker med två eller flera av följande tilläggskriterier [4, 6]:

- Svettningar begränsar dagliga aktiviteter.
- Svettningar minst en gång/vecka.
- Bilateral och symmetrisk.
- Svettningar upphör under sömn.
- Debut före 25 års ålder.
- Hereditet för hyperhidros (30–50 procent av patienterna).

Svårighetsgraden av hyperhidrosen kan uppskattas kliniskt med den fyrgradiga »Hyperhidrosis disease severity scale« (HDSS) som är ett enkelt och validerat diagnostiskt verktyg baserat på hyperhidrosens påverkan på dagliga aktiviteter [Fakta 1].

Produkter innehållande aluminiumklorid (antiperspiranter) är förstahandsval för behandling av palmar hyperhidros följt av antikolinergika och jontofores. Botulinumtoxin nämns som ett behandlingsalternativ vid palmar hyperhidros i flera riktlinjer, inklusive de från International Hyperhidrosis Society (2012), International Multi-specialty Working Group (2004) och Canadian Hyperhidrosis Advisory Committee (2007) såväl som de från Japan och Storbritannien [1, 3-5, 7, 8].

Botulinumtoxin orsakar en övergående kemisk denervering av de ekkrina svettkörtlarna genom en blockerad utsöndring av acetylkolin och andra neurotransmittorer från presynaptiska vesikler. Det är effektivt vid både primär och sekundär hyperhidros oavsett lokalisation. De vanligaste rapporterade biverkningarna är övergående smärta, rodnad/irritation och ekkymos i samband med injektion samt lokal muskelsvaghet och smärta. Sällsynta rapporterade biverkningar (från studier om axillär hyperhidros) är kompensationssvettning och förkylnings- och influensaliknande symtom. Även enstaka rapporterade fall av svaghet i distala muskler och anafylaxi finns [1, 9].

METOD

Hudkliniken på Karolinska universitetssjukhuset fick i uppdrag av Stockholms läns landsting att bedöma och behandla patienter med palmar hyperhidros med botulinumtoxin.

Följande inklusionskriterier användes:

- Palmar hyperhidros som har stora negativa konsekvenser för patienten avseende yrkeslivet/skolgång eller socialt.
- >18 år gammal (med undantag).
- Bedömning/utredning har genomförts för sekundär hyperhidros (vanligtvis via primärvården).
- Två andra behandlingar mot hyperhidros (aluminiumklorid och antikolinergikum) har provats ordentligt och haft otillräcklig effekt.

Botulinumtoxinbehandling för palmar hyperhidros är smärtsam. Klinikens rutin för smärtlindring var minimal till moderat sedering med propofol (Propofol-Lipuro) och alfentanil (Rapifen) administrerad av narkossjuksköterska på hudmottagningen, med beredskap av narkosläkare från sjukhusets anestesiologi- och intensivvårdsklinik.

Enligt klinikens rutin fick den representativa patienten botulinumtoxin typ B (NeuroBloc) 250 E (225–325 E beroende på handstorleken och behandlarens teknik) över tenar- och hypotenarmuskler och botulinumtoxin typ A (Azzalure) 190 E (170–220 E) i den övriga delen av handflatan och på fingrarna på vardera hand. NeuroBloc användes för att minska risken för biverkning i form av muskelsvaghet i händerna. Injektionerna gjordes med 30 gauge insulinsprutor intradermalt eller subkutant. I genomsnitt injicerades 4,25 E Azzalure (3,4–5,1 E beroende på handstorlek och behandlarens teknik) eller 10 E NeuroBloc (7,5–12,5 E) per stick. Botulinumtoxin injicerades i handflatan med 15 mm mellanrum (med hjälp av gummimall och markeringar med penna); på fingrarna med två stick per proximal och mellanfalang och tre stick på fingertopp i form av en trekant. Vid behov injicerades nagelbanden med ett stick, 1,7 E Azzalure, per finger. Båda händerna behandlades samtidigt, den ena av ansvarig läkare, den andra av sjuksköterska. Behandlingarna gjordes med minst 4 månaders intervall.

Data som redovisas i rapporten är baserade på klinikens

SAMMANFATTAT

Hyperhidros drabbar 2,8 procent av befolkningen och kan hos vissa patienter ha en starkt negativ påverkan på livskvaliteten.
Aluminiumklorid är förstahandsvalet för behandling av palmar hyperhidros följt av antikolinergika, jontofores och botulinumtoxin.
Här redovisas effekter efter behandling med botulinumtoxin hos 151 patienter med palmar hyperhidros.
Botulinumtoxin hade under 2–5 månader god effekt mot palmar hyperhidros vid 72 procent av behandlingstillfällena.
Muskelsvaghet i händerna var den vanligaste biverkningen av botulinumtoxin och rapporterades vid 41 procent av behandlingstillfällena.
90 procent av patienterna tyckte att botulinumtoxin fungerade bra eller mycket bra för palmar hyperhidros.

FAKTA 1. Svårighetsgrader av hyperhidros

För att klassificera svårighetsgraden av hyperhidros används ofta en fyrgradig skala: Hyperhidrosis disease severity scale (HDSS) [5]:

1. Svettningarna är inte besvärande och begränsar inte dagliga aktiviteter.
2. Svettningarna kan tolereras men begränsar ibland dagliga aktiviteter.
3. Svettningarna kan knappt tolereras och begränsar ofta dagliga aktiviteter.
4. Svettningarna är intolerabla och begränsar konstant dagliga aktiviteter.

kvalitetsregister med uppgifter från behandlingstillfällena med botulinumtoxin. Kompletterande data från en anonym enkätundersökning av 103 patienter redovisas separat.

RESULTAT

Åren 2012 och 2013 behandlades 151 patienter i åldrarna 15–72 år vid 289 tillfällen med botulinumtoxin för palmar hyperhidros. 56 procent var kvinnor. Varje patient behandlades 1–4 gånger under de 2 åren.

Durationen av god behandlingseffekt av botulinumtoxinet, som definierades som perioden då patienten var nöjd med behandlingen, varierade mellan 0 och 12 månader. God effekt i minst 2 månader dokumenterades för 81 procent (235/289) av behandlingstillfällena. De flesta patienterna hade god effekt i 2–5 månader, vilket dokumenterades i 72 procent (209/289) av fallen. För 27 procent (78/289) av återbesöken rapporterades god effekt i tre månader (Figur 1). För ytterligare 8 procent av behandlingstillfällena dokumenterades endast god behandlingseffekt (okänd duration).

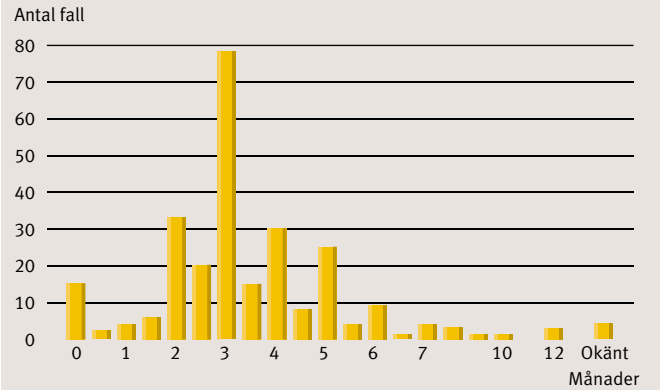
De rapporterade biverkningarna från botulinumtoxin var vanligen milda. För 56 procent (161/289) av återbesöken rapporterades inga biverkningar. Muskelsvaghet rapporterades för 41 procent (119/289) av behandlingstillfällena. Andra sällsynta rapporterade biverkningar var kompensationssvettning (4/289), darrighet i händerna (1/289), känslighet för värme och kyla i händerna (1/289), stelhet i lillfingret (1/289) och tromboflebit (bedömdes som relaterad till intravenös kateter) (1/289).

Den muskelsvaghet som rapporterades som en bieffekt av botulinumtoxinet drabbade nästan utan undantag finmotoriken i handen; med andra ord gav den svaghet i pincettgreppet. Svagheten var ihållande i mindre än 1–4 veckor i 62 procent (74/119) av fallen, i 22 procent (26/119) av fallen rapporterad som lindrig och i 6 procent (7/119) rapporterad som måttlig till kraftig. Alla som fick svaghet i händerna valde trots det inträffade att få en upprepad behandling med botulinumtoxin.

Flera patienter använde andra behandlingar som ett komplement till botulinumtoxin för att förbättra och/eller förlänga effekten. Under en representativ period på 4 månader rapporterades ingen annan behandling mot hyperhidros för 60 procent (58/96) av behandlingstillfällena, medan behandling med antikolinergika rapporterades vid 38 procent (36/96, oxybutynin i 33 fall) och behandling med aluminiumklorid rapporterades vid 5 procent (5/96) av återbesöken.

Antikolinergika hade relativt många biverkningar. Doseringen var patientstyrd (regelbundet eller vid behov, oxybutynin 2,5–15 mg/dygn). Under en representativ period på 4 månader rapporterades torrhet i mun och svalg i 67 procent (24/36) av fallen. Andra rapporterade biverkningar av antikolinergika var ögontorrhet, trötthet, hudtorrhet, urinstopp/miktionssvårighet, illamående, yrsel, förstoppning, uttorkad känsla, torrhosta, lätt irritation (humör), törst, frekvent miktion och huvudvärk.

I enkätundersökningen svarade 90 procent (69/77 som svarade på frågan) »mycket bra« eller »bra« på frågan om hur de tyckte att botulinumtoxin fungerade mot deras besvär. Totalt 86 procent (89/103) hade fått botulinumtoxin tidigare på en annan mottagning. På frågan »Hur värderar du som helhet den vård/behandling du fått på denna enhet?« svarade 77 procent (64/83) »utmärkt« och ytterligare 22 procent (18/83) »mycket bra« eller »bra«. 96 procent (81/84) tyckte att bedövningsformen fungerade »mycket bra« eller »bra«.



Figur 1. Duration av god effekt från botulinumtoxin.

DISKUSSION

De flesta patienter som behandlades med botulinumtoxin i denna undersökning fick god effekt som varade i 2 till 5 månader. Den vanligaste biverkan var muskelsvaghet i form av svaghet i pincettgreppet. Besvären var dock övergående och ansågs inte störande av patienterna. Enkätundersökningen visade hög grad av patientnöjdhet avseende behandling.

Nationella riktlinjer för behandling av palmar hyperhidros och botulinumtoxins plats i behandlingen saknas i Sverige. I Stockholm finns dock riktlinjer för behandling av palmar hyperhidros [10]. Botulinumtoxin har i tidigare studier [11] samt i vårt material visat sig vara en effektiv och säker behandling, som kan ha stor positiv effekt på livskvaliteten hos patienter med svår palmar hyperhidros.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

LÄS MER Engelsk sammanfattning Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Swartling C, Brismar K, Aquilonius SM, et al. Hyperhidros – det »tysta« handikappet. Läkartidningen. 2011;108(47):2428-32.
2. Strutton DR, Kowalski JW, Glaser DA, et al. US prevalence of hyperhidrosis: results from a national survey. J Am Acad Dermatol. 2004;51:241-8.
3. Fujimoto T, Kawahara K, Yokozenki H. Epidemiological study and considerations of primary focal hyperhidrosis in Japan: from questionnaire analysis. J Dermatol. 2013;40:886-90.
4. Hornberger J, Grimes K, Naumann M, et al. Recognition, diagnosis, and treatment of primary focal hyperhidrosis. J Am Acad Dermatol. 2004;51:274-86.
5. Solish N, Bertucci V, Dansereau A, et al. A Comprehensive approach to the recognition, diagnosis, and severity-based treatment of focal hyperhidrosis: recommendations of the Canadian Hyperhidrosis Advisory Committee. Dermatol Surg. 2007;33:908-23.
6. Hoorens I, Ongenae K. Primary focal hyperhidrosis: current treatment options and a step-by-step approach. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012;26:1-8.
7. International Hyperhidrosis Society. Primary palmar hyperhidrosis. 15 jan 2012 [citerat 1 okt 2014]. http://www.sweathelp.org/pdf/Palmar_IHHS_Algorithm_2012.pdf
8. NHS NW London Planned Procedures with a Threshold Policy. Version 2.1. Hyperhidrosis treatment with Botulinum Toxin. Apr 2012 [citerat 1 okt 2014].
9. Shayesteh A, Nylander E. Botulinumtoxin hjälper mot primär fokal hyperhidros. Bra effekt – få biverkningar, visar litteraturgenomgång. Läkartidningen. 2011;108(47):2433-5.
10. Emtestam L. Hyperhidros. Viss. Stockholms läns landsting. Uppdaterat april 2013 [citerat 1 okt 2014]. http://www.viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Hud--och-konssjukdomar/Hyperhidros/
11. Lakraj AA, Moghimi N, Jabbari B. Hyperhidrosis: Anatomy, pathophysiology and treatment with emphasis on the role of botulinum toxins. Toxins. 2013;5:821-40.

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

Från Hippokrates till IT-synergi:

»Tystnadsplikten avskaffas i vårdens IT-system«

Att landstingen insisterar på att äga alla journaluppgifter och dessutom anser sig ha mandat att göra dessa fullt tillgängliga leder till ett förmyndarsamhälle ovärdigt en demokrati, anser Hans Wingstrand och medförfattare.

Vart tog patienternas rätt till integritet och sekretess vägen i vårdens IT-system? Hundratusentals vårdmedarbetare i offentlig och privat vård planeras kunna läsa landets alla journaluppgifter och läkemedelsordinationer, med försumbar risk för upptäckt om det sker obehörigt. Konsekvenserna för patienterna belystes utmärkt i en krönika på webbplatsen IT i vården [1] och i Läkartidningen i en klok analys av de etiska problemen med den i praktiken avskaffade sekretessen i dagens IT-system [2].

En »IT-synergi« mellan entusiastiska men fartblinda beslutsfattare och deras leverantörer har kidnappat IT-utvecklingen från patienter och vårdmedarbetare. Utan föregående behovsanalyser läggs stora summor av skattebetalarnas pengar på projekt där kostnadsnyttokvoten är mycket hög och sekretess i praktiken saknas. Nationell ordinationsdatabas (NOD) och Nationell patientöversikt (NPÖ) är exempel på två sådana akutella stora projekt.



Foto: Coulorbox

Vill vi verkligen att alla anställda inom vården, Försäkringskassan, Socialtjänsten och även polisen, och som har ett lösenord ska ha full tillgång till journaluppgifter från sina skrivbord? frågar artikelförfattarna retoriskt.

Inför NPÖ hade uppenbarligen inte någon behovsanalys gjorts. Antalet sökningar har sedan starten 2011 bara stigit från 180 till 400 per månad [3], och i en intervju i maj 2014 ifrågasatte vd för IT-leverantören Inera själv behovet av NPÖ. Han beskrev stora tekniska problem och kostnader och avslöjade att »NPÖ läggs ned i nuvarande form«, varefter man vill göra ett omtag [3].

Redan 2011 kunde man ha lyssnat på varningsklockor från Storbritannien [4], och två år senare kunde man i The Guardian läsa hur ett misslyckat och då skrotat brittiskt NPÖ-projekt kostat skattebetalarna hisnande drygt 100 miljarder svenska kronor [5].

Att få bekymrar sig om patientens integritet är ändå den allvarligaste aspekten på IT-synergin. Den »nya« patientdatalagen (2008) negligeras av många landsting som fortfarande inte gett patienterna deras lagstadgade rätt att spärra journaluppgifter [6, 7]. Det finns uppenbarligen ett starkt motstånd mot att följa lagen, sannolikt eftersom möjligheten att spärra uppgifter motverkar det vårdpolitiska syftet med projekt som NOD och NPÖ, nämligen maximal tillgänglighet till journaluppgifter [8].

Att landstingen insisterar på att äga alla journaluppgifter och dessutom anser sig ha mandat att göra dessa fullt tillgängliga leder till ett förmyndarsamhälle ovärdigt en demokrati. Vill vi verkligen att alla anställda inom vården, Försäkringskassan, Socialtjänsten och, som i Storbritannien, även polisen [9], som har ett lösenord ska ha full tillgång till journaluppgifter från sina skrivbord? Nej, det är självklart patienten som ska ha detta mandat och själv få bedöma och ta den eventuella medicinska risk det innebär att spärra sina journaluppgifter. Nya tekniska behörighetslösningar måste därför införas.

Statens offentliga utredningars förslag till ny patientdatalag (SOU 2014:23) [10] syftar uppenbarligen till att juridiskt bereda väg för maximal tillgänglighet till journaluppgifter via NOD och NPÖ. Förslaget skulle därmed radikalt försvaga patienternas rätt till integritet och sekretess.

Att Läkarförbundet som remissinstans valt att prioritera användarperspektivet och tillstyrkt förslaget utan tyngre kritik är anmärkningsvärt [11]. Glädjande nog kritiserade däremot Datainspektionen i mycket skarpa ordalag lagförslaget ur integritetssynpunkt och skriver i sitt remissvar »Sammanfattningsvis avstyrker Datainspektionen förslaget i betänkandet som helhet« [12, 13].

2 400 år efter Hippokrates är det nu dags för läkarprofessionen att reagera. *»Vad jag under utövandet av mitt yrke eller under umgänget med människor utom yrket sett eller hört, och som möjligen är av beskaffenhet att ej böra utspridas, skall jag förtiga och anse som om det vore osagt.«*

Så lyder en del av den hippokratiska eden. När kommer Läkarförbundet och Läkaresällskapet att agera i denna fundamentala, men i IT-hetsen försummade, etiska förtroendefråga?

HANS WINGSTRAND
läkare, professor, Lund
hans.wingstrand@med.lu.se

BENGT HANSON
allmänläkare, chefläkare, division allmänmedicin, Landstinget i Värmland
bengt.hanson@liv.se

BENGT HJELMQVIST
distriktsläkare, Astrakanens vårdcentral, Nybro
bengt.hjelmqvist@gmail.com

CHRISTIAN INGVAR
läkare, professor, Lund
christian.ingvar@med.lu.se

REFERENSER

3. Krey J. NPÖ läggs ned i nuvarande form. IT i vården. IDG. 27 maj 2014.
5. Syal R. Abandoned NHS IT system has cost £10bn so far. The Guardian. 18 sep 2013.
8. Sveriges vårdgivare respekterar inte patienternas rättigheter. Datainspektionen. Nyheter. 19 juni 2012.
9. Ramesh R. Police will have »backdoor« access to health records despite opt-out, says MP. The Guardian. 6 feb 2014.
12. Skarp kritik mot förslag till nya lagar inom vård och omsorg. Datainspektionen. Nyheter. 10 dec 2014.

LÄS MER Fullständig referenslista Läkartidningen.se

Spara inte på bilddiagnostiken vid demens

Med syfte att minska överdiagnostik och överbehandling har Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) publicerat ett diskussionsunderlag framtaget av en expertgrupp [1].

Bland sju kritiserade områden finns avbildning av hjärnan vid demens, under rubriken »Spara bilddiagnostiken vid demens till de patienter som har nytta av den«. Argumentationen baseras dock på en felaktig tolkning av befintlig vetenskap och på bristfälliga kunskaper inom området.

Bilddiagnostik vid demens görs för det första för att utesluta sekundära orsaker till minnessvikt som tumör, blödning, vattenskalle med mera. I stora material är förekomsten mindre än 1 procent, men någon alternativ metod till upptäckt finns inte. Även om dessa tillstånd är ovanliga är neuroradiologiska metoder av avgörande betydelse.

För det andra kan bilddiagnostik bidra till differentialdiagnostik genom att urskilja atrofi i specifika områden för en viss demenssjukdom, till exempel tinninglobsatrofi vid Alzheimers sjukdom, eller för att påvisa förekomst av förändringar vid blodkärlsrelaterad demenssjukdom. Denna typ av diagnostik bör alltid ingå i bedömningen av bildmaterialet vid demensutredning [2].

Kunskapen om differentialdiagnostik av demenssjukdom har ökat [4]. I nya föreslagna diagnostiska kriterier för Alzheimers sjukdom är förekomst av medial temporallobsatrofi obligatorisk. Denna information kan endast fås genom en neuroradiologisk undersökning. Att demenssjuka och deras anhöriga har rätt till en så exakt diagnos som möjligt är självklart.

Väsentligt är att diagnosen kan användas som utgångspunkt när behovet av hjälp och stöd ska värderas.

Det är anmärkningsvärt att SFAM anser att bilddiagnostik av olika demenssjukdomar är oviktigt, då det ofta är en avgörande pusselbit i det diagnostiska arbetet. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom [3] ges undersökning med DT hög prioritet. I rekommendationerna framhålls även att individuella bedömningar bör göras. Ett exempel är mycket svårt sjuka patienter med kort återstående levnadslängd där transporten till sjukhuset och undersökningen bedöms vara en större belastning än den potentiella nyttan.

Bilddiagnostik åtminstone en gång under utredningens gång rekommenderas förutom av Socialstyrelsen även av SBU och av en europeisk arbetsgrupp [3-5]. Sammanfattningsvis är rätt diagnos i tidigt skede av stor vikt för den som drabbas av en demenssjukdom samt för anhöriga och vårdare, även i avsaknad av sjukdomsmodifierande behandling. Bilddiagnostik vid demensutredning bör utföras rutinmässigt såvida inte patientens tillstånd talar starkt emot det.

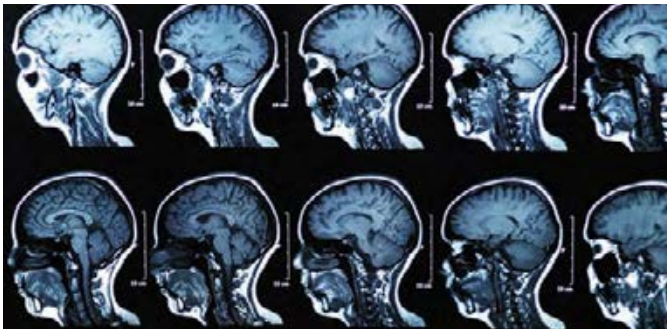


Foto: Colourbox

»Bilddiagnostik vid demensutredning bör utföras rutinmässigt såvida inte patientens tillstånd talar starkt emot det.«

REFERENSER

1. Onödiga eller skadliga åtgärder i svensk allmänmedicin – ett diskussionsunderlag. Stockholm: Svensk förening för allmänmedicin (SFAM); 2014.
2. Wahlund LO, Westman E, Van Westen D, et al. Strukturell hjärnavbildning kan förbättra diagnostiken vid demens. Läkartidningen. 2013;110:CEY4.
3. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
4. Demenssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Rapport 172/2006. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2006.
5. Filippi M, Agosta F, Barkhof F, et al. EFNS task force: the role of neuroimaging in the diagnosis of dementia. Eur J Neurol. 2012; 19:1487-1511.

Lena Cavallin
med dr, överläkare, röntgenkliniken Huddinge, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm
Elna-Marie Larsson
professor i neuroradiologi, överläkare, Uppsala Universitet, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Anders Wallin
professor, överläkare, institutionen för neurovetenskap och fysiologi, Göteborgs universitet och Sahlgrenska universitetssjukhuset
Lars-Olof Wahlund
professor, överläkare institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska Institutet, Stockholm
Danielle van Westen
docent, överläkare, bild och funktion, Skånes universitetssjukvård, Lund
Eric Westman
docent, institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska institutet, Stockholm; samtliga medlemmar i Imaging Cognitive Impairment Network (ICINET)

SLUTREPLIK FRÅN BENGT JÄRHULT OCH MEDFÖRFATTARE:

Värdebaserad vård – varför så bråttom?

Om medlemmarna vill att vi avlägsnar oss från synen på sjukvården som en marknad och övertygelsen om att allt kan mätas är det den linjen Läkarförbundet ska driva, nedifrån och upp.

Den akademiska tankesmedjan Leading Health Care (LHC) delar i sin replik i Läkartidningen [1] vår uppfattning [2] om att den våg av värdebaserad vård som nu rullar fram i själva verket är en del av New public management (NPM), en slags »NPM 2.0«.

Genom sitt deltagande som moderator för konferensen »Hur ska vi bli styrda?« på Handelshögskolan i Stockholm 8 november 2014 har Emma Spak, ordförande i Sylf, accepterat att läkare enligt LHC tillhör »de som blir styrda«. Emma Spak påstår att LHC skapat en »neutral plattform« [3] för ett nätverk om ledarskapsfrågor, men hur »neutral« är denna plattform? Bland tankesmedjans 31 aktuella partner finns, förutom Läkarförbundet, myndigheter och fackliga organisationer men även LIF (de forskande läkemedelsföretagen) samt sju stora läkemedelsföretag och flera multinationella medicintekniska företag [4].

Vi tycker att Läkarförbundets medlemmar ska tillfrågas om förbundet bör delta i LHC:s nätverk. Om flertalet ▶

faktiskt vill att vi avlägsnar oss från synen på sjukvården som en marknad och övertygelsen om att allt kan mätas är det den linjen förbundet ska driva, nedifrån och upp. Vi hoppas att ledningen inte upprepar sitt agerande från 1990- respektive 2000-talen, som banade väg för NPM [5].

Hur långt ifrån vårdens vardag värdebaserad vård står framgår av en intervju med »managementgurun« Michael Porter i Läkartidningen [6] där han deklarerar att »både värde och kostnad är objektiva mått«. Uppenbart har denne ekonom som skapat värdebaserad vård ingen aning om vad som formar kvaliteten i mötet mellan läkare och patient. Det går inte att objektivt mäta hur ett cancerbesked lämnas, läkarens empati i palliativ vård eller samtalet med den demente och dennes anhöriga. Det går inte att i standardiserade ersättningar för en vårdepisod fånga den kliniska vardagen där människor har ett flertal sjukdomar/problem, och där läkaren måste individualisera och ge plats och tid för hela människan.

Vid multisjuklighet finns särskilda problem, vilket förbundets ordförande Heidi Stensmyren framhöll i en videointervju under en konferens om värdebaserad vård arrangerad av Sveus (Nationell samverkan för värdebaserad ersättning och uppföljning i hälso- och sjukvården) 25–26 november 2014 [7].

Men även vid avgränsad sjukdom finns avgörande svårigheter. Magnus Lind, tidigare öronläkare på Karolinska universitetssjukhuset, skissade ett alternativ till NPM i Maciej Zarembas bok [8]. Han kompletterar i ett mejl [Magnus Lind, pers medd; 2014] med ett exempel från ÖNH-området: »Svårigheten att bedöma medicinska resultat kvantitativt blir inte mindre av att man koncentrerar sig på slutresultatet i stället för antalet besök, åtgärder etc. Vad menas med framgångsrik kirurgisk behandling av munhålecancer? Överlevnad 5 år?

> »Det är hög tid att vi läkare bildar oss en uppfattning om vad värdebaserad vård kan innebära för vårt arbete och för patienterna.«

Men sväljförmågan, talförmågan, utseendeförändringen, värken, illamåendet, påverkan av sexuallivet etc blir nog svåra att värdera adekvat. Men de kan uppskattas subjektivt av professionellt kunniga läkare.«

Läkarkåren är inte ensam om att granskas utifrån registrering av numeriska data. I ett betänkande från Utredningen om kommunaliseringen av skolan (SOU 2014:5) [9] ställs en kultur av tillit och en moralisk kompetens hos granskarna mot detaljstyrning med kvantifierade kontrollsystem. Annars undergrävs den professionella etiken, människor förlorar förtroendet för varandra och arbetslusten går förlorad. Tillit kan också ses i ett evolutionärt perspektiv [10].

Kretsen kring IVBAR [11] menar i sin replik i LT att vi missförstått vad värdebaserad vård står för, medan Svenska Läkaresällskapet i sin [12] väsentligen delar vår problembeskrivning [2]. Sällskapet pekar bland annat på behovet av evidens när nya ersättningssystem införs i vården och att kvalitetsregisters tillförlitlighet riskeras om de blir en del i den ekonomiska och administrativa kontrollen av läkare.

Det har nu gått åtta år sedan Michael Porters bok [13] publicerades. Bristen på evidens för värdebaserad vård är slående. I en systematisk översikt om spinala sjukdomar (2012) konkluderar författarna att kunskapsläget är oklart [14]. Wohlin et al hänvisar endast (2012) till en preliminär rapport på svenska om värdebaserad vård angående höft- och knäprotesoperationer. Den noterar en liten produktivitetsökning med oklar effekt på hälsoutfallet, men innehåller ingen litteraturöversikt och inga referenser [15].

Flera landsting har redan beslutat om att införa värdebaserad vård (11, 16, 17). Man kan undra varför det är så bråttom? Personella och/eller ekonomiska kopplingar finns mellan Boston Consulting Group (BCG) och nästan alla drivande grupper. Akademiska sjukhuset i Uppsala har utan sedvanlig upphandling anlitat BCG [18]. Varför förankras inte frågan i läkarkåren? Varför väntar man inte in Läkaresällskapets pågående analys och kommande remissomgång? Varför får inte SBU i uppdrag att granska kunskapsläget? Varför testas inte värdebaserad vård i liten skala i kontrollerade former innan strategin införs brett i Sverige? Är det etiskt rimligt att intervenera på enskilda patienter och vårdsystem på så olika sätt?

Det är hög tid att vi läkare bildar oss en uppfattning om vad värdebaserad vård (NPM 2.0) kan innebära för vårt arbete och för patienterna. Britt-Marie Ahrnell belyser de svårigheter vi försökt lyfta fram när hon skriver utifrån sina erfarenheter som anhörig till en cancersjuk make [19]: »Den som plågats länge och bara önskar dö i frid uppskattar nog inte värdet i 'ökad överlevnad', även om läkaren mäts och får provision efter detta mått. Kort sagt är värden förbaskat knepiga att göra mål av, mäta och sätta pris på.«

Bengt Järhult
distriktsläkare i Ryd
bengt_jarhult@hotmail.com
Eric Secher
överläkare, Ersta sjukhus, Stockholm
Gunnar Akner
professor, Örebro universitet; docent, Karolinska institutet, Stockholm; leg läkare

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

LÄS MER Fullständig referenslista Läkartidningen.se

LÄSARKOMMENTARER

Vi måste börja sätta gränser och prioritera vilka patienter vi ska använda vår begränsade tid till, skrev Bengt Jönsson på debattplats (Läkartidningen. 2015;112:C93R). Artikeln är flitigt kommenterad. Här följer utdrag ur några läsarkommentarer.

Vårt arbete har styrts om från att ägna sjuka människor vår tid och uppmärksamhet till att vara »people-pleasers/politicianpleasers«!!! Detta är samhällsekonomiskt vansinne!

Johan Andersson

Mycket välformulerat och jag kan dessvärre bara bekräfta din bild av verkligheten, även hos kollegorna i E-län.Till detta kommer även den ökande administrativa börda som NPM medför då denna filosofi inte är anpassad för »mjuka data« som vi dagligen arbetar med, det mätbara är långt ifrån kvalitetsindikerande.

Per O Andersson

Bengt Jönsson talar klarspråk. Kul med kollegor som är engagerade, skapar debatt och har mod att sjunga ut. Men hur är sången? Jag hör en sorgsen kör av äldre allmänläkare som i moll sjunger ut sin klagan över att patienter inte längre är som vi lärt oss se dem av tecknen på vår standardiserade kunskapskarta.

Olle Hellström

Den springande punkten är att sålla ut de patienter som söker tidigt för potentiellt allvarliga sjukdomar från de som kommer med övergående och banala åkommor. Om alla personer som söker med vaga och synbarligen banala symtom avvisas, kommer ett antal patienter med allvarliga sjukdomar få sin diagnos försenad. ... Det gäller att inte kasta ut barnet med badvattnet.

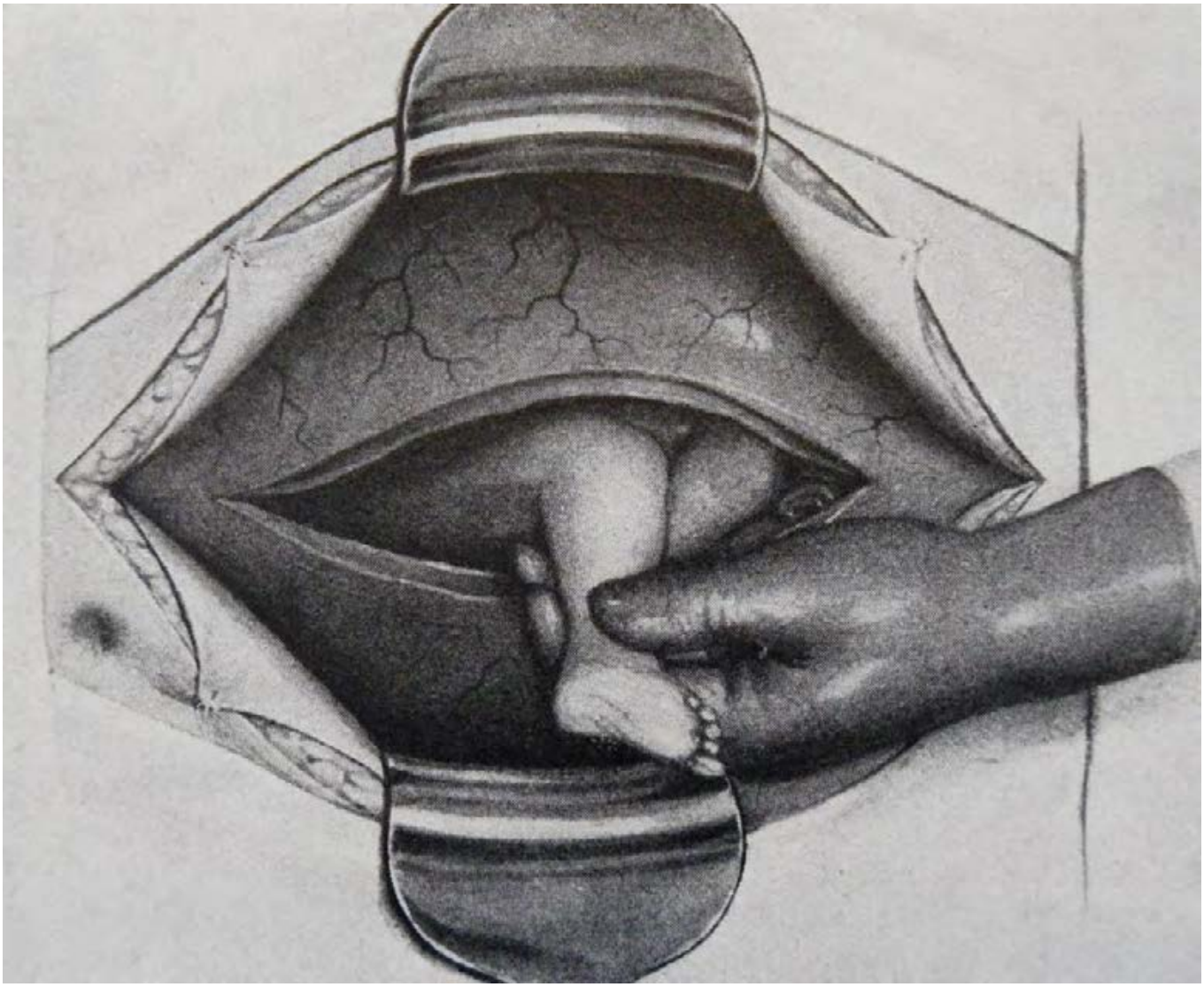
Ulf Rosenhall


Illustration: Colourbox

Välkommen till glesbygden! Bengt Jönsson, allmänläkare i Malmö, beskriver ett allvarligt problem i storstaden. En kollega i Borås sammanfattade detta så här: »Det är inte lätt att bota friska«. Norr om Dalälven har vi andra problem. Här föreligger just inga vårdval och bristen på allmänläkare är skriande.

Agneta Iveslätt Bohman

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



Kejsarsnitt i en torparkoja 1861

En provinsialläkares berättelse

Det är mars år 1862. Carl Reuterman, 44-årig provinsialläkare i Torps diskrikt i Västernorrlands län, författar sin rapport till Kungliga Sundhetskollegium för det gångna året 1861. Distriktet utgörs av fem socknar med tillsammans 13 000 invånare. Avstånden är långa och det finns endast en farbar väg inom distriktet. När han tillkallas är sjukdomstillståndet ofta långt framskridet och det är svårt att hinna fram i tid. I sin rapport skriver han:

»Efterföljande förlossningshändelse har jag av flere skäl rätt och slätt avskrivit efter den berättelse jag vid hemkomsten uppsatte efter anteckningarne på stället, och anhåller derföre att de elegiska delarne derav uteslutas i fall den skulle komma att publiceras. De överensstämde med mitt dåvarande lynne och ännu kan jag knappt utan rysning genomläsa berättelsen, men detta sätt hos mig att betrakta saken kan ej påräkna sympatier hos flertalet av läkare.«

SÅ SÅG DET UT
Medicinska textböcker av äldre modell tyckte om att illustrera sina framställningar med teckningar, som här i fråga om kejsarsnitt i »Lehrbuch der Frauenheilkunde« av Prof Dr Wilhelm Weibel, Wien, 1943.

Klockan 8 på kvällen, nyligen hemkommen från ett sjukbesök, hade han hämtats till en 40-årig kvinna i en avlägsen by. Efter tre timmars besvärlig resa var han framme. Det är första gången kvinnan är havande med ett fullgånget foster och födsloarbetet har fortgått ett par dagar utan resultat. Hon är »undersätsig, av grov kroppsbyggnad«, skriver Reuterman.

»Vid min ankomst Onsdagen d. 8 Maj kl. 11 e.m. voro värkarne väl både täta och plågsamma, men av ingen effekt på fortkomsten. Vid inre undersökning fanns den kännbara delen av fosterhuvudet i nedre bäckenet och modermunnen under värkarne omslutande den åtkomliga delen derav som en hård och sträv elastisk ring av kännbar tjocklek. [...] *En åderlåtning gjordes och jag väntade ett par timmar, men då vid undersökning tillståndet befanns vara detsamma som förut och ej omedelbart uppfordrande till handling, gick jag kl. 2 på morgonen till en närbelägen bondgård och lade mig, trött efter två dagars resor i det förskräckligaste väg-*

lag, och med förhoppning att modermunnen under tiden skulle hinna så mycket utplånas att jag utan fara kunde anlägga tången.«

Men Reuterman fick bara sova tre timmar innan han väcktes. Kvinnans tillstånd var oförändrat och han beslutade sig för att ändå försöka med tången. Han misslyckades med detta varpå han gjorde en grundligare undersökning »vilket jag oförsvarligt nog ej förr gjort, med intryck av barnmorskans utsago vid min ankomst, att det skulle bliva 'en lätt och nätt' tångförlossning«. Navelsträngen kändes pulslös vid sidan av det emellan korsknölen och blygdbenet alldeles hopplattade fosterhuvudet. Det var omöjligt att med handen komma förbi korsknölen och likaså att kringgå fosterhuvudet.

»Nu började en lång och sorglig inre konsultation vars kortfattade resultat blev: om jag försöker att excerebrera så vinner jag dermed ingenting, ty jag kan ej anlägga tången och även på kroken kan jag ej hoppas. Styckning kan jag i trängseln ej företaga. Jag ansåg mig ej hava annat råd än att tillgripa den avskyvärda Gastrohysterotomien varifrån jag, när jag rest på en förlossning, bett Gud förskona mig. Med blödande hjerta framställde jag derför denna utväg såsom den enda som hade någon, om ock ringa, utsikt att rädda qvinnans liv. Fostret var dött så att tanken derpå gav ingen glädje, endast vissheten att, utgången måtte bliva vilken som helst, befria qvinnan från de förskräckliga plågorna gav något ljus. Hon hade före min ankomst skrikit sig så hes att hon blott förmådde framkväsa sina ord. Hon vill även med fara av ögonskenlig död bliva kvitt sina plågor och hennes anhöriga uppmana mig att för Guds skull göra vad som helst, som blott kan hava det ringaste hopp med sig, och så beslöt jag också i Guds namn att operera. Men det är olika att göra en sådan operation i en välförsedd barnbördsinrättning och i en fattig torparekoja.«

Reuterman gav kvinnan kloroform och »under hela operationen låg hon och andades så lugnt som i den djupaste och ljuvaste sömn«. Det nämns inte, men vi får förmoda att barnmorskan assisterade vid ingreppet.

»Operationen förrättades, som vanligast, i linea alba och intet blod gick vid bukväggens öppnande förlorat och även vid livmodrens genomskärning var det blott 2:ne mindre arterer som gåvo blod, eller rättare blott en, ty det tycktes som samma arter sprutade från varsin sårkant, men som efter en liten tilltryckning snart upphörde. Såret gick rakt på placenta, vilken jag först måste uttaga för att få tag i fostret, vars ena höft var den första synliga delen. [...] *Värst var nästan bristen på svampar för blodets upphemtande. Inom en kvarts timme efter full effekt av chloroformen var fostret uttaget och inom ytterligare en halv timme såret hopsytt och en binda anlagd. Det var ock hög tid, ty qvinnan, som under tiden varit fullkomligt anaestheserad, började nu så våldsamt kräkas att, ehuru jag med begge händer med all makt understödde hennes mage, jag fruktade att när jag avlossat bindan få se suturerna urslitna. Detta var dock ej fallet, men genom den nedra öppen lemnade delen, en tum ungefär, av såret hade utpressats en dock ej betydlig qvantitet blod.«*

Pulsen var 90 slag i minuten och inte svag, både före och efter operationen, vilket Reuterman fann något

SÅ GICK DET TILL

Det första kejsarsnittet som både mor och barn överlevde påstas ha registrerats 1580. Bilden beskriver processen. Uppe till höger syns fostret i livmodern, nere till vänster är barnet framfött. Kvinnofiguren i mitten är redan snittad men har fostret kvar i livmodern. Träsnittet av François Rousset är tryckt i Basel 1581.

Foto: Science Photo Library



förvånande efter en sådan förfärlig operation. Han lade snöomslag och anbefallde barnmorskan att stanna hos kvinnan. Två dagar efter operationen var pulsen 144 »men ej utöver sig liten och klen«. Drygt tre dygn efter operationen avled kvinnan.

Reuterman skriver inget om huruvida han sydde ihop livmodern och antagligen gjorde han det inte. Det gjorde inte heller professor Mesterton i Uppsala när han året därpå, assisterad av sju läkare, genomförde ett kejsarsnitt i en välförsedd barnbördsinrättning. När den 34-åriga kvinnan inkom tidigt på morgonen hade de lindriga värkarna pågått i fem timmar. Hon var späd och liten, endast 4 fot och 11 tum lång. En bäckenförträngning på grund av felaktig form och riktning av korsbenet konstaterades och när tillståndet förblev oförändrat beslutades på eftermiddagen att kejsarsnitt skulle föreslås patienten.

»Förlossningsarbetets vidare utveckling skulle emellertid avvaktas, för att, om möjligt, först efter modermunnens utplåning skrida till operation. [...] *Klockan precis 10 e.m. började chloroformeringen och efter 10 minuter tycktes full verkan hava inträtt. Professor Glas och Chir. Adjuncten D:r Brelin hade åtagit sig att fixera uterus och hindra inelvornas framfall. Uterus fördes nu ur sitt felaktiga, sneda och framåt lutade läge mot medellinien varefter* [...] *de båda nyss nämnda assistenterna med sina pålagda händer, på vid denna operation brukligt sätt, allsidigt omgåvo operationsfältet.«*



Mesterton (bilden) ger en tydlig beskrivning av hur den blottade livmodern skars med flera små snitt, lager för lager. Blödningen blev mycket häftig och ur vardera sårkanterna sprutade blodstrålar »av en korp- till en gåspennas tjocklek«. Svampar doppade i isvatten användes för att stilla blödningen, men

»Det första kejsarsnittet i Sverige där både mor och barn överlevde utfördes av Mauritz Salin … år 1885 …«

med varje snitt blev det värre och operationen försvårades ytterligare av att kvinnan fick en »mycket stark, länge ihållande värk, varunder hon våldsamt kastade sig hit och dit«. När värken upphörde genomskars livmodern och det levande barnet kunde tas ut. Sedan gällde det att stilla blödningen:

»Patienten väcktes ur narkosen, och nu började ett mödosamt arbete med den atoniska uterus, som ej ville definitivt sammandraga sig. Invärtes gavs secale cornutum [mjöldryga] 3 gånger i full dosis […]*och vin i varm buljong. Lokalt användes friktion av uterus, kompression av dess väggar mot varandra, isbitar i livmoderhålan och jernkloridlösning på placentarstället samt kalla svampar, hårt tryckta mot de blödande ställena.* […] *Äntligen fylldes hela livmoderhålan med ett stort isstycke och nu tycktes livmodern vilja stadigt sammandraga sig. Blödningen visade sig ej mera och en fjärdedels timme derefter skred man till anläggande av förbandet.«*

Buken syddes med fyra suturer och omgavs med en lätt åtdragen magbinda; därovanpå placerades två isblåsor. Nästa dag hade ingen ny blödning visat sig, men en tilltagande gasbildning i tarmarna orsakade problem och kvinnan avled 30 timmar efter operationen: »Symptomer av inre blödning eller av egentlig peritonealretning hade ej förefunnits, och döden uppfattades såsom asphyxi genom lungornas compression av den enorma gasuppdrivningen i bukhålan.«

Mestertons kejsarsnitt var det första i Sverige där barnet överlevde. När han år 1877 diskuterar fallet i Uppsala universitets årsskrift menar han att »anläggandet av suturer vid envis blödning från uteri sårränder efter kejsarsnitt nära nog kunna anses såsom en plikt«. Suturer i livmodern hade prövats i flera länder men dess växlande volym- och formförändring var ett problem, ett problem som löstes genom att man anammade italienaren Eduardo Porros metod från 1876 vilket innebar amputation av livmodern. Det första kejsarsnittet i Sverige där både mor och barn överlevde utfördes av Mauritz Salin (bilden) år 1885 med denna metod. Vid den tiden hade tysken Max Sänger förordat att suturering av livmodern alltid bör utföras vid kejsarsnitt.



Provinsialläkaren utövade sitt kall ensam ute i obygderna, långt från ära och berömmelse. Han hade ingen att konsultera vid svårare fall och ingen sakkunnig person som medhjälpare, utan hade bara sig själv att lita till. Få bevittnade hans livsgärning. Sjukdomsfallen nedtecknades inte alltid i detalj och sällan gavs en beskrivning av den personliga upplevelsen. Reutermans berättelse om kejsarsnittet i torparkojan är därför värdefull i dubbel bemärkelse.

Annette Robertsdotter Mård
frilansskribent, fil lic, Falun
annette.r.mard@gmail.com

RECENSIONER

Vältäckande helhetsbild av en specialitet

GYN. Problemorienterad gynekologi och obstetrik
476 sidor
Författare: Marie Bixo, Torbjörn Bäckström (red)
Förlag: Liber; 2014
ISBN 978-91-47-11725-3



»Gyn. Problemorienterad obstetrik och gynekologi« är en modern lärobok för i första hand studerande på läkarprogrammet, AT-läkare, men även för blivande barnmorskor. Under redaktion av Marie Bixo och Torbjörn Bäckström har 48 författare från olika lärosäten runtom i landet lyckats ge en vältäckande helhetsbild av en omfattande specialitet.

Boken är uppdelad i tre delar, varav den första är en allmän introduktion inkluderande evidensbaserad medicin samt ämnesaktuella lagar. Andra delen går igenom gynekologiska frågeställningar, medan den tredje delen ägnas åt obstetrik. Boken har ett problemorienterat förhållningssätt, för att likna de kliniska situationer man möter i kvinnoklinikens vardag, som exempelvis i gynekologidelen »Akuta låga buksmärtor«, »Blödningsproblematik« eller »Vaginal flytning« eller i obstetrikdelen »Normal förlossning« , »Läkemedel« eller »Avvikande fosterläge«.

Varje kapitel tar utgångspunkt i ett kliniskt problem som utvecklas genom differentialdiagnostiska överväganden, behandlingsalternativ och fördjupningsinformation. Texterna är av hög kvalitet och hänvisar till aktuell forskning som referenser, men har i tillämpliga sammanhang även med aktuella webbplatser. Bokens tydliga illustrationer och genomtänkta faktarutor underlättar läsningen och begripligheten. Med boken följer inloggningsuppgifter till e-Labb, en webbplats med tilläggsmaterial för att studera, öva och pröva kunskaper, samt testa virtuella patientfall.

Jag ser boken som en tillgång för olika kategorier utöver läkarstuderande; det lättlästa och logiska upplägget är ett enkelt sätt att orientera sig i början av sin ST-tjänstgöring på ob/gyn, inför fördjupning i annan litteratur. Boken är ypperlig för randande ST-läkare att skaffa sig en helhetsbild av både obstetriska och gynekologiska problem som kan dyka upp under placeringen. För färdiga specialister i allmänmedicin kan boken vara till välkommen hjälp för att friska upp gamla kunskaper, och för specialister inom obstetrik och gynekologi, med utbildning från katedralföreläsningarnas tid, kan boken öka förståelsen och ge en god inblick i ett problemorienterat studiesätt. För barnmorskor och sjuksköterskor kan bokens breda innehåll vara till stor glädje och underlätta inskolning av nya kollegor.

Jämfört med tidigare svensk litteratur – närmast Studentlitteraturs två skilda böcker »Obstetrik« respektive »Gynekologi« – har upplägget i den här boken en mer funktionell utgångspunkt, och något kortare och mer basal omfattning.

Ämnen som inte tas upp i boken är etiska dilemman, men även multikulturella aspekter i kvinnosjukvården samt HBTQ-frågor. Även kunde normal obstetrisk fysiologi tas upp mer samlat vid introduktionen (i stället för som nu spritt över olika kapitel) för att då öka förståelsen för senare avvikelser.

Sammanfattningsvis kan boken »Gyn. Problemorienterad gynekologi och obstetrik« varmt rekommenderas som standardverk på våra medicinska läroverk, men har även en självklar plats i kvinnoklinikernas och vårdcentralernas fackbibliotek.

Katri Nieminen
specialist i obstetrik och gynekologi; överläkare, kvinnokliniken, Vrinnevisjukhuset, Norrköping
katri.nieminen@regionostergotland.se

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
ALLMÄNMEDICIN		
Distr-läkare, Rosenlunds vårdcentral, Jönköping		05
Husläkare, Sibyllekliniken, Stockholm		01-02
Spec-läkare, Baldersnäs Din Hälsocentral, Bollnäs	31/1	03-04
Verksamhetschef och Distr-läkare, Runby vårdcentral, Upplands Väsby	6/2	01-02
Allmänläkare, Nötkärnan Kortedala Vårdcentral och BVC, Göteborg	16/2	05
Allmänläkare, Prime professional, Stockholm		05
Allmänläkare, vikariat, Transmedica-Nordvik, Norge		05
Allmänläkare, Västra Götaland/Halland, Proffice Care	18/2	03-04
Distr-läkare - Delägare (1-3), Husläkarna , Rimbo-Edsbro		03-04
Distr-läkare, Brunflo hc, Brunflo		01-02
Distr-läkare, Hälsocentralen/Vårdcentral, Simrishamn	31/1	01-02
Distr-läkare, Laponia Hälsocentral, Gällivare		05
Distr-läkare, med bas i östra Jämtland		01-02
Distr-läkare, Telefonplans Vårdcentral, Hägersten	15/2	05
Distr-läkare, Tibra Medica, Kista	28/2	05
Distr-läkare/Läkare, Cityläkarna i Kalmar AB, Kalmar		05
Spec-läkare, ASIH Stockholm Södra, Stockholm		03-04
Spec-läkare, Brommaplans vårdcentral, Stockholm	31/1	01-02
Spec-läkare, Doktor Kom hem, Stockholm		05
Spec-läkare, geriatrik/allmänmedicin, Vårdcentralen Kärråkra, Eslöv		05
Spec-läkare, Hässelby akademiska vårdcentral, Stockholm	31/1	01-02
Spec-läkare, Medlink, Stockholm		03-04
Spec-läkare, Närhälsan Billingen vårdcentral, Skövde	31/1	01-02
Spec-läkare, Slottskogen vårdcentral, Göteborg	4/2	03-04
Spec-läkare, Transmedica, Gävleborg		05
Spec-läkare, Turebergs vårdcentral, Sollentuna		05
Spec-läkare, Blomstermåla hälsocentral, Blomstermåla	28/2	05
Spec-läkare/leg läkare, Vårdcentralen Törnrosen, Malmö		05
Vårdcentralschef, Åby vårdcentral, Åby	7/2	05
ANESTESI- OCH INTENSIVVÅRD		
Medicinsk chef, Norrlands universitetssjukhus, Umeå		01-02
Spec-läkare (två), Sahlgrenska Universitetssjukhuset	11/2	05
Spec-läkare Anestesiolog, med medicinskt ledningsansvar, Angereds Närsjukhus, Angered	31/1	01-02
Spec-läkare/Överläkare, Akademiska sjukhuset, Uppsala		03-04
Överläkare, Höglandssjukhuset, Eksjö		03-04
ARBETS- OCH MILJÖMEDICIN		
Spec-läkare/Överläkare, Centrum för arbets- och miljömedicin, Stockholm	6/2	03-04
AT-TJÄNSTER		
AT, Landstinget Västernorrland, Sundsvall-Härnösand, Sollefteå, Örnsköldsvik	11/3	05
AT, NU-sjukvården, Trollhättan, Uddevalla		05
BARN- OCH UNGDOMSMEDICIN		
Barnläkare, Södersjukhuset, Sachsska barn- och ungdomssjukhuset, Stockholm		05
Barnläkare, Åkersberga Barn- och ungdomsmedicinska mottagning, Åkersberga	8/2	05
Spec-läkare, Medlink, Stockholm		03-04
Överläkare/Spec-läkare, Skånes universitetssjukhus, Lund		01-02
BARN- OCH UNGDOMSNEUROLOGI MED HABILITERING		
Spec-läkare/överläkare, Akademiska sjukhuset, Uppsala		05
BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRI		
Overlege, Psykiatrisk senter, Helgelandssykehuset HF, Mosjøen, Norge		01-02
Överläkare, BUP Konsultenheten Sachsska, Stockholm		01-02
ENDOKRINOLOGI OCH DIABETOLOGI		
Endokrinolog, Sturebadet Quality Care, Stockholm		03-04
ETABLERINGAR OCH ÖVERLÅTELSER		
Ersättningsetablering inom barn- och ungdomsmedicin i Nacka överlåtes, Stockholm	10/2	03-04
Lägenhet med läkarpraktik i centrala Örebro överlåtes		05
Vill Du ta över en välfungerande Gynekologmottagning i Högdalens Läkarhus, Stockholm		05
FÖRETAGSHÄLSOVÅRD		
Företagsläkare, Sturebadet Quality Care, Stockholm		03-04
Läkare, Företagshälsan, Luleå		05
GERIATRIK		
Geriatriker, Simrishamns sjukhus, Simrishamn	31/1	01-02
Spec-läkare, ASIH Stockholm Södra, Stockholm		03-04
Spec-läkare, geriatrik/allmänmedicin, Vårdcentralen Kärråkra, Eslöv		05
Överläkare/spec-läkare, Höglandssjukhuset, Eksjö		03-04
HEMATOLOGI		
Spec-läkare internmedicin, hematologi, Örnsköldsviks sjukhus, Örnsköldsvik		03-04
Spec-läkare, Läkemedelsverket, Uppsala		01-02
HUD- OCH KÖNSSJUKDOMAR		
Dermatolog, Akademikliniken, Stockholm	31/1	01-02
Hudspecialist/Verksamhetschef, Region Kronoberg		05
Spec-läkare, Medlink, Stockholm		03-04
Spec-läkare/överläkare (två), Akademiska sjukhuset, Uppsala		05
Spec-läkare/överläkare, Universitetssjukhuset, Örebro	20/2	05
Underläkare, Hallands sjukhus, Halmstad		05
Överläkare, Hallands sjukhus, Varberg		05
INFEKTIONSSJUKDOMAR		
Spec-läkare, NU-sjukvården, Trollhättan	4/2	03-04
INTERNMEDICIN		
Spec-läkare (två), Läkemedelsverket, Uppsala		01-02
Spec-läkare internmedicin, hematologi, Örnsköldsviks sjukhus, Örnsköldsvik		03-04
Spec-läkare, ASIH Stockholm Södra, Stockholm		03-04
Spec-läkare, Hemostascentrum, Danderyds Sjukhus, Stockholm	8/2	01-02
Spec-läkare, Medlink, Stockholm		03-04
Spec-läkare/ST-studierektor, Medicin, Akutsektionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg	28/1	03-04
Överläkare/spec-läkare, internmedicin/endokrinologi/Diabetologi, Lasarettet, Helsingborg		05
Överläkare/spec-läkare, Västmanlands sjukhus, Sala	15/2	05
KARDIOLOGI		
Kardiolog, Sturebadet Quality Care, Stockholm		03-04
Kardiologer, Simrishamns Sjukhus, Simrishamn	31/1	01-02
Sektionschef/överläkare/bitr överläkare, Skånes universitetssjukhus, Malmö, Lund		05
Spec-läkare, kardiologi, Dignus Medical, södra Sverige		05
Spec-läkare/överläkare, med PCI-erfarenhet, Kardiologiska kliniken, Linköping	6/2	03-04
KIRURGI		
Ackrediterad kolorektalkirurg/Överläkare, Region Jönköpings län		05
Avdelingsleder/professor II, Oslo universitetssykehus, Oslo, Norge	31/1	01-02
Overlege, Sykehuset Innlandet HF, Hamar, Norge	17/2	03-04
Spec-läkare, Medlink, Stockholm		03-04
Överläkare/Spec-läkare, Länssjukhuset Ryhov, Region Jönköpings län		03-04
Överläkare/spec-läkare, NU-sjukvården	18/2	05
KLINISK BAKTERIOLOGI OCH VIROLOGI		
Överläkare/Spec-läkare, Akademiska sjukhuset, Uppsala		03-04
KLINISK FYSIOLOGI		
Sektionschef för läkare/Spec-läkare, kardiologi, gastroenterologi eller klin fysiologi, Lasarettet, Trelleborg		03-04
KURSER / SYMPOSIER / SEMINARIER		
Psykoterapeutprogram, barn- och ungdomspsyk. Handledar- och lärarutbildn, Ericastiftelsen	2/3	03-04
Utbildn. inom alkohol-, narkotika- och tobakstoxikologi o pedagogik. Insamlingsstiftelsen Choice, Stockholm		01-02
KÄRLKIRURGI		
Seksjonsleder lege/overlege, Sykehuset Østfold, Norge	22/2	05
MEDICINSK GASTROENTEROLOGI OCH HEPATOLOGI		
Sektionschef för läkare/Spec-läkare, kardiologi, gastroenterologi eller klin fysiologi, Lasarettet, Trelleborg		03-04

MEDICINSKA NJURSJUKDOMAR		
Överläkare, Mälarsjukhuset, Eskilstuna	11/2	03-04
NEONATOLOGI		
Neonatolog, Södersjukhuset, Sachsska barn- och ungdomssjukhuset, Stockholm		03-04
NEUROLOGI		
Läkare/Klinisk utredare, Läkemedelsverket, Uppsala	16/3	05
Överläkare/spec-läkare, NU-sjukvården, Trollhättan, Uddevalla	18/2	05
OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI		
Överläkare/spec-läkare, Region Jönköpings län		05
Gynekolog, Sturebadet Quality Care, Stockholm		03-04
Spec-läkare/Överläkare (LUS), Västerbottens läns landsting, Umeå		03-04
Överläkare, Skånes universitetssjukhus, Lund		01-02
Överläkare/spec-läkare, Centralasarettet, Lasarettet, Kristianstad, Ystad		05
Överläkare/Spec-läkare, Skånes universitetssjukhus, Malmö		01-02
ONKOLOGI		
Spec-läkare, ASIH Stockholm Södra, Stockholm		03-04
ORTOPEDI		
Ortoped, Sturebadet Quality Care, Stockholm		03-04
Överläkare/bitr överläkare, Skånes universitetssjukhus, Lund/Malmö		05
Överläkare/spec-läkare, Skånes universitetssjukhus, Lund		05
PLASTIKKIRURGI		
Overlege, Sykehuset Innlandet HF, Hamar, Norge	3/2	01-02
PSYKIATRI		
Psykiatriker, Psychiatry Investment Financial Consulting, PIFC, Stockholm, Norrland		01-02
Spec-läkare, Wemind , Stockholm		01-02
Konsultpsykiater, Psykiatri Sydsväst, Stockholm	20/2	05
Psykiatriker, Röda Korsets Center för torterade flyktingar, Stockholm	2/3	05
Spec-läkare (tre), Beroendekliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg	28/1	03-04
Spec-läkare, Gamlestaden, Neruopsykiatriska enheten, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg	28/1	03-04
Spec-läkare, Medlink, Stockholm		03-04
Spec-läkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg	28/1	03-04
Spec-läkare/överläkare med intresse för äldrepsykiatri, Norra Stockholms psykiatri, Stockholm	28/1	01-02
Underläkare (tre), Beroendekliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg	28/1	03-04
Överläkare/spec-läkare, Kungälvs sjukhus, Öppenvårdsmottagningen, Stenungsund, Tjörn	15/2	05
RADIOLOGI		
Radiologer, Aleris Röntgen, Stockholm		03-04
Medicinskt ledningsansvarig, röntgenklinik, Dignus Medical, Skåne		05
Radiologer, ProfficeCare	18/2	01-02
Sektionschef, Radiologi Buk/kärl, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg	8/2	03-04
Sektionschef, Radiologi ST, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg	8/2	03-04
Spec-läkare, Medlink, Stockholm		03-04
REHABILITERINGSMEDICIN		
Lege og Legespesialist, Sørlandets rehab.senter, Norge		05
Läkare, smärtrehabilitering, Region Kronoberg, Växjö	15/2	05
Underläkare/ST-läkare/spec-läkare, Universitetssjukhuset, Örebro	18/2	03-04
Överläkare/spec-läkare, NU-sjukvården, Trollhättan, Uddevalla	18/2	05
REUMATOLOGI		
Reumatolog, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Gotland	3/5	05
Spec-läkare/Överläkare, NU-sjukvården, Uddevalla	4/2	03-04
SKOLHÄLSOVÅRD		
Skolläkare, Utbildningsförvaltningen, Haninge kommun, Haninge	12/2	01-02
Skolläkare, Utbildningsförvaltningen, Jönköpings kommun		05
SMÄRTLINDRING		
Överläkare, Smärtenheten, Västerviks sjukhus, Västervik		01-02
STIPENDIER / ANSLAG / BIDRAG		
Anslag, L.J.Boëthius stiftelse	24/3	05
Forskn-anslag, epilepsiforskning, Föreningen Margarethahemmet	28/2	03-04
Forskn-bidrag, RBU:s Forskningsstiftelse		01-02
Forskningsbidrag, Strokefonden	28/2	03-04
Stora forskn-anslag 2015, Hjärt-Lungfonden	10/3	05
ST-TJÄNSTER		
Reservelæge (ST-block), klinisk onkologi, Aalborg Universitetshospital, Aalborg, Danmark		01-02
ST-block (tre), allmänpsykiatri, Psykiatri Sydväst, Stockholm	4/2	03-04
ST-läkare (två), kardiologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg	28/1	03-04
ST-läkare (två), Smedby och Ljungbyholms hälsocentraler, Kalmar	28/2	05
ST-läkare, (55 st) Västerbottens läns landsting		01-02
ST-läkare, allmänmedicin, Läkarhuset Prima, Nybro	1/3	01-02
ST-läkare, allmänmedicin, Läkargruppen Mölndalsbro, Mölndal		05
ST-läkare, audiologi, ÖNH, Umeå		03-04
ST-läkare, barn- och ungdomspsykiatrin, Södra Älvsborgs Sjukhus	15/2	05
ST-läkare, geriatrik, Höglandssjukhuset, Eksjö		03-04
ST-läkare, geriatriska rehabiliteringskliniken, Höglandssjukhuset, Eksjö		03-04
ST-läkare, hudkliniken, Region Jönköpings län		03-04
ST-läkare, neonatologi, Södersjukhuset, Sachsska barn- och ungdomssjukhuset, Stockholm		03-04
ST-läkare, neurologi, NU-sjukvården, Trollhättan, Uddevalla	18/2	05
ST-läkare, Närhälsan Billingen vårdcentral, Skövde	31/1	01-02
ST-läkare, Nötkärnan Kortedala Vårdcentral och BVC, Göteborg	16/2	05
ST-läkare, operations- och intensivvård, Höglandssjukhuset, Eksjö		03-04
ST-läkare, reumatologi, NU-sjukvården, Uddevalla	4/2	03-04
ST-läkare, röntgen, Sunderby sjukhus, Piteå älvdals sjukhus, Luleå, Piteå		01-02
ST-läkare, Smärtenheten, Västerviks sjukhus, Västervik		01-02
ST-läkare, urologi, Universitetssjukhuset, Örebro	15/2	05
Underläkare/ST-läkare/spec-läkare, Universitetssjukhuset, Örebro	18/2	03-04
UROLOGI		
Urologöverläkare, Kirurgkliniken, Karlstad		01-02
Överläkare, Universitetssjukhuset, Örebro	28/1	01-02
ÖGONSJUKDOMAR		
Överläkare/spec-läkare, Akademiska sjukhuset, Uppsala		05
Spec-läkare, Medlink, Stockholm		03-04
Ögonläkare, Hallands sjukhus, Halmstad, Varberg		01-02
Överläkare/spec-läkare, Lasarettet, Landskrona, Helsingborg		05
Överläkare/spec-läkare, Region Örebro	30/1	03-04
ÖRON-, NÄS- OCH HALSSJUKDOMAR		
Spec-läkare, Medlink, Stockholm		03-04
ÖVRIGA LÄKARTJÄNSTER		
Chefer, primärvården, Dedicare Doctor, Sverige		03-04
Consultants and GPs, Head Medical, New Zealand, Australia and the Gulf		01-02
Leg läkare, Flyktingmedicinskt centrum, Region Östergötland	31/1	01-02
Lege og legespesialist, Sørlandets rehab.senter, Norge		05
Läkarchefer (två), internmed el palliativ med o akutgeriatrisk verksamhet, Medicinska specialistklin, Motala	31/1	01-02
Läkare, akut medicin, tropiska sjukdomar, reserådgävning, vaccinering, Svea vaccin AB, Stockholm		05
Läkare, försäkringsmedicinsk koordinator, Försäkringskassan, Göteborg, Stockholm		01-02
Läkare, Habilitering & Hälsa, Habiliteringen i Västra Götaland	31/1	03-04
Läkare, med pedagogisk och/eller utbildningsprofil, Kliniskt Träningscenter, Akademiska sjukhuset, Uppsala		05
Regional studierektor/spec-läkare, för utbildning läkare vid FoUU Halland		05
Spec-läkare, olika spec, Medlink, Stockholm		03-04
Universitetslektor/spec-läkare olika spec, Skaraborgs sjukhus, Göteborgs universitet, Göteborg	12/2	01-02
Överläkare/bitr överläkare/spec-läkare, Minneskliniken, Region Skåne, Lund, Malmö	28/2	05
Överläkare/spec-läkare, KAVA, NU-sjukvården, Trollhättan	18/2	05
Överläkare/spec-läkare, strokekvård, NU-sjukvården, Trollhättan, Uddevalla	18/2	05
ÖVRIGA TJÄNSTER		
Verksamhetschef, rättspsykiatri, Säters sjukhus, Säter	15/2	05
Doktorand, farmakologi och klinik, Universitetet i Oslo, Norge		01-02
Sektionschef för läkare/Spec-läkare, VO Närsjukvård Sydväst Lasarettet, Trelleborg		03-04
Sektionschef, anestesi-operationsintensivvård, Sahlgrenska Universitetssjukhuset	11/2	05
Spec-läkare, Enheten för Psykosomatisk Medicin, EPM, Landstinget Västmanland	31/1	03-04
Verksamhetschef, Anestesi- och intensivvårdskliniken, Universitetssjukhuset, Örebro	28/1	01-02
Verksamhetschef, Hallonbergens vårdcentral, Stockholm		05
Verksamhetschef, Infektionskliniken, Länssjukhuset, Kalmar	15/2	05
Verksamhetschef, Kungsängens vårdcentral, Stockholm		05
Verksamhetschef, neurologi, klinisk neurofysiologi, strokevård, Akademiska sjukhuset, Uppsala		05
Verksamhetschef, neuroradiologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm	13/2	05
Verksamhetschefer (tre), Primärvården, Falun	15/2	05



Välkommen till Landstinget Västernorrland

Vi erbjuder:

- flexibel uppläggning av blocket
- introduktion
- AT-undervisning
- personlig handledare
- studierektorer
- AT-grupp för diskussion
- eget utbildningskonto
- möjlighet till primärvårdsstart

Välkommen med din ansökan till oss ***senast 11 mars*** *via* ***lvn.se/jobb***.
Urval sker löpande.

Övergripande studierektor:

Nader Mafi, tfn 070-772 27 47

Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand

14 block, 21 månader, september och november.
Upplysningar:
Läkarrekryterare Carina Burman,
tfn 060-18 10 30, e-post: carina.burman@lvn.se
SYLFs repr. Martin Ahlström
tfn 060-18 10 00 vx.

Sollefteå sjukhus

6 block, 21 månader.
Upplysningar:
Läkarrekryterare Karin Pettersson,
tfn 0620-191 78, e-post: karin.pettersson4@lvn.se

Örnsköldsviks sjukhus

8 block, 18-21 månader.
Upplysningar:
Läkarrekryterare Jeanette Hellström,
tfn 0660-895 70, e-post: jeanette.hellstrom@lvn.se
SYLFs repr. Andreas Koro
tfn 0660-890 00 vx.

Landstinget Västernorrland

www.lvn.se

Vi är Västra Götalandsregionen

Varje dag görs 7 500 besök på våra sjukhus.

VIKTIGASTE JOBB i SVERIGES

AT-läkare

NU-sjukvården 2015

Ref.nr: 2015/181

Sista ansökningsdag: 2015-03-11

NU-sjukvården består av Norra Älvsborgs Länssjukhus (NÄL) i Trollhättan och Uddevalla sjukhus. Vårt område har en spännande geografisk variation, vilket innebär att du kan välja mellan att arbeta i tätort, småstad, landsbygd, skogsbygd eller kustnära på din vårdcentralsplacering.

Vi erbjuder dig:

- 21 månaders tjänstgöring, fördelat mellan NÄL och Uddevalla sjukhus.
- Att delta i AT-forum och AT-stämma.
- Att delta i 10–20 utbildningsdagar, ledarskapsutbildning samt en AT-lunch per månad.
- Att delta i grupphandledning under hela AT-tiden.
- En AT-chef, som företräder AT-frågor i sjukhusets ledning.

Upplysningar: Vill du veta mer är du välkommen att kontakta AT-chef Cecilia Swärd, tfn 010-435 67 00.



Olle Fridholm, AT-läkare, NU-sjukvården. En av våra cirka 50 000 medarbetare.

Mer information hittar du på: www.nusjukvarden.se/nu/at

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Vår vision

- Patienten alltid först

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

Karolinska Universitetssjukhuset söker chef som vill leda och utveckla







Foto: Bosse Johansson, MIX PR

VERKSAMHETSCHEF SÖKES TILL NEURORADIOLOGISKA KLINIKEN

Neuroradiologiska kliniken på Karolinska Universitetssjukhuset söker en verksamhetschef som vill leda och utveckla Neuroradiologin inom universitetssjukvården i Stockholm med extra fokus på planeringen inför Nya Karolinska. Kliniken har ca. 120 medarbetare.

Information om tjänsten lämnas av Divisionschef Monika Samuelsson 08-51772814, mobil 0736-841201

Refnr. K-14-82133

Välkommen med din ansökan senast 13 februari 2015.

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

KAROLINSKA Universitetssjukhuset

VI ÄR EN DEL AV STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Landstinget DALARNA

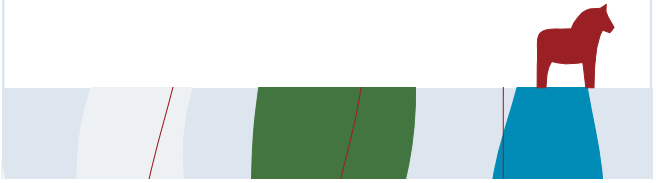
Verksamhetschef till Rättspsykiatri

Annonsen vänder sig till dig som vill anta utmaningen att leda och utveckla den rättspsykiatriska verksamheten vid Säters sjukhus.

Grundanställning tillsvidare, heltid, i en för grundkompetensen relevant befattning. Uppdraget som verksamhetschef är ett tidsbegränsat förordnande, heltid, där nuvarande förordnandetid är fyra år med möjlighet till förlängning.

Kontaktpersoner
Karin Stikå Mjöberg, förvaltningschef 070-686 38 20
Per Söderberg, divisionschef psykiatri 070-638 32 88

Ansök senast 2015-02-15
Sök via www.offentligajobb.se



Telefonplans Vårdcentral söker

Distriktsläkare

Välkommen till en väl fungerande trevlig arbetsplats!
Vi är 3 distriktsläkare och 2 ST-läkare som söker ny kollega. Telefonplan är ett modernt expanderande område med ung befolkning och många barnfamiljer. Vi har en växande lista med för närvarande ca 5400 patienter. Vår ambition är en personlig, professionell vård med kontinuitet i fokus.

Vi söker dig som vill kunna styra över ditt arbete, och som vill vara med och utveckla vår verksamhet. Du är positiv, flexibel, serviceinriktad och mån om att utveckla din medicinska kompetens. Du är specialist i allmänmedicin med intresse för att handleda. Om vi trivs med varandra är avsikten att tjänsten ska kunna leda till delägarskap.

Tjänsten är på heltid, deltid kan diskuteras.
Tillträde 1 juni 2015 eller enl ök.

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

Ansökan skickas senast 15 februari till:
anna.thoring@ptj.se

PÅ UPPDRAG AV STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING
Praktikertjänst

TELEFONPLANS VÅRDCENTRAL
www.telefonplansvardcentral.se

Bemanningsspecialisten för specialister.

Funderar du på att byta arbetsplats eller göra en kortare extrainsats på annan ort under ledigheten? Då är Medlink ditt självklara val - det vågar vi lova.

Under 2014 har vi expanderat kraftigt och bemannat 20 av Sveriges 21 landsting med kompetenta läkare. Det vill vi fortsätta med.

Arbeta enstaka veckor under t.ex. jourkompledighet eller ta dig an ett kontinuerligt uppdrag under en längre period – vi skräddarsyr uppdraget åt dig. Fokusera på det du är bäst på. Resten sköter vi.

En personlig bemanningskontakt ser till att din kompetens kommer till rätta. Välkommen till Medlink.

NYHET 2015
Medlink är ramleverantör av psykiatriker till hela Stockholm samt allmänspecialister till Södermanland och samtliga specialiteter i Dalarna.

MEDLINK
Svartmangatan 24, 111 29 Stockholm
08-52 52 88 00 info@medlink.se ***medlink.se***

Vänligen kontakta ansvarig för ditt specialistområde:

Radiologi/kirurgi
Marie Ekström
0720-787714
me@medlink.se

Allmänmedicin
Philip Sommar
0720-787722
ps@medlink.se

Ögonsjukdomar
Sofia Finnäs Wikström
0720-787724
sfw@medlink.se

Hudsjukdomar/ÖNH
Camilla Leahlander
0720-787723
cl@medlink.se

Internmedicinska specialiteter
Emelie Eklund
0720-787721
ee@medlink.se

Barnmedicinska specialiteter
Andreas Jakubowicz
0720-787711
aj@medlink.se

Psykiatri
Julia Stenmark
0720-787711
js@medlink.se

Övriga specialiteter
Josephine Pertot
0720-787716
jp@medlink.se

Lyckopenningen
- gåvan som är mer än ett vackert smycke
Gåvo-tradition sedan 1912



Ring och beställ 08-39 90 70
Synskadades Riksförbund
www.lyckopenningen.nu



LÄKEMEDELSVERKET
MEDICAL PRODUCTS AGENCY

Vi söker läkare/klinisk utredare inom neurologi

Se annonsen i sin helhet på www.lakemedelsverket.se
Sista ansökningsdag 16 mars 2015.

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

Vill du bli konsultpsykiater?



Konsultpsykiatri innebär att arbeta i nätverk med patienten i centrum och där kropp och själ hör ihop. Vi kommer att utbilda konsultpsykiatriker och konsultsjuksköterskor i ett projekt vid konsultenheten, Psykiatri Sydväst. Syftet är att sprida högkvalitativ konsultverksamhet till alla stockholmssjukhus. Om du är intresserad av att tillsammans med andra utveckla nya arbetsformer i framtidens sjukvård kan det här vara något för dig.

Du är
Du ska vara specialist i psykiatri eller i slutet av specialistutbildningen. Du får gärna besjälas av pionjäranda, behöver vara prestigelös och kreativ, känna dig bekväm i somatisk vårdmiljö och ha lätt för att möta olika sorters människor. Arbetet ställer stora krav på förmåga att arbeta såväl självständigt som i team.

Du får
Vidareutbildningen sker under ett år. Det kliniska arbetet under utbildningen riktar sig till somatisk slutenvård men även specialiserad somatisk mottagningsverksamhet vid Karolinska Huddinge. Under utbildningsåret är du främst placerad på Huddinge sjukhusområde, men utbildningen inkluderar även viss praktik utomlands.

Sista ansökningsdatum är
fredag den 20 februari 2015.

Läs mer om tjänsten på:
www.psykiatrisydvast.se

Psykiatri Sydväst
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Radiologer

Aleris Röntgen Stockholm

Vi växer och behöver fler erfarna radiologer till våra enheter i Stockholm.

Är du intresserad och vill veta mer om oss och vår verksamhet välkommen att kontakta oss.

Våra kontaktuppgifter:
Monica Årnell, Verksamhetschef, 073 712 66 58,
monica.arnell@aleris.se

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

Läs mer på aleris.se/jobb

Aleris

www.slso.sll.se

Specialistkompetent barnläkare

till Åkersberga Barn- och ungdomsmedicinska mottagning

Vi söker två specialistläkare i Barn och ungdomsmedicin till vår Barn och ungdomsmedicinskamottagning i Åkersberga. Vår mottagning består idag av tre barnläkare tre barnsjuksköterskor en psykolog samt en läkarsekreterare. Inom enheten finns även tillgång till dietist.

Mottagningen är väl inarbetad och har goda samarbetsformer med övriga vårdgivare.

Vi finns i nyrenoverade lokaler sedan ett par år tillbaka, i den trevliga skärgårdskommunen Österåker. Hit är det lätt att ta sig och här finns goda möjligheter att utöva aktiviteter som golf och segling eller bara njuta av den vackra naturen.

Vi ingår i Österåkers Vårdenhet som är en enhet i Stockholms läns sjukvårdsområde SLSO.

Arbetsuppgifter:
I uppdraget ingår att arbeta med sedvanlig mottagningsverksamhet, inga helg- och jourtider. Uppdraget innefattar även att vara konsult till husläkarna, att ha specialist BVC, samt ingå i ett team som gör ADHD-utredningar.

Anställningsform:
Tillsvidareanställning. Heltid/deltid.

Kvalifikationer:
Specialistkompetent barnläkare

Information om tjänsten lämnas av:
Verksamhetschef Inger Blom, tel:08-123 409 51
Enhetschef Inger Helmsjö, tel:070-1655124

Fackliga företrädare:
Läkarföreningen Gunnar Berglund, tel:073-901 51 58

Välkommen med din ansökan via:
www.jobb.sll.se/refnr SLSO-15-53248
Sista ansökningsdatum: **2015-02-08**

Stockholms läns sjukvårdsområde
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Läkargruppen Mölndalsbro söker

LÄKARE

för ST-block inom allmänmedicin

Läkargruppen Mölndalsbro är en privatdriven vårdcentral med avtal i VG Primärvård.
Vi har stabil bemanning och gott renommé. Drygt 8000 patienter är listade. Vi är fyra specialister i allmänmedicin och en ST-läkare. Vi har även ortoped samt ÖNH-kollegor som arbetar tillsammans med oss.

Tillträde snarast.

För mer information kontakta
Verksamhetschef Johan Sager,
0709-79 85 17, johan.s@lakargruppen.se

Ansökan skickas till
Läkargruppen Mölndalsbro
Nygatan 1, 431 31 Mölndal eller
johan.s@lakargruppen.se



Läkargruppen
MÖLNDALSBRO

Bli Livsviktig!

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

Vi tänker besegra cancer.
Vill du vara med?

Cancerfonden

läkarjobb.se

REGION SKÅNE SÖKER:

ÖVERLÄKARE/ BITR.ÖVERLÄKARE/ SPECIALISTLÄKARE

Till Minneskliniken i Lund och Malmö.

Minneskliniken är en specialistklinik som erbjuder utredning och behandling av minnesstörningar och misstänkta demenstillstånd hos såväl äldre som yngre personer. Kliniken har en väl utbyggd öppenvård som omfattar mottagningsverksamhet och mobila öppenvårdsteam. Till kliniken hör också ett regionalt kunskapscentrum inom demensområdet samt en enhet för kliniska läkemedelsprövningar. Vid kliniken bedrivs forskning och undervisning inom demensområdet där forskningen har en stark klinisk anknytning och genomsyrar hela verksamheten. Vi arbetar i nära samarbete med primärvård, kommun och övriga specialistkliniker vid Skånes universitetssjukhus. 2014 blev vi utsedda av Region Skåne till center of excellence.

Teamen är multiprofessionella och arbetssättet är proaktivt och utförs genom patientbesök i hemmet eller på särskilda boenden. Läkarna i teamen ansvarar även för klinikens konsultverksamhet och remissbedömning. På vår specialistmottagning arbetar vi med strukturerad uppföljning och evidensbaserade metoder. Vi söker nu läkare till såväl de mobila teamen samt till vår specialistmottagning.

Vi söker dig som har svensk läkarlegitimation med specialistkompetens inom företrädesvis Psykiatri, Neurologi eller Geriatrik men även allmänläkare med specialintresse för området är välkomna att söka.

Har du frågor är du välkommen att kontakta verksamhetschef Åsa Wallin 040-33 55 19.

Sista ansökningsdatum: 2015-02-28
Välkommen med din ansökan.
Läs mer 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.

Södersjukhuset, Sachsska barn- och ungdomssjukhuset söker

Barnläkare

till Sachsska barn- och ungdomsmottagningen på Södermalm



Läs mer på sodersjukhuset.se/jobb

Vi är Västra Götalandsregionen

Varje dag görs 11 000 besök på våra vårdcentraler.

SVERIGES VIKTIGASTE JOBB

Överläkare/specialist i medicinsk rehab

NU-sjukvården,
Område Medicin och Akut,
Neuro- och rehabiliteringskliniken,
Trollhättan/Uddevalla

Ref.nr: 2015/90
Sista ansökningsdag: 2015-02-18

Överläkare/specialist i strokevård

NU-sjukvården,
Område Medicin och Akut,
Neuro- och rehabiliteringskliniken,
Trollhättan/Uddevalla

Ref.nr: 2015/92
Sista ansökningsdag: 2015-02-18

Överläkare/specialist i neurologi

NU-sjukvården,
Område Medicin och Akut,
Neuro- och rehabiliteringskliniken,
Trollhättan/Uddevalla

Ref.nr: 2015/82
Sista ansökningsdag: 2015-02-18

ST-läkare i neurologi

NU-sjukvården,
Område Medicin och Akut,
Neuro- och rehabiliteringskliniken,
Trollhättan/Uddevalla

Ref.nr: 2015/81
Sista ansökningsdag: 2015-02-18

Överläkare/ specialistläkare

NU-sjukvården,
Område opererande specialiteter,
Kirurgkliniken

Ref.nr: 2014/5884
Sista ansökningsdag: 2015-02-18

Överläkare/ specialistläkare till KAVA

NU-sjukvården,
Område opererande specialiteter,
Avd 63 KAVA, Trollhättan

Ref.nr: 2014/5883
Sista ansökningsdag: 2015-02-18

Sektionschef

Sahlgrenska Universitetssjukhuset,
Område 5, Anestesi-Operation-Intensivvård Sahlgrenska, Sektionen för kvalitet och utveckling

Ref.nr: 2015/172
Sista ansökningsdag: 2015-02-11

Specialistläkare, 2 st

Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Område 5, Anestesi-Operation-Intensivvård Sahlgrenska

Ref.nr: 2015/169
Sista ansökningsdag: 2015-02-11

Vårdcentralschef

Närhälsan,
Åby vårdcentral

Ref.nr: 2015/36
Sista ansökningsdag: 2015-02-07



Britta-Maja Larsson, operationssjuksköterska, NU-sjukvården.
En av våra cirka 50 000 medarbetare.

Överläkare/ specialistläkare inom psykiatri

Kungälvs sjukhus
Psykiatriska kliniken,
Öppenvårdsmottagningen
Stenungsund/Tjörn

Ref.nr: 2015/126
Sista ansökningsdag: 2015-02-15

ST-läkare till Barn- och ungdomspsykiatrin

Södra Älvsborgs Sjukhus,
Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken

Ref.nr: 2014/5297
Sista ansökningsdag: 15-02-15

Mer information och fler jobb hittar du på: www.vgregion.se/jobb

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

AKADEMISKA SJUKHUSET

Med 8 000 anställda, 1 000 vårdplatser och omfattande öppenvård är Akademiska sjukhuset ett av Sveriges ledande universitetssjukhus. Förutom rollen som länssjukhus är Akademiska leverantör av högspecialiserad vård och betjänar två miljoner människor i Mellansverige.

Verksamhetschef

Med engagemang och kunskap strävar vi efter att bli det ledande universitetssjukhuset i Sverige. Vi är en högt specialiserad verksamhet som långsiktigt fokuserar på forskning och utveckling. Hos oss får du får möjligheten att utveckla och utvecklas. Tillsammans arbetar vi varje dag för att skapa det största värdet för våra patienter. Under våren kommer vi att bilda ett nytt verksamhetsområde där vi samlar vår kompetens inom neurologi, klinisk neurofysiologi och strokevård. Vill du vara med?

Ansök och läs mer om tjänsten på vår hemsida www.akademiska.se/arbeta

www.akademiska.se

LANDSTINGET I UPPSALA LÄN

Vårdcentral i Uppsala, lokalen
Före detta «Luthagens vårdcentral», 700 kvm i centrala Uppsala uthyres. ***Information:*** 018-50 00 03, 019-18 82 41.

Doktor Kom hem

Specialist i allmänmedicin

till vår mottagning på Kungsholmen.

Välkommen med din ansökan till pascal.andersson@doktorkomhem.nu

LÄKARE SÖKES

Svea vaccin AB, Nordens ledande Vaccinationskedja med 12 mottagningar i Stockholm och två dito i Malmö.

Söker Leg. läkare med intresse för lätt akut medicin, tropiska sjukdomar, reserådgivning samt vaccinering av vuxna och barn, erbjuds heltidstjänstgöring på en vaccinationsmottagning i Stockholm och deltid i Malmö.

Erfarenheter inom arbetsledning, schemaläggning, ekonomistyrning och utbildningsfrågor räknas som merit.

Om intresse vänligen mejla till VD **ridha.hadfi@htlp.se** **Somayeh@sveavaccin.com**

Ortoped
Kardiolog
Företagsläkare
Endokrinolog
Gynekolog

STUREBADET
QUALITY CARE

Vi fortsätter att expandera och utökar nu vårt team med flertalet specialistläkare.
Läs mer på www.sturebadetqualitycare.se

Runby vårdcentral söker

Verksamhetschef och distriktsläkare

Eftersom en av oss går i pension och nuvarande verksamhetschef har fått uppdrag som studierektor behöver vårdcentralen två specialister i allmänmedicin som vill vara med och fortsätta driva och utveckla verksamheten.

Runby vårdcentral är en inarbetad och välfungerande privat vårdcentral belägen nära Upplands Väsby pendeltågsstation. Vi har cirka 6.000 listade patienter. Upptagningsområdet består av blandad bebyggelse med befolkning i alla åldrar.

Hos oss arbetar för närvarande 3 distriktsläkare, 1 ST-läkare, 1 AT-läkare, 4 distriktssköterskor, 1 sjuksköterska, 2 undersköterskor och 2 sekreterare/receptionister.

Tillträde under våren eller enligt överenskommelse.

För mer information och ansökan senast 6 februari
Verksamhetschef Dr Jörgen Syk, jorgen.syk@ptj.se
Runby vårdcentral
Runby torg 9, 194 46 Upplands Väsby

Praktikertjänst



Underläkare/ST-läkare/ specialistläkare

Rehabiliteringsmedicinska kliniken

Läs mer på www.regionorebrolan.se/uso/jobb

Ansökan senast 18 februari 2015

Region Örebro län
Universitetssjukhuset Örebro

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.

Överläkare/specialistläkare

Verksamhetsområde ögonsjukdomar

Vi är en del av neurodivisionen vid Akademiska sjukhuset och bedriver ögonsjukvård med stor andel högspecialiserad vård. Verksamhetsområdet består av en slutenvårdsavdelning och en mottagningsenhet inkluderande dagkirurgisk verksamhet.

Vi söker överläkare/specialistläkare inom området ögonsjukdomar.
Tillträde och lön enligt överenskommelse.

Kvalifikationer
Specialistkompetens i ögonsjukdomar, med särskilt intresse inom främre segmentet, både medicinskt och kirurgiskt (katarakt- och glaukomkirurgi). Forskningsbakgrund inom området är meriterande. Stor vikt läggs vid personlig lämplighet.

Konsultresor inom regionen, jour och beredskap ingår.

Upplysningar
Verksamhetschef Manochehr Amani 018-611 19 95.
Läkarchef Eva Larsson 018-611 00 00 sök via växel.

www.akademiska.se

LANDSTINGET I UPPSALA LÄN

Lipus
LÄKARNAS INSTITUT FÖR PROFESSIONELL UTVECKLING I SJUKVÅRDEN

Bevaka kurser inom DIN specialitet

www.lipus.se



STÖD KAMPEN MOT BARNCANCER

Ring 020-90 20 90

BARNCANCER FONDEN
www.barncancerfonden.se

www.slso.sll.se

Tureberg VC i Sollentuna söker

Specialist i allmänmedicin

Tureberg vårdcentral är en mottagning i Sollentuna. Vi finns nära pendeltågsstation och E4:an ca 25 min från Stockholm C och ca 40 min från Uppsala.

Vi har 11 200 listade patienter och 25 medarbetare varav 4 specialister i allmänmedicin. Vi handleder läkarstudenter, AT- och ST-läkare. På vårdcentralen finns DSK-mottagning, kurator, fotsjukvård och två diabetessjuksköterskor. BVC ingår.

Vår ambition är att ge god vård på hög medicinsk nivå med fokus på patientsäkerhet och kvalitet.
Varmt välkommen till Tureberg vårdcentral.

Ytterligare information ges av:
Verksamhetschef Pia Lindborg tel. 070-484 5815
Fackliga företrädare, Läkarföreningen:
Arsalan Fazeli tel. 073-253 66 99

Välkommen med din ansökan via:
www.jobb.sll.se/SLSO-14-53197

Stockholms läns sjukvårdsområde
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Akademikliniken Stockholm söker dermatolog



Akademikliniken söker nu ytterligare en dermatolog då vi expanderar vår verksamhet i Stockholm. Tjänsten är baserad på vår huvudklinik med ev. tjänstgöring även på våra mindre walk-in-kliniker i Stockholm.

Kvalifikationer och arbetsuppgifter
Vi söker en dermatolog med flerårig erfarenhet, gärna med estetisk inriktning. Vana av mottagningsarbete är meriterande. Hos oss arbetar du självständigt med telefon- och mailrådgivning, mottagning och behandlingar, samt postoperativa återbesök. Du ingår i ett team med andra dermatologer och plastikkirurger där arbetsglädje, hög kompetens och omsorg om kunden är i fokus.

Anställningsform och Arbetstid
Tillsvidareanställning. Veckotjänstgöring, måndag-fredag dagtid.
Tjänstgöringsgrad 50-100%

Skicka ansökan senast 31/1 2015 med CV och personligt brev per e-post till magnus.jansson@ak.se eller per post: Akademikliniken, Magnus Jansson, Storängsvägen 10, 115 42 Stockholm. Märk ansökan "Dermatolog". För ytterligare information, ring gärna Magnus Jansson på tel. 070-758 10 99.

Akademikliniken är en av Europas största privatkliniker för estetisk och rekonstruktiv plastikkirurgi och är idag verksamma i Sverige, Norge och Danmark. Läs mer på www.ak.se

AKADEMIKLINIKEN
SKÖNHET GENOM VETENSKAP

Landstinget Västmanland är en av länets största arbetsgivare med ca 6 500 anställda. Landstingets huvuduppgift är att bidra till ett gott liv för västmanlänningarna. Det gör vi genom att arbeta med hälso- och sjukvård, tandvård, utbildning, kultur, näringslivsfrågor, kommunikationer och miljö.

Landstinget Västmanland söker Överläkare/specialistläkare

till **Medicinkliniken, Västmanlands sjukhus Sala** som bedriver närsjukvård i det lilla formatet i form av internmedicin och geriatrik för invånarna i Sala kommun. Verksamheten består av en bred medicinmottagning inklusive hjärt- och diabetesmottagning, vårdavdelning med 18 vårdplatser, avancerad hemsjukvård (LAH) och en rehabiliteringsenhet. På mottagningen finns specialister inom kardiologi och gastroenterologi samt sköterskemottagningar inom diabetes och kardiologi.

Vi söker nu en specialistläkare/överläkare till kliniken med särskilt intresse för endokrina sjukdomar och diabetes. Arbetet är jourfritt och bedrivs dagtid vardagar. Det finns stora möjligheter att anpassa arbetstider och att arbeta deltid om så önskas. Arbete på mottagningen kombineras med tjänstgöring på vår vårdavdelning.

Om du söker en bra arbetsplats – sök till oss! Här finns:

- Stimulerande arbete
- Stort inflytande över verksamhetens utformning
- Möjlighet att jobba deltid
- Jourfrihet
- Bra sekreterarstöd
- Chef som är läkare
- Individuell kompetensutvecklingsplan

För mer information, ring verksamhetschef Jonas Ekström på telefon 0702-52 00 01.

Välkommen med din ansökan senast den 15 februari.



Sala, med 22 500 invånare, är en vacker stad med närhet till naturen och goda pendlingsmöjligheter till både Uppsala, Västerås och Stockholm.

LANDSTINGET VÄSTMANLAND

Läs mer på www.ltv.se

Distriktsläkare

Rosenlunds vårdcentral

Läs mer och ansök på www.rjl.se/jobb

Vårdcentralerna Bra Liv
Region Jönköpings län

Husläkare

till vår trevliga husläkarmottagning centralt på Östermalm

Vi söker dig som är specialist i allmänmedicin, med erfarenhet från liknande arbete. Du kommer till en väletablerad klinik som varit verksam på samma ställe i 23 år. Vi tror att du är social och uppskattar kontakten med kollegor, liksom med vår trevliga och kompetenta personal. Goda villkor erbjudes. Arbetstid och tillträde enligt överenskommelse.

Hör av dig till Dr Jan Arlestig på Email:
jan.arlestig@sibyllekliniken.se eller på tel. 0708-40 15 60,
Sibyllekliniken, Karlavägen 56, 114 49 Stockholm.

REGION SKÅNE SÖKER

SPECIALISTLÄKARE

Geriatrik/Allmänmedicin
Vårdcentralen Kärråkra
Skånes universitetssjukhus
Eslöv

SPECIALISTLÄKARE/ LEG LÄKARE

Allmänmedicin
Vårdcentralen Törnrosen
Skånes universitetssjukhus
Malmö

ÖVERLÄKARE/ SPECIALISTLÄKARE

Ortopedi inriktning tumörkirurgi
VO Ortopedi
Skånes universitetssjukhus
Lund

ÖVERLÄKARE/ BITR. ÖVERLÄKARE

Ortopedi inriktning traumakirurgi
VO Ortopedi
Skånes universitetssjukhus
Lund/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.

REGION SKÅNE SÖKER

ÖVERLÄKARE/ SPECIALISTLÄKARE

Ögonmottagningen
Lasarettet i Landskrona och
Helsingborgs lasarett

ÖVERLÄKARE/ SPECIALISTLÄKARE

Obstetrik och gynekologi
VO Obstetrik och gynekologi
Centralsjukhuset Kristianstad och
Lasarettet i Ystad

ÖVERLÄKARE/ SPECIALISTLÄKARE

Internmedicin/Endokrinologi/Diabetologi
VO Specialiserad medicin
Helsingborgs lasarett

SEKTIONSCHEF/ ÖVERLÄKARE/ BITR. ÖVERLÄKARE

Kardiologi inriktning arytmologi
VO Hjärt- och lungmedicin
Skånes universitetssjukhus
Malmö och Lund

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.

Region Örebro län söker

ST-läkare

till Urologiska kliniken Universitetssjukhuset Örebro

www.regionorebrolan.se/uso/jobb

Ansökan senast 15 februari 2015

Region Örebro län
Universitetssjukhuset Örebro

AKADEMISKA
BARNSJUKHUSET

Med 8 000 anställda, 1 000 vårdplatser och omfattande öppenvård är Akademiska sjukhuset ett av Sveriges ledande universitetssjukhus. Förutom rollen som länssjukhus är Akademiska leverantör av högspecialiserad vård och betjänar två miljoner människor i Mellansverige.

Specialistläkare/ överläkare

Verksamhetsområde Pediatrik

Vi söker en specialistläkare/överläkare till sektionen för barnneurologi och habilitering.

Läs mer på akademiska.se/arbeta

www.akademiska.se LANDSTINGET I UPPSALA LÄN

LÄKEMEDELSVERKET
MEDICAL PRODUCTS AGENCY

Läkemedelsverket verkar för säkra och effektiva läkemedel av god kvalitet samt bidrar till utvecklingen av folk- och djurhälsan, hälso- och sjukvården, den medicinska forskningen och industrin i Sverige och Europa.

Läkare till Läkemedelsverket

Kliniska prövningar och licenser

Vill du bidra med din kliniska kompetens i ett vetenskapligt sammanhang?
För utredning och beslut om tillstånd för kliniska läkemedelsprövningar sökes

- **Två specialistläkare i internmedicin**
- **En specialistläkare i hematologi**

Läs mer och ansök via **www.lakemedelsverket.se.**

Proffice
Care

Sykehuset Østfold gir spesialisthelsetjenester innenfor somatikk, psykisk helsevern og rus. Vi samarbeider med fastleger, kommunehelsetjenesten og andre helseforetak for å gi Østfolds befolking et best mulig helsetilbud. Vi er et sykehus i utvikling. Nytt sykehus på Kalnes i Sarpsborg vil stå ferdig i 2015, og Sykehuset Østfold Moss er oppgradert. Dette skal, sammen med helsetjenester i Østfolds fem regioner, gi gode helsetjenester til befolkningen i fremtiden. Vi er en av Østfolds største arbeidsplasser med 4800 medarbeidere, og er lokalisert i Fredrikstad, Moss, Halden, Sarpsborg, Askim og Eidsberg.

Sykehuset Østfold, Norge
Kirurgisk avdeling, karkirurgisk seksjon

Seksjonsleder lege/overlege karkirurgisk seksjon

100 % fast stilling ledig fra 04.05.2015.

Kontaktinformasjon:
- Seksjonsleder lege Ola Urnes, tlf. +47 08600
- Avdelingssjef Bente K. Husvik, tlf. +47 08600

Søknadsfrist: 22. februar 2015

Fullstendig utlysningstekst finnes på www.sykehuset-ostfold.no og www.nav.no. Søknad sendes elektronisk via link på www.sykehuset-ostfold.no.

frantz.no

SYKEHUSET ØSTFOLD

Vi cyklar till Paris för att Max ska få cykla till dagis

2014 skänkte vi 11 miljoner kronor till Barncancerfonden. Med dig som sponsor kan det bli ännu mer 2015.



Rynkeby

STÖD OSS PÅ team-rynkeby.se

Vi betalar själva för resa och omkostnader.
Ditt bidrag går oavkortat till Barncancerfonden.

Region Örebro län söker

Specialistläkare/överläkare

till Hudkliniken Universitetssjukhuset Örebro

www.regionorebrolan.se/uso/jobb

Ansökan senast 20 februari 2015

Region Örebro län
Universitetssjukhuset Örebro

Distriktsläkare

som vill göra någonting mera – bli
Delägare i Husläkarna Rimbo-Edsbro!

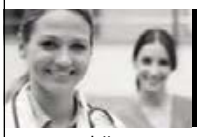
Vi söker 1-3 specialister i allmänmedicin som vill vara med och utveckla vården i Rimbo.

www.cevitacare.se

Cevita CARE Husläkarna Rimbo-Edsbro

Prime professional

Allmänläkare



Medhelp är i en expansiv fas och för deras räkning söker vi allmänläkare med intresse för teknik och inte minst nätrelaterade tjänster

Läs mer samt ansök på www.primeprofessional.se

AKADEMISKA SJUKHUSET

Med 8 000 anställda, 1 000 vårdplatser och omfattande öppenvård är Akademiska sjukhuset ett av Sveriges ledande universitetssjukhus. Förutom rollen som länssjukhus är Akademiska leverantör av högspecialiserad vård och betjänar två miljoner människor i Mellansverige.

Läkare med pedagogisk och/eller utbildningsprofil

Kliniskt Träningscenter

För mer information kontakta Marie Tollefsen Markström, Chef Kliniskt Träningscentrum, telefon 018-611 91 89.

Ansök och läs mer om tjänsten på vår hemsida www.akademiska.se/arbeta

www.akademiska.se LANDSTINGET I UPPSALA LÄN

Anslag från L.J. Boëthius´ stiftelse

Styrelsen för Lars Jacob Boëthius´ stiftelse får härmed meddela att bidrag kan sökas ur stiftelsen.

Stiftelsens avkastning skall enligt testators önskan, som det uttryckts i testamentet den 11 augusti 1930, användas för att hjälpa ”med nervsjukdom behäftade, mindre bemedlade, dock icke av stat eller kommun avsevärt understödda, svenska medborgare, vilkas fysiska och psykiska lidande kan, om icke fullständigt botas, så åtminstone lindras eller förbättras”. Detta syfte skall enligt testator bäst kunna uppnås genom att inrätta sjukhem för unga människor, varvid unga män skall ges företräde. Missbrukssjukdomar, psykotiska tillstånd eller svårare fysiska handikapp är enligt stiftelseurkunden uteslutna.

Även om bidrag till sjukhem fortfarande kan erhållas anses stiftelsens syfte i nuläget bäst kunna tillgodoses genom att medel från stiftelsen används för uppbyggnad av lämpliga vårdinsatser för patienter i öppen vård. Sådan vård kan främjas genom utvecklande av olika psykoterapiformer/andra behandlingsformer. Tänkbara målgrupper är patienter med affektiva sjukdomar, ångesttillstånd av varierande genes t.ex. sociala fobier, självmordsbenägenhet och liknande tillstånd. Företräde ges projekt som gäller unga män. Vidare ges företräde åt sökande som är beredda att utveckla strategier och projekt som syftar till en systematisk utvärdering av behandlingsresultaten.

Styrelsen förutsätter att sökanden i tillämpliga fall ansöker och får godkännande enligt lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor.

Bidrag kan inte lämnas till enskild för vård och behandling och inte heller till utbildning.

Ansökningshandlingar ska skrivas på svenska och skickas in i 5 exemplar till sekreteraren Kerstin Bendz, Djursholmsvägen 34, 183 52 Täby, tel: 08-768 14 90 eller 0708-39 75 70, som även lämnar ytterligare upplysningar.
Ansökan skall ha kommit in senast tisdagen den 24 mars 2015. **(Särskilda ansökningsblanketter finns inte).**

Ansökan skall innehålla en beskrivning av projektet, inklusive hur utvärderingen skall ske, med en kortfattad (högst en sida) sammanfattning för lekmän, sökandens meritförteckning samt ett budgetförslag.

Sökande som tidigare beviljats medel ur stiftelsen skall till ansökan foga en redogörelse över det hittills utförda arbetet.

www.lakartidningen.se

Nu kan du söka Hjärt-Lungfondens Stora forsknings-anslag på 15 miljoner kronor.



Forskning räddar liv, minskar människors lidande och ger oss fler friska år. Den svenska hjärt- och lungforskningen håller en mycket hög internationell nivå och kan bedrivas tack vare generösa gåvor till Hjärt-Lungfonden från privatpersoner och företag.

Nu är Hjärt-Lungfondens Stora forskningsanslag öppet för ansökan under tiden 2 februari till och med 10 mars 2015.

Forskningsanslaget är det största i Sverige inom forskningsområdet för hjärt- och lungsjukdomar. Anslaget är treårigt och på hela 15 miljoner kronor och går till en forskare eller en forskargrupp som är verksam i Sverige.

En internationell bedömningsgrupp granskar samtliga ansökningar. Originalitet och sannolik klinisk betydelse värderas extra högt.

Mer information om anslaget och ansökningsförfarandet finns på vår hemsida **www.hjart-lungfonden.se**

Du kan också kontakta forskningsavdelningen på telefon 08-566 24 220.

Hjärt Lungfonden

TILLSAMMANS RÄDDAR VI LIV

PG 90 91 92-7
www.hjart-lungfonden.se

VÅRT 90-KONTO KONTROLLERAS AV SVENSK INSAMLINGSKONTROLL



Utbildningsförvaltningen söker

SKOLLÄKARE

Vi utökar antalet skolläkare och söker därför dig som vill arbeta halvtid i vår Centrala stödavdelning.

Läs mer på **haninge.se**

Haninge kommun

Haninge är inte bara skärgård. Här – 20 minuter från huvudstaden – växer Haninge med bostäder i centrum, ny stadsdel, handel och ny företagspark tillsammans med dynamiskt företagande och högskoleforskning. Välkommen till en spännande vardag där vi tar Haninge in i framtiden.

PIFC

PSYCHIATRY INVESTMENT FINANCIAL CONSULTING

VI BEMANNAR STOCKHOLM OCH NORRLAND MED

PSYKIATRIKER

ROBERT FRISHAMMAR
robert@pifc.se
070-561 41 60

TRANSMEDICA

Vill du tjäna upp till 140–170 000 SEK per månad?
Vikariat i Norge som allmänläkare.
I nuläget har vi ytterst attraktiva vikariat, du behöver endast vara legitimerad läkare – så är du klar till ett vikariat.

För mer information kontakta Transmedica-Nordvik:
Asbjørn Sørfonden, tel. 0047-41424311 / as@nordvik.dk eller
Cecilia Rosenquist, tel. 076-164 24 18 / cro@transmedica.se

Överläkare/ specialistläkare

Kvinnokliniken

Läs mer och ansök på www.rjl.se/jobb

Region Jönköpings län

Cityläkarna i Kalmar AB söker

DISTRIKTSLÄKARE

och/eller erfaren läkare med intresse för allmänmedicin

Vill Du jobba på en familjär och välfungerande vårdcentral? Cityläkarna i Kalmar ligger vackert med utsikt över Kalmar slott. Vi är en etablerad privat hälsocentral med högt i tak och korta beslutsvägar. Vårt team består av två sekreterare, en undersköterska, fem läkare, fyra sjuksköterskor samt en enhetschef. Cityläkarna har vårdavtal med Landstinget i Kalmar län. Vi värnar om hög kvalitet, kontinuitet, ett gott bemötande och en god tillgänglighet.

Vi erbjuder goda lönevillkor, förmåner och stora möjligheter till anpassad tjänst och tjänstgöringsgrad. Kollektivavtal finns. Tillträde efter överenskommelse.

CITYLÄKARNA I KALMAR

Ansökan med CV samt personligt brev skickas till: jobb@citylakarnaikalmar.se. För frågor kontakta enhetschef Annica Lindgren. Tel: 070-69 32 294.
Läs mer på: www.citylakarnaikalmar.se/karriar
Besök oss gärna på Facebook, sök på Cityläkarna i Kalmar.





Kortedala Vårdcentral och BVC håller till på Årstidsgatan i Göteborg i moderna, nyrenoverade lokaler och har sedan starten 2009 vuxit till nära 6 500 listade patienter. Listningen ökar i takt med våra patienters förtroende, så nu bygger vi ut och ger plats för fler.

Allmänläkare

Kortedala Vårdcentral och BVC är en medarbetarägd enhet där vi varje dag försöker skapa en vård som vi själva skulle välja. Vi har:

- En stabil medarbetargrupp.
- Egna anställda tolkar i de två största språken.
- En obyråkratisk organisation med ett lokalt ledarskap där det är sällsynt nära mellan beslut och handling.
- Kamratskap och arbetsglädje som främsta ledstjärnor.

För att attrahera bra allmänläkare erbjuder vi följande:

- Marknadsmässig heltidslön med 4-dagarsvecka som ger utrymme för egen utveckling och alternativt arbetssätt en arbetsdag i veckan.
- Efter en prövotid kommer rätt medarbetare erbjudas ett generöst delägarskap i vårdcentralen – utan ekonomiska förpliktelser.

ST-läkare

Nu när vi bygger ut så söker vi också en ny ST-läkare. Utöver en trivsam arbetsplats präglad av arbetsglädje, stort personligt engagemang och gott humör, blir du som läkare hos oss garanterad en personlig handledning värd långt mer än namnet. Självklart tillämpar vi den ”ständigt öppna dörrens” pedagogik, men du får också en strukturerad utbildning.

Skicka din ansökan till lakarkollega@notkarnan.se snarast, dock senast 16 februari. Har du frågor ring gärna styrelseordförande Lars Brune på 0706-75 91 18.

nötkärnan kortedala
VÅRDCENTRAL OCH BVC

Dags för nya utmaningar?

VI SÖKER:

Distriktsläkare

Laponia Hälsocentral, Gällivare

Läkare

Företagshälsan, Luleå



NORRBOTTENS LÄNS LANDSTING

www.nll.se/jobb

MLA Röntgen

dignus medical

Medicinskt ledningsansvarig sökes till kustnära röntgenklinik i Skåne.

Ring gärna Eva Håkansson, Dignus Medical för mer information 0732-034783.
eva.hakansson@dignusmedical.se

Ackrediterad Kolorektalkirurg / Överläkare

Kirurgkliniken Jönköping

Läs mer och ansök på www.rjl.se/jobb

Region Jönköpings län



HUDSPECIALIST/ VERKSAMHETSCHEF

SÖKES TILL HUDKLINIKEN I REGION KRONOBERG

Vi söker dig som är legitimerad erfaren specialist i hud- och könssjukdomar och som vill leda och utveckla vår hudverksamhet. Om du vill kan tjänsten kombineras med ett verksamhetschefsskap.

Vi är en modernt utrustad hudmottagning och behandlingsenhet. På kliniken finns idag en hudspecialist och en ST-läkare. Vi erbjuder dig ett arbete i en välfungerande, trivsam och positiv arbetsgrupp. Vi har en generös inställning till kompetensutveckling och FOU-arbete. Sista ansökningsdag 18 februari.

VILL DU VETA MER?

Kontakta centrumchef Gunnar Persson, 0709-67 32 75 eller verksamhetschef Magnus Järvholm, 0734-29 21 35
– eller läs mer på www.regionkronoberg.se

REGION KRONOBERG

Distriktsläkare

Tibra Medica är en privat vårdcentral som drivs på uppdrag av Stockholms läns landsting sedan 2008. Vi finns i nya fräscha lokaler på Kistagången 22, utanför Kista galleria, med bra kommunikationer.

Nu söker vi dig som vill arbeta med oss på vår väl fungerande mottagning. I dagsläget har vi tre distriktsläkare, två ST-läkare och två leg. läkare och ett listningsunderlag på cirka 5.100 patienter.

Sedvanliga arbetsuppgifter för läkare på vårdcentral med planerad och oplanerad mottagning samt hembesök. I arbetet ingår även handledning av ST- och AT-läkare samt läkarstudenter.

Kvalifikationer
Specialist i allmänmedicin, gärna handledarutbildning. Vi söker dig som är intresserad av kvalitet och vill vara delaktig i förbättringsarbete. Vi lägger stor vikt vid samarbetsförmåga.

För mer information samt ansökan senast 28/2
sarah.razavi@tibramedica.se, 0708-20 73 37
www.tibramedica.se

tibra medica

REGION HALLAND SÖKER

Regional studierektor

för utbildning läkare vid FoUU Halland
Vi söker legitimerad läkare med specialistkompetens samt med dokumenterad erfarenhet av arbete med utbildning för läkare.

Underläkare

till Hudkliniken, Hallands sjukhus Halmstad
Vi söker dig som är legitimerad underläkare, som även har chans till senare ST-tjänstgöring hos oss.

Överläkare

till Hudkliniken, Hallands sjukhus Varberg
Vi söker dig som är legitimerad läkare med specialistkompetens inom dermatovenereologi.

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

BÄSTA LIVSPLATSEN
Region Halland

Landstinget DALARNA

Verksamhetschefer, 3 st till Primärvården i Falun

Primärvården i Falun genomför en förändring i ledningsstrukturen. Från att ha varit ett gemensamt chefsområde bildas nu tre områden.

Hälso- och sjukvården söker verksamhetschefer till
- Vårdcentral Britsarvet/Grycksbo
- Vårdcentral Tisken
- Vårdcentral Norslund/Svärdsjö

Grundanställning tillsvidare, heltid, i en för grundkompetensen relevant befattning. Uppdraget som verksamhetschef är ett tidsbegränsat förordnande, heltid, där nuvarande förordnandetid är fyra år med möjlighet till förlängning.

Kontaktperson
Ulf Börjesson, divisionschef 070-621 13 15

Ansök senast 2015-02-15
Sök via www.offentligajobb.se



Jönköpings kommun
söker till utbildningsförvaltningen

Skolläkare

■ Läs mer på *www.jonkoping.se/ledigajobb*

JÖNKÖPINGS KOMMUN

För ett friskare tryggare och rikare liv

Specialist i allmänmedicin

sökes till Blomstermåla hälsocentral.
Sista ansökningsdag 28 februari.

ST-läkare 2 tjänster

sökes till Smedby och Ljungbyholms hälsocentraler.
Sista ansökningsdag 28 februari.

Verksamhetschef

sökes till Infektionskliniken, Länssjukhuset i Kalmar.
Sista ansökningsdag 15 februari.

Läs mer och ansök på **Ltkalmar.se/ledigajobb**

Landstinget i Kalmar län

Proffice Care är ett av de största bemannings- och rekryteringsföretagen för vårdpersonal. Vi har lokal förankring i Sverige och Norge med lång erfarenhet av bemanning och rekrytering. Våra kunder finns i den offentliga sektorn och bland privata vårdgivare av alla storlekar.

Radiologer sökes

Uppdrag i hela Sverige under 2015.

Kontakt: **Linda Nilebo**, **070-247 59 71** eller
Susanne Granholm, **073-320 57 85**.
profficecare@profficecare.se
Läs mer på **www.profficecare.se**.

Proffice Care

---

www.slso.sll.se

Stockholms läns sjukvårdsområde

Verksamhetschef

till Hallonbergens vårdcentral

Läs mer och ansök via
www.jobb.sll.se/SLSO-14-53201

Hallonbergens vårdcentral
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

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.

Specialistläkare/ överläkare, 2 tjänster

Hud- och könssjukdomar.

För mer information kontakta sektionschef Marie Virtanen 018-611 50 77. Ansök och läs mer om tjänsten på vår hemsida www.akademiska.se/arbeta

www.akademiska.se LANDSTINGET I UPPSALA LÄN

VILL DU ARBETA MED SMÄRT-REHABILITERING I VÄXJÖ?



Då en av våra läkare går i pension söker vi dig som är intresserad av arbete inom smärtrehabilitering. För mer information gå in på www.regionkronoberg.se och klicka på ”jobb och utbildning” eller ring avdelningschef Katrin Olsson, tel. 0470-59 22 32 eller överläkare/KLL Elisabeth Thorén tel. 0470-58 65 34

Välkommen med din ansökan senast 15 februari.

REGION KRONOBERG
REGIONKRONOBERG.SE

www.slso.sll.se

Stockholms läns sjukvårdsområde

Verksamhetschef

till Kungsängens vårdcentral

Läs mer och ansök via
www.jobb.sll.se/SLSO-14-53203

Kungsängens vårdcentral
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Röda Korsets Center för torterade flyktingar är en vuxenpsykiatrisk specialistmottagning för traumatiserade flyktingar. Vi söker

Psykiatriker

Läs mer på www.redcross.se/rkcstockholm
Välkommen med din ansökan senast 2/3 2015.

RödaKorset

Sørlandets rehabiliteringssenter i Norge söker

Sørlandets rehabiliteringssenter

LEGE OG LEGESPESIALIST

Spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering og tilgrensende spesialitet.
Stillingsprosent kan diskuteres. Tiltredelse etter avtale.

Läs mer på www.legestillinger.no

TRANSMEDICA

Är du specialist i allmänmedicin?
Vill du tjäna upp till 170 000 SEK per månad?
I nuläget har vi bl.a. ytterst attraktiva långtidsvikariat i Gävleborg.

Här ser du varför du ska välja Transmedica:
- Bästa ersättningen
- Flera anställningsformer
- Vi ordnar och står för kostnader av boendet
- Bonusprogram
- Vikariat i Norge som allmänläkare

För mer information kontakta:
Anette Hagel Olsen, tel. 031-12 39 80 /aol@transmedica.se eller
Cecilia Rosenquist, tel. 076-164 24 18 /cro@transmedica.se

---

dignus medical

Kardiolog

Sökes för fast tjänst till södra Sverige!

Kontakta Dignus Medical för mer information,
Eva Håkansson 0732-034783.
eva.hakansson@dignusmedical.se



Hälso- och sjukvårdsförvaltningen söker

Reumatolog

Välkommen till oss där avstånden till arbete och fritid är korta och där både historia och vacker natur är ständigt närvarande.

Läs mer på
www.gotland.se/ledigajobb
Sista ansökningsdag 2015-05-03

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
www.gotland.se/jobbahososs

Region Gotland

Etableringar och överlåtelser

Lägenhet med läkarpraktik i centrala Örebro med garageplats överlåtes Änggatan 9 702 24 Örebro 019-611 75 90 säkrast 070-575 84 95 Martin Nordfors. Nordfors Läkarmottagning.

Ersättningsetablering inom barn- och ungdomsmedicin i Nacka överlåtes

Mottagningen är ansluten till nationella taxan. Annons införd på **www.opic.com**, HSN 1410-1263

Sista ansökningsdag: **2015-02-10**

Info om verksamheten: **matsbrattberg@gmail.com**, 08-718 18 80

Läkarkarriär.se

Vill Du ta över en välfungerande

GYNEKOLOGMOTTAGNING

som funnits i Högdalens Läkarhus sedan 60-talet? Rum och utrustning finns för två läkare. Vårdval. **cajsa@rangnitt.se**,
Ring: 070-727 72 27 ***Hem:*** 08-716 40 64 ***Arb:*** 08-86 61 11

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



Neurologen Pierre de Flon får underläkarnas pris för stort engagemang och föredömlig handledning.

Pierre de Flon utsedd till årets handledare av Sylf Jämtland

Pierre de Flon, överläkare i neurologi vid Östersunds sjukhus, har av Jämtlands underläkare utsetts till 2014 års handledare.

I motiveringen framförs bl a: »Pierre är en förebild som handledare genom att alltid prioritera handledning, och genom att lägga ner mycket tid och eftertanke på att planera, genomföra och utvärdera handledningen. Att som ST-läkare ha Pierre som handledare är en dröm! Schemalagd handledning varje vecka är en självklarhet, och med fast hand guidar och utmanar han sina adepter till ett alltmer självständigt och samtidigt reflekterande arbetssätt. Pierre är som handledare lyhörd, har alltid en tanke bakom det han gör, och finns alltid till hands, redo att undervisa och guida i både stora och små spörsmål.« ■

Nya docenter i Lund

Vid Lunds universitet har som docenter antagits **Björn Lundin** i diagnostisk radiologi, **Johan Staaf** i experimentell onkologi och **Eva Zetterberg** i hematologi. ■

Avlidna

Jens Bernow, Höllviken, 64 år, död 20 januari 2014
Per-Ingvar Brånemark, Mölndal, 85 år, död 20 december
Gun Carlström-Brody, Danderyd, 93 år, död 24 december
Hanne Carstensen, Uppsala, 56 år, död 2 november
Ingrid Cronberg, Munka-Ljungby, 76 år, död 3 oktober
Lena Dahlgren, Lidingö, 82 år, död 10 december
Kaj Lennart Ericson, Stockholm, 70 år, död 25 december
Matts Halldin, Lidingö, 89 år, död 21 december
Göran Hambraeus, Värmdö, 85 år, död 6 december
Karl-Gunnar Rundgren, Spånga, 79 år, död 26 november
Emilio Saura, Lilla Edet, 62 år, död 1 december

KALENDARIUM

Medicinhistoriska museet i Uppsala, föreläsning söndagen den 1 februari, kl 13.30–14.15, Eva Lagerwalls väg 8
Magnus Hjelm: Att vaccinera eller inte vaccinera i ett tidsperspektiv

Svenska Läkaresällskapet, tisdagsdebatt den 3 februari, kl 18.00–19.30, Klara Östra Kyrkogata 10, Stockholm
Magnus Wickman m fl: Allergi mot nötter och jordnöt. När är allergi mot nötter och jordnöt att betrakta som ofarlig?
För ytterligare information, se www.sls.se

Göteborgs Läkaresällskap, onsdagsmöte den 4 februari, kl 18.30, hörsal Arvid Carlsson, Academicum, Medicinaregatan 3
Mar Tulinius, Anders Lindblad: Går det att bota obotliga genetiska sjukdomar?
Samkväm
Anmälan till supén görs per e-post: info@goteborgslakaresallskap.se

Chefsutbildning i patientsäkerhet, Stockholm, tre dagar vid fyra tillfällen med start 9, 12, 17 eller 18 februari 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

Skåne-SÄL, möte tisdagen den 10 februari, kl 14.00, Nya festsalen, Akademiska föreningen, Sandgatan 2, Lund
Bertil Sundén: Ultraljudsdiagnostik i gynekologi och obstetrik – så började det
Mingel
Ingen förhandsanmälan

Väst-SÄL, årsmöte, föredrag och lunch onsdagen den 26 februari, Örgryte församlingshem
Program
11.30 Årsmötesförhandlingar
12.00 Lovisa Törnsten, Bukowskis: Klassiska auktionsobjekt från tre sekler
13.00 Lunch
Deltagaravgiften är 200 kr
Bindande anmälan görs senast den 20 februari till Malin Lindh, e-post: malin.lindh01@gmail.com eller tel 073-801 51 75

Immunologiska aspekter på svår psykiatrisk sjukdom – vad mer vet vi, hur gör vi nu?
Halvdagsutbildning för läkare måndagen den 2 mars, kl 13.00–17.00, Norra Stockholms psykiatri, Vårdvägen 3, S:t Görans sjukhus
- Relevans för inflammationshypotesen vid autism, schizofreni och affektiv sjukdom
- Utredning och behandling av akut insättande OCD hos barn
- Alternativmedicinska och biologiska behandlingsalternativ
- Somatiska manifestationer av hysteri eller somatoform dissociation

Ingen deltagaravgift
Anmälan görs via: http://memogen.se/reg_form.php

Krisstöd – att stärka människors motståndskraft, symposium fredagen den 27 mars, Leksells auditorium, Eugeniahemmet, Karolinska universitetssjukhuset, Solna, i arrangemang av Svensk förening för psykosocial obstetrik och gynekologi
Program
09.00 Registrering
10.00 Margareta Goop: Inledning
10.10 Sara Johansson: Krisstöd – att stärka människors motståndskraft
12.00 Lunch
13.00 Hans-Peter Søndergaard: När en händelse blir ett trauma– aspekter på behandling
14.30 Bengt Starrin: Vardagsmakt och motståndskraft – vad kan vi lära av Pippi Långstrump?
16.00 Avslutning
Deltagaravgiften är 700 kr för medlem, 500 kr för heltidsstuderande och pensionärer, 1 100 kr för övriga
Anmälan görs senast den 16 mars per e-post: anneli.kero@socw.umu.se

Sjukhusläkarnas fullmäktigemöte 2015

Sjukhusläkarnas fullmäktige kallas härmed till ordinarie fullmäktigemöte med seminarium 19–20 mars, lokal Wallenbergaren, 1 tr, Näringslivets hus, Storgatan 19, Stockholm
Seminarium torsdagen den 19 mars, kl.13.00–16.00, om professionsmiljarden
Inbjuden gäst är sjukvårdsminister *Gabriel Wikström*

Av lokalavdelning eller föreningsmedlem väckta frågor, som ska upptas på föredragningslistan, ska enligt stadgarna ha kommit styrelsen tillhanda senast en månad före mötet under adress Sjukhusläkarnas kansli, Box 5610, 114 86 Stockholm eller e-post: madeleine.blomquist@slf.se ■

Ny patientlag vid årsskiftet

Patientlagen trädde i kraft vid årsskiftet. I lagen, vars syfte är att stärka patienternas ställning, samlas bestämmelser av central betydelse för patienter.

I lagen finns bland annat regler om tillgänglighet, information, samtycke, val av behandlingsalternativ och utförare, second opinion samt synpunkter, klagomål och patientsäkerhet. Lagen, som gäller vid sidan av patientsäkerhetslagen, hälso- och sjukvårdslagen med flera lagar, är inte en rättighetslag i den meningen att den innehåller i domstol utkrävbara rättigheter. Även om den inte heller innehåller särskilt många egentliga nyheter, samlar lagen på ett överskådligt sätt regler som tidigare funnits spridda i olika lagar eller rentav varit underförstådda. Detta gör förhoppningsvis regleringen mer lättillgänglig för såväl patienter och anhöriga som vårdpersonal.



Specialitetsföreningarnas representantskap

Nominera ordförande

Den 24 mars är årets första representantskapsmöte för specialitetsföreningarna. Mötet ska då välja en ny ordförande för representantskap på två år, som föreningarna kan nominera till.

2015

24 februari	sista dag för föreningarna att nominera ordförande
24 mars	Specialitetsföreningarnas representantskap

Nomineringsförslag skickas till:
susann.asplund.johansson@slf.se tillsammans med en facklig meritförteckning. Förslag kan även framföras direkt vid representantskapsmötet.

Motionera till fullmäktige

Som enskild medlem kan du påverka förbundet bland annat genom att skriva en motion till Läkarförbundets fullmäktige. Fullmäktige är vårt högst beslutande organ och hålls varje år.

2015

27 mars	Sista dag för motioner
26-27 maj	Fullmäktige

De 28 lokala läkarföreningarna, de åtta yrkesföreningarna och Medicine Studerandes Förbund utser cirka 140 delegater som ska representera dem vid fullmäktige.
Under mötesförhandlingarna diskuterar delegaterna förbundets verksamhet och inriktningar. Via utskott diskuteras motioner och propositioner. Fullmäktige beslutar om ansvarsfrihet för centralstyrelsen samt fastställer verksamhetsplanen, budget, medlemsavgifter och väljer centralstyrelsen med mera.

Läs mer:
www.lakarforbundet.se/fum

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

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

Läkartidningen arrangerar

Program och anmälan:
Läkartidningen.se/events

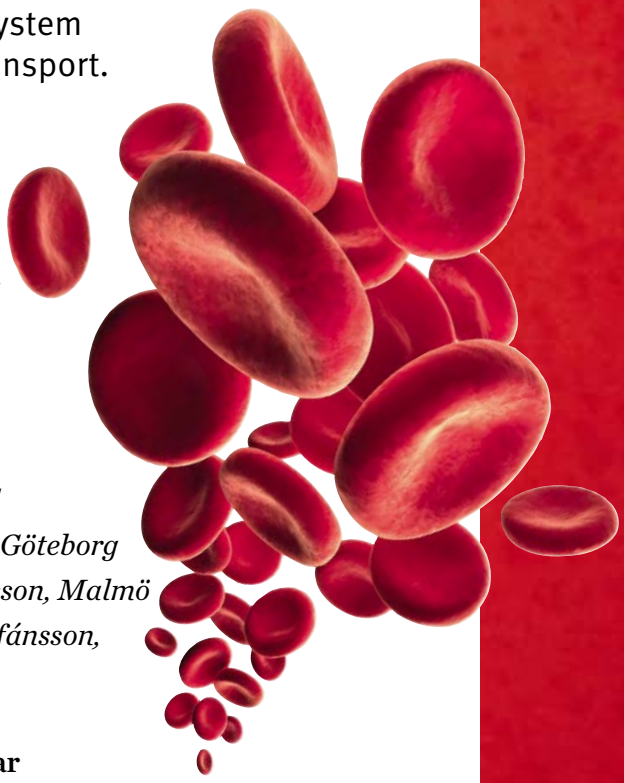
Inbjudan till symposium

Järnbrist

Stockholm, Sophiahemmet Högskola, 17 mars 2015

Järn är nödvändigt för kroppens samtliga enzymsystem och inte minst för energiomsättning och syrgastransport. Järnbrist är vanligt och viktigt att uppmärksamma i primärvården. I det här symposiet belyses betydelsen av järnbrist och järnbristanemi samt indikationerna för behandling.

Välkommen till en intressant eftermiddag!



Preliminärt program den 17 mars 2015:

12.00–13.00	**Registrering och lunch**
13.00–13.15	**Inledning** *professor Stefan Lindgren, Lund*
13.15–13.40	**Hjärtsvikt** *seniorprofessor Karl Swedberg, Göteborg*
13.40–14.05	**Reumatiska sjukdomar** *docent Carl Turesson, Malmö*
14.05–14.30	**Njursjukdomar** *studieläkare Bergur V Stefánsson, Göteborg*
14.30–15.00	**Kaffe**
15.00–15.25	**Obstetriska och gynekologiska sjukdomar** *överläkare Jan Wesström, Falun*
15.25–15.50	**Inflammatoriska tarmsjukdomar** *docent Jonas Halfvarson, Örebro*
15.50–16.10	**Bensträckare**
16.10–16.35	**Järnbrist ur ett primärvårdsperspektiv** *Talare meddelas inom kort*
16.35–17.00	**Avslutning och frågor till panelen**
Moderator:	*Professor Stefan Lindgren, Lund*

Programansvarig: *Professor Stefan Lindgren, Lund*

Pris: 1 895 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 17 mars i Erfors-/Weitnersalen på Sophiahemmet Högskola, Valhallavägen 91 i Stockholm ingång R, längst ner i sjukhusområdet från Valhallavägen, mitt emot Stadion.

Utställare: Renapharma, Vifor Pharma

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

FÖREBYGGER ÅTERFALL AV ATOPISKT EKSEM

NÄSTAN 50% LÄNGRE EKSEMFRI TID | STÄRKER HUDBARRIÄREN
BIDRAR TILL NORMALISERING AV TORR HUD



Ny indikation! Canoderms vattenbindande och barriärstärkande egenskaper bidrar till normalisering av torr hud och förebygger även återfall av atopiskt eksem. Canoderm ger ca 50 % fler eksemfria dagar än en annan kräm*.

Canoderm är ett registrerat läkemedel som kan förskrivas av läkare eller köpas receptfritt på närmaste apotek.

SVM12225A4

*Behandling med Canoderm gav 22 eksemfria dagar jämfört med 15 dagar(46,7% skillnad i mediantid till eksemåterfall jämfört med referenskräm med neutral effekt på hudbarriären, utan karbamid) p=0,0129. Canoderm® 5% karbamid, kräm, RX/OTC. ATC: D02AE01. Indikationer: Fuktighetsbevarande behandling av torr hud av olika genes och förebyggande av återfall av atopiskt eksem. Förpackningar: 100 g tub, 210g tub, 500 g burk och 500 g refillburk. Dosering: Krämen smörjes in vid behov, gärna flera gånger dagligen samt alltid efter kontakt med vatten.För förebyggande av återfall av atopiskt eksem. Applicera krämen minst två gånger dagligen samt helst efter kontakt med vatten. Varningar och försiktighet: Undvik att smörja i ögon, näsa, öron, öppna sår eller på slemhinnor. Krämen kan ge lokal övergående sveda och värmekänsla. Ansiktet är särskilt känsligt. Kontraindikationer: Överkänslighet mot det aktiva innehållsämnet eller mot något hjälpämne. För fullständig förskrivarinformation och pris, se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén: 2014-07-24. Samtliga förpackningar utom 100g ingår i läkemedelsförmånen. ACO Hud Nordic AB www.aconordic.com