



UTBILDNING

Nu satsar svenska hjärtläkare på att utveckla en förbättrad dialog med patienter om levnadsvanor och hälsa. [Sidan 10](#)



VETENSKAP

Den ojämlika fördelningen av makt, pengar och resurser får allvarliga konsekvenser för människors hälsa. [Sidan 6](#)



KVALITET

Sverige ligger efter med beslutsstöd, trots att patienter blir mer trygga och säkra. [Sidan 34](#)



ETIK

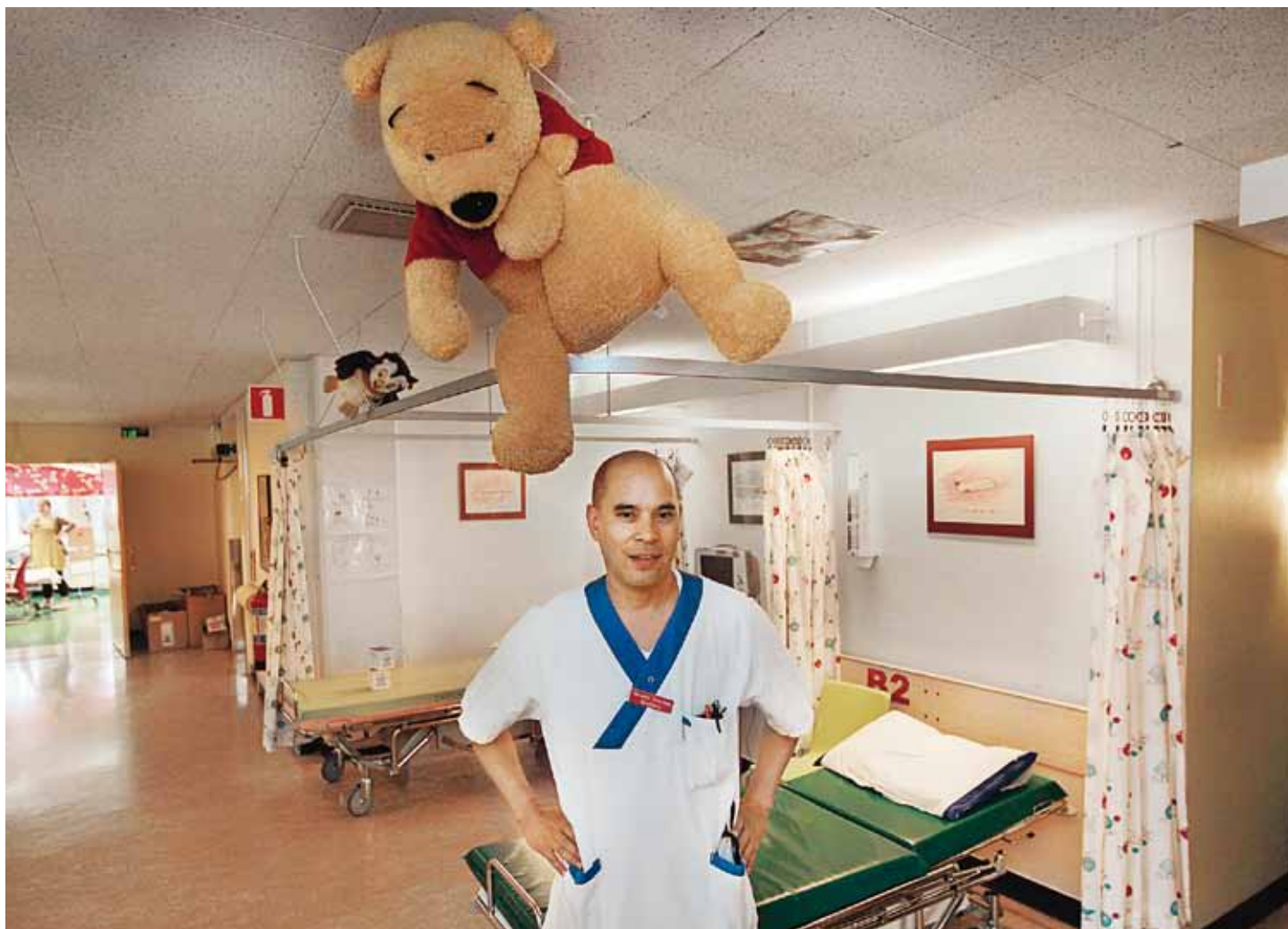
Framtidens medicin kommer att ge upphov till nya etiska frågeställningar i takt med sjukvårdens utveckling. [Sidan 32](#)

SLS aktuellt.



Svenska
Läkaresällskapet

NUMMER 2 2012 | MAJ | ISSN 1650-8203 | SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPETS MEDLEMSTIDNING OM FORSKNING, VETENSKAP & UTBILDNING



Sverige behöver nationella riktlinjer och handlingsprogram för medicinskt omhändertagande av barn som far illa, säger Gabriel Otterman, överläkare vid barnskyddsensheten på Akademiska barnsjukhuset i Uppsala. [Sidan 30](#)



” Cykla mer - dämpa den inflammatoriska processen. ”

BENTE KLARLUND PEDERSEN, PROFESSOR I INTEGRATIV MEDICIN, GÄSTFÖRELÄSER PÅ RIKSSTÄMMAN 2012

[Sidan 29](#)



” Halland fick tidigt stå som förebild när det gäller vårdval. ”

MATS ERIKSSON (M), REGION HALLAND

[Sidan 40](#)

Nu finns ett alternativ till det utgående Salures® K (bendroflumetiazid 2,5 mg + kaliumklorid 573 mg) och även i en lägre styrka



Ett tiaziddiuretikum i lågdos

Centyl® K mite (bendroflumetiazid 1,25 mg + kaliumklorid 573 mg) och **Centyl® K** (bendroflumetiazid 2,5 mg + kaliumklorid 573 mg) har full subvention

Priset för båda lågdospreparaterna ligger inom vår pristolerans

Lägre styrka

Alternativ till Salures® K

Förpackningar och priser

25 styck burk:	74,00 kr.
100 styck burk:	186,00 kr.
25 styck burk:	70,50 kr.
100 styck burk:	109,00 kr.

www.tv.se
www.fass.se

Centyl® K mite (bendroflumetiazid 1,25 mg och kaliumklorid 573 mg) och **Centyl® K** (bendroflumetiazid 2,5 mg och kaliumklorid 573 mg). Filmdragerade tabletter. Diuretikum och blodtrycksänkande medel. ATC-kod: C03AB01. **Indikation:** Hypertoni. Ödem i samband med hjärtsufficiens. Ödem av annan genes. Profylaktisk behandling av patienter med reciderande idiopatisk njurstenssjukdom. **Kontraindikationer:** Svår lever- och njursufficiens. Manifest gikt. Överkänslighet mot tiazider och närstående sulfonamider. Överkänslighet mot de aktiva substanserna eller mot något hjälpämne. **Dosering:** Tabletterna ska sväljas hela med minst 1/2 glas vatten. **Hypertoni:** Vid långtidsbehandling som regel 1,25-5 mg bendroflumetiazid dagligen som engångsdos på morgonen. Med ledning av effekten på blodtrycket inställs patienten på lägsta möjliga underhållsdos. Bendroflumetiazid kan med fördel kombineras med betablockerare och andra blodtrycksänkande medel. Den vanliga rekommenderade dosen av dessa medel bör därvid reduceras. **Ödem:** 2,5-10 mg bendroflumetiazid. Lämplig initialdos 5 mg bendroflumetiazid dagligen. Underhållsdos: 2,5-5 mg bendroflumetiazid dagligen kontinuerligt eller intermittert med 2-4 behandlingsfria dagar per vecka. Hela dagsdosen ges i allmänhet på morgonen. **Premenstruella ödem:** 2,5 mg bendroflumetiazid dagligen 7-10 dagar premenstruellt. **Varningar och försiktighet:** Diabetes mellitus är ingen kontraindikation men patienten bör observeras med tanke på att Centyl® K mite/Centyl® K kan ge förändringar i kolhydratmetabolismen. I samband med utsvämning av ödem vid samtidig digitalismedicinering eller vid levercirrhos rekommenderas extra kaliumtillskott. Centyl® K: Vid längre tids medicinering rekommenderas kontroll av S-kalium och beroende på svaret kan kaliumrik kost, eventuellt extra kaliumtillskott behöva ges. **Förpackningar:** 25 och 100 st. För fullständig produktinformation och priser se www.fass.se. Datum för översyn av produktresuméerna: 2009-05-04 och 2010-09-17.

LEO® 200933 © LEO Pharma AB FEB 2012 Grafikom Org.nr. 556075-4318. ALLA LEO VARUMÄRKEN SOM NÄMNS ÄGS AV LEO GROUP.



LEO Pharma

Box 404 . SE-201 24 Malmö
Tel.: 040-352200 . Fax: 040-352276
info.se@leo-pharma.com . www.leo-pharma.se

centyl® K mite
bendroflumetiazid 1,25 mg
+ kaliumklorid 573 mg

centyl® K
bendroflumetiazid 2,5 mg
+ kaliumklorid 573 mg

INNEHÅLL

Medicinska riksstämman 2012	4
Ojämnlikheter i hälsa	6
Motiverande samtal	10
Fortbildning hos din arbetsgivare	12
Professionalitet i läkarens yrke	14
Forsknings- och innovationspropositionen	16
Skönlitteratur för att förstå	18
Var är studenterna?	20
Dags att söka Asklepiospriset	21
Hur länge ska läkarkåren tiga?	22
Svenska Psykiatrikongressen 2012	23
Inte enbart för psykiatern	24
Riksstämmans symposieprogram 2012	25
Tre intressanta föreläsare	29
Etiken i framtiden	32
Dagens AT tas bort	33
Beslutsstöd för att stärka patientens val	34
Nyfiken på Lise-Lotte Risö Bergerlind	36
Abraham Bäck	37
Vetenskapliga slutrapporter	38
Vad innebär vårdval Halland plus?	40
Söderbergska prisutdelningen	43
Inlägg	44
Restaurangen	46
Medicinska språkfrågor	49
ST-randning i Tanzania eller Indien	50
Kalendarium	51

SLS Aktuellt – information till Svenska Läkaresällskapets medlemmar

Ansvarig utgivare: Mats Bauer
Redaktör: Agneta Davidsson Ohlson,
telefon 08-440 88 75
Redaktionsråd: Tove Gunnarsson, Gösta Eliasson,
Eva Nordin, Mats Bauer, Jaana Logren Berqvist och
Agneta Davidsson Ohlson
Annonser: Tord Amré, 0652-151 10, tord@tmmedia.se
Layout: Amiforma www.amiforma.se

SLS Aktuellt utkommer fyra gånger per år.
Upplaga: 17 000 ex. Tryck: AB Danagårds Grafiska.
Nästa nummer 30/8 – manusslipp externt material 15/6

Svenska Läkaresällskapet, Box 738, 101 35 Stockholm,
Besöksadress Klara Östra Kyrkogata 10, Tel 08-440 88 60
Foto omslag: Staffan Claesson

Tidskriften är TS-kontrollerad

**SVERIGES
TIDSKRIFT**



SLS aktuellt.

NUMMER 2 2012

Bästa medlemmar! Vi stöttar FN:s arbete att bekämpa ickesmittsamma sjukdomar.

Förra året inledde FN ett stort arbete med att bekämpa icke-smittsamma sjukdomar (non-communicable diseases, NCD) och gav direktiv till sina medlemsstater, däribland Sverige. Svenska Läkaresällskapet deltar aktivt i detta viktiga arbete, tillsammans med andra intresseorganisationer och myndigheter.



Hjärt-kärlsjukdomar, cancer, diabetes och kroniska lungsjukdomar är exempel på icke-smittsamma sjukdomar. Den sammanlagda sjukdomsburden är utbredd globalt och ökar snabbt i låg- och mellaninkomstländer.

NCD skördar för närvarande flest antal dödsfall i världen; av 57 miljoner dödsfall (2008) kunde 36 miljoner relateras till NCD.

NCD utgör ett brett sjukdomspanorama där kompetensbehovet är stort. Här har Läkaresällskapets sektioner möjlighet att bidra med sina kunskaper. Initiativet sammanfaller väl i både tid och innehåll med Socialstyrelsens nya riktlinjer för sjukdomsförebyggande åtgärder; ett implementeringsarbete som bedrivs i samarbete med Svenska Läkaresällskapet och dess sektioner. Även om det finns kritik mot själva hanteringen av dessa riktlinjer, är det glädjande att många sektioner med stor entusiasm, tar sig an uppgiften att förändra patienters levnadsvanor. Detta är på sätt och vis ett paradigmskifte; vi får allt starkare fokus på att behålla friskhet och förebygga sjukdom i en värld som hittills har fokuserat på att behandla patienter när väl sjukdomshändelser redan har inträffat. Trots att vi idag vet att det finns goda belägg för att satsningar på att stimulera friskfaktorer och reducera riskfaktorer ger goda hälsoeffekter.

Svenska Läkaresällskapet vill med förankring i vetenskap och etik stimulera och medverka i detta nationella och internationella arbete för att främja hälso- och sjukvården. Många länder arbetar nu enligt FN:s och WHO:s uppdrag. Det är dock anmärkningsvärt att FN i sin målsättning med arbetet kring NCD primärt valt att inte inkludera mental ohälsa. Med tanke på den omfattande utbredningen av den mentala ohälsan måste åtgärder vidtas liknande dem för till exempel hjärt-kärlsjukdomar. Låt oss i Sverige försvara och utveckla vårt goda samhälle ännu mer avseende goda levnadsvanor för alla våra medborgare. Arbetet måste ske på olika nivåer, från regeringen till hela samhället – ett långsiktigt arbete som kommer att löna sig.

Hälsar

Peter Friberg
Peter Friberg
Ordförande

Årets Medicinska riksstämma har temat "Framtidens hälsa". Trots satsningar på välfärd och en enastående medicin-teknisk utveckling ökar hälsoklyftorna och livsstilssjukdomarna. Hälso- och sjukvården kan inte ensam möta framtidens utmaningar, det krävs nya och bredare samarbeten. Riksstämman erbjuder mötesplatsen och möjligheterna.



KONGRESSAVGIFTER INFÖRS på Medicinska riksstämman

Svenska Läkaresällskapet fortsätter satsningen på att utveckla Medicinska riksstämman, Sveriges största medicinska och vårdpolitiska möte. Tillsammans med ett flertal samarbetspartners och medarrangörer arbetar Svenska Läkaresällskapet för en kvalitetsdriven och kunskapsstyrd hälso- och sjukvård.

MEDICINSKA RIKSSTÄMMAN

– FRAMTIDENS MÖTESPLATS FÖR VETENSKAP, DIALOG OCH DEBATT

NATIONELLT, MEN ÄVEN GLOBALT, ökar de ojämlika sociala och ekonomiska skillnaderna. Samtidigt växer hälsoklyftorna.

Fler och fler länder ställer krav på nya välfärdsåtgärder som tar hänsyn till inte bara BNP, utan också miljöpåverkan, hållbar utveckling och människors livskvalitet.

– Ekonomi, ekologi och sociologi hänger nära samman. Det är så mycket runt en patient med exempelvis hjärtsjukdom som påverkar. Den sociala positionen är mycket starkt kopplad till sjukdom och hälsa. Förhållanden under

” Vi behöver detaljerna, men också lyfta blicken för att få helheten.”

vilka människor föds, växer, bor, och arbetar är sociala bestämningsfaktorer som spelar en viktig roll för hälsoutvecklingen. Vi behöver detaljerna, men också lyfta blicken för att få helheten, säger Peter Friberg, ordförande för Svenska Läkaresällskapet.

Motverka snäva perspektiv

Medicinska riksstämman, erbjuder en modern arena att utifrån vetenskapliga perspektiv utveckla framtidens hälso- och sjukvård. Här finns mötesplatsen och möjligheterna för samverkan,

samarbete och diskussion.

Behovet av en sådan mötesplats är större än någonsin för att motverka fragmentisering och snäva perspektiv, menar han.

– Vi arbetar stegvis för att utveckla Riksstämman, den behövs och det finns stora potentialer för många aktörer att vara med och påverka utvecklingen av framtidens sjukvård. Jag skulle vilja jämföra Riksstämman med vetenskapliga tidskrifter som Lancet, Jama, New England Journal of Medicine. De vetenskapliga delarna utgör grunden, men de ramar in i ett större sammanhang där

vårdforskningsspolitiska frågor diskuteras. Så är det också på Riksstämman, säger Peter Friberg.

Äldreomsorg en framtidsfråga

En av många viktiga framtidsfrågor är äldreomsorgen. I början av året invigdes Europaåret för aktivt åldrande och solidaritet mellan generationer. Vilket samhälle ska vi ha och hur kan myndigheter, organisationer och hälso- och sjukvården samverka för att skapa förutsättningar för människor att uppnå ett aktivt och hälsosamt åldrande?

– När vi talar om äldre och äldreboende behöver vi vidga perspektiven, det handlar inte bara om sjukvård, utan också om hur vi ska mäta, värdera och synliggöra en bra omsorg för äldre. Hälso- och sjukvården är en viktig del, men vi behöver arbeta tillsammans med exempelvis Sveriges kommuner och landsting och även socialdepartementet för att lyckas utveckla en bättre och mer human äldreomsorg, säger Peter Friberg. ●

EVA NORDIN



MEDICINSKA RIKSSTÄMMAN – ett vinterns Almedalen, är ett viktigt forum för att påverka framtidens sjukvård.

Förra året samlades över 8 000 deltagare för att ta del av omkring 700 programpunkter på temat "Säkrare vård".

I år är temat Framtidens hälsa och förberedelserna är i full gång.

Vid sidan av det vetenskapliga programmet erbjuds ett flertal scener där vårdpolitiska debatter, samtal och dialoger mellan företrädare för myndigheter, organisationer och vårdens utövare äger rum.

ST-kurs i etik

Nya satsningar görs på att utveckla en modernare mötesform och bättre ta tillvara den utbildningspotential som Medicinska riksstämman erbjuder. Även i år kommer kvalitetsgranskade kurser att hållas för blivande specialistläkare. Studierektorer och ST-läkare efterfrågar bland annat utbildning i etik med fokus på etiska frågor i sjukvårdens vardag.

– Satsningen på formella kvalitetsgranskade kurser blev en framgång förra året. Denna satsning vill vi fortsätta att utveckla, säger Mats Bauer, VD för Svenska Läkaresällskapet.

Kongressavgifter även för medlemmar

Medicinska riksstämman har sedan starten 1943 varit avgiftsfri för Svenska Läkaresällskapets medlemmar. Mycket har dock hänt sedan dess. Vården, samhället och de politiska frågorna ser annorlunda ut idag. Kraven och utmaningarna är nya och Sverige är idag på

lokal och nationell nivå en del av en global värld.

Att utveckla Medicinska riksstämman till en modern mötesplats kräver resurser och nya satsningar. Från och med i år införs därför en kongressavgift.

– Vi är en politiskt och fackligt obunden ideell organisation med begränsade resurser. Att arrangera Medicinska riksstämman kostar stora pengar och kräver betydande insatser. Styrelsen för Svenska Läkaresällskapet har fattat beslutet att i år införa en kongressavgift, med en kraftig rabatt för våra medlemmar. Det är ett nödvändigt beslut. Vi hoppas och tror att våra medlemmar och deras arbetsgivare ska ha förståelse för detta. Beslutet ökar våra möjligheter att fortsätta driva viktiga frågor och bibehålla Medicinska riksstämman som den största medicinska och vårdpolitiska mötesplatsen i Sverige, säger Mats Bauer.

Mötesplats med möjligheter

Hälso- och sjukvården är en del av ett större sammanhang och behöver samarbeta med andra för att framgångsrikt kunna påverka utvecklingen. Det finns ett stort behov hos vårdens anställda att samtala direkt med administratörer och sakkunniga som har stort inflytande över hälso- och sjukvårdens utveckling. Det finns även ett utbrett önskemål hos politiker och tjänstemän att träffa vårdens företrädare och vårdens utövare. Riksstämman ger unika möjligheter till sådana informella möten, menar Mats Bauer.

– Svenska Läkaresällskapet arbetar aktivt med att utveckla Medicinska

riksstämman. Det gör vi bland annat genom en nära dialog med våra samarbetspartners, Svensk sjuksköterskeförening och Legitimerade sjukgymnasisters riksförbund samt våra medarrangörer Läkemedelsindustriföreningen, Vinnova, Vårdalstiftelsen, Vinnvård och Försäkringskassan.

I år satsar Svenska Läkaresällskapet ännu mer kraftfullt på att skapa ett spännande och aktuellt program med inbjudna föreläsare och debattörer som kan spegla den vårdpolitiska diskussionens perspektiv.

– Vår ambition och förhoppning är att vi tillsammans ska påverka utvecklingen och skapa förutsättningar för en god vård och hälsa för hela befolkningen, säger Mats Bauer. ● EVA NORDIN

KONGRESSAVGIFTER

Medicinska riksstämman 28-30 november, Stockholmsmässan.

KONGRESSAVGIFTER:

Icke medlemmar:

3 dagar 5 000 kronor
1 dag 2 750 kr (fredag 2 250 kr)

Medlemmar:

3 dagar 2 000 kronor
2 dagar 1 600 kr
1 dag 1 000 kr (fredag 500 kr)

Pensionär: 1-3 dagar 500 kr

Kandidatföreningen: Fritt inträde

Övriga studerande: 100 kronor

Ytterligare information på
www.riksstamman.se

MALMÖ ANLITAR FORSKARE FÖR ATT MINSKA OJÄMLIKHETER I HÄLSA

I Malmö ökar de ojämlika sociala och ekonomiska skillnaderna. Till exempel är andelen barn i ekonomiskt utsatta hushåll 11 procent i en stadsdel och 61 procent i en annan. Den ojämlika fördelningen av makt, pengar och resurser får allvarliga konsekvenser för människors hälsa. Nu vill politikerna i Malmö bryta den ojämlika sociala utvecklingen.

SVERIGE VAR TIDIGARE bäst i klassen när det gäller en bred politik för folkhälsa. Så är det inte längre. De socioekonomiska skillnaderna i hälsa är stor, i vissa fall större än vissa länder i Europa.

Nationellt, men även globalt, växer hälsoklyftorna. Det speglar en utveckling som leder till ohållbara samhällssystem.

– Skillnaderna mellan de som är sämst utbildade och har det sämst och de som är bäst utbildade och är friskast, ökar.

– Vi vet att rökning, alkoholmissbruk, övervikt, fysisk inaktivitet och osund kost innebär en ohälsosam livsstil som ger upphov till hjärtkärl- och cancersjukdomar. Vi kan också se att det framförallt är i de lägre socioekonomiska grupperna, de som har det sämst, som ohälsan är störst, säger Sven-Olof Isacsson, professor emeritus i socialmedicin samt ordförande för Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö.

Flest fattiga barn i Malmö

Kommissionen tillsattes i slutet av 2010 av kommunstyrelsen i Malmö. Därefter har omvärlden fått ta del av en utveckling där skottlossning på öppen gata, gängkrig och kriminalitet har blivit ett inslag i vardagen. Malmö är ett exempel på en stad som inte hänger ihop socialt och där ojämlikheten ökar. Det är särskilt tydligt när det gäller hälsa; det skiljer nästan sju år i medellivslängd mellan två olika stadsdelar i Malmö. Staden har också flest fattiga barn i



Foto: Conchi Gonzalez

Sverige; 31 procent av barnen i Malmö räknas som fattiga, enligt Rädda barnen, jämfört med 14 procent i Stockholm och 17 procent i Göteborg.

– När jag fick en förfrågan om att leda kommissionen blev jag väldigt glad. Det är första gången i Sverige, och sannolikt i världen som en kommun vill försöka omsätta kunskap i praktisk hand-

ling. Bakgrunden är WHO-rapporten "Closing the Gap in a Generation" som publicerades 2008. Flera länder som Storbritannien och Danmark har uppmärksammat studien och startat nationella kommissioner. Malmö är först ut att tillsätta en kommission på lokal nivå, säger Sven-Olof Isacsson. Kommissionen är politiskt obunden.

Fjorton kommissionärer är tillsatta för att identifiera sociala orsaker till ojämlikheter i hälsa. Uppdraget är att ta fram ett vetenskapligt underlag som bas för politiska beslut som kan leda till att skillnader i hälsa minskar.

I december ska slutrapporten vara klar och presenteras för politikerna.

– En av utmaningarna har varit att på kort tid hitta en solid grupp av kommissionärer. Nu hade jag ett bra nätverk av namnkunniga forskare tack vare att jag suttit i många nationella och internationellt tunga forskningsråd. Det är fantastiskt kul att de som blev tillfrågade ställde upp direkt, säger Sven-Olof Isacsson.

Ohälsa måste ses i ett vidare perspektiv

Ojämlikhet i ekonomiska resurser bidrar till ojämlikhet i hälsa. Men det är inte bara inkomst och förmögenhet som har ett nära samband med hälsa, utan även utbildning och samhällsklass.

– Det förebyggande hälsoarbetet blir ineffektivt om det enbart riktas mot hälsoskadligt beteende. Hur vi lever, det vill säga om vi röker, är fysiskt inaktiva och äter osunt, hänger nära samman med vår socioekonomiska situation, säger Sven-Olof Isacsson.

Han startade sin karriär som specialist i internmedicin och kardiologi och fortsatte sedan inom allmänmedicin. I början på 1980 fick han en professur i socialmedicin vid Lunds universitet. Redan 1991 presenterade hans institution en rapport i Malmö om sociala hälsoklyftor som visade den starka kopplingen mellan medellivslängd, skillnader mellan stadsdelar och sambandet med sociala faktorer.

Sven-Olof Isacsson har lång erfarenhet av förebyggande folkhälsoarbete, både i Sverige och internationellt.

Efter pensioneringen 2001 då han lämnade sin tjänst som prefekt för samhällsmedicinska institutionen i Malmö, har han i över ett decennium arbetat internationellt i länder som Georgien, Kenya samt i Sydamerika och Sydafrika.

– Jag har bland annat tittat på hur olika länder använder och tillämpar kunskapen om folkhälsa. Det har varit

både stimulerande och lärorikt, säger Sven-Olof Isacsson.

Stort behov av nya välfärdsmått

Det finns en växande global rörelse som pläderar för behovet av ett nytt välfärdsmått. För tre år sedan tillsatte den franske presidenten Nicolas Sarkozy en kommission av välrenommerade ekonomer som leddes av nobelpristagaren Joseph Stiglitz. Uppdraget var att fundera över hur man bäst beskriver ett lands välfärd och rikedom, samt hitta mätmetoder som inte bara tar hänsyn till BNP, utan också miljöpåverkan, hållbar utveckling och människors livskvalitet.

Även OECD, Världsbanken och EU-kommissionen har expertgrupper som vill utveckla alternativa välfärdsått.

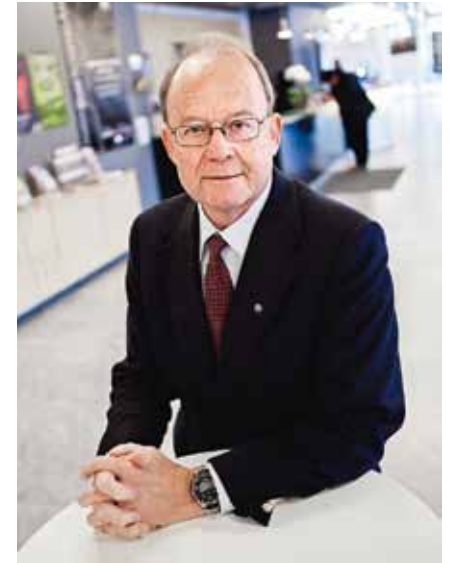
– Det är spännande att också Malmö ser den sociala hållbarheten som en del av den ekonomiska och ekologiska hållbarheten. Det går inte endast att satsa

” Det är spännande att också Malmö ser den sociala hållbarheten som en del av den ekonomiska och ekologiska hållbarheten. Det går inte endast att satsa på ekonomisk tillväxt och nonchalera de andra bitarna, då raseras samhällssystemen. ”

Denny Vågerö är professor i medicinsk sociologi och en av fjorton forskare i Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö. Han har under många år forskat kring hur samhällsförändringar påverkar befolkningens hälsa. Han har även haft tunga uppdrag i den globala- samt europeiska kommissionen som arbetar mot växande hälsoklyftor.

DET ÄR KORT OM TID. Om drygt åtta månader ska kommissionen lägga fram en rapport med skarpa förslag till Malmös politiker.

– Vi hoppas att de förslag vi presenterar ska tas emot väl. Jag tror att alla inser att vi behöver politiska beslut som gynnar folkhälsan och en mer jämlik samhällsutveckling, säger Denny Vågerö.



Sven-Olof Isacsson, professor emeritus i socialmedicin samt ordförande för Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö.

på ekonomisk tillväxt och nonchalera de andra bitarna, då raseras samhällssystemen, säger Sven-Olof Isacsson. ●

EVA NORDIN



Denny Vågerö, professor i medicinsk sociologi och en av fjorton forskare i Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö.

Det är lite för tidigt att uttala sig om vilka förslag kommissionen kommer att lägga, menar han. Men prioriterade områden är bostadssegregationen, barns uppväxtvillkor, arbetsmarknaden och utbildning.

Sociala determinanter

Denny Vågerö är verksam vid CHES, Centre for Health Equity Studies vid Stockholms Universitet/Karolinska Institutet samt medlem i Vetenskapsakademien.

Han har tidigare medverkat som kommissionär i WHO's "Commission on Social Determinants of Health, och ingår nu även i den europeiska WHO-kommittén "European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide", som leds av professor Michael Marmot.

– Jag arbetar med kommissionens övergripande frågeställningar, samt analyser av vad som påverkar hälsa och ojämlikheter i hälsa, det som vi kallar sociala determinanter, säger Denny Vågerö.

Han lyfter fram professor Michael Marmots rapporter som en viktig kunskapskälla för länder som vill arbeta mot en växande ojämlikhet och en bättre folkhälsa.

Michael Marmot är professor i epidemiologi och folkhälsa vid University College i London samt chef för International Center for Health and Society.

Han har fått stor uppmärksamhet för sina Whitehallundersökningar som inleddes på 1970-talet och som visade att sjukdomsfrekvensen ökar ju längre ned man befinner sig på den sociala skalan.

År 2000 blev han adlad för sina insatser inom epidemiologin och för förstärkelsen av ojämlikhet i hälsa.

Sociala positionens betydelse för hälsa

Avgörande betydelse för hälsa, välbefinnande och livslängd, menar Michael Marmot, är en människas autonomi; det vill säga hur mycket kontroll man har över sin livssituation och de möjligheter man har till ett fullödigt socialt engagemang och deltagande. Ju lägre ned på samhällstrappan och ju mindre kontroll desto större risk för att drabbas

av sjukdomar och social utstötning.

Den sociala positionen är mycket starkt kopplad till hälsan. I England, som är ett starkt hierarkiskt samhälle, är exempelvis risken för hjärtsjukdom högre än i nästan hela resten av världen.

– Sverige följer en internationell trend. Under de senaste fyra decennierna har vi haft en ökad ojämlikhet och ökade hälsoskillnader. Det skiljer idag drygt fem år i medellivslängd mellan de som är grundskole- respektive postgymnasialt utbildade. Den skillnaden har ökat sedan 1970. Skillnaderna mellan gymnasieutbildade och de som har postgymnasieutbildning ökar också under perioden,

säger Denny Vågerö.

Det finns ett stort växande intresse runt om i landet för kommissionens arbete, menar han.

– Vi har tidigare försökt att få till stånd en parlamentarisk utredning kring frågan om ojämlikhet i hälsa utan att lyckas. Nu har istället Malmö tagit initiativet till en kommission. Den politiska ledningen i kommunen har gett kommissionen ett klart och tydligt uppdrag, ambitionen är att minska segregationen och hälsoklyftorna. Jag tycker man gör en pionjärsats. ●

EVA NORDIN



I England, som är ett starkt hierarkiskt samhälle, är exempelvis risken för hjärtsjukdom högre än i nästan hela resten av världen.

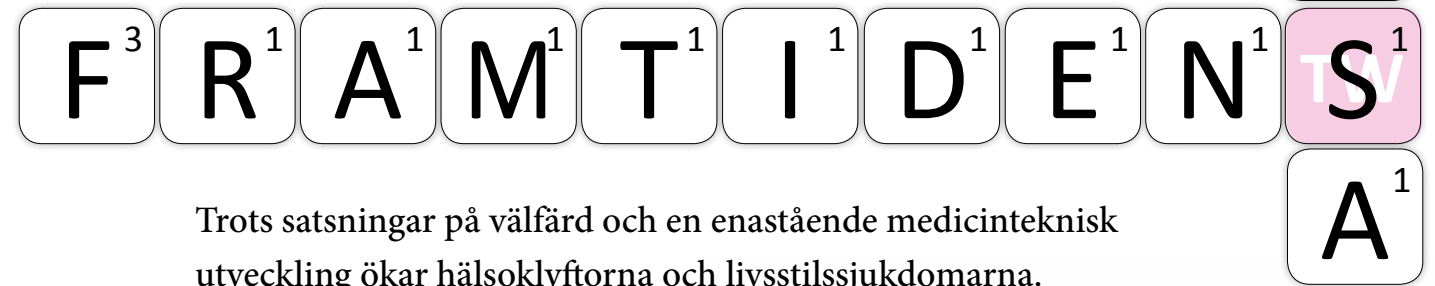
KOMMISSIONÄRERNA

Urvalet av kommissionärer har gjorts på grundval av att de ska komplettera varandra forsknings-, kunskaps- och nätverksmässigt. Var och en har en unik kompetens och förmåga att se samband och helhetsperspektiv. Utöver kommissionen finns ett antal seniora experter. Deras uppdrag är att läsa delrapporter, granska hållbarheten av texter och vara ett kompetensstöd till kommissionärerna.

- Malmökommissionen har tre prioriterade områden:
 - Barn och ungas uppväxtvillkor
 - Demokrati och inflytande i samhället
- Sociala och ekonomiska förutsättningar

Följ kommissionens arbete på: www.malmo.se/kommission
Du kan även följa utvecklingen av hälsoojämlikheter i Europa på: www.health-inequalities.eu

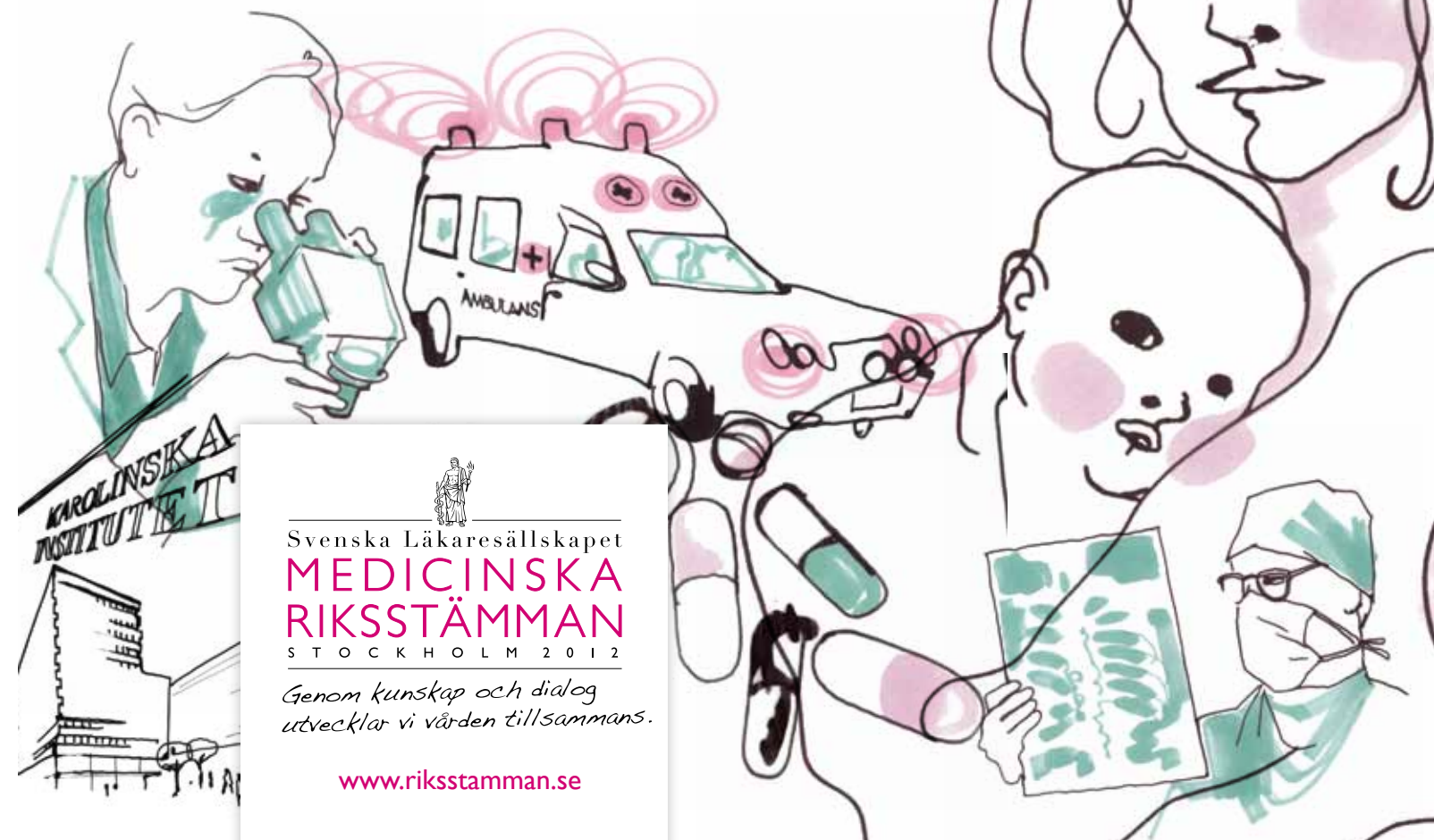
Det är dags att boka in Medicinska riksstämman



Trots satsningar på välfärd och en enastående medicinteknisk utveckling ökar hälsoklyftorna och livsstilssjukdomarna. Hälso- och sjukvården kan inte ensam möta framtidens utmaningar, det krävs nya och bredare samarbeten.

Medicinska riksstämman erbjuder mötesplatsen och möjligheterna. Välkommen till Sveriges största tvärvetenskapliga möte, för sjukvårdens utveckling – för hela vårdteamet. I år med siktet inställt på framtidens hälsa.

28–30 november 2012 på Stockholmsmässan i Älvsjö



Svenska Läkaresällskapet
**MEDICINSKA
RIKSSTÄMMAN**
STOCKHOLM 2012

Genom kunskap och dialog
utvecklar vi vården tillsammans.

www.riksstamman.se

MOTIVERANDE SAMTAL FÖR LIVSSTILSFÖRÄNDRINGAR

Många patienter med etablerad hjärt-kärlsjukdom har svårt att förändra sina levnadsvanor. Nu satsar svenska hjärtläkare på att utveckla sjukdomsförebyggande arbetssätt och en förbättrad dialog med patienter om levnadsvanor och hälsa.

STILLASITTANDE, BUKFETMA, osund kost och rökning är viktiga riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom och ökad dödlighet.

Denna kunskap är väl känd och många patienter skulle vilja förändra sina levnadsvanor för att uppnå en bättre hälsa, men lyckas inte.

Enligt det svenska hjärt-kärlregistret Swedeheart, lyckas endast en femtedel av de patienter som drabbats av hjärtinfarkt att följa ett rekommenderat träningsprogram i syfte att nå de målvärden, för bland annat blodfetter och blodtryck, som finns i Socialstyrelsens hjärtriktlinjer.

– Vi vet att det finns sjukdomar som orsakas och förvärras av osunda levnadsvanor. Vi vet också att de är möjliga att påverka, därför känns det högst angeläget att vi engagerar oss i detta. Vi behöver lära oss att använda bättre metoder för att samtala med patienter och motivera dem till livsstilsförändringar, säger Kristina Hambraeus, överläkare vid Kardiologkliniken på Falu lasarett samt ledamot i Svenska Kardiologföreningens styrelse.

Hon är också sektionens styrelsekontakt för utvecklingsprojektet ”Läkares samtal om levnadsvanor”, som är ett samarbete mellan Svenska Läkaresällskapet och Socialstyrelsen.

– Vi är flera sektioner inom Svenska Läkaresällskapet som nu arbetar tillsammans för att implementera de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Jag ser projektet som en möjlighet att lära av varandra. En fråga handlar till exempel om alkohol. Vi vet att en liten mängd kan vara kärlskyddande, men det är också viktigt att komma ihåg att alkohol kan orsaka förmaksflimmer.

Vi behöver därför hjälpas åt att föra fram ett gemensamt budskap så att patienterna inte blir förvirrade, säger Kristina Hambraeus.

Viktigt att angripa grundorsakerna

Hon menar att projektet också öppnar för ett närmare samarbete med primärvården. Det handlar om att påverka patienter i tid så att de inte riskerar att bli sjuka på grund av sin livsstil.

– Vi som arbetar på sjukhus möter patienter som är mer eller mindre hjärtsjuka. När vi exempelvis utför ballongsprängningar så behandlar vi dock bara ett litet område, men ateroskerosprocessen finns i hela kärltrådet. Vi behöver därför bli mycket bättre på att angripa grundorsakerna. Svårigheten är att få till stånd beteendeförändringar, men nu har Socialstyrelsen gått igenom alla de metoder som finns och plockat ut de som visat sig vara mest effektiva. Vi tror



Foto: Conchi Gonzalez

”Individen måste känna att en förändring av beteendet är begriplig, genomförbar samt meningsfull.”

också att vi kan utveckla dessa metoder ytterligare för att nå ett bättre resultat, säger Kristina Hambraeus.

Implementera förebyggande arbetssätt

Nyligen utsågs Anna Kiessling, specialist i kardiologi och verksam vid Institutionen för kliniska vetenskaper på Karolinska institutet till sektionsansvarig för Svenska Kardiologföreningens arbete med att implementera sjukdomsförebyggande arbetssätt inom hjärtsjukvården, med fokus på svenska hjärtläkare.

– Mina förhoppningar är att bidra till att sjukdomsförebyggande arbete får en självklar roll i kardiologers patientrelaterade arbete. Att medvetenheten om de stora vinster som kan uppnås i minskad sjuklighet och dödlighet omsätts i praktisk handling så att man regelmässigt samtalar med patienter om levnadsvanor och erbjuder stöd för hälsosammare livsstil, i enlighet med riktlinjerna, säger Anna Kiessling.

Frågan om vad som krävs för att uppnå detta är komplex, menar hon. Beteendeförändringar, oavsett om det gäller läkares beteende gentemot patienter eller patienter som bör ändra beteende vad gäller levnadsvanor, så handlar det om motivation och incitament.

– Individen måste känna att en förändring av beteendet är begriplig, genomförbar samt meningsfull. Kardiologer behöver också uppleva att samtalen vilar på en vetenskaplig grund, är praktiskt genomförbara i den dagliga rutinen samt meningsfulla, det vill säga löna sig och leda till positiva effekter för patienterna, säger Anna Kiessling.

Rökstopp inför operation prioriteras

Ett flertal sektioner inom Svenska Läkaresällskapet är nu engagerade i projektet ”Läkares samtal om levnadsvanor”.

I slutet av mars hölls ett möte där sektionerna för allmänmedicin, arbets- och

miljömedicin, beroendemedicin, fysisk aktivitet, idrottsmedicin, gastroenterologi, kardiologi, ortopedi, psykiatri och reumatologi deltog. Syftet var att diskutera riktlinjerna för det fortsatta arbetet.

– Mötet var väldigt positivt. Det finns många idéer och mycket positiv energi kring hur vi som läkare kan bli bättre på att samtala med våra patienter. För oss läkare är ju uppgiften att samtala om hur levnadsvanor påverkar patientens sjukdom, och hur de kan ha samband med olika symtom som hon söker för. Vi har stora förhoppningar om att projektet kommer att innebära ett genombrott i dessa frågor. Sjukhusläkarna är en nyckelgrupp. Rökstopp i samband med operation är exempelvis den högst prioriterade åtgärden i Socialstyrelsens riktlinjer, säger Lars Jerdén, som leder projektet vid Svenska Läkaresällskapet.

Samtal med kvalitet

Han hoppas nu att fler sektioner vill ansluta sig. Sektionerna för kirurgi och obstetrik och gynekologi ställer sig positiva. Viktigt är också att sektionerna för diabetologi, endokrinologi, internmedicin, lungmedicin och onkologi vill vara med.

– Det är viktigt att understryka att projektet i första hand gäller sjukdomsbehandling och sekundär prevention, inte uppsökande verksamhet till en frisk befolkning. Flera landsting har tyvärr skapat ersättningsystem som ger en felaktig bild av vad vården ska satsa



Kristina Hambraeus, överläkare vid Kardiologkliniken på Falu lasarett samt ledamot i Svenska Kardiologföreningens styrelse.

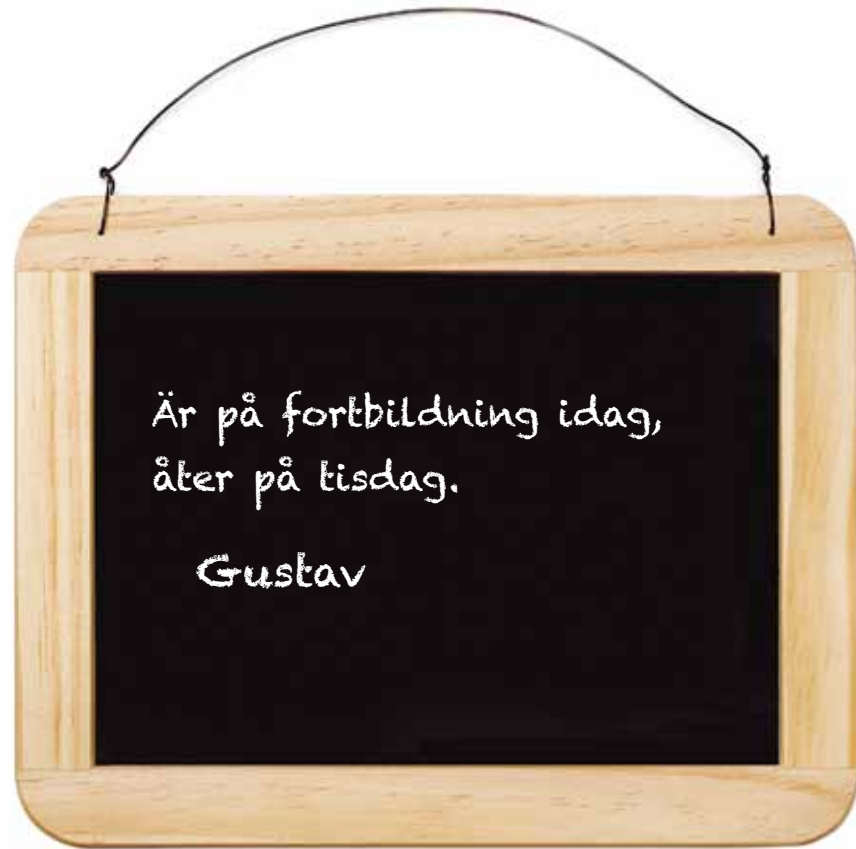
på. Det är inte att ensidigt fråga och registrera levnadsvanor, utan att föra samtal med kvalitet med våra patienter. Andra utmaningar är att verka för att landstingen tillför vården nya resurser för sådana samtal, och att insatserna når dem som bäst behöver dem. När de inte rätt målgrupper kan den ojämlika hälsan ytterligare förvärras, säger Lars Jerdén. ●

EVA NORDIN

LÄKARES SAMTAL OM LEVNADSVANOR

Om du vill veta mer om projektet ”Läkares samtal om levnadsvanor” besök: www.sls.se/levnadsvanor eller kontakta projektledare Lars Jerdén lars.jerden@ltdalarna.se
Projektkoordinator: Marie-Louise Schyberg marie-louise.schyberg@sls.se





Inom laboriemedicin används ISO-standarder med detaljerade krav på hur personalens kompetens och utbildning ska vara organiserad. ISO-standarder är en utmärkt modell även för andra specialiteter som vill slå vakt om läkares fortbildning, menar Christian Löwbeer, överläkare vid Aleris Medilab.

Ställ krav på fortbildning hos din arbetsgivare - det ska vara en del av ledningssystemet

DET FINNS IDAG överraskande nog inga lagar, förordningar eller föreskrifter som i detalj reglerar hur läkares fortbildning ska organiseras.

I Socialstyrelsens föreskrifter finns dock krav på att personalens kompetens och utbildningsbehov ska hanteras inom ramen för vårdgivarens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

– Den första januari i år ersatte Social-

styrelsen 2005 års föreskrifter med nya föreskrifter, SOSFS 2011:9. De nya föreskrifterna är dock inte lika tydliga som de gamla när det gäller hur fortbildning ska organiseras. Man skriver att vårdgivaren har ansvar för att fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Men det står inget konkret om hur fortbildning ska organiseras, det ansvaret lämnas över till respektive

vårdgivare, säger Christian Löwbeer.

Han är överläkare vid avdelningen för klinisk kemi på Aleris Medilab, samt tidigare ledamot av Svenska Läkaresällskapets Utbildningsdelegation. Han är även nationell ST-studierektor i klinisk kemi samt mentor och lärare på läkarprogrammet vid Karolinska institutet. Inom Christian Löwbeers egen specialitet, klinisk kemi, används sedan flera år två olika ISO-standarder.

– Det är ovärderliga instrument för att få ordning och kvalitet i väldigt komplexa verksamheter. De ISO-standarder vi använder innehåller detaljerade riktlinjer för hur utbildning och kompetensutveckling av personalen ska organiseras för att hålla en god kvalitet.

Som anställd kan man ställa krav på vårdgivaren att tillhandahålla fortbildning. Får man inget gehör, kan man hänvisa till Socialstyrelsens föreskrifter där det står att det måste finnas ett led-

” Medarbetarsamtalet är ett planlagt, förberett, tillbakablickande och framåtsyftande personligt samtal mellan ledare och medarbetare. Medarbetarsamtalet är både en rättighet och en skyldighet och ska bygga på respekt, öppenhet och förtroende.”

ningssystem.

– Exempel på standarder som kan uppfylla kraven på ett ledningssystem som ska säkerställa att det bland annat finns rutiner för personalens kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov, är ISO 9001, säger Christian Löwbeer.

Kraven som ställs kan sammanfattas i fyra punkter:

- att kompetens fastställs
- att åtgärder för att uppnå kompetens identifieras
- att de insatta åtgärderna utvärderas
- att teoretisk och praktisk utbildning, färdigheter och erfarenheter dokumenteras.

Vuxenlärande

I ISO-standarderna skiljer man inte mellan olika typer av utbildning utan kallar detta vuxenlärande utbildning. Principerna är allmängiltiga och användbara oavsett om det handlar om AT-, ST-utbildning eller fortbildning.

– Det är svårt att definiera några få enkla variabler som kan användas för utvärdering av utbildning inom hälso- och sjukvården. Men inom en ackrediterad verksamhet där fortbildningen är

dokumentstyrd och en del av ledningssystemet, finns flera olika verktyg för att utvärdera effekterna, säger Christian Löwbeer.

Några av de viktigaste handlar om utvecklingssamtal, ledningens genomgång av ledningssystemet, incidentrapporter, kvalitetsindikationer, extern inspektion, uppföljningsmöten med beställare, nöjdkundenkät eller patientenkät.

– En viktig del är utvecklingssamtalet. Det krävs bra redskap och en bra mall för att utvecklingssamtalet ska bli bra, både för vårdgivaren och den anställda. Utan en bra modell för hur utvecklingssamtalet ska genomföras kommer man inte så långt. Inom klinisk kemi har vi också externa inspektioner, dels SPUR, dels inspektioner av SWEDAC för att säkra kvaliteten. Här är utbildning en viktig del. Vi har även särskilda utbildningskort som visar i vilken omfattning anställda varit på utbildning, säger Christian Löwbeer.

Det finns stora möjligheter, menar



Christian Löwbeer, överläkare vid Aleris Medilab.

han, för enskilda att ta tag i fortbildningsfrågan, om inte chefen eller vårdgivaren tar sitt ansvar.

– Jag brukar rekommendera läkare att ställa frågor till sin chef om det finns ett dokumenterat ledningssystem för verksamheten, och var fortbildningen finns beskriven. Finns inte det, bryter man mot Socialstyrelsens föreskrifter, säger Christian Löwbeer. ●

EVA NORDIN

HÄNVISA TILL ISO 9001

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) förutsätts att fortbildning, utbildning och kompetens är självklara delar av verksamhetens utveckling och säkring av kvaliteten. Begreppen är dock otydligt definierade och det finns ingen skrivning om hur fortbildning, utbildning och kompetens ska regleras. Ett exempel på standard som kan tydliggöra kraven på ett ledningssystem där utbildning, kompetens och fortbildning är en självklar del för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet, är ISO 9001. Inom laboriemedicin används ISO-standarderna 17025 samt ISO 15189.

Aleris använder en modell för medarbetarsamtal som bygger på resultaten av modern forskning inom vuxenlärandet. Modellen tar upp de grundläggande ingredienserna för ett effektivt lärande och förbättringsarbete: adekvat nulägesbeskrivning, konkreta mål, metoder för att uppnå målen, utvärdering av måluppfyllelse.

Det finns även en särskild mall för ledares medarbetarsamtal.

För mer info, kontakta christian.lowbeer@aleris.se





Professionalitet i läkarens yrke

Professionalitet är en ständigt aktuell fråga: vad är det och hur kan man lära sig och vidmakthålla sin professionalitet? Ytterst handlar professionalism om förmågor som är bärande delar i läkarens yrkesidentitet, som utgår från ett humanistiskt perspektiv och som fokuserar på hur läkaren kan möta och hjälpa människan som är sjuk.

LÄKARSTUDENTER BEHÖVER förstå samhällets förväntningar på läkare. Läkaren har av det omgivande samhället fått en tillåtelse att ställa närgångna frågor, en rätt att undersöka och beröra kroppar på ett särskilt sätt och en möjlighet att ge människor anvisningar om hur de ska

fått en alltmer framträdande plats i läkarutbildningen. Ett konkret exempel på detta är det brittiska styrdokumentet *Tomorrow's doctors* (2009), som delar upp läkarens kompetens i tre huvuddelar: kunskapssökning och forskning, praktik samt professionalism.

förhållningssätt gentemot patienter och deras närstående

- förmåga att identifiera sitt behov av ytterligare kunskap och att fortlöpande utveckla sin kompetens
- förmåga till lagarbete och samverkan med andra yrkesgrupper såväl inom hälso- och sjukvården som inom vård och omsorg.

Varje universitet har i sin tur övergripande program mål och kursmål som utvisar när studenten ska ha uppnått delmål i en progression under läkarutbildningen. Även internationellt prioriteras professionalitetsaspekterna högt när modern läkarutbildning på alla nivåer diskuteras.

Nu när den framtida läkarutbildningen diskuteras är det en from förhoppning att professionalitetsaspekterna får en framträdande roll. ●

MARGARETA TROEIN TÖLLBORN
Professor
Skånes universitetssjukhus

” Medicine is the most humane of sciences, the most empiric of arts, and the most scientific of humanities.”

(Dr Edmund Pellegrino, Sanger Lecture 1970)

leva. I takt med medicinens framsteg har det också inneburit en maktposition att kunna definiera vad som är hälsa eller sjukdom. I gengäld har läkaren, genom århundradena, haft ett krav på sig att uppträda på ett respektfullt sätt och alltid med patientens bästa för ögonen.

En läkares kompetens

Internationell forskning och utveckling har lett till att begreppet professionalism

I läkarutbildningen synliggörs de professionella kraven genom fastlagda mål. På nationell nivå fastställer högskoleförordningen att studenten ska kunna visa:

- självkänedom och empatisk förmåga
- förmåga till helhetssyn på patienten utifrån ett vetenskapligt och humanistiskt synsätt med särskilt beaktande av de mänskliga rättigheterna
- förmåga till ett etiskt och professionellt

Kalcipos®-D forte

800 IE D-vitamin
500 mg Kalcium



- ✓ Hela dagsbehovet av D-vitamin i en tablett!
- ✓ Ökar bentätheten, förbättrar muskelstyrkan och minskar fallrisken¹
- ✓ Lägst dygnspris²
- ✓ Kan dosdispenseras³

Recip

Indikationer: Kalcipos®-D forte: Förebyggande och behandling av kalcium- och D-vitaminbrist hos äldre samt som tilläggsbehandling vid osteoporos till patienter med hög risk för kalcium- och D-vitaminbrist. Kalcium 500 mg, vitamin D₃ 800 IE (20 µg). Receptbelagd. Sväljtablett 90 resp 180 tabletter, tuggtablett 90 tabletter, 1 tablett dagligen. För fullständig information se www.fass.se Produktresumén är granskad 2010-07-02/ 2008-08-19. Referenser: 1) Bischoff et al. Effects of Vitamin D and Calcium supplementation on falls. *J Bone and Miner Res* 2003; 18:343-351. 2) www.tlv.se. 3) www.fass.se Meda AB. Besöksadress: Pipersväg 2A, Postadress: Box 906, 170 09 Solna. Tel: 08 630 19 00, Fax: 08 630 19 50, E-post: info@meda.se www.medasverige.se

www.starktskelett.nu





SKAPA UTRYMME för nyfikenhetsforskning

Sverige är ett av de EU-länder som satsar störst andel av BNP på forskning och utveckling. Trots det halkar Sverige efter som forskarnation i den internationella konkurrensen. I höst kommer regeringen att lägga fram forsknings- och innovationspolitiska propositionen. Förväntningarna på skarpa förslag är höga.

Om några månader kommer regeringen att presentera forsknings- och innovationspolitiska propositionen. Förhoppningarna är stora att den ska innehålla förslag som kan lösa flera av de problem som Sverige som forskarnation brottas med.

Det finns många orsaker till varför Sverige inte längre finns med bland de främsta forskarnationerna när det gäller biomedicin och klinisk forskning.

– Det är lite för enkelt att säga att de problem vi har skulle lösas med mer pengar. Jag är den förste att understödja att man ska satsa mer på medicinsk forskning, vi vet att det lönar sig. Men redan idag satsar Sverige stora pengar på forskning jämfört med andra länder, problemet är att vi inte får den förväntade avkastningen. Många menar att vi har svårare att överföra forskningsresultat till verksamhet i vården och omsätta dem till produkter och tjänster, säger Håkan Billig, professor i reproduktionsendokrinologi vid Sahlgrenska Akademin samt ordförande för Svenska Läkaresällskapets Forskningsdelegation

Mer nyfikenhetsforskning

De senaste tio åren har utvecklingen gått mot politikerstyrda strategiska satsningar. Och en allt större del av forskningsmedlen styrs till så kallad ”nyttoforskning”. Utrymmet för

högriskprojekt och nyfikenhetsforskning samt forskning som initieras av forskare själva är nedprioriterat i det svenska forskningsfinansieringssystemet.

Det finns nu en allmän oro över att den kommande forskningspropositionen innehåller förslag som leder till fler strategiska satsningar och en detaljstyrning till vissa forskningsområden.

– Forskning av långsiktig betydelse och nobelprisen kommer till där forskningen inte har varit styrd, utan haft utrymme för kreativitet och fritt tänkande. Jag är helt övertygad om att Sverige skulle tjäna stort på att ge den nyfikenhetsstyrda forskningen större utrymme. Det ger ny kunskap och nya innovationer som vården och patienterna och även industrin tjänar på. I EU går trenden mot ett ökat intresse för fri grundforskning, säger Håkan Billig.

Universitet och högskolor har en unik möjlighet och är de enda som kan

” Forskning av långsiktig betydelse och nobelprisen kommer till där forskningen inte har varit styrd, utan haft utrymme för kreativitet och fritt tänkande. ”

leverera en fri nyfikenhetsbaserad forskning utan beställningskrav på nytta. Det måste Sverige slå vakt om, menar han.

Fokus på idéer framför meriter

Han skulle även önska att ett större fokus lades på själva innehållet i forskningsansökningarna snarare än på tidigare meriter eller längden på publikationslistor.

– Till skillnad från andra ämnesområden som exempelvis samhällsvetenskap, lägger man inom medicinsk forskning alltför stor vikt vid tidigare erfarenheter och publikationslistor. Det är ett relativt säkert system med låg risk. Men nackdelen är att det i huvudsak är de äldre etablerade manliga forskarna som får anslag. Ambitionen måste vara att man i mycket högre grad tittar på innehåll än på vem som söker, säger Håkan Billig.

Han skulle också gärna vilja se en större långsiktighet.

De flesta forskningsanslag är dock tidsbegränsade till tre år, effekten blir ett kortsiktigt tänkande, menar Håkan Billig.

– Tidsbegränsningen innebär att riskbenägenheten blir lägre, som forskare vill du vara säker på att kunna leverera och anpassar därför idéerna till anslags-tiden. Längre anslagstider är därför viktigt.

Håkan Billig ser gärna att forsknings- och innovationspropositionen även denna gång prioriterar medicinsk forskning i bred mening med reformer och resursförstärkning.

– Vi är i starkt behov av förstärkt infrastruktur för att ta tillvara all information som finns i våra patientrelaterade register och biobanker. Vi behöver utveckla kapaciteten att hantera stora mängder komplex data när systembiologi i allt högre grad även appliceras på hela individer. Det är viktigt att forskningsinfrastruktur byggs så att den blir tillgänglig för alla forskare. I propositionen kommer förhoppningsvis även den länge diskuterade fonden för behandlingsforskning att realiseras, säger Håkan Billig. Ett viktigt instrument att stödja klinisk forskning och mindre kliniska prövningar.

Hur vi anställer våra forskare och lärare behöver även i högre grad internationellt anpassas för att möjliggöra ökad nationell och internationell rekrytering och mobilitet.

De anställningsreformer som införts på universiteten motverkar i någon mening detta och behovet att tidsbegränsade anställningar är tydligt, menar Håkan Billig.

– Det är angeläget att propositionen



Håkan Billig, professor i reproduktionsendokrinologi vid Sahlgrenska akademien samt ordförande för Svenska Läkaresällskapets Forskningsdelegation. Foto: Johan Wingborg

uppmärksammar detta, liksom att man tilldelar universiteten resurser att fullfinansiera sina forskaranställningar. De framgångsrika kombinationsanställningarna mellan universitet och universitetssjukvården behöver också utvecklas och kan tjäna som förebild även för andra forskningsområden mellan universitet och annan verksamhet. I höst kommer även det nya ALF-avtalet att förhandlas. Det är avgörande för svensk klinisk forskning att förhandlingarna blir framgångsrika och att alla parter känner sig som vinnare, säger Håkan Billig. ●

EVA NORDIN

Vill du bli en Ragnar Söderbergforskare i medicin?

www.ragnarsoderbergsstiftelse.se



SKÖNLITTERATUR FÖR ATT FÖRSTÅ PATIENTER OCH SIG SJÄLV

Skönlitteratur på läkarprogrammet kan kännas tidskrävande i en redan stressig vardag och prioriteras därför ofta bort till förmån för annan viktigare litteratur – kurslitteraturen. Man tänker inte på att skönlitteratur i högsta grad är relevant för både färdiga och blivande läkare.

I UMEÅ HAR medicinska biblioteket på ett mycket fint och beundransvärt sätt länkat samman skönlitteraturen med den kliniska utbildningen. Under barnkursen erbjuds studenterna att delta i en bokcirkel där man genom barnlitteratur får reflektera och förstå hur livet kan vara för barn i olika åldrar och omständigheter. Målet har varit att ta fram böcker som kommer barn och unga inpå livet. Genom teman som anorexi, misshandel, missbruk och barn som anhöriga får man ta del av många olika barnperspektiv.

”Att läsa böcker är att lära känna andra människor och man vidgar sina erfarenheter”, säger Karina Sjögren, projektansvarig. ”Man jobbar också upp sin empati. Genom att läsa barn och ungdomsböcker läser man även ur ett metaperspektiv, och vi får då möjlighet att diskutera hur boken riktar sig till målgruppen”.

I utvärderingen av bokprojektet finns många anledningar till varför skönlitteratur är ett bra komplement till läkarprogrammets facklitteratur. De flesta hade inte reflekterat så mycket över barnperspektivet för sitt kommande yrkesliv som läkare. Böckerna tillförde mycket större insikter om barns och ungdomars liv, och inte bara ur ett sjukdomsperspektiv.

Genom att läsa böcker där personer upplever och hanterar svåra saker kan man också träna i att beröras och behålla sin empatiska förmåga. Lika viktigt är att man också övar på att kunna släppa



Karina Sjögren, projektledare för medicinska biblioteket i Umeås bokcirkel med läkarstudenterna på termin 11. Foto: Mihai Radulescu

händelsen, något som är en förutsättning i den kliniska verkligheten. Har man upplevt något hemskt kan även bokens lindrande och läkande kraft komma till god användning.

Förutom som komplement till de kliniska kurserna har skönlitteraturen en given plats när det gäller att komma bort en stund från studier och vardag. I en stressig tillvaro kan en uppslukande bok vara just det som gör att tankarna släpper alla krav och prestationer för en stund.

Det är inte alltid lätt att hitta tid i en stressig tillvaro till att läsa en bok ”bara för att man har lust”, det finns nog så många böcker som måste läsas, men vill man så går det. Man kan byta lite tv-tid mot en god bok eller varför inte lyssna på ljudböcker när man ändå är på väg någonstans eller håller på och diskar? ”Sen tror jag det är viktigt att även ta sig tid”, säger Karina Sjögren, ”själen behöver påfyllning”.

MIHAI RADULESCU,
SLS Kandidatförening

Lästips

Boktips till, av och om läkare med kommentarer av Karina Sjögren. Från deckare till klassiker, på bussresan eller stranden.

Böcker med patientperspektiv

Å herregud mitt i semestern (1999)

Den andra verkligheten (2004)

KI har tagit fram två antologier med noveller av 41 författare, från Sören Kierkegaard till Astrid Lindgren, som skildrar sjukdom, lidande och vård. *Musselstranden*, av Marie Hermansson. ”Handlar om att förstå psykisk sjukdom.”

Att bli mamma till sin mamma, Maj Fant. Om Alzheimer ur anhörigperspektiv. ”Maj var kanske först att skriva om hur det är att vara mamma till sin mamma.”

Ro utan åror, av Ulla-Carin Lindquist. Dagboksanteckningar om livet med ALS och om att möta döden. Kurslitteratur på många av landets läkarutbildningar. *En gammal kärlek*, PC Jersild*. ”En fin skildring med fokus på problematiken runt döden och hur man som döende vill avsluta sitt liv.”

Böcker med barnperspektiv

Sonat till Miriam, Linda Olsson.

Huvudpersonen tar hand om ett sjukt barn.

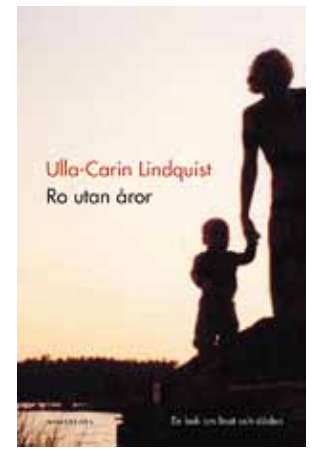
I taket lyser stjärnorna, Johanna Thydell. Om en tonårstjej vars mamma får en hjärttumör och hur hon tacklar detta. ”Många gånger inom sjukvården frågar man inte om barnen till de sjuka och hur det går för dem, det är bara relativt nyligen som det startats stödgrupper för barn i sorg.”

Jag är kvar hos er, Peter Pohl.

Om en flicka som är sjuk i reumatism. Man får följa henne från många olika perspektiv, bland annat barnets, mammas, vännerna och i läkarjournaler.

Böcker i sjukhusmiljö

Babels hus, PC Jersild*. Vi följer patient Primus Svenssons genom sjukhuset efter att denne drabbats av en hjärtinfarkt.



”Vände om hela vårddebatten. På 70-talet var det väldigt hierarkiskt och boken ifrågasätter detta, men tar också upp dödshjälp och om det finns plats för människan på ett stort sjukhus.”

Flimmer, Anne Holt och Evan Holt*.

”En spännande deckare, skriven tillsammans med hennes bror, som är kardiolog.”

Sista jouren, av Karin Wahlberg*. Deckare i sjukhusmiljö, första boken i en populär serie.

Tunnare än blod, Åsa Nilsson*. Första boken i deckarserie, men Nilsson skriver även facklitteratur. ”Egentligen rekommenderas alla böcker av Åsa Nilsson.”

Svinhugg, av Marianne Cedervall. Hämd i läkarmiljö, men inslag av värme och humor.

Läkaryrket

Drottningens Chirurg, av Agneta Pleijel. Dokumentärfiktiv bok om kirurgins barnaår, mitten på 1700-talet. ”En gammal favorit.”

Den skamlösa nyfikenheten, Astrid Seeberger*, som är njurläkare och PU-ansvarig på KI. ”Handlar om att bakom sina patienter finns annat än sjukdomen och vikten av att vara nyfiken på sina patienter.”

*Att vara doktor**. En novellsamling om hur det är att vara läkare idag, publicerad i samarbete med läkartidningen. ”En gammal kärlek.”

Etik

Medicinen och det mänskliga, Carl-Magnus Stolt.

”Min favorit om medicinsk etik; handlar om vårdkonst, vardagsetik, vägen till humanistisk medicin.”

Filmtips!

Det finns fler sätt att fylla på själen; teater, musik och bra filmer. Här är några tips på läkarfilmer.

Uppvaknanden (org. titel: Awakenings), 1990. Oscarsnominerad spelfilm efter neurologen Oliver Sacks memoarer med Robert Willams och Robert de Niro.

Rödskägg (org. titel: Akahige), 1965. En arrogant ung läkare kommer till landsbygdsjukhus drivet av en färgstark äldre läkare. En klassiker om läkarkallet och dess olika aspirationer.

Ciderhusreglerna, 1999. Lasse Hallströms regisserar med varm hand filmen baserad på John Irvings roman. Om en föräldralös pojke som tränas upp till läkare och fosterfördrivare i början av 1900-talet.

*=författaren är läkare



Kandidatföreningens vetenskapliga sekreterare Ola Nyström reflekterar över hur forskningen ska rekrytera fler läkarstudenter och ger tips till studenter som vill börja forska.



Foto: Mihai Radulescu

VAR ÄR STUDENTERNA?

-OM ATT ENGAGERA STUDENTER TILL FORSKNING

DU FÅR SÄKERT, liksom jag, ofta höra från blivande kolleger att det är tråkigt att så få läkarstudenter är intresserade av forskning. Eller att det är svårt att rekrytera läkarstudenter till doktordutbildningar. Eller att det är ett problem att så få unga läkare forskar. Om vi håller denna typ av påståenden för sanna, vad blir i så fall nästa steg? Jo, att försöka svara på varför det är så och vad man kan göra åt det. Jag ska utifrån mina erfarenheter som läkarstudent och delaktig i tre forskargrupper här ge mitt perspektiv i frågan.

Bättre matchning

Jag upplever att intresset och nyfikenheten på forskning bland andra läkarstudenter är stort. Många funderar på att prova på att forska under grundutbildningen och många går vidare med sommarforskning eller liknande.

Men jag ser också att många är besvikna på sina tidiga upplevelser av forskning. Ofta tror jag det beror på missförstånd mellan handledare och student. Handledaren har inte klart för sig vad han/hon kan ge till studenten, och studenten vet inte vad man kan få av handledaren.

Jag tycker också det ofta är dålig matchning mellan studenten och projektet, att de inte passar ihop. Det behöver

inte vara fel på vare sig studenten eller forskargruppen bara för att projektet inte fungerar.

Hur förändrar vi situationen till det bättre?

Jag skulle vilja att man konkretiserar det egna ansvaret. Såväl potentiella handledare som studenter skulle kunna göra stor skillnad genom att utgå från vad de själva konkret kan göra. För forskargruppen är första frågan om man överhuvudtaget vill ha studenter med i gruppen. Om svaret är ja ska man göra en seriös plan för hur de ska rekryteras och tas om hand. Ur mitt perspektiv skulle jag vilja se en tydligare marknadsföring till studenter om vad de kan förvänta sig i just den forskargruppen så gruppen drar till sig rätt studenter. Det krävs också en tydlig organisation för handledning av studenter och en tydlig tanke om vad forskargruppen kan göra för att de ska bli framgångsrika i sitt projekt. Våga säga nej till studenter ni inte tror passar er grupp. Lotsa dem istället vidare till miljöer ni tror passar dem bättre.

Var aktiva i sökandet

Det finns förstås redan forskargrupper som är väldigt bra på att rekrytera och ta hand om studenter som vill forska. Om du vet med dig att din forskargrupp

är bra på detta, gör er kända på ert universitet så att andra kan ta del av era erfarenheter.

Jag uppmanar också läkarstudenter som är intresserade av forskning att ta ansvar för sitt eget intresse. Var aktiv i ditt sökande och kontakta flera grupper. Nöj dig inte med att mejla en grupp, få ett "vad roligt att du är intresserad"-svar för att sedan bara börja i den gruppen. Träffa istället varje potentiell handledare och lägg fram vad du tycker är viktigt och vad du vill göra. Då ger du personen en ärlig chans att bedöma om det är möjligt i den aktuella forskargruppen. Se också till att du känner att det finns en explicit plan för din del i gruppens arbete innan du börjar. Och till sist, det är inte oartigt eller otrevligt att ställa krav och vara tydlig med vad man är intresserad av samt vara aktiv i att hitta en situation där ens intressen kan lyfta. Tvärtom är det en förutsättning för att inte slösa med din och andras tid. Detta gäller både studenter som söker ett projekt och forskargrupper som vill rekrytera unga medarbetare. ●

OLA NYSTRÖM

Vetenskaplig sekreterare KF

Kontakt: olanystrom96@hotmail.com

Dags att söka Asklepiospriset!

HAR DU SJÄLV GJORT ett bra projektarbete eller fått ditt vetenskapliga arbete publicerat? Tveka då inte att skicka in det som en ansökan till Asklepiospriset. Du som är lärare eller handledare till läkarstudenter och vet någon student som gjort ett bra vetenskapligt arbete får gärna tipsa honom eller henne om Asklepiospriset!

Vetenskaplig artikel 15 000 kronor

Priset delas ut för bästa vetenskapliga artikel, publicerad under perioden den 16 juni 2011 till 15 juni 2012.

Förutom hög vetenskaplig kvalitet belönas särskilt artikelns betydelse för angränsande forskning och/eller resultatets praktiska tillämplighet.

Priset för bästa projektarbete, 10 000 kronor, delas ut till bästa projektarbete, godkänt under perioden den 16 juni 2011 till 15 juni 2012. Förutom hög vetenskaplig kvalitet belönas särskilt metodologiska överväganden och ett systematiskt resonemang kring resultatets innebörder och konsekvenser.

Ansökan

Ansökningsperioden är öppen mellan den 15 maj och 15 juni.

Ansökan sker i SLS elektroniska ansökningsystem som du hittar via www.sls.se, klicka dig vidare till "Sök anslag och stipendier" och följ anvisningarna där.

Direktlänk:

<http://www.researchweb.org/is/sls>

INFORMATION

Kandidatföreningen utser varje år mottagare av Asklepiospriset, Svenska Läkaresällskapets nationella pris för medicine studerande och unga läkare före legitimation. De två kategorierna är "bästa projektarbete" respektive "bästa publicerade vetenskapliga artikel". För att ansöka om priset måste du vara medlem i Kandidatföreningen. Medlemsansökan till Kandidatföreningen finns på www.sls.se

För frågor kontaktar du Malin Wählin, fondadministratör, malin.wahlin@sls.se, 08-440 88 66 eller Jaana Logren, jaana.logren@sls.se, tfn 08-440 88 68. Läs också om Asklepiospriset på facebook.

Svenska Läkaresällskapets Kandidatförening och Svensk Förening för Medicinsk Psykologi inbjuder till 2012 års skrivartävling för medicine studerande/kandidater och AT-läkare

LÄKARUTBILDNINGEN INNEHÅLLER möten och kliniska situationer som är av betydelse för den blivande läkarens syn på sig själv, sina patienter och sitt yrkesval.

Vi inbjuder till en skrivartävling på detta tema. Bidragen ska utgöras av: - en redogörelse för en egen upplevelse/klinisk erfarenhet under kliniska studier, klinisk tjänstgöring/praktik eller arbete inom vården, eller den dubbla erfarenheten av att vara/ha varit patient och medicinare.

- en reflektion över betydelsen av denna erfarenhet såsom du själv har tänkt och känt kring eller bearbetat den på annat sätt: i grupp eller i enskilda samtal. - vad denna erfarenhet betytt för synen

på läkaryrket och eventuellt för den egna personliga utvecklingen, existentiell syn etc. Bidragen får ej tidigare vara publicerade i litterärt eller vetenskapligt sammanhang.

Författaren ges stor frihet i ämnesval och utformning av sitt bidrag, som dock ej får överstiga 10 sidor, (1,5 radavstånd).

Priset för det vinnande bidraget är 8 000 kr, för andrapriset 4 000 kr. Ytterligare 1-4 bidrag kan få hedersomnämning och pris om 1 500 kr. De vinnande texterna publiceras i bl a Svenska Läkaresällskapets SLS-aktuellt och i Bulletinen för Medicinsk Psykologi samt läggs ut på respektive hemsidor. Så som skett tidigare år kan texter komma

Kalendarium:

EKG-utbildning i Lund/Malmö

3 maj 17.30 Locus Medicus Lundensis
8 maj 17.30 Locus Medicus Malmöensis
EKG-utbildningen kommer ske över två träffar. Första träffen med genomgång av EKG-analys, därefter utdelning av hemuppgifter som är viktiga diagnoser att inte missa vid tolkning av EKG. Nästa träff inleder vi med att gå igenom hemuppgifterna innan vi har fler fall som vi går igenom i grupp, allt för mängdträningens skull. Syftet är alltså återkoppling av den EKG-undervisning vi får på läkarutbildningen och därmed fräscha upp kunskaperna i EKG-analys så att vi inte missar några viktiga, akuta tillstånd på vårt första pass som ansvarig läkare. Riktat sig främst till studenter på de senare terminerna på utbildningen.

AT-beach i Halmstad

Sommar 2012 organiseras tävlingen 27-29 juli och spelplats är som tidigare det vackra Tylösand. Varmt välkomna att delta är AT-läkare från hela landet! Tävlingshelgen inleds med grillning på fredagskvällen. Beachvolley hela lördagen och till sist sittning och fest på lördag kväll. Arrangeras av AT läkarna i Halmstad. Mer detaljerad information samt anmälningar sker via hemsidan: atbeach.org

att publiceras i andra facktidskrifter samt presenteras i professionella fora, t ex på Medicinska riksstämman. Författarna kommer givetvis att erbjudas medverka för att framföra sina texter vid sådana tillfällen.

Bidragen i word-format ska vara registrerade via hemsidan för Svensk Förening för Medicinsk Psykologi www.sfmp.se senast den 1 november 2012.

På www.sfmp.se finns också tidigare skrivartävlingsresultat och texter publicerade.

Välkommen med ditt bidrag!
Skrivarjuryn

Ytterligare upplysningar:

info.kandidat@sls.se och/eller info@sfmp.se

ENOUGH IS ENOUGH

– HUR LÄNGE SKA LÄKARKÅREN TIGA?

Det är i år 50 år sedan den första "larmrapporten" kom om rökningens skadeverkningar från Royal College of Physicians, följt av en rad rapporter från USAs högsta medicinska nivå, the Surgeon General. Evidensen är monumental. Nästan sex miljoner människor dör i förtid varje år av sitt tobaksbruk, i Sverige drygt 6 000. Förutom de som "vådaskjuts" av passiv rökning.

TROTS ALL KUNSKAP är antalet rökare globalt i dag nästan lika stort som för 50 år sedan. Hur har tobaksindustrin hållit sig så frisk medan kunderna blivit så sjuka? Varför tar det så lång tid att få bukt med världens värsta förebyggbara "killer"?

World Conference on Tobacco or Health arrangeras vart tredje år och samlade i år i mars i Singapore 2 600 deltagare från 120 länder för att be-

karna till att kunna sluta. Men alltmer vikt bör läggas på att bekämpa smittspridaren, tobaksindustrin.

Det är ju en ganska surrealistisk situation att en enskild industri som säljer produkter som dödar varannan användare utmanar länder som inför verk samma begränsande åtgärder. Genom att stämma dem i domstol försöker industrin fördröja och "mildra" effekterna. Anklagelserna rör ofta brott mot



” Varför tar det så lång tid att få bukt med världens värsta förebyggbara ”killer”? ”

grunda dessa frågor. Med tanke på deras hälsopolitiska betydelse är läkare och politiker olyckligt underrepresenterade. Desto mer stimulerande är de som genom sin närvaro visar ledarskap.

Konferenser som viktiga inspirationskällor

Av utrymmesskäl nämner jag enbart den främsta – WHO's nuvarande generaldirektör Margaret Chan. Liksom sin företrädare Gro Harlem Brundtland är hon läkare. Som "the human dynamo behind WHO" är hon kraftfull, slagfärdig och mycket entusiastmerande. Dessa konferenser är viktiga inspirationskällor för ett tålmodigt släkte av tobaksförebyggare, inte minst för oss som har en oengagerad regering.

Tre aktuella aspekter som diskuterades vill jag särskilt nämna:

Viktiga delar av åtgärdsstrategin i WHO's Tobakskonvention går ut på att minska efterfrågan av tobak (genom kontinuerligt ökade skatter, åldersgräns för inköp mm) och stödja tobaksbru-

investerings- eller handelsöverenskomelser och tvingar länderna till långa och dyra förhandlingar. Detta skrämmer andra länder till försiktighet. Men fyra länder visar vägen genom att inte låta sig skrämmas: Uruguay, Turkiet, Norge och senast Australien, som beslutat att införa neutrala tobaksförpackningar.

Nollvision för tobaksbruket

WHO's Tobakskonvention – som alltså innehåller hela den förebyggande åtgärdsstrategin – får ökad tyngd genom FN's initiativ mot de s k icke smittsamma sjukdomarna (Non-Communicable Diseases, NCDs). Cancer, hjärt-kärlsjukdom, diabetes och KOL svarar tillsammans globalt för två dödsfall av tre. Tobaksbruk utpekades som den värsta bakomliggande faktorn – och Tobakskonventionen som en förebild i det förebyggande arbetet. På konferensen välkomnades den breddning av opinionen mot tobaksbruket som NCD-initiativet medför.

Slutligen vill jag nämna det paradig-

skifte som konferensprogrammet bjöd på. Begreppet «the endgame for tobacco» motsvarar det vi också här har börjat diskutera: "utfasning av tobaksbruket" eller "nollvision". Good ideas always start with "it can't be done" – men nu är ett endgame scenario realistiskt både som idé och mål. Finland har bestämt sig för år 2040, Nya Zeeland för 2025, och flera andra länder startar resan.

Den bör innehålla ett mål "noll eller nära noll" för tobaksbruk för ett bestämt år inom en 20-årsperiod. Men också en bestämd tidsplan med delmål som gör resan trovärdig. En förutsättning är förstås en mycket bred och stödjande opinion i befolkningen, i sin tur en förutsättning för ett riksdagsbeslut om att starta resan.

Varje läkare förstår varför kåren bör stötta sådana tankar. Att få ägna alltmer tid och resurser åt sjukdomar och tillstånd som inte kan förebyggas måste rimligen stå högt på önskelistan. ●

GÖRAN BOËTHIUS
Läkare mot Tobak och
Tankeströmmen Tobaksfakta
boethius@tobaksfakta.se



Foto: Arne Stenstedt

SVENSKA PSYKIATRIKONGRESSEN 2012

Läkarsällskapets psykiatriska sektion lyckades i år samla 620 av sina medlemmar till den årliga kongressen. Mötet hölls liksom förra året i Göteborg på Filmstaden Bergakungen. Tre dagar bjöd på upp till sex parallella vetenskapliga program.

PROGRAMMET SPEGLADE hela det psykiatriska sjukdomsspektret från sexologi till psykofarmakologisk behandling av psykosjukdomar, äldrepsykiatri och psykoterapi. Intresset för samhällsfrågor är också stort: många lyssnade på Soki Choi som disputerat på och talade om "Evidensbaserad förändringsledning". Tvångsvård av unga kvinnor med självska debeteende uppmärksammades liksom Psykiatri och media. "Bli en skrivande psykiater" var rubriken. Våra brukare kom också till tals, NSPH, Nationell Samling för Psykisk Hälsa disponerade en egen salong för sina seminarier. Foajén var fylld till bristningsgränsen under luncher och pauser!

Allmänbildning på programmet

I år fanns även möjlighet att allmänbildas sig genom Psykiatrisk filmfestival och "Kulturspår" för litteratur och konst med psykiatrisk anknytning.

Vid den uppskattade filmfestivalen visade flera kollegor filmklipp för att bland annat demonstrera den suicidala processen eller släktskapet mellan dröm och film. Woody Allen-filmer fick illustrera "den bedrägliga medvetandeströmmen

och prefrontal funktion." Även Maud Nycanders dokumentär "Sluten avdelning" från 2010 visades

En kongress för kollegor är inte bara att insupa kunskaper utan också ett tillfälle till att träffa nya och gamla bekantskaper vilket är stimulerande i det dagliga arbete vi nu har återvänt till. Vi hade åter glädjen att bjudas på mingel av Göteborgs stad och Västra Götalandsregionen med riklig förtäring på Börsen. Kongressmiddagen arrangerades

i Göteborgs gamla posthus som nyligen färdigställdes till hotell.

Det är med stolthet vi berättar om dessa arrangemang och vi önskar alla våra systemsektioner lika givande och roliga kongresser. Nästa år är Svenska Psykiatrikongressen i Stockholm, förberedelserna är i full gång! ●

ARNE STENSTEDT
PRESSEKRETERARE I SPF, SVENSK
PSYKIATRISK FÖRENING

INBJUDAN TILL SKRIVARTÄVLAN 2012

Svenska Föreningens för Medicinskt Psykologi Skrivarpris utlyses
Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi inbjuder till 2012 års skrivartävling.

Texten ska beröra det medicinskt-psykologiska området. Vi välkomnar alla slags bidrag – personliga rapporter, litterära texter, filosofiska, human- eller samhällsvetenskapliga rapporter eller undersökningar. Det väsentliga är att texten på ett angeläget sätt belyser vårdrelationer, praktiskt kliniska situationer, etiska och kulturella frågeställningar inom vård och behandling i en tid, som ställer krav på såväl omprövning och förändring som på att bevara det goda och konstruktiva i befintliga former.

Bidragen får ej tidigare vara publicerade i litterärt eller vetenskapligt sammanhang. Författaren ges stor frihet i ämnesval och utformning av sitt bidrag, som dock ej får överstiga 8 sidor, (1,5 radavstånd).

Priset för det vinnande bidraget är 6 000 kr. Ytterligare upplysningar fås genom info@sfmp.se. På www.sfmp.se finns också tidigare skrivartävlingsresultat publicerade.

Välkommen med ditt bidrag!
Skrivarjuryn

INTE ENBART FÖR PSYKIATERN

Bipolär sjukdom medför, förutom att en stor del av livet präglas av affektiva symtom, även en ökad risk för kroppssjukdom, funktionsnedsättning och självmord. Det är den femte mest belastande sjukdomen vad gäller samhällskostnader för 15–44-åringar i västvärlden.

DIAGNOSTIK OCH BEHANDLING av bipolär sjukdom är fr.a. psykiatris uppgift. Ovanstående kroppsliga och sociala konsekvenser, som lyfts fram i Nya Bipoläroboken, innebär dock att kunskap om dessa tillstånd är en angelägenhet även för andra specialiteter. Den aktuella boken syftar till att i samlad form presentera den viktigaste vetenskapliga diskussionen kring bipolär sjukdom, med fokus på relevans för klinisk vardag. Den första Bipoläroboken gavs ut 2004, den nya utgåvan har skrivits om och uppdaterats av huvudförfattaren Lars Häggström, psykiater med specialintresse för affektiva sjukdomar. Boken har även försetts med nya avsnitt, dels två kapitel om graviditet och amning, författade av docent Margareta Reis, och dels ett om bipolär sjukdom hos barn och ungdomar, författat av barn- och ungdomspsykiatern Håkan Jarbin.

I de inledande avsnitten om diagnostik belyser Lars Häggström de bipolära spektrum-sjukdomarnas skiftande yttringar och komplexitet. Ett viktigt budskap är att minst 50 procent av de tillstånd som betraktas som terapirefraktära eller recidiverande depressioner i själva verket kan ha en bipolär grundproblematik. Detta gör att boken är höggradigt relevant för alla som i sitt arbete möter patienter med en depressiv symtombild. En felaktig diagnos innebär att patienten riskerar att få felaktig och rentav skadlig behandling.

Författaren diskuterar också faktorer som personlighetsdrag, personlighetsstörning, samsjuklighet och kognitiv dysfunktion. Flera kapitel ägnas åt behandling, såväl farmakologisk som icke-farmakologisk. Redogörelser för senare års forskningsrön kompletteras

med konkreta råd kring diagnostik och behandlingsstrategier, delvis hämtade ur författarens egen mångåriga erfarenhet.

Margareta Reis presenterar en genomgång av det aktuella kunskapsläget vad gäller säkerhetsdata vid graviditet och amning för de psykofarmaka som kan bli aktuella vid bipolär sjukdom. Ett särskilt kapitel ägnas de farmakokinetiska förändringar som sker hos den gravida kvinnan och som är viktiga att känna till för att läkemedelsdoserna ska kunna anpassas.

Slutligen finns ett kapitel om bipolär sjukdom hos barn och ungdomar där Håkan Jarbin gör en genomgång av diagnostiska avgränsningar och definitioner, inte minst den många gånger svåra distinktionen gentemot ADHD. Riktlinjer för behandling tas även upp.

Boken är rikt illustrerad med figurer, diagram, faktarutor och fallvinjetter.

Det finns ett antal skrivfel och språkliga otydligheter som med lätthet torde kunna rättas till inför nästa upplaga. Dessa ”skönhetsfläckar” förtar dock inte värdet av att det nu finns ett verk av denna omfattning, skrivet på svenska och för svenska förhållanden. ●

TOVE GUNNARSSON

” Ett viktigt budskap är att minst 50 procent av de tillstånd som betraktas som terapirefraktära eller recidiverande depressioner i själva verket kan ha en bipolär grundproblematik. Detta gör att boken är höggradigt relevant för alla som i sitt arbete möter patienter med en depressiv symtombild.”



Nya Bipoläroboken.
Behandlingsstrategier för klinikern
Huvudförfattare Lars Häggström
Medförfattare Margareta Reis och
Håkan Jarbin
Affecta Bokförlag 2012



VÄLKOMMEN TILL 2012 ÅRS MEDICINSKA RIKSSTÄMMA!

Stort tack till sektioner, delegationer och kommittéer för spännande och aktuella symposieförslag. På sidorna 26-28 kan du ta del av symposierna och gästföreläsarna, indelade i respektive sjukdomsområden*.

ÅRETS TEMA: FRAMTIDENS HÄLSA

I år arrangeras **Medicinska riksstämman** för 69:e året. Temat är ”Framtidens hälsa”. Vården ska inte bara bota, utan också förebygga hälsoproblem innan de leder till sjukdomar och skador. Att arbeta för framtidens hälsa innebär att stödja människor i ansvaret för den egna hälsan, och att vara delaktig i beslut och planering av den egna vården.

Att förebygga sjukdom handlar även om att motverka skador på miljö och klimat, att påverka levnadsvanor och att använda kunskap om ärftliga mekanismer på rätt sätt.

Frageställningarna är många. Hur ska ny kunskap bättre tas till vara i vården? Kommer framtidens hälso- och sjukvård att på allvar sätta patienterna i fokus? Hur kan vården bli bättre på att stödja människor i ansvaret för den egna hälsan?

Med årets tema vill vi stimulera till samtal och lärande med ett brett anslag som belyser såväl lokala som globala perspektiv. Tillsammans kan vi utveckla en bättre sjukvård och höja livskvaliteten för dagens och morgondagens patienter.

Vi ses i november!



Nils Conradi

Nils Conradi
Generalsekreterare
Medicinska riksstämman

(*Observera att programmet är preliminärt och uppdateras fortlöpande på www.riksstamman.se.)



Håll utkik!

I nästa nummer av SLS Aktuellt kan du läsa mer om årets Riksstämman. På webben (www.riksstamman.se) och facebook uppdaterar vi fortlöpande med senaste nytt. Även i år kommer programmet att finnas sökbart i mobilen.



BARN S H ALSA OCH VARD

Fetmaprevention och behandling i barndomen, funkar det?

Claude Marcus

Varför tas PKU-prov på alla nyfödda?

Om den nya utvidgade screeningen för medfödda sjukdomar

Maria Halldin

Vad gör doktorn då jag har ont?

Om bemötande, förståelse och organisation av återkommande smärta hos barn och ungdom

Gösta Alfvén

Barnens rätt, vårt ansvar.

Hur kan vården bäst möta barnens behov när – och helst innan – de far illa?

Anders W. Jonsson

Sveriges 100 000 för tidigt födda barn och ungdomar – hur går det sen?

Mikael Norman/Lars Björklund

Att identifiera skolproblem innan skolstart – vad är möjligt, vad är genomförbart och vad är etiskt?

Josef Milnerad

Endokrina och metabola sjukdomar Hypotyreo, fertilitet och graviditet

Bengt Hallengren

När och hur ska vi leta efter patienter med sekundär hypertoni

Karin Mannhem

ETIK OCH BEMÖTANDE

Att avstå från eller avbryta livsuppehållande behandling (ST-kurs, del 1)

Anders Ågård

Lindra lidande och/eller orsaka död(ST-kurs, del 2)

Anders Ågård

Nya etiska riktlinjer för HLR

Ingemar Engström

Möjligheter och fallgropar vid användning av sociala media

Carl-Johan Sundberg

Patientroll i förändring

Kristina Söderlind Rutberg

Sjukdom som medicinskt fall och litterär berättelse – möten mellan läkekonst och diktkonst

Anders Palm

HJÄRTA-, KÄRL- OCH LUNGSJUKDOMAR

Vaskulär kalcifiering-åderförkalkning på riktigt!

Peter Stenvinkel

HUD- OCH KÖNSSJUKDOMAR

Eksem, barriärskada med långtgående konsekvenser

Mihály Matura

Venereologi och resistensproblematik. Har vi snart ingen behandling att erbjuda?

Arne Wikström

Immunsuppression, hudcancer och målriktad terapi – tre sidor av samma mynt

Johan Heilborn

Acne och Rosacea

Mats Berg

Hyperhidros – det tysta handikappet, en okänd folksjukdom

Hans Naver

INDIVID OCH SAMHÄLLE

Stora befolkningsstudier - nytta, etik och risker

Carl Johan Östgren

Hinder och möjligheter för ett arbetsliv till 75-års ålder

Eva Vingård

Levnadsvanor: Hur ska vi följa upp vårdens arbete?

Lars Jerdén

Patienten, vanan och vården: Var står vi 2015?

Peter Friberg

Är tatueringar farliga för hälsan?

Mihály Matura

Fysisk aktivitet som förebyggande åtgärd för samhällshälsa

Carl-Johan Behre

Barn, kemikalier och framtidens folksjukdomar – om hormonstörande ämnen

Bertil Hagström

Hur möter vi flyktingbarns behov?

Flyktingbarnteamet i Göteborg – en mångprofessionell modell för utredning, behandling och kunskapsspridning

Henry Ascher

Om barnfattigdomens vådor

Anneli Mark Orbinski



INFEKTIONSSJUKDOMAR

Tidiga tecken på allvarlig infektion hos barn

Christer Norman

Globala infektioner – ett hot mot vår framtida hälsa?

Rune Andersson

Hur ska vi lära oss leva med vinterkräksjukan?

Lars-Magnus Andersson

Framtidens infektionsdiagnostik

Martin Sundqvist

Städning i vårdlokaler

Ulrika Ransjö

INFLAMMATORISKA SJUKDOMAR

Gikt – nytt om gammal sjukdom

Lennart Jacobsson/Lotta Ljung

Genetiken bakom systemisk lupus erytematosus – nya upptäckter och kliniska konsekvenser

Lars Rönnblom/Anna Rudin



MEDICINSKA PROCEDURER OCH TEKNIKER

Utbildning i akutsjukvård

Lisa Kurland

Säkerhet vid MR-undersökning

Peter Leander

Att ge järnet – nytt om järnbristens diagnostik och behandling

Jan Palmblad

Ökad användning av datortomografi - till nytta eller av ondo?

Anja Almén

Medicinska krav för körkortsinnehav - nyheter i regelverket och erfarenheter av läkarnas anmälningar

Kurt Johansson/Jörgen Lundälv



NERVSYSTEMETS SJUKDOMAR

Modern utredning och behandling av akut ischemisk stroke

Tommy Andersson

Yrsel på akuten

Mikael Karlberg

Framtidens smärtvård

Jan Persson/Märta Segerdahl

Vardagsneurologi – svårt, eller?

Anders Svenningsson

PROFESSION, ORGANISATION OCH LÄRANDE

Ett kvalitetsregister för primärvården - är det möjligt?

Malin André

Medicinska innovationer – förr, nu och i framtiden

Anna Rudin

Hur kan vi använda patientens självrapporterade resultat (PROM) i vårdens - lärande och verksamhetsutveckling?

Margareta Kristenson

Framtidens palliativa medicin

Carl-Magnus Edenbrandt

Leder en nollvision för vårdskador till förbättrad patientsäkerhet?

Hans Rutberg

Att forska som ung läkare – möjligheter, utmaningar och begränsningar

Andreas Borsiin

Regionaliserad läkarutbildning vid Umeå Universitet (RLU); Hur går det?

Christina Ljungberg

The Mindful Doctor – The Mindful Nurse Hur kan vi ta hand om oss själva på ett hållbart sätt

Walter Osika

UI i U-land 2012 – nuvarande situation och framtiden

Sigmar Strömgren Norvad

Att utbilda framtidens läkare – docka eller superhjälte

Long Long Chen



PSYKISK OHÄLSA

Mindfulness-baserad behandling och medkänsla (compassion) vid psykisk ohälsa och långvarig smärta

Leena Maria Johansson

Har alla ADHD nu för tiden?

Lars Joelsson

Make it happen – att införa evidensbaserade metoder i barn- och ungdomspsykiatri

Håkan Jarbin

Från cyberrymd till cytokin – bestämningsfaktorer för hälsa sett ur perspektivet "kropp och själ" och från samhälls nivå in till cellen

Mai-Lis Hellénus

Från hembränt till lädvin

Tobias Eriksson

Gästföreläsare
Riksstämman 2012



REPRODUKTIV HALSA

Framtidens reproduction
Claudia Bruss

Hur övervakas effekt och säkerhet av HPV vaccination i det nationella programmet?
Bengt Andrae

Läkemedelsanvändning under graviditet och amning och möjliga effekter på barnet
Viveca Odland

Sveket mot mödrarna – blir femte millenniemålet ett fiasko?
Staffan Bergström

Sexualmedicin för blivande specialister, del 1
Lotti Helström

Sexualmedicin för blivande specialister, del 2
Lotti Helström

TUMÖRSJUKDOMAR

Palliation vid Esofagus och ventrikelcancer, Del I, State of the art
Lars Lundell

Palliation vid Esofagus och ventrikelcancer, Del II, Multidisciplinärt omhändertagande
Lars Lundell

PET/CET vid kolorektal cancer. Kommer framtidens utredningsvägar förändras?
Katrine Åhlström Riklund

Framtidens tumörkirurgi – för patientens bästa.
En fråga om centralisering av kirurgin
Angelique Flöter-Rådestad

ÅLDRADE

Hur hanterar vi äldre i akutsjukvården?
Åka förbi eller stanna kvar på akuten?
Katrín Hruska/Greger Slättman

Är kommunernas matlådor till äldre personer bättre eller sämre än sitt rykte?
Gunnar Akner

Testosteronbehandling av äldre män – en livsnödvändig eller livshotande åtgärd?



GÄSTFÖRELÄSARE

BARNNS HÄLSA OCH VÅRD

Michael Meaney, Canada
Johan Eriksson, Finland

ENDOKRINA OCH METABOLA SJUKDOMAR

Ali Canbay, Tyskland

HJÄRTA-, KÄRL- OCH LUNGSJUKDOMAR

Jens Titze, Tyskland
Sverre E Kjeldsen, Norge (Harry Boström-föreläsare)

HUD- OCH KÖNSSJUKDOMAR

Gregor Jemec, Danmark
Claas Ulrich, Tyskland
Michel Janier, Frankrike
Jean-Michael Jensen, Tyskland

INDIVID OCH SAMHÄLLE

Philippe Grandjean, Danmark

INFEKTIONSSJUKDOMAR

Samuel Coenen, Belgien

INFLAMMATORISKA SJUKDOMAR

Jane Salmon, USA
Dominique Baeten, Holland

PSYKISK OHÄLSA

Raphael Kelvin, England
Linda Sobell, USA

REPRODUKTIV HÄLSA

Staffan Bergström, Tanzania

RÖRELSE OCH REPARATIV HÄLSA

Michael Kjaer, Danmark

CYKLA MER

- dämpa den inflammatoriska processen

Bente Klarlund Pedersen är professor i integrativ medicin i Köpenhamn. Hon är författare och en internationellt erkänd forskare. Vid årets Medicinska riksstämma gästföreläser hon om hur relativt enkla satsningar kan skapa stora samhälls- och hälsoekonomiska vinster.

PÅ BARA NÅGRA FÅ decennier har antalet patienter med fetma, diabetes och högt blodtryck dramatiskt ökat. En viktig orsak är en livsstil med för lite motion, fel kost och rökning.
– Olika läkemedel har tagits fram för att motverka effekterna av dessa tillstånd, men med varierande framgång. Mycket lite har dock gjorts när det gäller prevention och satsningar på infrastruktur för att underlätta fysisk aktivitet. Vi har sett hur skolgymnastiken skärs ned och hur satsningar på gångvägar och cykelbanor får stå tillbaka framför

bundet röra på sig dämpas den inflammatoriska processen i kroppen som följer av ett normalt åldrande. Motion har en anti-inflammatorisk effekt och kan minska risken att drabbas av diabetes, cancer samt hjärt- och kärlsjukdomar.

Större förståelse för preventiva åtgärder

På Medicinska riksstämman kommer Bente Klarlund Pedersen bland annat att berätta om hur en medveten satsning på cykelbanor i Köpenhamn skapat stora hälsoeffekter. I dag väljer fler och fler att

” Skulle vi i vården bli bättre på att stötta och motivera patienter att sluta röka, motionera mer och äta sundare, så skulle vi sannolikt kunna minska antalet patienter med välvärdssjukdomar med minst hälften. ”

satsningar på infrastruktur som genererar större och större vägprojekt, säger Fredrik von Wowern.

Han är specialistläkare i internmedicin vid Akutcentrum i Malmö samt sekreterare i Svensk internmedicinsk förening.

Fysisk aktivitet och immunsystemet

På Medicinska riksstämman arrangerar föreningen symposiet ”Fysisk aktivitet som förebyggande åtgärd för samhällshälsa”.

En av gästföreläsarna är professor Bente Klarlund Pedersen. Hon är chef för ”Centrum för inflammation och metabolism” vid Rigshospitalet i Köpenhamn. I många år har hon forskat om den positiva effekt som fysisk aktivitet har på immunsystemet. Genom att regel-

cykla till jobbet framför att åka kommunalt eller ta bilen.

– Man har gjort det enklare för människor att cykla och nått stora framgångar när det gäller en förbättrad folkhälsa. Man kan till exempel se att insulinkänsligheten hos individer ökar, vilket sänker risken att drabbas av typ 2-diabetes. Man kan också se goda metabola effekter, cellerna blir mer produktiva i sin funktion, säger Fredrik von Wowern.

Hans förhoppning är att symposiet ska leda till en större förståelse för preventiva åtgärder och även skapa debatt kring var strukturella infrastrukturensatsningar kan göra mest hälsoekonomisk nytta.

– Vinsten är uppenbar, inte bara ur en ekonomisk aspekt utan även som minskat lidande för många patienter. Skulle vi i vården bli bättre på att stötta och motivera patienter att sluta röka, motionera



Bente Klarlund Pedersen är chef för ”Centrum för inflammation och metabolism” vid Rigshospitalet i Köpenhamn.
Foto: Thomas Tolstrup

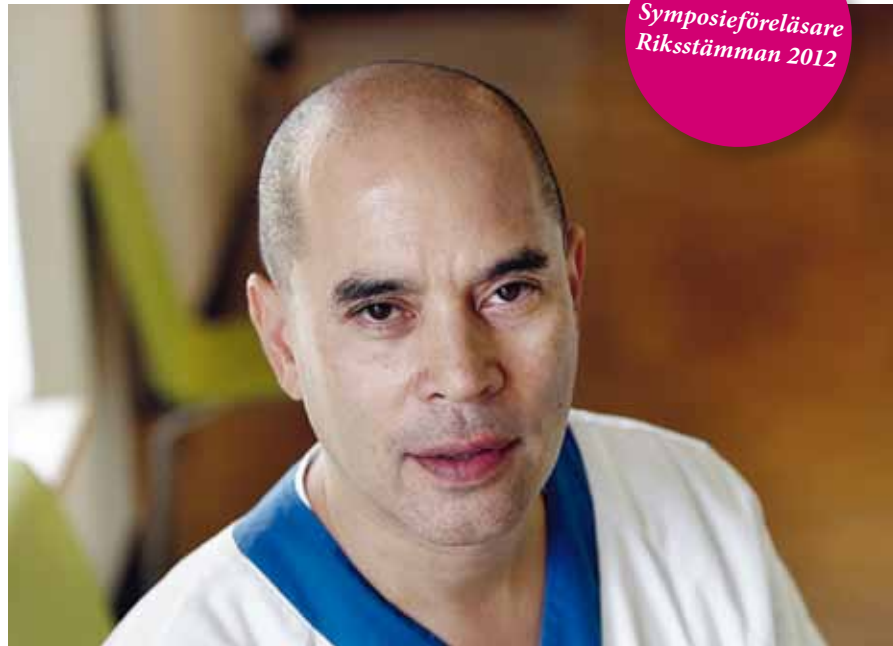


Fredrik von Wowern är specialistläkare i internmedicin vid Akutcentrum i Malmö samt sekreterare i Svensk internmedicinsk förening.

mer och äta sundare, så skulle vi sannolikt kunna minska antalet patienter med välvärdssjukdomar med minst hälften, säger Fredrik von Wowern. ●

EVA NORDIN

Rätt diagnos och utredning kan vara livsavgörande vid barnmisshandel. I dag görs dock undersökningar av barn som inte vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet och som riskerar att skada barnet. Sverige behöver nationella riktlinjer och handlingsprogram för medicinskt omhändertagande av barn som far illa. Det menar Gabriel Otterman, överläkare vid barnskyddsenheten på Akademiska barnsjukhuset i Uppsala.



Symposieföreläsare
Riksstämman 2012

Foto: Staffan Claesson

Inrätta ett nationellt kunskapscentrum

VARJE ÅR ÖKAR antalet fall av misshandel och sexualbrott mot barn som anmäls till polisen. De senaste sex åren har antalet polisanmälda fall av barnmisshandel i landet ökat från 7 200 till 12 400, utvecklingen av sexualbrott mot barn är likartad.

– Vi vet att såväl skolan som socialtjänsten har blivit bättre på att anmäla. Vi vet inte säkert om våldet mot barn ökar, men vi kan inte utesluta det, säger Gabriel Otterman.

Ojämlig vård och behandling av barn

Han är en av initiativtagarna till symposiet ”Barnets rätt, vårt ansvar. Hur kan vården bäst möta barnens behov när, och helst innan, de far illa?”, som äger rum på Medicinska riksstämman den 28-30 november.

Fyra nationellt framstående föreläsare presenterar läget inom området ”barnskyddsmedicin” och vad som behöver utvecklas för att arbeta effektivt inom vården med ett tydligt barnperspektiv.

– Till skillnad från många andra länder har svensk hälso- och sjukvård ingen sammanhållen strategi och ett organiserat omhändertagande för att möta den

problematik som finns med barn som misstänks fara illa. När det gäller barn med diabetes så finns klara riktlinjer för hur ett medicinskt omhändertagande ska se ut, oavsett var man bor i Sverige. Det gäller tyvärr inte barn som far illa. Vi har inga nationella riktlinjer, inga handlingsplaner. Det ser väldigt olika ut i landet, kvalitet på bemötande och medicinsk utredning skiljer sig åt beroende på klockslag och vem som är fram- eller bakjour, säger Gabriel Otterman.

Särskilda barnskyddsteam

Späda barn som utsatts för misshandel har ofta blåmärken, frakturer eller blödningar i hjärnan. Men vissa övergrepp kan vara svåra att upptäcka och barnen är ofta för små för att berätta själva. Det gäller att handla snabbt och gå systematiskt till väga.

– Det kan också handla om diffusa symtom som exempelvis barn som inte längre vill äta, är lealösa eller kommer in akut med kramper. För att utesluta andra möjliga orsaker än våld, krävs särskilda barnmedicinska kunskaper och tillgång till högspecialiserad vård som exempelvis tillgång till barnröntgenspecialist och barnhematolog, säger Gabriel Otterman.

Sedan 2011 har Akademiska barnsjukhuset i Uppsala ett särskilt medicinskt barnskyddsteam. Det fungerar som rådgivare vid anmälningar och utredningar, och arbetar även förebyggande. I uppdraget ingår till exempel att utbilda barnläkare för att höja kompetensen på området. Det samarbetar även med Uppsala läns Barnahus där misstänkta vålds- och sexualbrott utreds, och där personal från socialtjänsten och polisen ingår.

– I dag händer det att barn som misshandlats hamnar exempelvis på vuxenakuten. Det behövs ett team som har kompetens inom barnmedicin och en helhetssyn på utsatta barn. Vi skulle vilja att varje barnklinik har avsatta resurser och kontakt med specialister som har ett tydligt uppdrag att hantera problematiken med barn som misstänks fara illa. Vi vill även att Sverige får nationellt riktlinjer och ett nationellt handlingsprogram inom detta område. Sverige håller idag inte nationell standard, dock finns alla förutsättningar för att återta rollen i världen som ledande nation i arbetet för barn som far illa säger Gabriel Otterman. ●

EVA NORDIN

Etisk kompetens går att utveckla

Vilken är den etiska skillnaden mellan att aktivt påskynda döden och att passivt avstå från en möjlig livsförlängande behandling?

På Medicinska riksstämman erbjuds en möjlighet för ST-läkare att delta i en IPULS-certifierad kurs som belyser centrala etiska och filosofiska frågor som rör vården i livets slutskede.

I DEN GEMENSAMMA DELEN av målbeskrivningarna för läkares specialiseringstjänstgöring anges olika kompetenser som ST-läkare förväntas utveckla. Det handlar bland annat om att kontinuerligt arbeta med sitt professionella och etiska förhållningssätt.

– På läkarutbildningen och på ST-nivå pratar man om professionell utveckling som omfattar färdigheter om ledarskap, kommunikation och etik. Min erfarenhet är dock att utbudet av etikkurser för ST-läkare inte är så omfattande och att det finns en stor efterfrågan och ett stort behov hos såväl studierektorer som ST-läkare av sådana kurser, säger Anders Ågård.

Kursintyg i ST-portföljen

Han är specialistläkare i allmän internmedicin och varvar sin tjänst som kardiolog på Angereds närsjukhus i Göteborg med uppdraget att utveckla etikutbildningen och att undervisa i etik på läkarprogrammet vid Sahlgrenska akademien.

På Medicinska riksstämman ansvarar han för symposiet ”lindra lidande och/eller orsaka död”.

– Egentligen är det två symposier i nära anslutning till en mindre ST-kurs. Den täcker in de vardagsetiska frågorna som berör de flesta. Kursen ska belysa etiska problem vid vården i livets slutskede och frågor som handlar om att avstå eller avbryta livsuppehållande behandling, säger Anders Ågård.

Kursen kommer bland annat att ta upp medicinska och etiska aspekter av



ST-kurs Medicinska
riksstämman 2012

Anders Ågård kardiolog på Angereds närsjukhus i Göteborg.

palliativ sedering, doktrinen om dubbla effekter; räcker det med att ha en god avsikt?

Samtliga ST-läkare som deltar i kursen får ett IPULS-certifierat intyg som de senare kan bifoga i sin meritportfölj.

– Vi arrangerar denna typ av kurs för andra året i rad och förra året fick vi en väldigt god respons med betyg över fyra på en femgradig skala. Vi vill försöka täcka in de vardagsetiska frågorna som berör de flesta läkare, oavsett specialitet. Förra året var temat patientens autonomi, i år är det vård i livets slutskede och nästa år ska det troligtvis handla om begreppet professionalism och läkares kliniska beslutsfattande, säger Anders Ågård.

Etikens aktualitet

Den medicin-tekniska utvecklingen ställer nya och ökade krav på kunskap

som rör etik och juridik. I framtidens hälso- och sjukvård kommer nya och svåra frågor att ställas som bland annat rör människors integritet, frågor som är viktiga för att värna människan och människovärdet. Syftet med utbildning i etik är att påverka läkares attityder och öka den etiska medvetenheten liksom förmågan att kritiskt analysera etiska problem och fatta medicin-etiskt försvarbara beslut.

– Det är oerhört viktigt att den etiska diskussionen hålls levande i dagens hälso- och sjukvård. Lever läkare inte upp till de etiska krav som professionen formulerat, och som samhället och patienter förväntar sig att de ska uppfylla, riskerar förtroendet för läkarkåren att kraftigt minska. Patientens bästa ska alltid sättas i centrum, säger Anders Ågård. ●

EVA NORDIN



ETIKEN I FRAMTIDEN

Den samtida medicinen har medfört ett ökande behov av reflektion och kunskaper om medicinsk etik. Framtidens medicin kommer att ge upphov till nya etiska frågeställningar i takt med den medicinska och tekniska utvecklingen inom sjukvården.

DET ÄR DOCK INTE ENBART i samband med nya teknologier som etiken behövs. Snarare är det så att varje möte i sjukvården har en etisk dimension med mer eller mindre explicita etiskt formulerade problem. Det är också så att de snabba förändringar som just nu sker när det gäller sjukvårdens organisation skapar nya och viktiga etiska frågeställningar.

Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik arbetar kontinuerligt med frågor om medicinsk etik med utgångspunkt från patientens bästa. Vi försöker att vara proaktiva och spana mot kommande etiska utmaningar samtidigt som vi är reaktiva i den meningen att vi är aktiva som remissinstans och att vi är tillgängliga med vårt expertkunnande i den dagsaktuella medicin-etiska debatten.

Etikdelegationen arbetar med etiska frågor på tre olika nivåer:

1. Vardagsetik

Med vardagsetik avses etiska frågor och problem som förekommer i vårdens vardag i varje medicinskt möte. Några exempel:

- Det medicinska mötets förutsättningar och villkor
- Läkarrollen i samtiden och framtiden
- Vårdens kommunikationsstrukturer
- Läkares deltagande i sociala medier

2. Särskild etik

Med särskild etik avses specifika frågor som rör ett särskilt område eller problemkomplex. Några exempel:

- Avbryta eller avstå från livsuppehållande behandling
- Förhandsdirektiv och livstestamente
- Ställföreträdarfrågan
- Organ- och vävnadsdonation
- Assisterad befruktning
- Hjärt-lungräddning

3. Strukturell etik

Med strukturell etik avses etiska aspekter på frågor om vårdens struktur och organisation. Några exempel:

- Prioriteringsprinciper i sjukvården
- Effekter av vårdval och andra sjukvårdsreformer
- Läkaren plats i framtidens vård

Tyngdpunkten i delegationens arbete har främst legat på området särskild etik, inte minst därför att sådana frågor bjuder sig på ett självklart sätt, såväl från medlemmar och sektioner i sällskapet som från myndigheter, organisationer och allmänhet. Detta kommer vi självfallet att fortsätta med, men delegationen har inför den kommande femårsperioden beslutat att öka sina insatser på de båda andra områdena, dvs vardagsetik och strukturell etik.

Det finns ett tydligt samband mellan dessa båda områden. Hur sjukvården organiseras och vilken plats läkaren får i organisationen ger villkoren för det medicinska mötet. Det kan därför finnas goda skäl att påminna om att sjukvården i grunden är ett moraliskt projekt och att läkarens etiska medvetenhet behöver förnyas i tider av nya organisatoriska principer.

Varmt välkommen med förslag på områden och frågor som du anser behöver uppmärksammas i Läkaresällskapet och dess delegation för medicinsk etik. ●

INGEMAR ENGSTRÖM
ordförande Delegationen
för medicinsk etik



HALLÅ DÄR
STEFAN LINDGREN!

DAGENS AT TAS BORT NÄR NY LÄKARUTBILDNING INFÖRS

Du leder utredningen om framtidens läkarutbildning som ska vara klar i december. En av många stötestenar handlar om läkarnas allmäntjänstgöring, AT. Den svenska läkarutbildningen med en grundutbildning på fem och ett halvt år, plus AT-tjänstgöring, uppfyller inte EU-kraven som stipulerar minst sex år och minst 5 500 timmar.

Vilka är de stora konsekvenserna att Sverige inte uppfyller EU-kraven?

– Under förutsättning att direktiven ej ändras så innebär det att svensk läkarexamen och legitimation inte automatiskt blir accepterat fullt ut i resten av Europa. Vi levererar i nuläget en examen som inte är gångbar internationellt. Det är naturligtvis inte acceptabelt.

Vad kommer att ske med nuvarande AT-utbildning?

– Mitt uppdrag innebär bland annat att integrera lärandemålen från nuvarande AT i en ny sexårig läkarutbildning. Så AT som sådant försvinner, men den värdefulla utbildning som AT ger ska vi självfallet sträva efter att behålla. Det är en utmaning, men fullt möjligt. En modell vi tittar på är en sammanhållen professionsträning med tre stycken 12-veckors block där studenterna får träna sig i den professionella yrkesrollen ute i den praktiska vården.

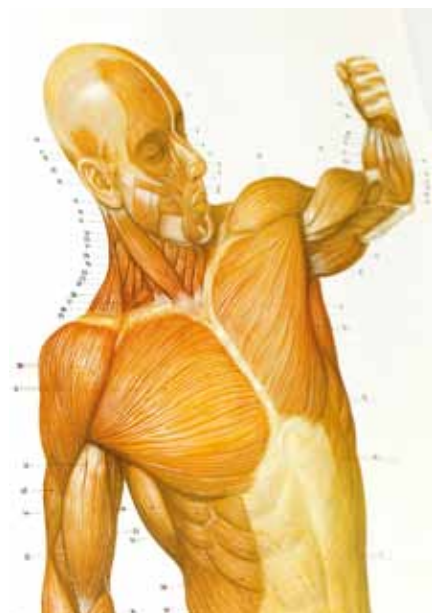
Det diskuteras nu att man ska införa ett gemensamt basår efter examen, vilken är tanken med det förslaget?

– Det är viktigt att understryka att basåret inte ersätter AT, utan ska ses som en start på ST-utbildningen. En idé är att föra över vissa moment från

grundutbildningen, det kan till exempel vara författningskunskap, juridik och andra delar som alla läkare måste kunna. Fördelen med ett gemensamt basår är också att läkarstudenter från andra länder med en sexårig grundutbildning får en naturlig inkörspport till den svenska specialistutbildningen och de förutsättningar som gäller för Sverige. Vi har bland annat sneplat på Storbritannien som har ett så kallat "foundation year" och som liknar ett så kallat basår.

Finns det något land ni sneglar på när det gäller att utveckla den svenska AT-utbildningen?

De förslag vi lägger fram i december är mycket internationellt förankrat. Vi vill skapa en modern läkarutbildning som kan möta de internationella krav som finns. Den 14-16 november arrangerar World Federation for Medical Education (WFME) en världskongress i Malmö. Där behandlas många av dagens mest aktuella utbildningsfrågor i ett globalt perspektiv och där ges också tillfälle att delta i en workshop om hur ett modernt läkarutbildningscurriculum kan byggas, med utgångspunkt från de svenska erfarenheterna. ● EVA NORDIN



Läkarutbildningsutredningen kan du följa på utbildningsdepartementets hemsida:
<http://www.sou.gov.se/lakarutbutr/aktuellt.htm>

Om du vill veta mer om världskongressen i november, läs mer på:
www.wfme.org

LÄKARNAS AT

Läkarnas allmäntjänstgöring AT, syftar till att ge läkaren en god förmåga att självständigt och med hög säkerhet utföra de medicinska basrutinerna i hälso- och sjukvården. AT omfattar minst 18 månaders klinisk tjänstgöring inom medicin, kirurgi, psykiatri och allmänmedicin. AT är målstyrd och ska motsvara de mål som Socialstyrelsen fastställt. För att få börja AT krävs avlagd läkarexamen.

Det finns i Sverige inget nationellt utvecklat beslutsstöd som stärker patienter i val av behandling. Det är upp till den enskilde läkaren eller sjuksköterskan att informera patienten om olika behandlingsalternativ. Allmänläkaren Hans Thulesius arbetar nu med en svensk översättning av det tyska beslutsstödet Arriba.



SVERIGE LIGGER EFTER MED BESLUTSSTÖD – TROTS ATT PATIENTER BLIR MER TRYGGA OCH SÄKRA

I FLERA LÄNDER, bland annat i England och USA har man utvecklat avancerade beslutsstöd som kan ge en detaljerad beskrivning av olika behandlingsalternativ och förväntat resultat. Här finns också en beskrivning av risker samt detaljerade frågor för att närmare ta reda på hur patienten själv värderar risker och fördelar med olika typer av behandling.

Det finns ett flertal studier som visar att användningen av beslutsstöd gör patienter mer delaktiga, trygga och säkra inför val av behandling.

En patient med mild eller måttlig depression till exempel, vill kanske veta nyttan och riskerna med läkemedelsbehandling kontra samtal och fysisk träning. Tyvärr är konsultationstiden för denna typ av diskussion ofta knapp.

– Det finns flera bra beslutsstöd som verkligen skulle vara till stor hjälp, inte minst för oss allmänläkare. De studier som gjorts visar att det finns klara

fördelar, det sparar tid, man kan snabbt få fram värdefull information som kan stötta patienten i val av behandling, säger Hans Thulesius, distriktsläkare på vårdcentralen Strandbjörken i Växjö, samt senior forskare vid FoUU-enheten i Kronoberg.

Beslutsstöd testas på svenska kollegor

Hans Thulesius arbetar nu med en översättning av det tyska beslutsstödet Arriba. Det är utvecklat av Norbert Donner-Banzhoff, professor i allmänmedicin och klinisk epidemiologi i Marburg i Tyskland. Hans forskning om beslutsstödsredskap och delat beslutsfattande har belönats med en rad priser.

– Jag har hjälp av flera tyskspråkiga kollegor, det kräver rätt mycket fackkunskap för att lyckas med översättningen. Vi gör nu en provöversättning och sedan ska vi testa på svenska kollegor

innan vi går vidare. I Tyskland används beslutsstödet i den kliniska vardagen. Randomiserade kliniska studier visar att patienterna blir nöjdare och man får en bättre följsamhet då beslutsstödet används. Det har en god effekt, säger Hans Thulesius.

Fysisk aktivitet eller läkemedelsbehandling?

Han ger ett exempel, en 45-årig patient som visar sig ha måttligt förhöjt blodtryck ställer sig skeptisk till läkemedelsbehandling. Med hjälp av beslutsstödet där fördelar och nackdelar vägs mot varandra, kunde läkaren visa att patienten inte skulle vinna mycket på att äta läkemedel, riskreduceringen var väldigt liten.

– Patientens val att avstå från läkemedelsbehandling vilade på vetenskaplig evidens. Det var tryggt för patienten, men också för läkaren. Arriba baseras på

vetenskapligt underlag i form av bland annat Cochrane-rapporter. När det kommer nya studier så ändrar sig algoritmerna, läkaren kan alltså vara säker på att beslutsstödet följer med i kunskapsutvecklingen, säger Hans Thulesius.

Han ger ett annat exempel, en patient ställer sig tveksam till om han ska ta ett PSA-prov. I beslutsstödet finns fördelar och nackdelar redovisade, även information om hur myndigheter ställer sig till screening av symtomfria män.

– Det finns ett stort intresse för den här formen av beslutsstöd ute i vården. Men även hos blivande läkare. Jag var nere i Malmö och visade Arriba för några läkarstudenter om hur man kan använda beslutsstödet i samband med konsultationen. De var väldigt entusiastiska, säger Hans Thulesius.

Svårt att följa med i kunskapsflödet

Internationella studier visar att många patienter uppfattar delaktighet i val av behandling som en av de viktigaste frågorna, betydligt viktigare än att välja vårdgivare.

Ett tillägg i hälso- och sjukvårdslagen från 1999 har gjort det möjligt för en patient att själv välja behandling (vid tillfällen då flera olika behandlingar är tillgängliga). I den nya patientsäkerhetslagen finns även en skyldighet för vårdpersonalen att medverka till att patienten får möjlighet att välja det behandlingsalternativ som han eller hon föredrar. Behandlingsvalet måste vila på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Samtidigt publiceras en så stor mängd vetenskapliga artiklar att det blir omöjligt för den enskilde vårdgivaren att hinna följa med i den ständigt växande strömmen av nya forskningsrön.

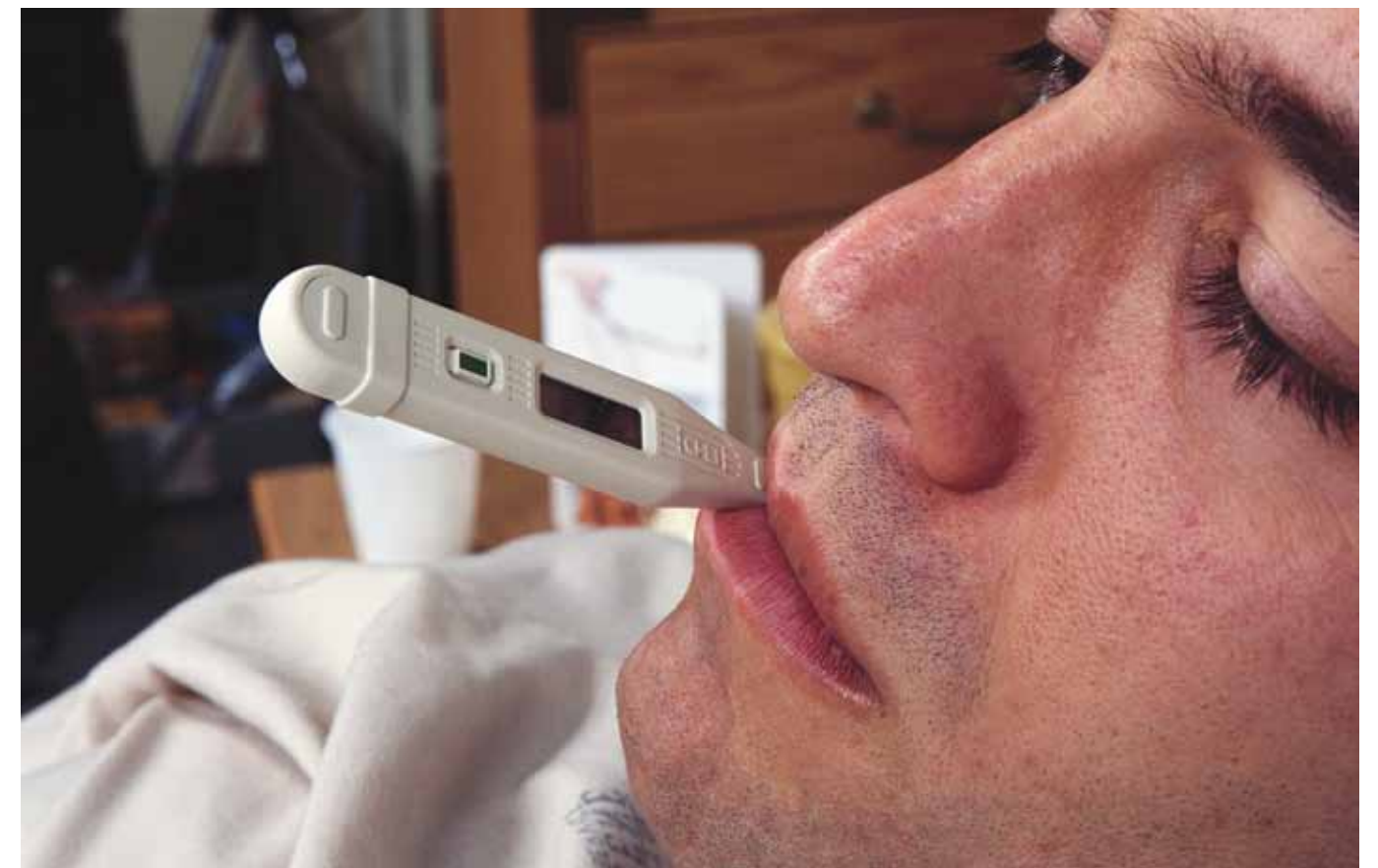
– Redan för fem-sex år sedan tog jag kontakt med SBU för att diskutera hur Sverige kan utveckla liknande beslutsstöd som finns i Kanada, Tyskland och Stor-

britannien. Myndigheten ansåg inte att uppdraget låg på deras bord. Men SBU:s rapporter skulle bli ännu mer kliniskt användbara om de fanns med i ett beslutsstöd som kan hjälpa vårdgivaren att stötta patienten i valet av metod och behandling, säger Malin André, distriktsläkare och forskningssamordnare i primärvården i Uppsala. ●

EVA NORDIN

Vill du veta mer om beslutsstödet Arriba, kontakta Hans Thulesius: hans.thulesius@ltkronoberg.se

” Arriba baseras på vetenskapligt underlag i form av bland annat Cochrane-rapporter. När det kommer nya studier så ändrar sig algoritmerna, läkaren kan alltså vara säker på att beslutsstödet följer med i kunskapsutvecklingen. ”



Nyfiken på...



Namn: Lise-Lotte Risö Bergerlind

Ålder: 59

Arbetar: Process- och utvecklingschef, Södra Älvsborgs sjukhus

Familj: Är gift, har varit tillsammans med samme man i 42 år, tre vuxna barn, två barnbarn, hund

Fritid: Jag har inte så mycket fritid, men när jag är ledig läser jag deckare, promenerar och hjälper min man som är illustratör i hans företag.

Drivkraft: Jag vill ju gärna tro att jag kan påverka världen att bli lite bättre. Jag vill göra gott, det var det som drev mig att bli läkare. En väldigt viktig fråga är att arbeta för att läkare ska få den fortbildning som krävs för att patienter ska få en säker vård och behandling av hög kvalitet.

Det hade jag gärna velat göra: Ibland har jag funderat på om politiken hade varit en spännande väg för att påverka utvecklingen. Hittills har jag försökt att göra det genom att mitt chefskap och ordförandeskapet i Svensk Psykiatrisk Förening.

Gillar: Ett öppet sinnelag

Ogillar: Trångsynthet

Lise-Lotte Risö Bergerlind, process- och utvecklingschef vid Södra Älvsborgs sjukhus, samt ordförande för Svenska Psykiatriska Föreningen inom Svenska Läkaresällskapet.

Du är chef vid ett processororienterat sjukhus där utbildning är en viktig del i ert ledningssystem. Så är det inte på alla kliniker och sjukhus i landet. Du har tidigare sagt att du tycker att det är dags att på ett mycket tydligare sätt reglera läkarnas fortbildning, vems är ansvaret tycker du?

I Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet, 2011:9, står inte tydligt att fortbildning ska ingå i ledningssystemet. Man kan i de nya föreskrifterna läsa att vårdgivaren ska ha de processer som behövs för att säkra utvecklingen av verksamheten. Men det är så brett skrivet, det står inte specifikt att vårdgivaren ska se till att alla medarbetare får relevant utbildning för att kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett medicinskt korrekt sätt. Jag tycker att det behövs en större tydlighet och incitament får såväl vårdgivare som vårdanställda att hänga med i den medicinska utvecklingen. Syftet är ju att kunna erbjuda patienterna en evidensbaserad och kvalitetssäker hälso- och sjukvård.

Hur kan man följa upp att fortbildning verkligen blir en viktig del i ett ledningssystem?

Öppna jämförelser har hjälpt till att lyfta kvaliteten i vården, man skulle kunna ha ett motsvarande system för fortbildning. En idé är att använda den nya modellen för SPUR-inspektioner även för fortbildning och redovisa det öppnet. Det skulle ge en tydlig redovisning av hur sjukhusen ligger till och vara ett incitament att jobba med fortbildningsfrågor och driva utvecklingen framåt.

Du är också ordförande för Svensk Psykiatrisk Förening. I mars hölls en nationell kongress i Göteborg, vad tog du med dig därifrån?

Det är spännande att vi kan samla så många olika grenar inom psykiatrin som till exempel rättspsykiatri, barnpsykiatri, konsultationspsykiatri, beroendepsykiatri. Man brukar annars säga att vi är splittrade inom psykiatrin och att vi bråkar internt. Men vi kan nu se att de olika psykiatriska grenarna krokar arm med varandra, även med den somatiska vården. Kongressen är också en viktig mötesplats för alla psykiatriker som annars kan känna sig ganska ensamma, underbemäddade och tyngda.

Om några månader lämnar du ditt nuvarande uppdrag för att bli chef för Västra Götalandsregionens Kunskapscentrum för psykisk hälsa. Vad är roligast med det nya uppdraget?

Centret är en samlande kraft för utveckling av psykiatrin vid de olika sjukhusen i regionen, och inom allmänmedicin. Min drivkraft är att lyfta den psykiatriska vården till en högre och jämnare nivå. Ambitionen är att skapa en gemensam målbild så att befolkningen får lika tillgång till en jämlik och rättvis vård med god medicinsk kvalitet. ● EVA NORDIN

ABRAHAM BÄCK - Mannen som reformerade den svenska sjukvården

I mer än tre år har Thomas Ihre, tidigare kirurgchef och chefläkare vid Södersjukhuset i Stockholm, samt före detta ordförande i Sveriges Läkarförbund och i Svenska Läkaresällskapet, arbetat med boken om Abraham Bäck.

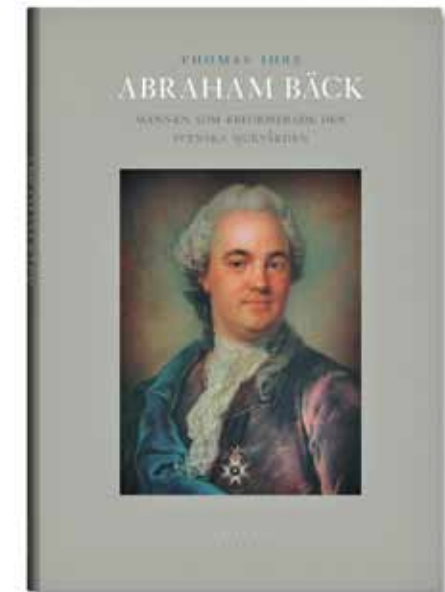
UNDER EN VÄLDSAM PESTEPIDEMI föddes Abraham Bäck i Söderhamn 1713. Under mer än 40 år var han chef för Collegium medicum, embryot till Medicinalstyrelsen och senare Socialstyrelsen. Från denna position ryckte han upp vården såväl administrativt som kunskapsmässigt.

Varför skrev du den här boken?

- Abraham Bäck var en betydelsefull person för sjukvården under 1700-talet och påverkade hela sjukvårdsutvecklingen i Sverige och Finland, som ju då tillhörde Sverige. Han är också den som drev på bildandet av Sveriges första sjukhus, Serafimer lasarettet 1752. Han var god vän med Carl von Linné som skickade över 500 brev till Bäck som finns bevarade på Linnean Society i London. Linné betraktade Bäck som sin käraste och bästa vän. Trots att Bäck var en betydelsefull och viktig person som reformerade sjukvården i Sverige under 1700-talet, har han fått endast ringa uppmärksamhet.

Vilket källmaterial har du använt för att skriva boken?

- Jag har bland annat gått igenom Bäcks egna skrivelser och brev som finns bevarade vid Hagströmer biblioteket vid Karolinska Institutet. Även på Uppsala universitetsbibliotek finns handlingar som rör Abraham Bäck. Jag har också haft tillgång till Bäcks familjebibel tack vare att det finns släktband mellan familjerna Bäck och Ihre. Abraham Bäck var min farfarsfarfars morfar. Hans ena dotter gifte sig med en Ihre.



Vad har varit mest stimulerande att arbeta med boken?

- Det har varit spännande att sätta mig in i hans liv, att följa honom från vaggan till gravstenen. Han dog 1795 och blev 82 år. Jag fick en klar bild av de stora infektionssjukdomarna som härjade i Sverige under den här tiden. Bäck räknas som vårt lands förste socialmedicinare och beskrev hur fattigdom, svält och trångboddhet påverkade hälsotillståndet. En av de stora folksjukdomarna under 1700- och 1800-talet, fram till mitten av 1900-talet, var lungrot eller tuberkulos. Bäck blev själv nära vittne till sjukdomens framfart, hans far, styvfar, hustru och sex av hans åtta barn dog av tuberkulos. Självt klarade han sig utan att bli smittad. Att arbeta med boken har varit en stimulerande resa i medicinhistorien. ● EVA NORDIN

Nyhet!

Snabb access till rätt ICD-kod



Diagnoskod.se inkluderar:

- Alla diagnoskoder (ICD-10-SE) och alla primärvårdskoder
- Vad respektive kod innefattar
- Alla fördjupande texter
- Vad respektive kod utesluter
- Alla anmärkningar

Diagnoskod.se är ett unikt webbverktyg som hjälper dig att söka efter korrekt ICD-10-SE-kod och alla KSH97-P-koder (primärvårdskoder). Fyll bara i koden eller en beskrivning av diagnosen i sökrutan så är du igång! Du kan även snabbt och enkelt skapa en egen lista över de diagnoskoder som du ofta använder.

Pfizer Working together for a healthier world™

Omfattar nu även alla primärvårdskoder!

www.diagnoskod.se är helt fri att använda!

Vetenskapliga slutrapporter Sanofi Aventis forskarprogram från 2008

KLINIKER FÅR MÖJLIGHET ATT FORSKA PÅ DELTID

I samband med 200-årsjubileet 2008 mottog Svenska Läkaresällskapet forskningsmedel från flera läkemedelsföretag. Medlen gav kliniker möjlighet att forska på deltid. SanofiAventis bidrog med två forskarprogram och efter ansökan utsågs forskarna Elmir Omerovic och Mikael Rydén till mottagare. Vi publicerar här deras slutrapporter.

Projekttitel: Is takotsubo cardiomyopathy a consequence of acute lipotoxicity in the heart?

Medlen från SLS har använts för att bekosta en halvtidsforskarstjänst inom ramen för projektet: "Stress-Induced Cardiomyopathy In Sweden".

Stressinducerad kardiomyopati (SIC), även känd som takotsubo kardiomyopati eller "brustet hjärta", är ett nytt syndrom som oftast drabbar kvinnor i samband med negativ emotionell stress. Det karakteristiska kännetecknet för SIC är utveckling av hjärtmuskelparalys som kan omfatta stora delar av hjärtat. Detta kan leda till snabb utveckling av svår hjärtsvikt och bokstavligen till hjärtrup-tur och död. Det första dokumenterade fallet i Sverige rapporterades på Sahlgrenska sjukhuset 2005.

Baserat på de våra preliminära data från det nyligen uprättade nationella registret för SIC, drabbas ~ 1000 patienter per år av SIC i Sverige. Den sanna förekomsten är förmodligen mycket högre eftersom mildare former diagnostiseras inte och SIC misstas ofta för akut hjärtinfarkt. SIC är sannolikt den näst vanligaste formen av kardiomyopati efter hjärtinfarkten.

Målen med detta translationella forskarprogram, som sträcker sig från cellförsök till rikstäckande epidemiologiska studier, kliniska försök, är att

1. Definiera förekomst och hälsokonsekvenserna av SIC i Sverige.
2. Testa hypotesen att SIC orsakas av lipotoxicitet (cellulär ansamling av toxiska lipider) i hjärtmuskeln.
3. Etablera nationella riktlinjer för diagnos och behandling av SIC.

Målen kommer att uppnås genom

insamling och analys av data från det nyligen inrättade nationella registret och genom kliniska försök. Det svenska SIC registret har unik täckning i hela landet och databasen tillhandahåller information bl a om patienternas symtom, diagnostik, farmakologisk behandling, hospitalisering, mortalitet etc.

Hypotesen att SIC orsakas av intracellulär lipidansamling i hjärtmuskelcellerna kommer att studeras i experimentella modeller inklusive cellkulturer, perfunderat organ, små djur och icke-invasiv metabolisk bildiagnostik med magnetisk resonans av hjärta hos patienter. Vi har hittills redovisat forskningsresultat i publikationer enligt referenslistan nedan. ●

ELMIR OMEROVIC

Elmir Omerovic, Forskarassistent
Avd för molekylär och klinisk medicin
Elmir.Omerovic@wlab.gu.se
Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, 031-342 75 60

Referenslista (EO)

1. Råmunddal T, Lindbom M, Scharin-Tang M, Stillemark-Bilton P, Boren J, Omerovic E: Overexpression of apolipoprotein-B improves cardiac function and increases survival in mice with myocardial infarction *Biochem Biophys Res Commun* (2009); 385(3):336-40
2. Shao Y, Mijatovic A, Gizurarson S, Råmunddal T, Boren J, Omerovic E Omerovic. Anti-arrhythmic effects of very low density lipoproteins. *Proceedings MEA 2010*; p 128-129.
3. Gizurarson S, Yangzhen Shao, Miljanovic A, Omerovic E. An in vitro



method for studies of arrhythmogenesis in the heart - Electrophysiological effects of lysophosphatidylcholine on HL-1 cardiomyocytes. *Proceedings MEA 2010*; p130-131.

4. Omerovic E. How to think about stress-induced cardiomyopathy? – Think "out of the box"! *Scand Cardiovasc J*. 2011 Apr;45(2):67-71. 5. Perman JC, Boström P, Lindbom M, Lidberg U, Ståhlman M, Hägg D, Lindskog H, Scharin Tang M, Omerovic E, Mattsson Hultén L, Jeppsson A, Petursson P, Herlitz J, Olivecrona G, Strickland DK, Ekroos K, Olofsson SO, Borén J. The VLDL receptor promotes lipotoxicity and increases mortality in mice following an acute myocardial infarction. *J Clin Invest*. 2011; 1;121(7):2625-40.
6. Omerovic E. Heuristik och bias i kliniska beslutsprocesser – ett ämne som saknas i läkarutbildningen. *Läkartidningen* 2010, 35, 107; 1999-2001.
7. Koutouzis M, Lagerqvist B, James S, Omerovic E, Matejka G, Grip L, Albertsson P. Unfractionated heparin administration in patients treated with bivalirudin during primary percutaneous coronary intervention is associated lower

mortality and target lesion thrombosis. *A report from the Swedish Coronary Angiography and Angioplasty Registry (SCAAR)*. *Heart* 2011

8. Omerovic E: Did Jesus die of a 'broken heart'? *Eur J Heart Fail*. 2009; 8:729-31.

9. Omerovic E, Waagstein F, Swedberg K. Is levosimendan better than dobutamine in acute heart failure in patients on beta blockade treatment? What is the evidence? *Eur J Heart Fail* 2010;12(4): 313-4

10. Tomas Schultz, Yangzhen Shao, Björn Redfors, Yrsa Bergmann Sverrisdóttir, Truls Råmunddal, PerAlbertsson, Göran Matejka, Elmir Omerovic. Stress-induced cardiomyopathy in Sweden - Evidence for different ethnic predisposition and altered sympathetic nervous system function. *In print, Cardiology*, 2012

11. Truls Råmunddal, Malin Lindbom, Margareta Scharin Täng, Jan Boren, Elmir Omerovic. Overexpression of Apo lipoproteinB attenuates cardiac hypertrophic response. *Scand J Clin Lab Invest*. 2012; 72(3):230-6

12. Sverrisdóttir YB, Schultz T, Omerovic E, Elam M Sympathetic nerve activity in stress-induced cardiomyopathy. *Clin Auton Res*. 2012 Apr 11.

13. Redfors B, Shao Y, Omerovic E. Stress-induced cardiomyopathy in a patient with chronic spinal cord transection at the level of C5: Endocrinologically mediated catecholamine toxicity. *Int J Cardiol*. 2012 Jan 10.

Projekttitel: Studies of novel factors in human adipose tissue with protective roles in the development of diabetes.

Fettväven är ett mycket aktivt organ som deltar i utvecklingen av viktiga sjukdomar såsom nedsatt insulinkänslighet, typ 2 diabetes, blodfetterrubbingar och åderförkalkning. En viktig mekanism tros vara att fettväven vid övervikt och andra tillstånd med nedsatt insulinkänslighet (t ex typ 2 diabetes) karakteriseras av en inflammation med invandring av inflammatoriska celler. Dessa frisätter substanser som i sin tur påverkar fettcellerna och därmed andra organ negativt.

Regleras inflammatoriska tillstånd av vikten?

Detta projekt studerar nya faktorer som kan vara av betydelse för fettets

funktion. Twist1 är ett äggviteämne som hos möss bl a visats reglera inflammatoriska tillstånd och cellmognad.

Vi har kunnat visa att Twist1 i mänsklig fettväv regleras av viktförändringar, är låg hos överviktiga och är starkt korrelerat till hög insulinkänslighet. Vi har också kunnat visa att Twist1 styr produktionen av inflammatoriska faktorer i fettväven 2. Ett lågt uttryck av Twist1 leder till ökad produktion av dessa faktorer vilka i sin tur leder till minskad insulinkänslighet. Twist1 utgör alltså ett möjligt mål för framtida läkemedelsterapier riktade mot typ 2 diabetes. Vi har också studerat CIDEA, ett protein med hittills oklar funktion men där vi tidigare visat att uttrycket i fettväven är starkt korrelerat till ökad insulinkänslighet 3. Vi har kunnat karakterisera genregleringen av CIDEA genom att studera hur dess genpromotor uppströms om genen regleras 4. Vi har också kunnat visa att CIDEA kan öka fettnedbrytningen i mänskliga fettceller och att dess uttryck är ökad vid tillstånd av viktnedgång 5.

Två nya faktorer av betydelse i mänskliga fettceller har definierats

Slutligen har våra studier gett en indikation på hur CIDEA kan mediera sina effekter eftersom vi kunnat visa att CIDEA binder och reglerar nukleära transkriptionsfaktorer i fettceller 6. Sammanfattningsvis har vi i detta projekt kunnat definiera två nya faktorer funktionella betydelse i mänskliga fettceller. Dessa studier ligger till grund för att avgöra om de kan spela en roll i framtida behandlingsmetoder riktade mot typ 2 diabetes och andra tillstånd med nedsatt insulinkänslighet. ●

MIKAEL RYDÉN

Docent Mikael Rydén
Karolinska Universitetssjukhuset
Huddinge
Endokrinologiska kliniken



Docent Mikael Rydén

Publikationer publicerade med stöd av det erhållna anslaget.

1. Pettersson AT, Mejhert N, Jernas M, et al. Twist1 in human white adipose tissue and obesity. *J Clin Endocrinol Metab* 2010;96(1):133-41.
2. Pettersson AT, Laurencikiene J, Mejhert N, et al. A possible inflammatory role of twist1 in human white adipocytes. *Diabetes* 2010;59(3):564-71.
3. Nordstrom EA, Ryden M, Backlund EC, et al. A human-specific role of cell death-inducing DFFA (DNA fragmentation factor-alpha)-like effector A (CIDEA) in adipocyte lipolysis and obesity. *Diabetes* 2005;54(6):1726-34.
4. Pettersson AT, Laurencikiene J, Nordstrom EA, et al. Characterization of the human CIDEA promoter in fat cells. *Int J Obes (Lond)* 2008;32(9):1380-7.
5. Laurencikiene J, Stenson BM, Arvidsson Nordstrom E, et al. Evidence for an important role of CIDEA in human cancer cachexia. *Cancer Res* 2008;68(22):9247-54.
6. Kulyte A, Pettersson AT, Antonson P, et al. CIDEA interacts with liver X receptors in white fat cells. *FEBS Lett* 2011;585(5):744-8.



Foto: Magnus Andersson

VÅRDVAL INFÖRS FÖR SAMTLIGA SPECIALITETER I HALLAND

Halland fick tidigt stå som förebild för andra landsting när det gäller vårdval. Nu tar man ytterligare ett steg i utvecklingen mot att utöka primärvårdens vårdval till att även gälla öppen specialistvård, en modell som fått namnet Vårdval Halland Plus. Mats Eriksson är moderat sjukvårdspolitiker i Region Halland. Här berättar han för SLS-aktuellt om utvecklingen av modellen.

Varför inför Halland Vårdval Plus?

"I Halland har vi länge varit överens om att vården ska bygga på närhet mellan befolkningen och de som jobbar i hälso- och sjukvården. Och då menar jag inte bara geografisk närhet. Genom att införa det utökade vårdvalssystemet med möjlighet att välja, inte bara vårdenhet i primärvården utan också öppenvårds-specialist, tror vi oss kunna skapa mer tillit och ökat förtroende."

Har inte patienterna tillit till sjukhus-specialister idag?

"Innan vårdvalet i primärvården var det adressen som avgjorde var man skulle söka. Man var mer eller mindre tvungen att söka vård där landstinget hade bestämt. Vi märkte en ganska stor skillnad

i tillit till primärvården när vi gick över till vårdval och patienterna själva kunde välja vårdcentral. Tillit betyder att man känner sig trygg, att man förmodligen inte behöver söka så ofta och att man känner sig tillfreds med vad doktorn säger. Att kunna välja specialistläkare borde rimligen ha liknande effekter.

Men vi vill också förnya sjukvårdsstrukturen. Som det nu är befinner sig de flesta specialistläkare inne på sjukhusen där de, förutom akut- och slutenvård, även bedriver specialiserad öppenvård. Det är inte bra att denna mottagningsverksamhet är sammanblandad med akut- och slutenvården. Det är ett problem hos oss att patienter som en gång hamnat på sjukhuset har en tendens att bli kvar på mottagningarna, trots att de

inte behöver sjukhusets resurser. Och de blir ofta remitterade mellan olika specialismottagningar, trots att de egentligen borde hänvisas till primärvården.

Ur ett organisatoriskt perspektiv handlar det också om vård på rätt nivå. Och här har det skett en utveckling. Mycket av det som igår var regionvård är idag länssjukvård och åtgärder som förr utfördes på sjukhus görs numera i stor utsträckning ute i primärvården. Det sker en rörelse där vårduppgifter flyttas allt längre ut från sjukhusen och vi måste anpassa oss efter detta."

Hur ser tidtabellen ut?

"Vi ligger ungefär ett år efter vad som sades från början, och det beror på att Halland nyligen övergått till att bli en

region med allt vad det inneburit. Jag hoppas att vi kan starta i början på 2013 med ett antal specialiteter."

Är tanken att modellen ska införas för samtliga specialiteter?

"Ja, på sikt. Och tanken är att alla specialister ska bedömas enligt samma mall för att bli ackrediterade, det vill säga godkända. Men däremot kan ersättningsprinciperna variera mellan specialiteter som ser olika ut, till exempel hud och ortopedi."

Finns det inte en risk för ett överutnyttjande av specialister när de börjar etablera sig utanför sjukhusen?

Kommer ni att införa remisstväng?
"Jag tror det var 1998 vi tog bort remisstvängen i Halland. Många trodde då att patienterna skulle flockas runt specialister i stället för att söka primärvården. Men detta ser jag inte alls som något stort problem idag. Därför tror jag inte heller att det fria valet kommer att påverka sökmönstret nämnvärt.

Men frågan om remisstväng är inte avgjord ännu. Jag kan tänka mig att det finns några områden som är särskilt känsliga vad gäller överutnyttjande, psykoterapi, till exempel. Men när det gäller till exempel hjärta-kärl, så tror jag inte att patienterna skulle gå i onödan till en kardiolog. Jag betraktar läkarna som kloka och rationella så det är min tro att öppenvårdsspecialister och allmänläkare löser detta tillsammans. Dessutom har vi skapat branschråd och kommer att införa regelbundna revisioner som granskar hur gränssnitten till slutenvården fungerar så att det inte blir några glidningar.

Vi har varit tydliga med att basen för hälso- och sjukvård även i fortsättningen ska vara primärvård. Om en patient går till vårdcentralen och kompetensen där inte räcker till, så ska läkaren ha skyldighet att upplysa patienten om att här finns, till exempel, fem olika ackrediterade ortopedier att välja mellan. Naturligtvis kan patienten fråga sin doktor om råd, men i slutändan är det alltid patienten som väljer medan allmänläkaren kan lotsa patienten. När valet är gjort, så kan jag tänka mig att allmänläkaren också

bokar in en tid åt patienten i specialistens tidbok."

Men om jag får huvudvärk och vill söka en neurologläkare i stället för att gå till vårdcentralen?

"Man bör komma ihåg att vi inte har något remisstväng idag. Även i Vårdval plus kommer det förmodligen att vara möjligt att kontakta neurolog. Sedan kan man ju inte veta vad neurologen svarar, men antagligen kommer denne att hänvisa till primärvården om det gäller ett mindre problem.

Men jag tror inte att detta kommer att bli ett stort problem. Vi vet att de flesta invånare är nöjda med sin allmänläkare och den vårdcentral de valt och jag förmodar att de i första hand vill gå dit för att få råd och hjälp. Naturligtvis finns det en och annan som inte gör som det är tänkt, och då må det väl vara hänt."

Hur mycket betyder ekonomin för beslutet att införa Vårdval plus?

"Om jag ska vara ärlig, så har vi just nu inte full kostnadskontroll över våra sjukhus. Men sjukhusens öppenvårdsdel är inte det allra dyraste i budgeten, de högsta kostnaderna står primärvården och den slutna sjukhusvården för. Primärvårdens vårdval omfattade till exempel en hel miljard, men det gör inte detta.

Det är inte för pengarnas skull som vi gör det här, inte heller gör vi det av ideologiska skäl, som att privatisering i sig skulle vara bra på något sätt. Problemet är att den specialiserade öppenvårdens arbete och resursutnyttjande är så svårt att särskilja från akut- och slutenvårdens. Genom att strukturera den verksamheten på ett nytt sätt blir det enklare att överblicka ekonomin och satsa pengarna rätt."

Kommer den nationella taxan att finnas kvar?

"Ja, nationella taxan är ett statligt system där vi betalar notan, och som vi inte kan påverka. Vad vi kan göra är att skapa en tilltalande vårdvalsmodell som gör det attraktivt att teckna vårdvalsavtal."

Det låter som om det skulle fordras en



Mats Eriksson (m) innehar ordförandeposterna i Region Hallands Hälso- och sjukvårdsstyrelse och i SKL:s Hälso- och sjukvårdsdelegation. I år rankades han av Dagens Medicin som fyra bland personer med inflytande i sjukvården.

omfattande åtgärds- och ersättningstaxa för vårdvalsspecialisterna. Kommer den att se ut som nationella taxan?

"Jag håller med om att det behövs en omfattande gränssnittsbeskrivning. När det gäller ersättningen så tror jag på en mix. I vissa fall kanske den kan likna en kapitering. Pengarna följer då visserligen patienten, men det är inte tal om kapitering i bemärkelsen att man kan lista sig på en fast specialistläkare. Ersättningen kommer nog till största delen att riktas mot specialistens olika insatser som besök, åtgärder och

LOU OCH LOV I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Sedan 2010 skall primärvård bedrivas enligt LOV, lagen om valfrihetssystem, också kallat vårdval eller hälsoval. Inom övrig hälso- och sjukvård liksom i kommunernas omsorg kan man antingen använda lagen om upphandling, LOU, införa valfrihetssystem enligt LOV eller använda både-och.

uppföljning. Vi kommer kanske då att snegla på nationella taxan, men man kan inte använda den rakt av."

Kanske en ÖNH-specialist skulle kunna ha en del av ersättningen som viss kaptation, baserat på områdesbefolkningens antal och behov av specialistvård?
"Det här är spekulationer, men jag ser

” Problemet är att den specialiserade öppenvårdens arbete och resursutnyttjande är så svårt att särskilja från akut- och slutenvårdens. Genom att strukturera den verksamheten på ett nytt sätt blir det enklare att överblicka ekonomin och satsa pengarna rätt. ”

det inte som omöjligt att en del ersättningar kommer att konstrueras som ett allmänt åtagande. Den arbetsgrupp som utformar detaljerna har ännu inte tagit ställning."

Skulle en specialistläkare kunna vara anställd inom slutenvård och samtidigt bedriva privatöppenvård?

"Det gäller den så kallade bisysslefrågan. Idag avgör chefen om en regionanställd läkare kan skada verksamheten genom att bedriva liknande verksamhet utanför anställningen. Vi ser positivt på att läkare arbetar med olika arbetsgivare i ett vårdvalssystem, men det finns en del nackdelar för individen själv, exempelvis blir pensionen lägre om man har lön från två arbetsgivare."

Är det möjligt att upprätthålla sjukhusjour när specialisterna inte finns kvar i slutenvården?

"I de kommande ackrediteringskraven ingår det att delta i sjukhusjour. Om man inte kan eller vill delta, så ska det vara möjligt att "köpa" ut sig."

Hur kommer det att gå med forskning, vidareutbildning och fortbildning?

"Den kliniska forskningen är viktig, och huvudmannen har ansvaret för att det skapas förutsättningar för klinisk forskning. Vi måste fördjupa oss mer i den frågan, men jag skulle tro att det går att bedriva bra patientnära forskning även i en decentraliserad miljö."

Vi funderar också mycket på hur vidareutbildningen av läkare kan komma att påverkas. Redan idag fördelas ST-läkarna mellan offentliga och privata enheter. Jag ser inget skäl till att Vårdval plus skulle påverka utbildningen negativt, varken för ST-läkare eller för specialister, men vi avser att återkomma i den frågan."

Finns det inte risk att läkarna trots allt motsätter sig denna förändring?

"Regionen har inte för avsikt att detaljstyra verksamheterna. Vårt ansvar är att definiera tydliga ramar och ställa rimliga krav. Sedan litar vi på att professionen löser sina uppgifter på bästa sätt."

VAD HANDLAR VÅRDVAL HALLAND PLUS OM?

Halland var först i Sverige med att införa vårdval. Resultatet har varit positivt och regionfullmäktige har beslutat att utöka vårdvalet till att gälla även den specialiserade öppenvården.

När Vårdval Halland Plus har införts skall de specialistläkare som idag är anställda på sjukhus och som sköter patienter på sjukhusets mottagningar, liksom privata öppenvårdsspecialister kunna ingå avtal med regionen i ett utökat vårdvalssystem.

Systemet är konkurrensneutralt, det vill säga att alla privata och offentliga specialistmottagningar skall ha samma villkor och förväntas konkurrera.

Akut- och slutenvården berörs inte.

Patienterna skall, om behov av öppen specialistvård uppstår, fritt kunna välja specialist.

Allmänläkarna skall även i fortsättningen fungera sammanhållande för patienternas vård och samverka med öppenvårdsspecialister.

På många håll, bland annat i Uppsala och Stockholm, finns liknande tankegångar men dessa modeller är mer inriktade på att definiera och prissätta utförandet av en viss åtgärd, t ex artroskopi. Hallandsmodellen låter öppenvårdsspecialisterna ta hand om en hel vårdepisod med såväl första-gångsbesök som åtgärder, behandlingsserier och uppföljningar.

Naturligtvis finns det en risk att läkare och annan personal motsätter sig förändringen och det kommer nog att spridas en del osanna rykten om modellen. Men vi försöker på flera sätt skapa kommunikation och dialog för att professionerna skall bli delaktiga. Exempelvis har vi tillsatt en arbetsgrupp för varje specialitet som ska utforma förslag till samverkan och gränser mellan öppenvårdsspecialister och primärvård. Dessa grupper består av företrädare för såväl sjukhus som för primärvård och de som sitter i dessa grupper har ett stort ansvar att ta in synpunkter och föra ut information till sina kollegor."

Tror du att LOV, lagen om vårdval, i framtiden kommer att bli tvingande även för den öppna specialistvården så att alla regioner och landsting måste införa det?

"Nej, jag kan inte tänka mig det. Landsting och regioner ser olika ut och det är en väldig fördel om nya sjukvårdsmodeller kan tillkomma och utvecklas på frivillig grund." ● GÖSTA ELIASSON

DET SÖDERBERGSKA PRISET I MEDICIN

ESSENCE (Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations)
Den 16 april delades Söderbergiska Priset i medicin ut på Svenska Läkaresällskapet. Årets pristagare är professor Christopher Gillberg, Gillbergcentrum, Göteborgs universitet. Priset delas ut av Torsten Söderbergs Stiftelse och Ragnar Söderbergs stiftelse och pristagaren i medicin utses i samarbete med Svenska Läkaresällskapet, vartannat år.

UTÖVER PRISUMMAN, en miljon kronor, består priset även av möjligheten att arrangera ett seminarium. Årets priseminarium kallades ESSENCE (Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations) och redde ut innebörden av detta nya begrepp. ESSENCE introducerades av Christopher Gillberg för några år sedan och är ett samlingsbegrepp för olika neuropsykiatriska problem. Det sätter barnets och familjens situation i fokus och tar hänsyn till hela, ofta komplexa, problematiken för att underlätta barnets situation; inte bara se de enskilda delarna som varje specialist istället har en tendens att göra. ESSENCE innefattar hela autismspektrat inklusive Aspergers syndrom men också ADHD och språkstörning. Christopher Gillberg menar att många procent av befolkningen har autistiska drag men verkligt funktionshindrade är endast någon eller några procent i varje årskull. Man har i studier konstaterat att barn som har språkproblem vid 2,5 års ålder antagligen har en underliggande problematik (t ex autism och/eller ADHD) som inte enbart rör sig om en språklig försening och som troligen kommer att leda till dyslexi och andra språkliga hinder på sikt.

Tidiga symptom på ADHD/autism är



Foto: Pelle Wichmann

förutom språkproblem, dålig fin- och grovmotorisk kontroll, dålig kontakt med omgivningen (låg respons i form av leenden och svagt intresse för att skapa kontakt med omgivningen), hyper- och hypoaktivitet, sömnproblem, stora humörsvägningar, ätstörningar (ffa hos flickor) samt uppförandeproblem. Studier visar att majoriteten av de barn som växer upp och utvecklar autistiska problem redan före fem års ålder uppvisade flera av dessa symptom redan under de allra första levnadsåren. Christopher Gillberg anser att så många som 50 procent av de långvarigt hjälpbehövande patienterna inom vuxenpsykiatri antagligen lider av odiagnostiserad autism/ADHD/annan ESSENCE. Symposieföreläsarna konstaterade också att fler pojkar än flickor får diagnosen och därmed möjlighet till behandling. En anledning kan vara att flickors symptom tar sig andra uttryck och att deras annorlunda form av autism/ADHD därigenom tar längre tid att upptäcka och att behandlingen uteblir eller fördröjs.

Seminarier var mycket lärorikt och några av toppnamnen inom området föreläste under dagen: professor Thomas

Bourgeron, Paris universitet, professor Elisabeth Fernell, Gillbergcentrum, docent Helen Minnis, Glasgow universitet, med dr Maj-Britt Possnerud, Bergens universitet samt docent Elisabet Wentz, Gillbergscentrum. Christopher Gillberg höll ett par presentationer och modererade seminariet.

Dagen avslutades med högtidlig prisutdelning och efterföljande mottagning. Christopher Gillberg mottog diplom och check av HM Drottningen som var årets prisutdelare.

Det Söderbergiska Priset i medicin delas ut vartannat år av Torsten Söderbergs Stiftelse och Ragnar Söderbergs stiftelse sedan 1986 och tilldelas en klinisk forskare som gjort särskilda insatser inom det medicinska området. Prissumman är en miljon kronor.

Mer information om priset och stiftelserna finns på www.torstensoderbergsstiftelse.se och www.ragnarsoderbergsstiftelse.se.

Mer information om årets pristagare finns på www.gnc.se. En länk till seminariet kommer på www.sls.se ●

AGNETA DAVIDSSON OHLSON



Foto: Conchi Gonzalez

ÄNTLIGEN KONSENSUS om sjukdomsförebyggande verksamhet i vården!

Nu finns det äntligen konsensus om att hälso- och sjukvården ska bedriva sjukdomsförebyggande verksamhet och har ansvar för att stödja individer att påverka sina levnadsvanor (1).

UNDER 90-TALET var det dock många som ansåg att hälso- och sjukvården skulle prioritera farmakologisk prevention och att livsstilsförändring var något som andra skulle syssla med. Utvecklingen av effektiva metoder för stöd till förändring av levnadsvanor avstannade. Men nu har pendeln svängt och vi har genom Socialstyrelsens riktlinjer stort stöd för att preventiv verksamhet skall bedrivas integrerat i hälso- och sjukvården (1). Men då är det också viktigt att metoderna för integrering och utveckling främjar en positiv utveckling av effektiva metoder i hälso- och sjukvårdsorganisationen!

För tjugofem, trettio år sedan var speciellt primärvården mycket engagerad i preventions- och hälsopromotionsverk-

samhet, och ett flertal samhällsbaserade preventionsprojekt startade, både i Sverige och internationellt. Projekten var ofta ganska riskfaktoringriktade och saknade till viss del kunskap om hälsofrämjande och stödjande pedagogik, men hade också framgångsrika delar med goda exempel på hur hälsofrämjande verksamhet kunde inlemmas i hälso- och sjukvården (2,3,4,5).

Primärvården har en viktig roll

Primärvården når varje år en stor andel av befolkningens individer i alla åldrar och är nu uppe i 1,5 besök per invånare och år! Därför är uppdraget för primärvården speciellt stort och det är viktigt hur riktlinjerna inlemmas i vårdvalsorganisationen. Detta är helt i samklang med WHO:s deklarerationer som alltsedan Alma Ata 1978 och nu senast 2008 också starkt betonar primärvårdens roll i det främjande och förebyggande arbetet. En hälsoeffektiv organisation bör premiera utförandet av hälsofrämjande åtgärder istället för själva mätandet av

”riskfaktorer”. Ledning och styrning bör premiera uppbyggnad av strukturer för stöd till individer att genomföra livsstilsförändring och som ger möjlighet till att möta individen när han/hon är motiverad för livsstilsförändring och möjlighet till att effektivt ge stöd under skilda faser i livet.

Tillgänglighet och kontinuitet – några av grundstenarna

Hälso- och sjukvården måste kunna respektera att individer vill kunna bestämma själva när och hur de vill ändra levnadsvanor – men alltid kunna erbjuda professionellt stöd när motivation och intresse finns. Detta förutsätter en primärvård med tillgänglighet, och också kontinuitet, liksom ett patientcentrerat arbetssätt, där respekt för individen går före ett alltför dogmatiskt spridande av hälsobudskap. Den senaste Cochranesammanställningen av evidens för livsstilsintervention från 2011 med rådgivning och utbildning syftande till livsstilsförändring visade att

insjuknande eller hjärtkärlödlighet inte minskar när sådan intervention riktas till personer utan riskfaktorer, men däremot är effekten god när den riktas till personer med riskfaktorer (6). Det är alltså inte de enskilda levnadsvanorna som är viktigast att inrikta sig på, utan det är individen som söker sjukvården som skall stödjas. En registrering av levnadsvanor är i sig inte tecken på effektivt hälsofrämjande, vilket däremot kunskap om helheten och om individen med levnadsvanor är. Hälso- och sjukvårdens agerande måste alltid utgå från individens behov och motivation. Vi ska finnas där, med stor kunskap om hälsofrämjande och om individen, och vi ska kunna stödja och motivera honom eller henne. Det ska finnas god tillgång till denna typ av kunskap på varje vårdcentral så att varje individ kan få stöd och kunskap att välja när livsstilsförändringen skall göras, hur den ska genomföras och vad den ska innebära. Kunskap skall också finnas om bakgrunden till den ojämlika hälsa vi ser i dag och på vilket sätt man genom olika stödåtgärder kan stärka den enskilda individen liksom grupper i samhället.

Detta innebär, att uppbyggnad av lokala preventiva och hälsofrämjande plattformar på vårdcentralerna bör prioriteras. Primärvårdens hälsofrämjande roll måste stärkas i Vårdval liksom i hela hälso- och sjukvårdsorganisationen. Samtidigt är det viktigt att framhålla, att hälsosamma levnadsvanor inte enbart är hälso- och sjukvårdens ansvar. Socioekonomi, utbildning, arbetsmarknads- och bostadspolitik, arbetsstress och mycket annat bidrar också till de skillnader vi ser i hälsa och livslängd. För att kunna stödja och stärka individer och grupper krävs därför också en kraftfull samverkan mellan olika aktörer. Vi vet också att en välutbyggd primärvård i sig har stor betydelse för folkhälsan, där tillgänglighet OCH kontinuitet spelar en stor roll.

Resurser och kunskaper krävs!

Socialstyrelsen betonar också att det krävs extra resurser för att kunna bygga ut hälso- och sjukvården, speciellt primärvården, för att kunna följa de nationella riktlinjerna. Det behövs medel

för att stärka personalens kunskap om hälsofrämjande metoder, det behövs tillgång till och ett inlemmande av en hälsofrämjande organisation och personal med metodkunskap på vårdcentralen. Det behövs medel för utveckling av samverkan mellan sjukhusanknutna vården, primärvården och lokalkommunerna. Det behövs också medel för fortsatt växande forskning och utveckling inom området både vad gäller metoder, organisation och samverkan. Detta kräver en listig och fast och klok ledning och styrning där målet är bra levnadsvanor, god hälsa och hög livskvalitet för befolkningen på individens villkor. ●

CECILIA BJÖRKELUND
ANN BLOMSTRAND
Distriktsläkare, professor
Distriktsläkare, doktorand
Cecilia.bjorkelund@allmed.gu.se
Enheten för allmänmedicin
Department of Primary Health Care
Box 454
SE-40530 Göteborg
+46-31-7866832 alt 0707980503
fax:+46-31-7781704



Cecilia Björkelund



Ann Blomstrand

” Hälso- och sjukvården måste kunna respektera att individer vill kunna bestämma själva när och hur de vill ändra levnadsvanor – men alltid kunna erbjuda professionellt stöd när motivation och intresse finns. ”

Referenslista:

1. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Socialstyrelsen 2011. <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerforsjukdomsforebyggandemetoder>
2. Björkelund C, Lissner L, Devine C, Lindroos AK, Palm L, Westerståhl A. Long-term effects of a primary health care intervention program for women: lower blood pressure and stable weight. *Fam Med* 2000;32:246-51
3. Hellénus ML, de Faire U, Berglund B, Hamsten A, Krakau I. Diet and exercise are equally effective in reducing risk for cardiovascular disease. Results of a randomized controlled study in men with slightly to moderately raised cardiovascular risk factors. *Atherosclerosis*. 1993;103(1):81-91.
4. Weinehall L, Hellsten G, Boman K, Hallmans G. Prevention of cardiovascular disease in Sweden: the Norsjö community intervention programme – motives, methods and intervention components. *Scand J Public Health Suppl* 2001;56:13-20.
5. Eriksson M, Franks P, Eliasson M. A 3-year randomized trial of lifestyle intervention for cardiovascular risk reduction in the primary care setting: the Swedish Björknäs study. *PLoS ONE*. 2009;4(4):e5195.
6. Ebrahim S, Taylor F, Ward K, Beswick A, Burke M, Davey Smith G. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease (Review). *Cochrane library* 2011.



Foto: Agneta Davidsson Ohlson

NYA KOCKAR PÅ SLS!

Vi är glada att kunna hälsa två nya kockar välkomna till Läkaresällskapet. Jessica Thelin och Richard Schager är de som sedan årsskiftet lagar maten i husets restaurang.

Station, Grill, Akvavit och Kungsholmen

Jessica har tidigare arbetat på bland annat Källhagens vårdshus, Grill och Kungsholmen i Stockholm samt Akvavit i New York.

Vid sidan av sin kockutbildning är hon också utbildad kostrådgivare.

- "Bra och fräscha råvaror är A och O för en god måltid", säger Jessica, som föredrar fräsch och lätt mat med mycket grönsaker.

Hemma lagar Jessica mycket asiatisk mat men inspireras också av det italienska köket och medelhavskosten.

Intressen vid sidan av mat och matlagning är hundar, träning och att umgås med familj och vänner.

Känd sedan tidigare

Richard känner vi, som varit med ett tag, sedan tidigare. Han arbetade i Läkaresällskapets restaurang redan för tio-tolv år sedan. Under "pausen" har han bland annat hunnit med att segla på de sju haven genom arbetet som kock på Endeavour, ett av de stora fartyg som tar ekoturister mellan Arktis och Antarktis för att erbjuda upplevelser av djur, natur och kultur. Tack vare detta arbete har Richard fått möjlighet att laga mat på alla de sju haven och i alla sju världsdelar.

- "Vackrast är det på Antarktis men Bora Bora är också ett av mina favoritresmål, säger Richard.

När det gäller matlagning föredrar även han det asiatiska köket men gillar också långkok och soppor.

Fritiden tillbringas Richard förstås gärna i köket eller med att resa, segla och umgås med familj och vänner.

Mer information om Läkaresällskapets restaurang finns på www.lakaresrest.se eller genom hovmästare Anna Benediktsson, 08-411 60 50. ●

AGNETA DAVIDSSON OHLSON

Fräscha råvaror, mycket grönsaker och matlagning på högsta nivå utmärker restaurangen i Svenska Läkaresällskapets hus.

Sedan årsskiftet huserar Jessica Thelin, köksmästare, och Richard Schager bland grytorna under ledning av källarmästare Nils Högfeltdt.



FISKGRYTA (4 port)

200 g fisk efter smak och tillgång, skuren i mindre bitar
200 gräkor med skal, skalade
500 gblåmusslor, kokta
1 stgul lök, skalad
4 stvitlösklyftor, skalade
2 stmorötter, skalade
4-6 stpotatisar, skalade
1 ströd paprika
1 stfänkål
4 mskolivolja
1 pksaffran à 0,5 g
Några kvistar timjan
400 gkrossade tomater
2 dl vitt vin
2 stlagerblad
1 tsktorkade chiliflakes
1 lfisk- eller musselbuljong
Pressad citron- och apelsinsaft
Salt, efter smak
Svartpeppar, efter smak
Hackad persilja

Gör så här

Skär alla grönsaker i mindre bitar.

1. Fräs i olja några minuter utan att de tar färg.
2. Häll i saffran, timjan, krossade tomater, vin, lagerblad, torkad chili och koka upp.
3. Tillsätt buljong och koka ca 20 minuter.
4. Smaka av med citron- och apelsinsaft, salt och peppar.
5. Ta av kastrullen från värmen.
6. Lägg i fisken och lägg på locket. Låt dra ca 5 minuter.
7. Vänd ner skaldjur och persilja.

Servera fisksoppan med aioli och ett gott bröd. Tips: Har du inte tid att göra en egen aioli, använd en god färdigköpt majonnäs och smaksätt med vitlök och citronsaft.



Ibland passar 1 bättre än 5!

Folsyratabletter har bara funnits i 5 mg, vilket ofta överstiger det terapeutiska behovet. Redan på 1970-talet påtalade experter att folsyradoser över 1 mg dagligen förmodligen är onödiga i många fall¹ och senare studier har visat att en så låg dos som 0,8 mg folsyra dagligen vanligtvis är tillräckliga för att uppnå maximal reduktion av plasmahomocystein.² Nu introducerar vi Folacin (folsyra) 1 mg; en ny styrka som lättare kan anpassas till patientens behov³ – vilket i sin tur kan leda till ökad följsamhet.⁴

folacin 1mg
F O L S Y R A

En enklare nyhet! Förnya recepten till 1 mg.

Folacin® (folsyra) tablett 1 mg, R_x, F B03BB01. Indikationer: Folatbrist eller tillstånd med ökat folatbehov, makrocytär, megaloblastisk anemi med folsyrabrist, försämrat upptag av folat från tarmen vid malabsorption såsom celiaki (glutenintolerans), sprue av annan genes eller tarmresektioner. Vid långtidsbehandling med läkemedel som hämmar folatupptaget eller folatmetabolismen exempelvis vissa anti epileptika, antibakteriella medel i den terapeutiska undergruppen sulfonamider eller läkemedel innehållande sulfasalazin. Tillstånd där ett ökat folatbehov föreligger såsom vid alkoholism, hemolytiska anemier, behandling med vitamin B₁₂, graviditet och amning eller genetisk polymorfism i det folatberoende enzymet metylenetetrahydrofolatreduktas. Varningar och försiktighet: Då folat kan stimulera celledelning tillråds försiktighet vid behandling av patienter med folatberoende tumörsjukdom. Folsyratillskott kan öka tillväxt av redan etablerad malignitet. Under långtidsbehandling med folsyra kan en samtidig B₁₂-brist döljas. Dosering: Startdos och underhållsdos beror på indikation. Se www.fass.se för utförlig information. Folacin finns som tablett 1 mg i plastburk om 100 och 1000 st. Senaste översyn av produktresumén: 2010-06-18. För mer information och prisuppgifter se www.fass.se. Referenser: 1. Beck WS. Folic acid deficiency. In: Hematology. Eds: Williams WJ, Beutler E, Erslev AJ, and Rundles RW. McGraw-Hill Book Company, New York 1972; 278–97. 2. Homocysteine Lowering Trialists' Collaboration. Dose-dependent effects of folic acid on blood concentrations of homocysteine: a meta-analysis of the randomized trials. Am J Clin Nutr 2005; 82: 806–12. 3. Produktresumé Folacin 1 mg, www.fass.se. 4. Hellberg A. et al. Läkartidningen nr 8, 2010, vol 107; 530–531. Pfizer AB. 191 90 Sollentuna. 08-550 520 00. www.pfizer.se



FRÅGA: Jag har noterat att det vardagliga bruket av *abstinens* som synonymt med *abstinensbesvär* kommit att påverka användandet av ordet även i medicinska texter på senare år. I Läkeemedelsverkets rekommendation "Behandling vid alkoholabstinens" (2010), exempelvis, används ordet *alkoholabstinens* som om det betydde perioden som kommer direkt efter att ett högt alkoholbruk upphört, perioden då det finns risk för abstinensreaktioner. Jag uppfattar ordet *alkoholabstinens* som endast indikerande avhållsamhet från alkohol. En person som inte någonsin druckit alkohol borde, som jag uppfattar det, kunna beskrivas med texten: "Patienten anger livslång alkoholabstinens".

Om man emellertid accepterar glidningen av betydelse skulle ju detta ge associationer till ett tämligen plågsamt liv. Vad är kommitténs uppfattning i frågan?

SVAR: Du har helt rätt i att den här glidningen i betydelsen finns. Egentligen står ju *abstinens* för 'avhållsamhet' och *abstinensbesvär* för de reaktioner som man har under den kortare eller längre tid då ett (miss)bruk av ett beroendeframkallande medel upphör. Det är dock mycket vanligt även i en sorts fackspråkligt språkbruk att *abstinens* används som en kortform för *abstinensbesvär*, precis som i ditt exempel från Läkeemedelsverket. Men om man behöver vara tydlig rekommenderar vi förstås att man använder *abstinensreaktioner* e.d. när man syftar på själva reaktionerna som följer på ett stopp i till exempel ett missbruk av alkohol.

FRÅGA: Jag menar att grekiskans *αρρυθμία* (engelskans *arrhythmia*) ska stavas *arrytmi* på svenska, och inte med enkel-r. Jämför med *amenorré* (av *amenorrhoea*), *galaktorré* (av *galactorrhoea*), *diarré* (av *diarrhoea*), *rinorré* (av *rhinorrhoea*) m.fl. Stavningen *arytmi* är helt enkelt fel!

SVAR: Vi tror att du drar lite förhastade slutsatser. Visst, i grekiskan, och därmed i latinet, är det så att ett *rho* som inleder ett morfem fördubblas vid sammansättning. De latinska formerna är alltså *arrhythmia* och *diarrhoea*. Engelskan bevarar den klassiska stavningen, till och med den ursprungligen grekiska *h*-markeringen står kvar.

Svenskan har i några termer förenklat till ett *r*. Alla medicinska ordböcker skriver *arytmi*. Redan Wilhelm Wernstedt har denna stavning i sin "Medicinsk terminologi" från 1935. Och *arytmi* finns i Svenska Akademiens ordlista (SAOL) från 2006. Det vore nog förspilld möda att i dag frondera mot en vedertagen och inarbetad svensk stavning. Till denna har möjligen bidragit att *rytm* är ett svenskt ord, till skillnad från ett morfem som *-rré*. Om man skriver *orytmisk* med ett *r* är det tänkbart att detta skrivsätt spillt över på *arytmi*. Även *katarakt* (gr. *katarrhaktēs*, lat. *catarrhacta*) tycks i svenskan alltid ha fått nöja sig med ett *r*.

FRÅGA: Det är felaktigt med pluralformen *antigener* för antigen. Är de motgener? Icke, pluralformen är *antigen*.

SVAR: Som du själv också tycks utgå från riskerar knappast *antigener* att misstolkas som någon sorts "mot-gener", men tidigare fanns en vacklan mellan *en antigen* och *ett antigen*. Det kunde då finnas osäkerhet om vad som menas med *antigenen*, om det var bestämd form av singular eller av plural. Så sent som i 1998 års upplaga av SAOL angavs både *n*-genus och *t*-genus för *antigen*.

Pluralen *antigener* är i gott sällskap med en rad andra neutrala vetenskapliga termer. En huvudregel i svenska språket är att neutrala ord som slutar på konsonant saknar pluraländelse. Vi säger *flera symptom* och *flera aneurysm* likaväl som *flera ben*. Det är rimligt att anta att ett supertydligt vetenskapligt språk känner som en brist att inte kunna utmärka pluralen. Något som tyder på detta är att en rad neutrala termer som enligt svensk grammatik från början saknade ändelse nu markerar pluralen. Hit hör *ett antigen*, *ett enzym*, *ett hormon*, *ett protein*, *ett*

vaccin, *ett vitamin*, *ett neuron*, *ett östrogen*. Alla finns med pluraländelsen *-er* i SAOL.

FRÅGA: Anser ni att förkortningen för barn- och ungdomspsykiatri, BUP, har blivit så vanlig att den kan skrivas med små bokstäver: *bup*?

SVAR: Nej, vi rekommenderar fortsättande skrivningen *BUP*. I dokumentet "Medicinskt fackspråk i skrift" står det så här om initialförkortningar:

"Det är numera vanligt i många typer av texter, t.ex. i dagspress, att initialförkortningar skrivs med gemener. Framför allt gäller det initialförkortningar som utläses som vanliga ord som exempelvis *aids*, *damp*, *hiv*, *kol*, men även "vanliga" initialförkortningar förekommer med gemener: *tbc*, *adhd*. Du bör som skribent alltid ta ställning till om en initialförkortning blir tillräckligt tydlig eller om den kan missförstås. Detta gäller särskilt initialförkortningar skrivna med gemener. Du måste naturligtvis också beakta de särskilda riktlinjer som kan gälla för det forum där du skriver. I t.ex. vetenskaplig litteratur och i journaltext behålls vanligen skrivsättet med versaler."

Som du ser i det vi skrivit här så bör du inte bara ta i beaktan hur vanlig förkortningen är utan också vilken typ av text du skriver och om de läsare du vänder dig till förstår vad förkortningen står för.

FRÅGA: Jag undrar om vår mottagning för patienter med gråstarr ska heta *Gråstarrsmottagningen* eller *Gråstarrmottagningen*?

SVAR: Det bör heta *Gråstarrsmottagningen*, och därmed följer ni huvudregeln för s.k. dubbla sammansättningar. Då ska fogen mellan det sammansatta och här hopskrivna förledet *gråstarr* och efterledet *mottagningen* markeras med ett foga-s.

För själva diagnosnamnen och i en fackspråklig kontext rekommenderar Läkaresällskapets språkkommitté *katarakt* framför *grå starr*, liksom *glaukom* framför *grön starr*. Vi kan också nämna att båda termerna finns med i SAOL, vilket pekar på att de också är ganska allmänt accepterade.



Medicinsk kongress Ansök om förfinansiering senast den 1 september 2012

Ska du arrangera en medicinsk kongress i Stockholm?

Då kan du få ekonomiskt stöd från Svenska Läkaresällskapet, som via Kongresstiftelsen erbjuder förfinansierat stöd till personer och föreningar för arrangerandet av internationella kongresser och konferenser i Stockholm.

Nästa ansökningstillfälle är den 1 september 2012

På www.sls.se under forskning/anslag, bidrag & stipendier, fliken Kongresstiftelsen finns mer information och anmälningsblankett. Du är också välkommen att kontakta Marie-Louise Schyberg på 08-440 88 93 eller marie-louise.schyberg@sls.se.

Ledamöter i språkkommittén:

Magnus Fogelberg ordförande | Tove Gunnarsson sektionsrepresentant för psykiatri | Jarl Holmén Läkartidningen | Åsa Holmér Terminologicentrum TNC | Torsten Mossberg sektionsrepresentant för klinisk nutrition | Hans Nyman språkektper | Nathalie Parès Språkrådet | Tom Pettersson Finska Läkaresällskapet | Björn Smedby Socialstyrelsen, klassifikationsexpert | Lisa Wolff Foster Socialstyrelsen, enheten för fackspråk och informatik

Sedan flera år finns det möjlighet att genomföra en del av sin ST i allmänmedicin och även gynekologi och obstetrik samt pediatrik i ett låginkomstland i regi av CeFam (Centrum för allmänmedicin) i Stockholm.



ST-RANDNING I TANZANIA ELLER INDIEN

Som många av er redan känner till har det funnits möjlighet att genomföra en del av sin ST i allmänmedicin, gynekologi och obstetrik samt pediatrik i ett låginkomstland i regi av CeFam (Centrum för allmänmedicin) i Stockholm. Det innebär att du som ST-läkare kan förlägga tre månaders randutbildning till ett låginkomstland. Tidigare har vi skickat ett fåtal blivande gynekologer och barnläkare i mån av plats. Enligt en ny överenskommelse med CeFam och SIDA har vi nu möjlighet att skicka 10-15 ST-läkare i gynekologi och obstetrik samt barnmedicin per år till och med 2013.

Vad innebär avtalet?

Avtalet med SIDA/Cefam går ut på att SIDA/Cefam står för resa, vaccinationer och försäkring samt handledare på plats. Din klinik står för din lön (= bibehållen ST-lön). Det är möjligt att ta med familjen, eventuella medföljande står för sina egna kostnader.

Det är en stor fördel om man då man tillträder sin ST-tjänst kommer överens med sin klinikchef och studierektor om möjlighet till randning utomlands och får detta inskrivet i ST-kontraktet. Vår erfarenhet hittills är dock positiv, de flesta klinikcheferna har, trots att det inte alla gånger stått i ST-kontraktet, beviljat bibehållen ST-lön. De har med andra ord sett placeringen som berikande och utvecklande i den kommande professionen, vilket givetvis även kommer kliniken till godo. ST-läkare i Gynekologi/Obstetrik som behöver hjälp att övertyga sin chef kan be vederbörande kontakta Kenneth Challis, f.d. chef på KK i Sundsvall, som aktivt verkat för att "hans" ST-läkare skulle åka ut.Handledning hemifrån kan vid behov också förmedlas via SFOG/Global Arg.

ST under utveckling

För närvarande finns utarbetad och kontrakterad ST-randning i Kerala, Ujjain och Dar Es Salaam. Vår ambition är att utveckla denna möjlighet till andra länder; Uganda, Zambia och Sri Lanka. Intresset från ST-läkare kommer att avgöra utvecklingen. Blir intresset stort och andra specialistföreningar vill hänga på hoppas vi på möjlighet till förlängt kontrakt med SIDA efter 2013 och då också inkludera andra blivande specialister. Svenska Läkaresällskapet har också aviserat att man kan tänka sig att vara huvudansvarig vid en utvidgning av projektet.

Mer information om programmet finns på www.cefam.se (klicka på utbildning, sedan AT/ST utbildning, globalmedicin). Information finns också på SFOG GlobalARGs hemsida, där vi även kommer att uppdatera med eventuella förändringar och utvidgningar framöver.

För information som inte finns på de respektive hemsidorna går det bra att höra av sig i första hand till CeFams studierektor för globalmedicin, Åsa Leufven, asa.leufven@ki.se.

För frågor som specifikt rör förhållanden i kvinnosjukvården går det också bra att kontakta Sigmar Strömgren Norvad, som varit i Dar es Salaam medprojektet, sigmars@hotmail.com. Välkommen ut! ●

KENNETH CHALLIS
SIGMAR STRÖMGREN NORVAD
SFOG Global ARG

ANNA KARIN KARLSSON
tidigare studierektor
global Medicin ceFAM

Texten tidigare publicerad i Barnläkaren och SFOG-bladet.

TANZANIA OCH INDIEN

Enligt avtal finns plats för fyra ST-läkare samtidigt.

I Tanzania har vi tillgång till en tre-rumslägenhet vilket kan begränsa antalet ST-läkare dit. Platserna fylls efter ansökan på intresseanmälningsblankett till Global Medicin ceFAM samt ett planerings- och intervju tillfälle med studierektor. Platserna fylls allteftersom men startsträckan är vanligtvis minst ett halvår.

I Kerala är det för hett under sommaren men Tanzania är beboeligt året om.

I Kerala vill man att man startar samtidigt den 1 september, den 1 december och den 1 mars. I Tanzania och Ujjain har vi haft starttid vid olika tillfällen.

SLS Nämndsammanträden
kl 10-17 den 12 juni, 4 sept, 23 okt
(Årshögtid) och 18 dec (Julsupé)

SLS fullmäktigemöte hålls
den 9 oktober 2012.
Anmälan och information
marie-louise.schyberg@sls.se,
08-440 88 93.

28-30 november arrangeras
den Medicinska riksstämman
på Stockholmsmässan. Mer
info www.riksstamman.se,
eva.kenne@sls.se eller 08-440 88 87

22/5 kl 18-19.30 på SLS
Osteoporosdiagnostik och behandling – vad medför de nya nationella riktlinjerna från Socialstyrelsen? Svenska Osteoporossällskapet bjuder in till möte på Svenska Läkaresällskapet för föredrag och diskussion om vad Socialstyrelsens nya nationella riktlinjer om osteoporos kommer att medföra.

11/6 kl 10-16 Jämlik vård – vårda jämlikt på Clarion Hotel Stockholm, Ringvägen 98 i Stockholm, T-bana: Skanstull.
Anmälan och information:
http://vardajamlikt.se/?page_id=14
Avgift: 2 500 kr exkl. moms. I avgiften ingår lunch, kaffe och dokumentation. Anmälan är bindande men kan överlätas på annan person.

14-16/6 på SLS Berzelius symposium 86 The 5th Arkadi M Rywlin International Pathology Slide Seminar. Symposium in Anatomic Pathology
Mer information & anmälan:
annie.melin@sls.se

24/8 Anmälan av abstrakt till Riksstämman info: eva.kenne@sls.se
www.riksstamman.se

5-7/9 Välkommen till Framtidens specialistläkare på Malmö Arena Anmäl dig senast den 19 juni för lägsta kongressavgift. Hela programmet, med alla föreläsningar och kurser finns på www.framtidenslakare.se/2012/
• Avgiften för alla dagarna är 4 500 kr.
Efter 19 juni är avgiften 4 960 kr
• Deltagaravgift för enstaka dag är 1 960 kr.
Efter 19 juni är avgiften 2 560 kr
Sista anmälningsdag är 10 augusti 2012.

Konst & Läkekunst i höst:
Tisdagen den 18 september
Hälsa till Strindberg!
Strindbergsjubileet 2012 firas på många sätt. För detta Konst&Läkekunst-program har vi för Läkaresällskapet valt infallsvinkeln "Hälsa på Strindbergs tid".

Från ca 1910 hade en patient som träffade en läkare större chans att fara illa än att ha glädje av besöket. Läkemedlen var måttligt effektiva. Trots diagnostiska framsteg var det fortfarande vanligt att "hela sig själv". Kurorten blev därför populär. Det medicinska vetandet exploderar men de verkliga terapeutiska skördarna kommer först senare generationer till gagn. Tbc är en folksjukdom, de ensamstående pigornas utsatta barn far illa i storstäderna, syfilis är en sjukdom, som är vanlig men ingen vill tala om. Läkaresällskapets inställning i sexualfrågor präglas knappast av någon vidsynthet.

Klara soppteaters verkligt stora publikframgång var entimmespjäsen "Djävla Karl" (ett Strindbergscitat) med vilken skådespelaren Lennart R Svensson haft formidabla framgångar och turnerat internationellt. Han sjunger nyligen tonsatta dikter av Strindberg, spelar upp Strindberg och ger oss citat, som fortfarande har lyskraft. Sekelskiftets folkhälsoperspektiv varvas med Strindbergs livssyn.

Medverkande: Stephan Rössner, Lennart R Svensson samt en gitarrist. Mer information eva.kenne@sls.se eller www.sls.se

16 oktober: Ingmar Bergman och döden med Leif Zern och Kerstin Hulter Åsberg.

13 november: Fotokonsten i medicins tjänst med Anders Persson och Karin Johannisson.
Mer information eva.kenne@sls.se, 08-440 88 87 eller www.sls.se

SLS

KANSLI, BOKNINGAR & RESTAURANGEN

ÖPPETTIDER
mån-tor kl. 8–16.30 fre kl. 8–15
Sommartid 1 maj-31 augusti
mån-tor kl. 8–15.30 fre kl. 8–14.30

VÄXEL • 08-440 88 60

MEDLEMSERVICE
Christian Tränk
mån-fre kl. 9–12 • 08-440 88 60
medlem@sls.se

BOKNINGAR
möten & konferenser
gunilla.eng@sls.se • 08-440 88 85

RESTAURANGEN
måltider & fester
bokning@lakaresrest.se
070-717 51 03

RESEBIDRAG

för kongressresor och forskningsresor...

...kan sökas från SLS mellan 15/8 och 15/12
Ansökningsformulär och broschyren
"Vägledning för sökande"
finns på www.sls.se, "Sök anslag".
Information Malin Wählin,
08-440 88 66, malin.wahlin@sls.se





Rekommenderad lindring vid långvarig smärta såsom smärta vid cancer*

- Stor prisskillnad – kostnaden för Dolcontin® (morfinsulfat) är lägre än för Oxycontin®.²
- Vid måttligt nedsatt njurfunktion kan Dolcontin användas i reducerad dos och patienten bör utvärderas noggrant avseende biverkningar. För patienter med manifest njursvikt avråds användning av Dolcontin.¹
- Dolcontin har ett brett sortiment med olika beredningsformer och styrkor, som även inkluderar burk för dosdispensering.²

DOLCONTIN®

morfinsulfat

Dolcontin/Dolcontin Unotard (morfinsulfat) Rx. Ingår i läkemedelsförmånen, se www.fass.se Indikation: Långvarig svår opioidkänslig smärta såsom smärta vid cancer. Dolcontin depottabletter 5, 10, 30, 60, 100 mg. Dolcontin depotgranulat till oral suspension dospåse 20, 30, 60, 100 mg. Dolcontin Unotard 30, 60, 90, 200 mg. Senaste översynen av informationen 2011-06-29. För ytterligare information, se www.fass.se. Pfizer AB, 191 90 Sollentuna, Tel 08-550 520 00, www.pfizermedica.se. Beroendeframkallande medel. Iakttag största försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel. Narkotiskt analgetikum. N02A A01

Beroendeframkallande medel.

⚠ Iakttag största försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel.

Narkotiskt analgetikum

⚠ Rx

N02A A01

* Dolcontin finns med på 17 av 21 rekommendationslistor. 2012-02-17

Referenser 1. Dean, M, Opioids in Renal Failure and Dialysis Patients, Journal of Pain and Symptom Management. **2.** www.fass.se, www.tlv.se mars 2012.

Priserna baseras på ekvipotensförhållandet 1 : 1,5 Oxycontin : Dolcontin enligt LVs och WHO's rekommendation. 60 mg (30 mg x 2) Dolcontin 4,16 SEK/dag och 40 mg (20 mg x 2) Oxycontin 9,56 SEK/dag. (priser i AIP)

Pfizer