NYHETER
Valet – så gick det i landstingen

KULTUR
Först kom njuren - sedan intelligensen

Läkartidningen

#37 2018

Tidskrift från Sveriges läkarförbund • Sedan 1904 • 12 September 2018 • vol 115 • 1357–1416



Undvikande av mat utan fixering vid vikten

NYHET!

Ny behandlingsmöjlighet för patienter med kronisk kranskärlssjukdom eller symtomatisk perifer kärlsjukdom

NY INDIKATION: »Xarelto, i kombination med acetylsalicylsyra, är avsett för att förebygga aterotrombotiska händelser hos vuxna patienter med kranskärlssjukdom eller symtomatisk perifer kärlsjukdom med hög risk för ischemiska händelser.«



Dosering är Xarelto 2,5 mg[a] två gånger dagligen i kombination med acetylsalisylsyra 75–100 mg en gång om dagen.

Godkännande bygger på data från COMPASS-studien[1], den största fas III-studien med rivaroxaban (27 395 patienter). Den visade att rivaroxaban i dosen 2,5 mg två gånger dagligen i kombination med acetylsalisylsyra 100 mg en gång dagligen minskade risken för hjärt-kärldöd, hjärtinfarkt och stroke med 24 % (relativ riskminskning, ARR 1,3 **%, p = 0,00004) jämfört med enbart acetylsalicylsyra 100** mg en gång **dagligen som är standardbehandlingen för patienter med kranskärlssjukdom eller perifer kärlsjukdom.**

a. Rekommenderas inte hos patienter med CrCl < 15 ml/min; använd med försiktighet hos patienter med CrCl 15–29 ml/min och hos patienter med CrCl 30–49 ml/min som samtidigt behandlas med andra läkemedel som ökar plasmakoncentrationen av rivaroxaban.

Referens: 1. Eikelboom JW, Connolly SJ, Bosch J, *et al*. Rivaroxaban with or without Aspirin in Stable Cardiovascular Disease. *N Engl J Med* 2017; 377:1319–30.

Xarelto® rivaroxaban

Xarelto (rivaroxaban), antitrombotiskt medel, ℞ (B01 AF01). Tabletter 2,5 mg (F). **Indikation:** Xarelto, i kombination med acetylsalicylsyra, är avsett för att förebygga aterotrombotiska händelser hos vuxna patienter med kranskärlssjukdom eller symtomatisk perifer kärlsjukdom med hög risk för ischemiska händelser. **Dosering:** Den rekommenderade dosen är Xarelto 2,5 mg två gånger dagligen, i kombination med en daglig dos om 75–100 mg acetylsalicylsyra. Behandlingslängden ska fastställas för varje enskild patient baserat på regelbundna utvärderingar med hänsyn tagen till risken för trombotiska händelser kontra blödningsrisk. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Aktiv, kliniskt signifikant blödning. Organskada eller tillstånd, som anses utgöra en ökad risk för större blödning. Samtidig behandling med andra antikoagulantia, förutom vid byte av behandling till eller från rivaroxaban eller när UFH ges i doser som krävs för att hålla en central ven- eller artärkateter öppen. Samtidig behandling av akut koronart syndrom i kombination med trombocytaggregationshämmande behandling hos patienter med tidigare stroke eller en transitorisk ischemisk attack (TIA). Samtidig behandling av kranskärlssjukdom/perifer kärlsjukdom med acetylsalicylsyra hos patienter med tidigare hemorragisk eller lakunär stroke, eller någon form av stroke inom en månad. Leversjukdom förknippade med koagulopati och kliniskt relevant blödningsrisk inklusive cirrotiska patienter med Child Pugh B och C. Graviditet och amning. **Varningar och försiktighet:** Vid tillstånd med ökad blödningsrisk bör Xarelto användas med försiktighet. Administrering av Xarelto bör avbrytas om svår blödning uppstår. Xarelto ska användas med försiktighet hos patienter med kreatininclearance 15–29 ml/min. Användning av Xarelto hos patienter med kreatininclearance < 15 ml/min rekommenderas inte. Xarelto bör användas med försiktighet hos patienter med kranskärlssjukdom/perifer kärlsjukdom som är ≥ 75 år och samtidigt tar enbart acetylsalicylsyra eller acetylsalicylsyra och klopidogrel eller tiklopidin. Nyttan och risken med behandlingen ska regelbundet utvärderas för varje enskild individ. Datum för senaste översynen av produktresumén augusti 2018. Bayer AB. Box 606. 169 26 Solna. Tel. 08-580 223 00. För ytterligare information samt priser se www.fass.se. Före förskrivning vänligen läs produktresumén på www.fass.se.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning till Läkemedelsverket.

L.SE.MKT.08.2018.3507 Augusti 2018

XAR50109 – Bilbo

INNEHÅLL



Foto: Shutterstock/IBL

Läkarna Jonas Lindeberg och Madeleine Forsberg från Vård för pengarna på partiets valvaka i Nyköping, där stämningen var hög.

#37 2018

12 till 18 september



Läs om ARFID: restriktivt ätande – utan rädsla för viktuppgång.

Foto: Shutterstock/IBL

▼ NYHETER

1362 Sjukvårdspartier på frammarsch

SD gick framåt i landets samtliga storstadsregioner

1364 Maktskifte i Koronoberg på väg

1365 Nytt kostnadsutjämningsförslag ger mer pengar till glesbygdssjukvård

1366 Chef och AT-råd lyfte Nyköping

1369 15 procent vill byta yrke

1370 Ökade klyftor i årets AT-rankning

▼ DEBATT

1372 Socialstyrelsens riktlinjer för ångest och depression: Polarisering skymmer viktiga frågor

1373 Svensk studie om screening för bukaortaaneurysm ifrågasätts

▼ KRÖNIKAN

1375 Sofia Palmarsson

▼ KULTUR

1410 Utan njuren – ingen intelligens

Läs om njurens utveckling.

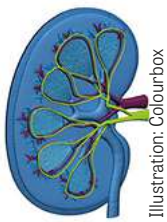


Illustration: Colourbox

▼ KLINIK & VETENSKAP

1384 ARFID kännetecknas av undvikande av mat utan rädsla för viktuppgång. Men följden blir undervikt och undernäring. Översikt

1377 Reflexion

1378 Synkraven för körkort har svag evidens Medicinsk kommentar

1380 Nya rön: Låg socioekonomisk status riskfaktor för ruptur av bukaortaaneurysm

Ökad risk för MRSA och tarminfektion hos individer som uppgav penicillinallergi

1381 Erytrocyter orsakar kärlskada vid typ 2-diabetes

1382 Effektivt behandla psykisk ohälsa med KBT i primärvården

1388 Elektrokemoterapi enkel och effektiv metod för behandlingar av hudmetastaser Översikt

1392 Fler medvetslösa patienter bör intuberas för säkrad luftväg Originalstudie



1375 **»Det här jobbet** är ingen enmansshow. Till stor del handlar det om teamet«, skriver krönikören, tillika AT-läkaren, Sofia Palmarsson efter en dag på jobbet.

ALLTID I LÄKARTIDNINGEN

1361 SIGNERAT Hanteringen måste bli bättre vid sjukskrivning

1396 MEDLEM Information från Sveriges läkarförbund

1398 LEDIGA TJÄNSTER med platsannonser

1413 MÄNNISKOR & MÖTEN

Nästa nummer av Läkartidningen utkommer den 19 september.

Vetenskapliga artiklar har genomgått referentbedömning. Varje manuskript granskas av minst en (ofta fler) av Läkartidningens stab av vetenskapliga experter. Granskningen av manuskript sker enligt internationella rekommendationer (www.icmje.org).

AT-läkare ska inte tvingas att söka nytt yrke

I ÅRETS AT-RANKNING uppger 15 procent att de vill byta yrke – något som ofta hänger samman med AT:s kvalitet, enligt Sveriges yngre läkares förening, Sylf. Det framgår av artiklarna i vår rapportering i samband med årets AT-rankning, som Sylf tagit fram (se sidan 1366). Rankningen bygger på att AT-läkarna satt ett sammanfattande totalbetyg på den plats där de gör AT.

TANKEN PÅ ATT BYTA YRKE »är vanligare bland AT-läkare på orter som hamnar lågt i rankningen. Den vanligaste orsaken är en dålig arbetsmiljö, följt av en hög arbetsbelastning«.

– Det är ett väldigt slöseri både med samhällets resurser och individens resurser. Det spelar jättestor roll, det påverkar kompetensförsörjningen, säger Sylfs ordförande Jonas Ålebring.

ATT 15 PROCENT av unga, duktiga och hårt arbetande läkare övervägt att byta yrke är en siffra som berör. AT-tjänsten bör ju kunna upplevas som en visserligen krävande men samtidigt spännande och stimulerande väg mot den fortsatta läkarkarriären. Ändå är det uppenbarligen inte så för många, och detta faktum bör ses som en tydlig signal om att åtgärder behövs.



Pär Gunnarsson,
chefredaktör

NÄSTAN 50% LÄNGRE EKSEMFRI TID JÄMFÖRT MED REFERENSKRÄM*.

EVIDENSBASERAD | 21 PUBLICERADE ARTIKLAR**.
BIDRAR TILL NORMALISERING AV TORR HUD.



STILLAR KLÅDA

Kostnadsbesparande vid atopiskt eksem jämfört med referenskräm***.
Canoderms vattenbindande och barriärstärkande egenskaper bidrar till normalisering av torr hud, stillar klåda och förebygger även återfall av atopiskt eksem.

Canoderm är ett registrerat läkemedel som kan förskrivas av läkare eller köpas receptfritt på närmaste apotek.
* Behandling med Canoderm gav 22 eksemfria dagar jämfört med 15 dagar (46,7% skillnad i mediantid till eksemåterfall jämfört med referenskräm med neutral effekt på hudbarriären, utan karbamid) p=0,0129.

CAN17028(1)

http://www.omega-pharma.se/fler_varumarken/canoderm.aspx/*Norrlid H et al. Acta Derm Venereol. 2016 Feb;96:173-176.
Canoderm® 5% karbamid, kräm, RX/OTC. ATC: D02AE01. Indikationer: Fuktighetsbevarande behandling av torr hud av olika genes och förebyggande av återfall av atopiskt eksem. Förpackningar: 100 g tub, 210g tub, 500 g burk och 500 g refillburk. Dosering: Krämen smörjes in vid behov, gärna flera gånger dagligen samt alltid efter kontakt med vatten.För förebyggande av återfall av atopiskt eksem. Applicera krämen minst två gånger dagligen samt helst efter kontakt med vatten. Varningar och försiktighet: Undvik att smörja i ögon, näsa, öron, öppna sår eller på slemhinnor. Krämen kan ge lokal övergående sveda och värmekänsla. Ansiktet är särskilt känsligt. Kontraindikationer: Överkänslighet mot det aktiva innehållsämnet eller mot något hjälpämne. För fullständig förskrivarinformation och pris, se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén: 2016-05-24. Samtliga förpackningar utom 100g ingår i läkemedelsförmånen. ACO Hud Nordic AB www.aconordic.com

Hanteringen måste bli bättre vid sjukskrivning

Sjukförsäkringen har de senaste åren präglats av byråkratisering, avhumanisering och ett uttalat fokus på »juridisk kvalitet«. Det juridiska perspektivet har tillåtits styra utvecklingen, vilket fått till följd att individens situation har blivit allt mer sekundär. Det har gått så långt att kravet på bedömning och intygande överskuggar att det ska fungera bra, effektivt och underlätta för den sjukskrivne att komma tillbaka i arbete.

De hårdare kraven vid bedömning av rätten till ersättning för individen har ingen grund i regeländringar. Regeringen har justerat vissa regler, till exempel när det gäller att individer inte ska hamna mellan stolarna och att en individ inte ska bli utan ersättning retroaktivt. I övrigt har inga grundläggande förändringar gjorts för att sätta individen i fokus och göra den sjukskrivnes resa effektivare. Den ökade byråkratin har också skett utan hänsyn till förutsättningarna i vården, och utan dialog med vården.

»Individen får nu vänta längre på besked och läkarna tvingas lägga alltmer tid på pappersarbete.«

Försäkringskassan har fram till sommaren 2018 aktivt valt att inte ha en dialog med företrädare för hälso- och sjukvården och Sveriges läkarförbund. Det har resulterat i att all utveckling inom sjukförsäkringen ensidigt fokuserats på myndighetens behov av längre handläggningstider, ökad oro hos patienterna och ökat antal kompletteringar. Allt utan påvisad nytta för den sjukskrivne – och med ökade hanteringskostnader för samhället. Individen får nu vänta längre på besked, och läkarna tvingas lägga allt mer tid på pappersarbete.

För patientens skull måste denna utveckling stoppas. Så vad göra? Här är de åtgärder som vi ser som viktigast för att hanteringen hos alla berörda ska bli så effektiv som möjligt.

- **Förbättra dialogen mellan aktörerna.** Anser den sjukskrivande läkaren att åtgärder krävs från Försäkringskassan, arbetsgivare eller annan berörd aktör så bör de ta detta ansvar så snart som möjligt. Varje vecka som går utan att en dialog upprättas kan vara förödande för den enskilde.
- **Låt enkla fall hanteras enkelt.** All kunskap och erfarenhet visar att sjukskrivna återgår till arbete inom skälig tid vid i princip alla diagnoser utom vid psykisk ohälsa eller smärtproblematik. Hanteringen vid dessa diagnoser måste bli mycket enklare. Den överväldigande majoriteten av sjukfall återgår till arbetet utan behov av ytterligare stöd och bedömningar. Ett enklare omhändertagande och ett enklare läkarintyg är ett måste.
- **Landstingen måste prioritera sjukskrivningsfrågan.** Vården måste få de förutsättningar som krävs för att genomföra uppdraget med hög kvalitet. Även här är en utbyggnad av primärvården – inklusive kontinuitet med fast läkarkontakt – en av de viktigaste kvalitetshöjande åtgärderna. Vården måste ersättas för de insatser man gör åt försäkringen.
- **Utred hur arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov efter längre tids sjukskrivning värderas bäst – och av vem.** Kunskapen säger att efter en längre tids sjukskrivning har medicinska faktorer och åtgärder väldigt liten betydelse för återgången till arbete. Så varför ska bedömningen av arbetsförmåga och vilka åtgärder som är bäst för individen utgå från medicinska utredningar, medicinska åtgärder och läkarintyg? Frågan är svår, kräver politiska ställningstaganden och kräver förändringar i lagstiftningen; därför behöver detta utredas snarast.
- **Säkra tillgången på företagsläkare och företagshälsovård.** En fungerande företagshälsovård för alla arbetstagare är helt nödvändig för att förhindra sjukskrivningar och hjälpa individen att ha en god hälsa på arbetet. Ur samhällets perspektiv kan det inte vara valbart för arbetsgivare att bestämma om detta. Företagshälsovården kan bidra till bättre folkhälsa, att förhindra ohälsa på arbetsplatsen och att hjälpa arbetstagaren under sjukskrivning.
- **Utveckla försäkringsmedicinskt beslutsstöd.** Försäkringsmedicinsk kunskap måste integreras i försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Det ska inte endast innehålla vad som är lämpligt eller olämpligt rent medicinskt, utan även inkludera de icke-medicinska faktorer som har betydelse för att den sjukskrivnes situation och möjligheterna att återgå till arbetet och arbetsmarknaden.

Det är helt nödvändigt att vi nu får till en dialog mellan professionen, Försäkringskassan, SKL och Socialdepartementet utifrån våra förslag. Utan en sådan kommer vi att köra fast igen.

Ove Andersson,
andre vice ordförande,
Läkarförbundet

ove.andersson@slf.se

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation



Sjukvårdspartier på frammarsch

Flera sjukvårdspartier har gått starkt fram i landstingsvalen. I Norrbotten är Sjukvårdspartiet nu största parti, i Sörmland är Vård för pengarna näst störst. Nykomlingen Bevara akutsjukhusen i Jönköping får 7 mandat och i Västernorrland gör Sjukvårdspartiet comeback.

Sjukvårdspartiet i Norrbotten har sedan tidigare ett starkt fäste i regionen, men har aldrig tidigare lyckats ta sig förbi Socialdemokraterna, som har haft makten i 84 år. Men vid denna tidnings pressläggning på måndagen säger Sjukvårdspartiets partiledare, psykologen Kenneth Backgård, att han tror på ett historiskt maktskifte.

Enligt de preliminära siffrorna får Sjukvårdspartiet 34,9 procent av rösterna, vilket är en ökning med 15 procent sedan förra valet, och blir största partiet i regionen. S är näst störst men backar med 11 procent och får 29 procent.

I Region Västernorrland gör S som väntat också ett mycket dåligt val och ser ut att stanna på 35,5 procent i landstingsvalet, ett tapp på nästan 13 procent. Där förmodas frågan om Sollefteå sjukhus ha spelat en avgörande roll. Sjukvårdspartiet, som funnits sedan 1994 men inte ställde upp i förra valet, gör stor comeback i årets val och får 8,8 procent av rösterna. Det ger dem 7 mandat. I Sollefteå är de extra starka och får hela 33 procent.

Vård för pengarna i Sörmland, som startade inför valet 2014, och knep 8 mandat i landstingsfullmäktige under sin första valrörelse, nådde inte målet om en egen majoritet. Men de har flyttat fram sina positioner rejält: från 11,5 procent av rösterna 2014 till 18,6 procent, vilket ger en ökning från 8 till 15 mandat.

– Som det ser ut nu har vi en väldigt fin vågmästarroll mellan Alliansen och ett socialdemokratiskt koalitionsstyre. Men det är inte klart än, vi ligger fortfarande och balanserar på ett mandat hit eller dit, säger Jonas Lindeberg, partiordförande och överläkare på medicinkliniken vid Nyköpings lasarett, när Läkartidningen pratar med honom på måndagen.

Efter förra valet bildade S, MP, L och C en blocköverskridande koalition och Vård för pengarna fick en oppositionsroll.

Under de senaste månaderna har både Socialdemokraterna och Moderaterna i Landstinget Sörmland räckt ut en hand och sagt sig vara beredda att samarbeta med Vård för pengarna, som enligt Jonas Lindeberg är öppna för ett samarbete åt båda håll.

Det nystartade sjukvårdspartiet Bevara akutsjukhusen i Region Jönköping får 9 procent av rösterna i landstingsvalet, enligt preliminära siffror. Det ger dem 7 mandat. Partiets företrädare har tidigare sagt att man satsade på att ta 4 eller 5 mandat.



Martin Nedergaard-Hansen

Martin Nedergaard-Hansen, som är förstanamn på partiets lista och ST-läkare på ortopeden vid Höglandssjukhuset i



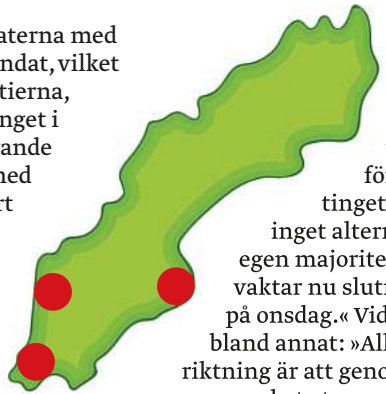
Läkarna Jonas Lindeberg och Madeleine Forsberg från Vård för pengarna på partiets valvaka i Nyköping. »Vi är fortfarande väldigt starka i Nyköping och Oxelösund och sedan har vi tio procent i alla andra kommuner i Sörmland, så vi har känt att det var på gång«, säger Jonas Lindeberg om framgången.

SD gick framåt i landets samtliga storstads

Sverigedemokraterna går framåt i samtliga storstadsregioner och inget av de traditionella blocken ser ut att få egen majoritet i vare sig Stockholm eller Skåne. I Västra Götalandsregionen tappar det grönblåa styret sin majoritet.

Enligt de preliminära siffrorna dagen efter valet ser Moderaterna ut som den stora förloraren i Stockholms läns landsting. Partiet förlorar 9 mandat. Samtidigt ökar Centerpartiet och Kristdemokraterna med 5 respektive 3 mandat, vilket gör att alliansspartierna, som styrt landstinget i minoritet, fortfarande är största block med 70 mandat jämfört med de rödgrönas 64.

I ett pressmeddelande skriver Moderaterna i Stockholms läns landsting: »Alliansen utgör det största regeringsalternativet för landstinget, även om inget alternativ har egen majoritet. Vi avvaktar nu sluträkningen på onsdag.« Vidare sägs bland annat: »Alliansens inriktning är att genom fortsatt samarbete ta ansvar för ledningen av Stockholm läns landsting.«



I Västra Götaland, Skåne och Stockholm går SD framåt.

Sverigedemokraterna går framåt och får 15 mandat i Stockholms läns landsting. Därmed förstärker partiet sin vågmästarroll.

Johan Styrud, ordförande i Stockholms läkarförening, kommenterar valresultatet så här:

– Det är lite märkligt att det inte har hänt så hemskt mycket i valresultatet, utan det blir ju vad jag förstår ingen skillnad. Jag är lite förvånad över att vården här i Stock-



Foto: Katrin Trysell

Eksjö, är förvånad över framgången.

– Det lutade åt att vi skulle komma in. Men det är klart att vi är förvånade över att vi fått ett så stort genomslag.

Sakfrågepartiet bildades inför valet som en följd av att anställda i akutsjukvården i Eksjö och Värnamo bestämde sig för att väcka debatt och jobba politiskt för att stärka akutsjukvården som helhet. Att slå vakt om akutsjukhusen, ha ett lokalt ledarskap och förankra besluten i verksamheten är deras hjärtefrågor.

Om Bevara akutsjukhusen får något inflytande återstår att se. I Region Jönköping, liksom på många andra håll, är det oklart hur styret kommer att bli framöver. Det är jämnt mellan blocken. M och S backar, liksom MP. Sverigedemokraterna och Centerpartiet har vunnit fler mandat.

Bevara akutsjukhusen har sagt att de är beredda att prata med alla partier om eventuella samarbeten efter valet.

Också sjukvårdspartierna i Värmland och Dalarna har vunnit nya mandat. Dalarnas sjukvårdsparti vinner två mandat och får 7,1 procent av rösterna. Sjukvårdspartiet i Värmland har fått 7,9 procent av rösterna i landstingsvalet och får 7 mandat – två fler än tidigare.

– Vi är jätteglada att vi får ökat förtroende och gör något som värmlänningarna tycker är rätt. Man nyper sig lite i armen. Men vi vet inte riktigt vad det kommer att innebära än, säger landstingsrådet Marianne Utterdal från Sjukvårdspartiet i Värmland.

Däremot tappar Sjukvårdspartiet Gävleborg ett mandat, enligt det preliminära resultatet.

Marie Ström

SÅ GICK DET FÖR SJUKVÅRDSPARTIERNA I LANDSTINGS- OCH REGIONVALEN

Parti (landsting)	Mandat * 2018 (2014)
● SoL-partiet (Blekinge)	0 av 57 (0)
● Dalarnas sjukvårdsparti	6 av 83 (4)
● Folkkampanjen för sjukvården (Dalarna)	0 av 83 (0)
● Bevara akutsjukhusen (Region Jönköping)	7 av 81 (0)
● Sjukvårdspartiet i Jönköpings län	0 av 81 (0)
● Vård för pengarna (Sörmland)	15 av 79 (8)
● Sjukvårdspartiet Gävleborg	5 av 75 (6)
● Sjukvårdspartiet (Norrbotten)	27 av 71 (19)
● Sjukvårdspartiet i Värmland	7 av 81 (5)
● Sjukvårdspartiet Västernorrland	7 av 77 (0)
● Regionens framtid (Västra Götaland)	0 av 149 (0)
● Sjukvårdspartiet Västra Götaland	0 av 149 (0)

* av totalt antal mandat

Källa: val.se. Siffrorna är preliminära.

Läs mer!
Längre texter och fler nyheter på Läkartidningen.se

regioner

holm inte blev någon större valfråga.



Johan Styrud

Hur menar du?

– Sjukvården här är nästan krigssjukvård och jag tänkte att det skulle komma upp som fråga, men det kom inte upp så hemskt mycket. Det är lite märkligt. Sjukvården är en otroligt viktig fråga, och jag är lite besviken att den inte kom fram på bordet, med NKS, vårdvalen, konsulter, upphandlingar etcetera.

I Region Skåne ser Socialdemokraterna och Miljöpartiet, som styrt regionen i minoritet, ut att tillsammans tappa 15 mandat. Detta samtidigt som alliansparterna går framåt med 6 mandat och därigenom blir största block.

Det är dock jämnt mellan Alliansen och de rödgröna, och inget block får egen majoritet. I stället förstärker Sverigedemokraterna sin vågmästarroll och ökar med 7 mandat till totalt 30.

För att lösa det osäkra parlamentariska läget efterlyser regionstyrelsens ordförande Henrik Fritzon (S) blocköverskridande samarbeten.

– Vi bör till varje pris samarbeta över blockgränserna. Det vore bäst för Skånes utveckling med en bred blocköverskridande koalition, säger han till P4 Malmöhus.

I Västra Götalandsregionen tappar det grönblåa styret (Alliansen + Miljöpartiet) sin majoritet i fullmäktige. Tillsammans får de styrande partierna 71 av de 149 mandaten. Den stora förloraren i Västra Götalandsregionen ser ut att bli Miljöpartiet, som tappar 6 mandat jämfört med förra valet.

Socialdemokraterna tappar å sin sida 3 mandat, medan Vänsterpartiet går framåt med 2 mandat. Den stora vinnaren i Västra Götalandsregionen är Sverigedemokraterna, som ökar med 6 mandat.

Joakim Andersson

Maktskifte i Kronoberg är på väg

Kronoberg och Blekinge är två landsting utanför storstadsregionerna som ser ut att gå mot maktskifte. Nu väntar förhandlingar och kanske nya konstellationer.

I Region Kronoberg har vågen tippat över till Alliansens fördel. Det sittande styret S+V+MP tappar tillsammans 6 mandat och landar på 24. I den beräkningen ingår att Miljöpartiet tappar alla sina mandat.

Alliansparterna M+C+L+KD går däremot framåt med 4 mandat till 29 och blir därmed det större blocket.

– Problemet är att vi fortfarande behöver ha någon vågmästare med oss, så vi får se hur vi kan prata ihop oss i detta. Så jag ropar inte hej ännu, säger Mikael Johansson (M), som sitter i regionfullmäktige och är Moderaternas förhandlingsansvariga i samtalet med övriga Alliansparterna.

I och med att Alliansparterna nu är större än S och V är det naturliga att de försöker bilda ett styre.

– Så länge vårt lag håller ihop ska det inte vara någon fara.

Finns det några frågetecken där?

– Nej. Men vi har ännu inte träffats så man vill prata ihop sig innan man säger för mycket.

Sverigedemokraterna får ytterligare 2 mandat och har nu 8 i Region Kronoberg.

– Det är klart man hade önskat att det inte var så. Men nu är det som det är.

Är det tänkbart att söka stöd hos dem?

– Det är det vi ska diskutera nu i Alliansen. Det kan jag inte säga något om i dag.

Jesper Cederberg

FLER FÖRÄNDRINGAR EFTER LANDSTINGSVALEN

Valresultat i några av landstingen (preliminära resultat på måndagen vid LT:s pressläggning):

- **Landsting Blekinge:** MP åker ut och det rödgröna styret lägger sig därmed ett mandat under Alliansparterna, vilket tyder det på ett historiskt maktskifte. SD ökar från 7 till 12 mandat.
- **Landstinget Dalarna:** De styrande S+V+MP tappar 6 mandat, och Alliansen tillsammans med Dalarnas sjukvårdsparti får 7 mandats övervikt. C, som tidigare stödde de rödgröna, har sagt att de ska hålla sig till Alliansen, rapporterar lokala medier på måndagen.
- **Region Halland:** Det blågröna styret kan komma att göra sig av med MP. Alliansparterna, som har styrt tillsammans med MP, får 36 av 71 mandat.
- **Region Jämtland Härjedalen:** De styrande M+S tappar tillsammans 6 mandat och får 26 av 55. Alliansparterna når inte riktigt hälften av mandaten. SD ser ut att bli vågmästare med 5 mandat.
- **Region Uppsala:** Styrande minoriteten S+MP tappar 7 mandat till 24, medan Alliansen går fram med 3 mandat till 31. Räknar man in V blir dock blocken helt lika. SD får 9 mandat.

Läs mer! Se hur det har gått i samtliga regioner och landsting på Läkartidningen.se

I KORTHET



Foto: Fredrik Mårtensson

Kirurgen Bengt Ehliar och narkosläkaren Mats Åström följer valresultatet vid Sollefteå sjukhus entré – de är försiktigt optimistiska inför framtiden.

SOLLEFTEÅLÄKARE PÅ VALKVÄLLEN: »VI MÅSTE BLICKA FRAMÅT«

▶ **Sollefteå sjukhus har – även på riksnivå – varit i fokus i debatterna inför valet. Under valkvällen träffar Läkartidningen Sollefteåläkarna Mats Åström och Bengt Ehliar när de följer valresultatet vid sjukhusets entré. De är försiktigt optimistiska om framtiden. Realistiskt tror Mats Åström att BB kan återöppnas 2020.**

HEIDI STENSMYREN EFTER FÖRSTA PROGNOSEN



▶ **Läkarförbundets ordförande Heidi Stensmyren (bilden) ser en risk att det oklara parlamentariska läget leder till att viktiga reformer inom hälso- och sjukvården fördröjs. »Det är problematiskt eftersom Sverige behöver reformer«, säger hon efter att ha sett resultatet i vallokalsundersökningen.**

DE KAN BLI SOCIALMINISTER EFTER VALET

▶ **Annika Strandhäll (S), Anders W Jonsson (C) och Ebba Busch Thor (KD) är tre av flera tänkbara socialministerkandidater som nämns av Läkarförbundets ordförande Heidi Stensmyren när hon får frågan strax före valet.**

VIKTIGASTE VÅRDFRÅGORNA EFTER VALET

▶ **Det finns stora förväntningar inom vårdområdet på den regering som kommer att bildas efter söndagens val. En genomgripande primärvårdsreform som gör verkstad av förslagen i utredningen »God och nära vård« är en av dem. Det framkom när Läkartidningen i veckan före valet pratade med några fackliga företrädare och en tidigare socialminister.**

SD NÅR 10 PROCENT INOM SACO

▶ **Sverigedemokraterna växte mer än väntat bland Saco-medlemmarna, enligt SVT:s vallokalsundersökning. Socialdemokraterna är fortsatt största parti, men även hos TCO- och LO-väljarna växte stödet för SD.**

Nytt kostnadsutjämningsförslag ger mer pengar till glesbygdssjukvård

Snart kommer Kostnadsutjämningsutredningens slutbetänkande. Läkartidningen kan redan nu berätta om huvuddragen för hälso- och sjukvårdens del. »Det blir sammantaget ett bättre utfall för glesbygdslän än storstadslän«, säger Anders Norrlid, huvudsekreterare i utredningen.

Grundstommen i dagens utjämningssystem för hälso- och sjukvården är en beräkning av standardkostnader för olika befolkningsgrupper. Matrismodellen utgår från statistik från Region Skåne år 2008 och en beräkning av genomsnittskostnaderna för 852 befolkningsgrupper. Indelningen bygger på ett antal variabler som anses spela roll för vårdtyngden, exempelvis ålder, civilstånd, sysselsättningsstatus, inkomst och boendeform.

Utöver detta finns en glesbygdskompensation, som tar hänsyn till att det kostar mer att bedriva vård där avstånden är stora och man exempelvis måste ha mindre enheter än vad som är optimalt. När det gäller den föreslår utredningen en viss förstärkning. Men en annan sak kommer att göra större skillnad: utredningens revidering av matrismodellen, själva grundstommen som ska utjämna skillnader på strukturell nivå inom hälso- och sjukvården.

– Vi har gjort en analys över vilka variabler som har störst betydelse. Jag tror vi fångar befolkningens hälsa bättre med den nya matrismodellen. Den bygger på ett bredare underlag och mer aktuella siffror, säger utredningens huvudsekreterare Anders Norrlid. Han fortsätter:



Anders Norrlid

– När man lägger ihop effekterna av förändringarna så blir det sammantaget ett bättre utfall för glesbygdslän än storstadslän.

Modellen bygger på 22 befolkningsgrupper i stället för dagens 852 och baseras på statistik från 2016 från Region Skåne, Västra Götalandsregionen samt Norrbotten. Utredningen har valt att ta bort en del av de nuvarande variablerna, exempelvis kön och boendeform.

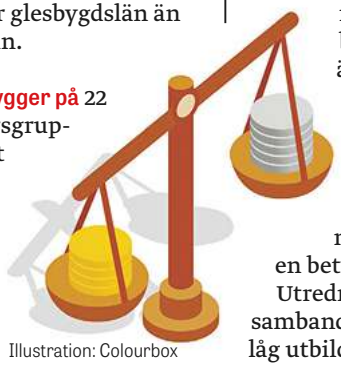


Illustration: Colourbox

– Tar man hänsyn till allt annat ser man att till exempel kön nästan inte spelar någon roll alls, säger Anders Norrlid.

När det gäller variabeln boendeform anser utredningen att den leder till en felaktig utjämning. I dagens modell ger grupper som bor i småhus mindre pengar än grupper som bor i flerfamiljshus.

– Effekten av boendeformvariabeln är att Stockholms län, som har högst andel som bor i flerfamiljshus, får kompensation från övriga landet. Det tycker vi är en direkt felaktig utjämning eftersom skillnader i boendeform säger mer om bebyggelsestruktur än om hälsa, säger Anders Norrlid.

I den nya modellen har utbildningsnivå däremot tagits med, vilket bedöms få en betydande effekt.

Utredningen ser ett tydligt samband mellan låg inkomst, låg utbildning och hög vårdkonsumtion. Men det finns ett undantag: personer över 80 år.

– Där har vi förvånande nog sett att det är de som har högst inkomst och utbildningsnivå som har högst vårdkonsumtion. Vi har inte sett några studier som pekar på att de skulle ha sämre hälsa. Vår hypotes är att de är bättre på att ställa krav och få gehör och att de ofta bor i urbana miljöer med högre tillgänglighet till vården, säger Anders Norrlid.

Utredningens analys är att det troligen funnits en felaktig kompensation för äldre tidigare, som har gynnat län där de äldre har en hög inkomst.

Marie Ström

KOSTNADSUTJÄMNINGSUTREDNINGEN

▶ Tillsattes av regeringen år 2016. Håkan Sörman, tidigare vd för Sveriges Kommuner och landsting, är regeringens särskilde utredare. Slutbetänkandet ska presenteras den 1 oktober i år.

Utredningens uppdrag är bland annat att analysera om dagens kostnadsutjämningssystem fångar upp strukturella kostnadsskillnader. Den ska även överväga om vissa delar bör ändras eller tas bort och i så fall lämna förslag på nya, bättre modeller. ○

KOSTNADSUTJÄMNINGEN

▶ Kostnadsutjämningen är en av fem delar i det utjämningssystem som ger staten möjlighet att utjämna skillnader i ekonomiska förutsättningar mellan kommuner och mellan landsting.

Kostnadsutjämningen kompenserar för strukturella kostnadsskillnader som kan bero på demografi, geografi och socioekonomi.

Kostnadsutjämningssystemet för landstingen består av fyra delmodeller (hälso- och sjukvård, befolkningsförändringar, lönestruktur och kollektivtrafik). ○

Källa: Sveriges Kommuner och landsting

I KORTHET



Foto: Shutterstock/IBL

En nationell modell för PSA-testning föreslås.

EXPERTGRUPP FÖRESLÅR MODELL FÖR PSA-TESTNING

▶ Nu har en expertgrupp inom Regionala cancercentrum i samverkan tagit fram ett förslag till nationell modell för organiserad PSA-testning. Balanserad information till män samt att ta ansvar för hela vårdkedjan är viktiga punkter. ○

LÄKARE SOM LARMADE OM MACCHIARINI ÅRETS VISSLARE



Foto: Colourbox

▶ Sjukhusläkarnas pris »Årets visslare« gick i år till Karl-Henrik Grinnemo, Matthias Corbascio, Oscar Simonson och Thomas Fux – läkarna som slog larm om kirurgen Paolo Macchiarinis experimentella operationer med syntetiska luftstrupar. ○

INGEN OREDLIGHET I KI-REKTORS ARTIKEL

▶ Karolinska institutets rektor, Ole Petter Ottersen, misstänktes för forskningsfusk. Men nu meddelar franska Pasteurinstitutet att det inte finns någon grund för att fälla den aktuella artikeln, som han var medförfattare till, för oredlighet. Det skriver Karolinska institutet på sin webbplats. ○

UPPROP FÖR ALLAS RÄTT TILL LIKA VÅRD

▶ I slutet av augusti startade Rikke Almkvist, ST-läkare i barn- och ungdomsmedicin på Skånes universitetssjukhus, uppropet »Vi vårdar alla«. Efter bara en vecka hade gruppen fått över 22 000 medlemmar på Facebook och drygt 4 000 namnunderskrifter. ○

Läs mer!
Fler nyheter samt längre texter på Läkartidningen.se



Stina Schell gjorde själv sin AT och ST vid Nyköpings lasarett. Nu varvar hon rollen som distriktsläkare med den som AT-chef, där den senare tar det mesta av arbetsveckan.



Chef och AT-råd lyfte Nyköping

En av årets främsta klättrare i AT-rankningen är Nyköpings lasarett. Det är en AT-ort som på två år gått från den absoluta botten till den övre halvan av listan. Det är också två år sedan en AT-chef tillträdde och ett AT-råd bildades.

Foto: Marc Femenia

Vi låg sämst i AT-rankningen och det fanns en stor förändringsvilja. Det här är ett litet sjukhus, och jag tror att man sätter en stolthet i att ta hand om AT-läkare, berättar distriktsläkaren Stina Schell om tiden då hon tillträdde som AT-chef.

Det var 2016 som tillsättningen gjordes, innan det årets AT-rankning kom. Bottenplaceringen visade dock med all önskvärd tydlighet att det fanns förbättringsarbete att göra.

– Jag började med att göra en gedigen research om vad man var missnöjd med och vad man inte tyckte fungerade. Jag fick ett stort gensvar och upplevde att det fanns ett stort engagemang ute på klinikerna också.

Ofta var inte betygen inom de olika placeringarna så låga i AT-rankningen, men helhetsbedömningen var det. Stina Schell tror att en otydlig organisation delvis kan förklara det låga resultatet – vem skulle AT-läkare vända sig till med frågor och synpunkter? Bara det att orten nu fick en chef och en struktur verkar ha betytt mycket.

– Som AT-chef är allt min boll. Alltså kan jag ta alla frågor och behöver aldrig hänvisa bort någon. Det är ganska skönt, jämfört med om ansvaret ligger på en verksamhetschef på varje klinik och HR som kanske inte har så stor kännedom om frågorna ute på golvet.

– Sedan är kvalitet i AT i grund och botten avhängig enskilda mer seniora kliniker, som verkligen engagerar sig och är bra handledare. Det är innehållet.

Vid sin sida har Stina Schell också en AT-administratör dit både AT-läkare och klinikchefer kan vända sig, en person som Stina Schell lyfter fram som en riktig klippa i förbättringsarbetet. Och några månader in i den nya organisationen bildades nästa viktiga pelare i det nya AT-arbetet:

»Kommunikation är nyckelordet, och den har förbättrats markant.«



Martina Cokorilo,
sekreterare i AT-rådet



ett AT-råd med representanter för läkarna under utbildning.

– Det har fått god respons, säger Martina Cokorilo, sekreterare i AT-rådet.

Hon och ordförande Sarah Galien har varit med nästan från starten. De och en handfull andra AT-läkare utgör tillsammans rådet.

– Arbetet är jättetrevligt. Det har varit ett kreativt jobb att kunna arbeta med det som folk tar upp och diskutera i ett öppet klimat, säger Sarah Galien.

– Bara att ha en chef i ryggen betyder väldigt mycket. Och i och med att AT-rådet blivit etablerat lyssnar klinikerna bättre på våra förslag. Helt plötsligt är det inte bara ett snack i korridorerna. Kommunikation är nyckelordet, och den har förbättrats markant, säger Martina Cokorilo.

Sarah Galien och Martina Cokorilo tycker att de viktigaste stegen i förbättringsarbetet har tagits, men det görs kontinuerligt nya saker.

– Just nu pågår ett förbättringsarbete med barnkliniken och deras introduktion. Det är snart dags för handledarpriset, och ett nytt kollegium där vi utvärderar överläkarna. Vi har diskuterat BUP-placeringarna på psykiatrin, där psykiatrins verksamhetschef har hört av sig till oss och undrat om det är något AT-läkarna önskar, berättar Sarah Galien.

Oavsett poäng och rankning är det viktigt att AT-läkarna trivs, både för deras egen skull och för arbetsgivaren, menar Stina Schell.

– AT-läkarna är en av våra största rekryteringssatsningar i landstinget, och vi ska ju inte tappa bort dem när vi haft dem hos oss i 21 månader. Då ska ju vi försöka se till att hjälpa dem till rätt plats om de vill stanna här, säger hon.

Stina Schell framhåller att ett arbete för att hjälpa AT-läkarna bedrevs tidigare också, men det är med hennes tjänst som landstinget tillsatt mer resurser. I genomsnitt går tre dagar per arbetsvecka åt till rollen som AT-chef. Övrig tid arbetar hon som distriktsläkare.

Den vecka när Läkartidningen träffar henne handlar mycket om att utbilda handledarna. Veckan dessförinnan höll hon i föreläsningar om arbetsmiljö och arbetsgivaransvar. Den kommande veckan kommer till stor del att handla om rekryteringar och att träffa blivande AT-läkare.

Varje gång som nya AT-läkare börjar, fyra gånger per år, hålls en gemensam middag med dem, nuvarande AT-läkare, handledare och andra. Det är en bidragande orsak till sammanhållningen i Nyköping. Därtill arrangerar AT-läkarna exempelvis fotboll »på gräsmattan utanför psyk«, bandyturneringar, brännboll, föreläsningar, after work med mera.

I samma AT-organisation, och med samma AT-chef som Nyköpings lasarett, ingår även Kullbergska sjukhuset i Katrineholm. Men den orten har inte lyckats lyfta



»Jag tror personligen att en AT-chef är en stor anledning till att Nyköpings AT blir bättre och bättre«, säger AT-läkare Sarah Galien (t h), här i samspråk med AT-läkare Martina Cokorilo.

Foto: Marc Femenia

15 procent vill byta yrke

I årets AT-rankning uppger 15 procent att de vill byta yrke, något som ofta hänger samman med AT:s kvalitet, enligt Sylf.

– Man ser att skillnaderna ökar och man ser tydligt att vissa AT-orter klarar av att hålla fast vid ett fantastiskt arbete för AT-läkarna, så det är ingen omöjlighet, säger Jonas Ålebring, ordförande i Sveriges yngre läkares förening, Sylf.

– Men så ser vi att några är konstant ointresserade, och den skillnaden är väldigt tråkig.



Jonas Ålebring

Jonas Ålebring tycker att AT som introduktion till yrket inte alltid tas på tillräckligt stort allvar, utan att arbetsgivarna är mer intresserade av att fylla luckor i schemat än att arbetskraften ska må bra och producera kvalitet.

– Det är ett generellt problem. Man tror att vägen framåt är att skala bort utbildning och handledning. Det är ett kortsiktigt tänkande som vi inte tror att vården vinner på i längden, och absolut inte patienterna.

AT:s kvalitet spelar också stor roll när hela 15 procent av AT-läkarna i Sylfs undersökning säger att de övervägt att byta yrke. De tankarna är vanligare bland AT-läkare på orter som hamnar lågt i rankningen. Den vanligaste orsaken är en dålig arbetsmiljö, följt av en hög arbetsbelastning.

– Det är ett väldigt slöseri både med samhällets resurser och individens resurser. Det spelar jättestor roll, det påverkar kompetensförsörjningen.

Att det är samma topptrio (se nästa sida) som i fjol tyder på att de har ett vinnande koncept, menar Jonas Ålebring.

– Och det konceptet verkar gå ut på att AT-läkarna har möjlighet till bra inflytande över sin arbetsmiljö, utbildning och handledning. Får man vara med och bestämma är man mycket nöjdare, säger han.

Jesper Cederberg

»Det har varit ett kreativt jobb att kunna arbeta med det som folk tar upp och diskutera i ett öppet klimat.«



Sarah Galien,
ordförande i AT-rådet

sig från bottenskiktet på listan. Sjukhuset kommer på plats 65 av 68, även om flera parametrar går åt rätt håll.

– När jag började hade AT-läkarna oerhört tuffa jourscheman. Men det är åtgärdat, så det hade jag hoppats hade synts i rankningen, säger Stina Schell.

– Jag sitter i Nyköping, jag har mina rötter här, jag känner alla kliniker och har kanske lättare att arbeta med utvecklingsfrågor där jag har mitt nätverk. Jag har kanske inte riktigt samma möjligheter att nå fram där jag inte har min bas, spekulerar Stina Schell.

Hon poängterar att Katrineholm har länets minsta sjukhus och att AT där är mer splittrad mellan fler orter, men också att topprankade Avesta har en liknande situation.

Tillsammans med övergripande studierektor och AT-klinikstudierektor har Stina Schell gjort en översyn och förstärkning av introduktionen i Katrineholm, satsningar på bättre handledning och en förbättring av jourstrukturen. Framöver

kommer dessutom AT-administratören att spendera mer tid i Katrineholm.

– Vi ska kämpa vidare. Och det sjukhuset, ska man veta, står och faller med AT-läkarna. Så vi ska göra vad vi kan för att det ska bli bra.

I förbättringsarbetet generellt sett har Stina Schell haft god hjälp av andra orter med höga placeringar i AT-rankningen. Hon har gjort studiebesök och bjudit in föreläsare. Det som slår henne är hur frikostiga andra AT-orter är med tips och råd.

– Det finns ett väldigt generöst anslag i hela AT-Sverige som känns kul, trots att alla egentligen är konkurrenter om samma kollegor.

Text: **Jesper Cederberg**
Foto: **Marc Femenia**



Foto: Marc Femenia

Kullbergska sjukhuset i Katrineholm (i samma AT-organisation som Nyköpings lasarett) står och faller med AT-läkarna, enligt Stina Schell, som nu ska kämpa för att vända årets siffror.

Ökade klyftor i årets AT-rankning

Gällivare sjukhus och Avesta lasarett tar ett gemensamt kliv uppåt på prispallen där de nu delar topplaceringen i årets AT-rankning. Men det är större skillnader mellan toppen och botten.

»Topp tre« på 2018 års AT-rankning har bara möblerats om från fjolåret. Avesta lasarett, som delar förstaplatsen med Gällivare sjukhus, kan också stoltsera med att ha varit etta 3 av de 4 senaste åren. Efter Gällivare och Avesta på 5,80 poäng av möjliga 6,00 hamnar fjolårets etta, Västerviks sjukhus. De tre sjukhusen har alla kommit högt på listan även tidigare år.

Längst ned på listan kommer Sollefteå sjukhus på 3,18. Strax ovanför ligger Oskarshamns sjukhus och Skånes universitetssjukhus i Lund. De som klättrat mest på årets lista är Hässleholms sjukhus och Nyköpings lasarett. Båda avancerar 27 platser till 21:a respektive 29:e plats.

Läs mer!
Hela AT-rankningen på Läkartidningen.se

Det är Sylf, Sveriges yngre läkares förening, som varje år sätter samman AT-rankningen utifrån en enkät till alla som gjort eller gör AT under den aktuella perioden. Rankningen bygger på att AT-läkarna satt ett sammanfattande totalbetyg på den plats där de gör AT. Därtill har respondenterna betygsatt exempelvis handledning och kollegialt stöd inom respektive placering, till exempel allmänmedicin eller kirurgi.

Snittbetyget för rikets alla AT-orter är 4,77. Det är en liten ökning jämfört med i fjol och i nivå med 2016 års undersökning. Ökningen tillskriver Sylf de topprankade sjukhusens högre betyg.

Däremot ökar klyftan mellan AT-orterna i toppen och dem i botten. Antalet sjukhus med betyg under 4,0 är högre än tidigare, och lägstanivån är lägre än förra året.

När det gäller de olika placeringarna är Avesta även bästa medicinort med betyget 5,9 på den sexgradiga skalan (följt av Västerviks sjukhus och Lasarettet i Motala). Sjukhuset i Torsby blir etta inom kirurgi (följt av Västervik, Gällivare och Skövde på en delad andraplats). Eksjö–Nässjö är bäst inom psykiatri och Hudiksvall är bäst när det gäller allmänmedicin.

Jesper Cederberg

DE TIO BÄSTA PLACERINGARNA

Sjukhus	Placering (2017)	Snittbetyg (1–6)
● Gällivare sjukhus	1 (2)	5,8
● Avesta lasarett	1 (2)	5,8
● Västerviks sjukhus	3 (1)	5,77
● Centrallasarettet i Växjö	4 (16)	5,56
● Hudiksvalls sjukhus	5 (9)	5,5
● Lindesbergs lasarett	5 (11)	5,5
● Mora lasarett	7 (25)	5,48
● Kungälvs sjukhus	8 (15)	5,47
● Höglandssjukhuset Eksjö–Nässjö	9 (18)	5,45
● Hallands sjukhus Halmstad	10 (8)	5,43

● 2 198 personer besvarade enkäten helt eller delvis. Svarsfrekvensen var 71 procent. 1 728 av de svarande gjorde sin AT eller hade nyligen avslutat AT vid enkättillfället. Endast dessa fick besvara enkäten i sin helhet, och rapporten redovisar bara deras svar.

● Bara orter med minst fem svarande redovisas i rankningslistan. Svaren från orter med färre än fem svarande räknas dock in i resultaten för hela AT-läkargruppen.



Gällivare sjukhus

Foto: Anders Alm



Avesta lasarett



Västerviks sjukhus

MERCK

MAVENCLAD® nu inom läkemedelsförmånen

MAVENCLAD®
cladribine tablets

NY ORAL KORTTIDSBEHANDLING MOT MS MED EFFEKT* UPP TILL 4 ÅR [1]



Ingen ytterligare behandling efter vecka 5, år 1 och år 2.

Ingen ytterligare behandling.

MAVENCLAD®
kladribin tabletter

* Effekten vad avser minskad skovfrekvens och förlängd tid till progression av funktionsnedsättning.

REFERENS: 1. MAVENCLAD® SPC 12/2017

MAVENCLAD® (kladribin), Rx, F, ATC-kod L04AA40, är en 10 mg tablett för peroral behandling. **Indikation**: Behandling av vuxna patienter med högaktiv skovvis multipel skleros (MS) som definieras av kliniska eller bilddiagnostiska fynd. **Dosering**: Rekommenderad kumulativ dos av MAVENCLAD är 3,5 mg/kg kroppsvikt under 2 år, administrerat som en behandlingskur på 1,75 mg/kg per år. Varje behandlingskur består av två behandlingsveckor, en i början av den första månaden och en i början av den andra månaden för respektive behandlingsår. Varje behandlingsvecka består av 4 eller 5 dagar under vilka en patient får 10 mg eller 20 mg (en eller två tabletter) som en daglig engångsdos, beroende på kroppsvikt. **Kontraindikationer:** HIV. Aktiv kronisk infektion (tuberkulos eller hepatit). Aktiv malignitet. Samtida immunsuppressiv behandling. Måttligt eller gravt nedsatt njurfunktion. Graviditet eller amning.
För ytterligare information se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén december 2017.

Merck AB, Box 3033, 169 03 Solna | Tel. 08-562 445 00 | www.merck.se

SE/CLA/0218/0011



Mer debatt på nätet

▶ På Läkartidningen.se hittar du fler intressanta debattartiklar och replikskiften. Med en läsarkommentar kan du direkt göra din röst hörd. Välkommen med ditt inlägg!

RIKSDAGS- VS LANDSTINGSVAL – DAGS FÖR SKILSMÄSSA

▶ Vi föreslår att Läkarförbundet tillsammans med andra fackförbund som representerar anställda i vården driver förslaget om skilda valdagar, skriver Magnus Forssblad och Tycho Tullberg.

Läkartidningen. 2016;113:FA97

PRIMÄRVÅRDEN MÅSTE STÄRKAS, MEN INTE GENOM KVÄLLSMOTTAGNING

▶ Förslaget att vårdcentralerna ska hålla öppet längre på kvällstid kommer inte att locka läkare till primärvården, anser Mikael Ekholm. Han är övertygad om att läkare inte vill vara schemalagda fram till klockan 22.00.

Läkartidningen. 2016;113:FCAU

LÄKARFÖRBUNDET KRÄVER REGLERAD FORTBILDNING

▶ Svenska läkare måste följa med i den digitala teknikutvecklingen. För att hälso- och sjukvården inte ska gå miste om den potential som AI i vården innebär krävs satsningar på grund- och vidareutbildning samt fortbildning för specialister, skriver Heidi Stensmyren och Sofia Rydgren Stale.

▶Läkartidningen. 2016;113:FCCR

Slutreplik: FORTFARANDE OKLARHETER KRING DEBATTARTIKEL MED ALLIANSEN

▶Läkartidningen. 2016;113:FCDU

Socialstyrelsens riktlinjer för ångest och depression:

Debatten saknar viktiga frågor

Debatten om Socialstyrelsens nya riktlinjer för ångest och depression har varit polariserad och inte konstruktiv. Diskussionen bör inte handla om PDT eller KBT utan om evidensbaserade metoder och kompetensbrist.

Lise Bergman Nordgren, fil dr, leg psykolog, leg psykoterapeut; ordförande, Beteendeterapeutiska föreningen

Li Wolf, socionom, med mag, leg psykoterapeut; styrelseledamot, Beteendeterapeutiska föreningen

● li.wolf@neurokbtgbg.se

Eva Gafvelin-Ramberg, leg psykolog, leg psykoterapeut; ordförande, Svenska föreningen för kognitiva och beteendeterapeutiska terapier

Viktor Kaldo, professor i klinisk psykologi, Linnéuniversitetet

Dan Katz, leg psykolog, leg psykoterapeut; styrelseledamot, föreningen Vetenskap och folkbildning

Lennart Melin, professor emeritus i klinisk psykologi, Uppsala universitet

Steven J Linton, professor i klinisk psykologi, Örebro universitet

Örjan Sundin, professor i klinisk psykologi, Mittuniversitetet

Lars-Göran Öst, professor emeritus i klinisk psykologi, Stockholms universitet

Socialstyrelsens nya riktlinjer för ångest och depression [1] har precis som tidigare riktlinjer varit föremål för diskussion om vilken psykoterapiform som är bäst. Diskussionen har varit polariserad och inte konstruktiv beträffande behandlingarnas huvudsyfte, vilket givetvis är att erbjuda patienterna en god och säker vård.

De nya riktlinjerna är lika dem som fastställdes 2010 [2] och tidigare publicerade rekommendationer [3, 4]. Riktlinjerna överensstämmer också till stora delar med dem som finns i Storbritannien och USA [5, 6]. KBT rekommenderas som psykologisk behandlingsmetod för de många ångestdiagnoserna. Om än med en fördel för KBT så rekommenderas fler metoder, bland annat viss psykodynamisk terapi (PDT), för lätt till medelsvår depression. Dessa slutsatser finns också i SBU:s senaste sammanställning [7].

Vi anser att det verkliga problemet inte är vilken terapiskola som är bäst vid behandling av mindre allvarlig depression. Problemet är att patienter som söker vård för lätta och medelsvåra depressioner alltför sällan erbjuds evidensbaserade psykologiska behandlingsmetoder. En orsak är att behandlarna faktiskt inte kan det som efterfrågas utan i stället erbjuder ospecifik behandling och medicinering.

KBT och PDT är paraplybegrepp, och båda ger liten information om vad som borde ingå i de behandlingar som Socialstyrelsen rekommenderar. En behandling med exempelvis KBT kan skilja sig väsentligt för två personer med samma diagnos. En välutbildad behandlare individualiserar behandlingen och vet dessutom att det ofta finns flera evidensbaserade metoder inom paraplybegreppet.

För att kunna individualisera och välja metod krävs gedigen utbildning i de evidensbaserade behandlingar som finns. Har man tillräcklig kunskap vet man vilken form av KBT eller PDT som avses i rekommendationerna och kan utföra dem. Har man det inte är risken mycket stor att man använder en variant av dessa för alla patienter som med tiden påverkas mer av egna preferenser än av det forskningen ger starkast stöd.

Det är således att det råder stor brist på psykologer och psykoterapeuter som har ordentliga kunskaper i de evidensbaserade metoder som Socialstyrelsen förordar, oavsett inriktning.

KBT dominerar sedan länge forskningsresultaten vid ångestsyndrom och är, i olika varianter, sedan länge den terapiform som rekommenderas för detta [1-3]. Evidensbaserad KBT dominerar däremot inte det behandlingsutbud en vårdsökande erbjuds. Trots ansträngningar finns fortfarande nyexaminerade, nylegitimerade behandlare som saknar kunskap om de mest evidensbaserade metoderna. Detta medför på många håll väntetider på över ett år för att få en potent behandling. En orimligt lång tid.

Hur kan vi säkerställa att patienter i alla åldrar, på alla vårdnivåer och i alla delar av vårt land får en vård baserad på evidens? Vi anser att beslut krävs för ett ökat antal utbildningsplatser i de psykologiska behandlingsmetoder som är evidensbaserade. Därtill behövs en översyn av den oreglerade utbildningsmarknaden, som i dag erbjuder grundläggande psykoterapiutbildning och korta kurser i olika metoder. Annars finns stor risk för att ovederhäftiga kurser erbjuds av oseriösa aktörer.

Internationellt finns lyckade exempel på hur utbildningsinsatser och systematiska utvärderingar har höjt kvaliteten på vården för dessa patientgrupper [8]. Vi välkomnar att Socialstyrelsen väljer att undersöka hur behandlingen för depression och ångest faktiskt ser ut i dag. Det är ett initiativ som ger en bra bas för att ta ut en ny riktning.

Vårdgivare måste kunna vara säkra på att deras personal har adekvat kompetens. De som utför behandlingar måste ha vetenskapsbaserad kunskap. Detta är helt nödvändigt för att patienterna ska få den vård som dagens evidensläge visar är den mest effektiva. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Läs mer! Referenslistan, se webben: Läkartidningen. 2018;115:FA4X

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

Svensk studie om screening för bukaortaaneurysm ifrågasätts

Följ debatten på Läkartidningen.se

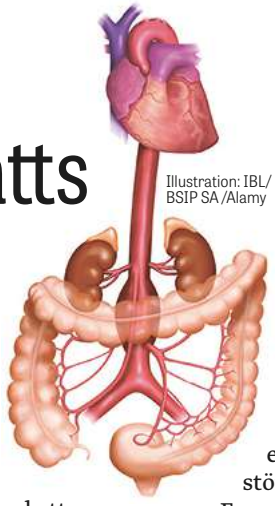


Illustration: IBL/ BSIP SA /Alamy

Svenska forskare ifrågasätter nyttan med nationell screening för bukaortaaneurysm, rapporterade LT i juni i år (Läkartidningen. 2018;115:E9TC)**. Forskarnas studie, som presenterats i Lancet, kritiseras nu i ett debattinlägg på Läkartidningens webbplats. Här följer utdrag ur artikeln samt replik och slutreplik.**

ANDERS WANHAINEN OCH MEDFÖRFATTARE:

STOR ENIGHET OM ATT SCREENING FÖR BUKAORTAANEURYSM RÄDDAR LIV

▶ I en artikel i Lancet av Minna Johansson och medarbetare ifrågasätts nyttan av screening för bukaortaaneurysm. Studien innehåller flera felaktigheter och riskerar att skapa oro bland berörda befolkningsgrupper, patienter och beslutsfattare.

I en artikel i tidskriften Circulation 2016 redovisas erfarenheter av den svenska screeningen i en stor nationell studie [7]. Studien har en så kallad »stepped wedge«-design, där vi utnyttjat det faktum att screening införts vid olika tidpunkter i olika län (»pseudo-randomisering«).

De viktigaste resultaten är att den aortarelaterade dödligheten i hela den äldre manliga befolkningen minskade med 4 procent per år som screening pågått. Sex år efter införandet skilde sig mortalitetskurvorna åt, och efter åtta år noteras en signifikant (27 procent) skillnad till förmån för den grupp som inbjöds till screening tidigt.

Andra viktiga resultat är att man bara behöver operera cirka två patienter för att förebygga ett dödsfall i ruptur och att verksamheten är höggradigt kostnadseffektiv. [...] Vi kunde med denna studie, med upp till nio års uppföljning, bekräfta resultaten från de randomiserade studierna och konstatera att screening av 65-åriga män är effektiv också i en nutida svensk kontext, med dagens låga prevalens av sjukdomen. Screening är införd i Storbritannien och USA, och planeras i Danmark, Holland och Tyskland [9].

Trots att det är mycket välkänt att effekten av screening kommer först efter sex år, med maximal effekt efter cirka 15 år [2, 7, 11], har Minna Johansson och medarbetare förkortat sin uppföljning till just sex år [1]. Att man då inte kan se någon stor nytta med screening för bukaortaaneurysm är givet på förhand.

Sedan 2006 har drygt 6 000 män diagnostiserats med ett aneurysm genom det svenska programmet, varav cirka 1 500 opererats i förebyggande syfte (Figur 2). Drygt 750 män har därmed fått sina liv förlängda med i genomsnitt åtta år, och brustet aneurysm har blivit en allt ovanligare diagnos. Att screeningen är så effektiv beror delvis på att undersökningen är enkel och effektiv, men framför allt på att brustet aneurysm har en cirka 80-procentig dödlighet, samtidigt som förebyggande operation är effektiv, med låg risk och stor nytta.

Det är viktigt att minimera riskerna i samband med screening. I motsats till vad författarna påstår [1] är problemen med överdiagnostik och överbehandling dock begränsade. Med en observerad 40-procentig operationsfrekvens under 10-årsuppföljning får minst 1/4 av alla män med ett screeningupptäckt aneurysm ett längre liv.

Screening för bukaortaaneurysm har inneburit en fantastisk utveckling och resulterat i många räddade och förlängda liv. Det är därmed mycket olyckligt att Minna Johansson och medarbetare sprider en felaktig bild av verksamheten.

Läs mer! Fullständig artikel, figurer och referenslistan, se webben: Läkartidningen. 2018;115:FCAA

Vad tycker du?
Kommentera på Läkartidningen.se.

REPLIK, MINNA JOHANSSON OCH MEDFÖRFATTARE:

DAGS FÖR EN OBEROENDE GRANSKNING AV SCREENINGPROGRAMMET

▶ Screening infördes 2006–2015 i Sverige och rekommenderades av Socialstyrelsen 2016. Utredningen gjordes i huvudsak av kärlkirurger med ansvar för screening. Vi anser att det är dags för en oberoende granskning.

I en studie i Lancet [1] visar vi att 2/10 000 män som kallas till screening undviker död i bukaortaaneurysm efter 6 år (ej statistiskt säkerställt). Samtidigt upptäcks ett aneurysm som inte skulle ge symtom om det förblivit oupptäckt hos 49 män (överdiagnostik), medan 19 opereras i onödan med risk för allvarliga komplikationer och död (överbehandling) [2]. Resultaten för överdiagnostik och överbehandling är statistiskt säkerställda. Vi menar att det är tveksamt om nyttan av screening överväger skadan, och resurserna kan sannolikt användas på ett sätt som ger större nytta.

En grundläggande princip för en sund vetenskaplig miljö är att etablerade idéer kan utvärderas och ifrågasättas. Att detta (som studiegruppen skriver) »kan skapa oro bland patienter och beslutsfattare« bör inte styra den vetenskapliga debatten.

Läs mer! Fullständig artikel och referenslistan, se webben: Läkartidningen. 2018;115:FCIC

SLUTREPLIK FRÅN ANDERS WANHAINEN OCH MEDFÖRFATTARE:

DET SVENSKA SCREENINGPROGRAMMET ÄR EN STOR FRAMGÅNG

▶ Minna Johansson och medarbetare återkommer med felaktiga uppgifter i debatten om det svenska screeningprogrammet för bukaortaaneurysm [...]

Några exempel: De har blandat ihop akut operation och operation för ruptur, samt aorta och iliakaaneurysm, de vet inte när screeningen startade i de olika landstingen, de har använt populationer med olika prevalens av sjukdomen i fall- och kontrollgruppen [1] samt använt felaktiga register och för kort uppföljning för att kunna utvärdera screeningens effekter – ibland är det fel på tiopotenser. Det är inte heller korrekt, som Minna Johansson och medarbetare påstår i sin replik, att man i Danmark beslutat att inte införa screening för bukaortaaneurysm. Inget sådant beslut är taget [2].

Läs mer! Fullständig artikel och referenslistan, se webben: Läkartidningen. 2018;115:FCMS

Läkartidningen arrangerar ett seminarium om

Stockholm 10 oktober 2018

Psykisk ohälsa
hos barn och ungdomar

Ingenjörshuset
Malmskillnadsgatan 46, Stockholm

Allt fler barn och ungdomar i Sverige lider av psykisk ohälsa. Socialstyrelsens senaste rapport visar en fördubbling i åldersgruppen 10-17 år och en 70 procentig ökning i åldern 18-24 år, med ångest och depression som de vanligaste problemen.

Under detta seminarium diskuteras denna utveckling, och möjliga orsaker till den ökande ohälsan. Vidare presenteras aktuell forskning på temat psykisk hälsa hos unga och möjliga förklaringar till förändringar i hälsoläget. Dessutom beskrivs utmaningarna med att mäta psykisk ohälsa och vad som kan dölja sig bakom de rapporterade siffrorna.



Välkommen till en intressant eftermiddag!

Preliminärt program • 10 oktober 2018

12.00–13.00	**Registrering och lättare lunch**
13.00–13.05	**Inledning** *Docent Margaretha Bågedahl Strindlund och professor Clara Hellner*
13.05–13.30	**Hur mår barn och ungdomar i Sverige? Vilka söker vård och var?** *Christina Dalman, professor vid Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin/Institutionen för folkhälsovetenskap, Stockholms läns sjukvårdsområde/Karolinska Institutet*
13.30–13.55	**Skärmtid, stillasittande och smarta telefoner – vad säger forskningen?** *Clara Hellner, professor i barn- och ungdomspsykiatri, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Stockholms läns sjukvårdsområde/Karolinska Institutet*
13.55–14.20	**Symtom och diagnoser vid autism: Resultat från en omfattande nationell tvillingstudie.** *Sebastian Lundström, forskare vid Gillbergcentrum, Göteborg*
14.20–14.50	**Kaffe**
14.50–15.15	**Kan vi förebygga utvecklingen av psykisk ohälsa hos unga?** Resultat från Trestadsstudien. *Maria Tillfors, professor i klinisk psykologi, Karlstad universitet*
15.15–15.40	**Hur fångar vi barns och ungas egna perspektiv på sin psykiska hälsa?** Vad döljer sig bakom rapporterade psykosomatiska symtom? *Anette Wickström, universitetslektor i socialantropologi, Linköpings universitet*
15.40–16.05	**Hur påverkas ungas psykiska hälsa och lärande av miljön i skolan?** Resultat från Kupolstudien. *Rosaria Galanti, professor vid Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin/Institutionen för folkhälsovetenskap, Stockholms läns sjukvårdsområde/Karolinska Institutet*
16.05–16.30	**Sammanfattning och frågor till panelen**

Moderator: *Clara Hellner*

Programansvariga: *Clara Hellner och Margaretha Bågedahl Strindlund, Läkartidningen*

Läs mer och anmäl dig på www.lakartidningen.se/event

»Det här jobbet är ingen enmansshow. Till stor del handlar det om teamet.«

SÅ KOMMER HON DÅ, den här patienten som är akut sjuk och faktiskt håller på att dö.

Sjukhuset där jag arbetar har ett system med samjour för all akutsjukvård (utom gyn och obstetrik) på kvällar och helger. Det är jag (AT-läkaren) och ST-läkaren som håller ställningarna på akuten i dag. Vi får några sekunders förvarning, jag får ett personnummer och tänker snabb-läsa på. Tanken hinner inte övergå till handling, ambulansen är redan här.

In på akutrummet, på med handskar och förkläde. På håll ser patienten okej ut. Omvårdnadspersonalen är redan i full fart, sköterskorna sätter nålar. Jag får remissen från sjukstugan av undersköterskan, hon har skrivit ut den. »Iatrogen perforation, konservativ behandling med antibiotika, inneliggande på sjukstugan för iv antibiotika och återhämtning. Successiv försämring. Uppseglande sepsis? Blödning?«

JAG EFTERFRÅGAR OCH FÅR RAPPORT av ambulanspersonalen, adderar »blev sämre på vägen hit« till det jag redan vet. Blir konfunderad över de rapporterade parametrarna där det enda som avviker är en lätt förhöjd AF på 22.

Det börjar tjuta på övervakningsmonitorn: systoliskt tryck strax under 50. Vi sänker huvudändan och fluchar Ringer. »Ska vi ta hit narkosen?« ropar någon, »Ja!«, svarar jag, »och ST-jouren!«. Det blir bråttom, jag behöver struktur, berättar för patienten att vi kommer att göra en snabb genomgång, att vi förklarar mer sedan. Hon är RLS 2. Tack och lov för intro-veckan där vi nötte ABC(D). Högt och tydligt börjar jag »A – luftvägen är fri, jag går vidare till B!« Det är inget fel på lungorna »B är fritt, går vidare till C. Patienten är kallsvettig, radialis knappt kännbar, ingen resistens i buken, dock ömmande. Ingen peritonit.«



UNDER TIDEN har sköterskorna tagit prov, kopplat upp patienten på 12-avlednings-EKG, fått in en extra nål. ST-jouren har känt på buken, hon gör samma bedömning. Hon har sett EKG, läst på i journalen och kommer med ytterligare information. Undersköterskan har tillkallat narkosjouren. Innan han kommer hinner vi få ett nytt tryck. Vilken lättnad, patienten svarar på vätsketerapi, systoliskt tryck nu >100!

ST-JOUREN RINGER IN RADIOLOGEN, som har jour i hemmet – vi kommer att behöva en DT. Under tiden har narkosjouren anlänt, och jag rapporterar det jag vet om patienten, avslutar med planen att genomföra en DT. »Och ta en blodgas och prata med kirurgbakjouren och ta patienten på IVA för stabilisering«, fyller han på.

Medan patienten rullas över till IVA, får artärnål, påbörjar behandling och stabiliseras rapporterar jag till bakjouren. ST-kollegan skriver röntgenremissen och kontaktar radiologen, som nu är på plats. Patienten tas upp på röntgenavdelningen medan jag skriver in henne. Det blir min kortaste inskrivning någonsin. Jag är så uppe i varv att jag inte har tid med irrelevant information om patientens eventuella hundpromenader eller huruvida hon inte tycker om lök. Kort och koncist.

FÖRST NÄR JAG KOMMER HEM 18 timmar senare och sätter mig vid köksbordet blir jag lugn. Vi klarade det, alla gjorde vad de skulle, patienten överlevde. Det här jobbet är ingen enmansshow. Till stor del handlar det om lagarbetet, om teamet. Att vi får det att flyta på. Tack och lov har vårt sjukhus välsignats med välfungerande, kompetenta lagmedlemmar och korta beslutsvägar.

All heder åt oss, i dag räddade vi liv!

Sofia Palmarsson,
ST-läkare, Visby
sofia.palmarsson@hotmail.com

Läkartidningen arrangerar ett seminarium om

Stockholm 17 okt 2018

Munhälsans inverkan på övriga kroppen



Ingenjörshuset
Malmskillnadsgatan 46, Stockholm

Munnen är en del av kroppen, men både ur vård-, utbildnings- och juridiska perspektiv har munnen och tänderna separerats från resten av kroppen. Vi vet att flera olika allmänsjukdomar manifesteras i munhålan men eftersom den medicinska professionen har hand om övriga kroppen och tandvården primärt ägnar sig åt mun och tänder, finns risk för att hälsofrågor utanför det egna området helt blir någon annans problem och ansvar. Med dessa föreläsningar som belyser medicinska-odontologiska samband, vill vi uppmuntra till en konstruktiv diskussion om hur ett samarbete mellan våra olika professioner skulle kunna utvecklas

Välkomna till en intressant eftermiddag!

Preliminärt program • 17 oktober 2018

12:00–13:00	**Lunch och registrering**
13:00–13:05	**Välkommen!**
13:05–13:35	**Oral hälsa, cancer och dödlighet** *Professor Björn Klinge, Karolinska institutet*
13:35–14:05	**Samband mellan parodontit och hjärt–kärlsjukdomar samt diabetes** *Övertandläkare Anders Gustafsson, professor Karolinska institutet*
14:05–14:35	**Samband mellan tuggfunktion och kognition** *Professor Mats Trulsson, Karolinska institutet*
14.35–15.05	**Kaffepaus**
15:05–15:35	**Samband mellan parodontit och demensutveckling** *Övertandläkare Kåre Buhlin, doc. Karolinska institutet*
15:35–16:00	**Ansiktssmärta och samsjuklighet** *Professor Malin Ernberg, Karolinska institutet*
16:00–16:30	**Sammanfattning och frågor till panelen**

Moderator: *Mats Trulsson*

Programansvariga: *Anders Gustafsson och Mats Trulsson*

Läs mer och anmäl dig på www.lakartidningen.se/event

KLINIK &VETENSKAP

Här börjar Läkartidningens vetenskapliga del. Du känner igen den på den röda balken.

5 frågor till

Max Levin



docent och specialistläkare vid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg, som tillsammans med Fredrik Landström skrivit en översiktsartikel om elektrokemoterapi.

Vilka patienter har bäst nytta av elektrokemoterapi?

Patienter med bröstcancer och melanom med behandlingsresistenta hudmetastaser. Vi har bröstcancer- och melanompatienter som fått upprepad elektrokemoterapi under flera år och som har god lokal kontroll i huden av elektrokemoterapi och god kontroll i kroppen i övrigt av systemisk behandling (cytostatika eller immunterapi).

Vilka är metodens fördelar?

Det är en effektiv, snabb och säker behandling. Att utföra elektrokemoterapi är enkelt att lära sig, och utrustningen är förhållandevis billig.

Finns det några risker med metoden?

Vid behandling av skalp, bål och extremiteter är elektrokemoterapi en säker behandling. Vid behandling i halsområdet finns risk för allvarliga biverkningar, även om den risken är låg.

Ni skriver att detta troligen är en undernyttjad metod i Sverige. Varför har det blivit så, tror du?

Det finns flera orsaker; den viktigaste är att det är en förhållandevis ny behandlingsmetod, och det tar tid för nya metoder att hitta sin plats. En annan förklaring är att elektrokemoterapi i första hand förbättrar livskvaliteten hos patienter i palliativt sjukdomsskede. Förbättrad livskvalitet är svår att mäta och det väger inte lika tungt som effekt på överlevnad när nya behandlingar ska introduceras.

Ni skriver också att det behövs mer studier. Vilka är kunskapsluckorna?

Det behövs randomiserade studier där elektrokemoterapi jämförs med andra lokoregionala behandlingar, t ex strålbehandling. Det behövs också studier som studerar eventuella synergistiska effekter av elektrokemoterapi när behandlingen ges under pågående immunterapi.

Birgit Wilhelmson

1388
Elektrokemoterapi är en enkel och effektiv metod för behandling av hudmetastaser

1378
Synkraven för körkort har svag evidens

1380
Nya rön

1384
ARFID: restriktivt ätande utan rädsla för viktuppgång

1392
Fler medvetslösa patienter bör intuberas för säkrad luftväg

Ett gott arbetsklimat behöver återställas

REKORDVÄDER OCH SOM VANLIGT problematiskt i sjukvården. Det kan väl vara en kort summering av sommaren. Vilken inverkan valrörelsen haft på valresultatet är i skrivande stund okänt. En sak är dock klar. Vården har varit en av de stora frågorna som debatterats, och ytterligare anslag till sjukvård har utlovats från de flesta håll.

PERSONLIGEN HAR JAG UNDER SOMMAREN fått vittnesmål om både bra och dålig vård. Orsakerna till detta kan säkert delvis vara slumpartade. Man kan ha råkat söka vid fel tillfälle eller träffat fel person i sjukvården. Det medicinska omhändertagandet är kanske inte det som brister mest i vår högteknologiska och oftast effektiva sjukvård. Men det personliga omhändertagandet och omvårdnaden är minst lika viktigt för patienterna i många situationer. När de medicinska insatserna för att bota eller lindra sjukdom har kommit till vägs ände är det viktigt att tröst och omhändertagande fungerar.

»Den stora andel medarbetare som nu lämnar sin arbetsplats … talar för att trivseln blivit sämre.«



JAG HAR SJÄLV VARIT VERKSAM i svensk sjukvård i ungefär 45 år. Jag har alltid trivts bra i sjukvårdsmiljön (arbetsmiljö pratade man inte så mycket om förr). En orsak till det tror jag har varit ett gott kamratskap och sammanhållning i arbetsgemenskapen. Den stora andel medarbetare som nu lämnar sin arbetsplats eller i värsta fall vårdyrket talar för att trivseln blivit sämre. Förhoppningsvis kan ett gott arbetsklimat återställas där så behövs. Det är både patienter och personal värda!

Jan Östergren, medicinsk huvudredaktör
jan.ostergren@lakartidningen.se

Synkraven för körkort har svag evidens

ÖKAD KUNSKAP EFTERLYSES



Tomas Bro, med dr, ST-läkare, ögonmottagningen, Höglandssjukhuset Eksjö
● tomas.bro@med.lu.se

Synkrav för körkort måste vara tydliga eftersom överskattning av den egna förmågan är vanlig. Tidigare forskning visar att så många som 80 procent av förare anser sig vara bättre än genomsnittet [1].

Tyvärr saknas entydiga samband mellan synfunktion och trafiksäkerhet. Synskärpa har endast en svag koppling till olycksrisk. Förare med synfältspåverkan har visat sämre körprestation och fler olyckor i vissa studier; andra studier har inte funnit tydliga samband [2].

I brist på standard uppvisar synkrav för körkort stor global variation [3]. I Sverige kontrolleras t ex synförmåga endast vid ansökan om körkort. I övriga nordiska länder görs också regelbundna kontroller av äldre. Det har dock inte varit möjligt att bevisa att detta skulle leda till färre olyckor [4]. I Sverige liksom inom EU krävs en central synskärpa på minst 0,5. Synfältskraven inom EU är angivna till utbredning, men den svenska lagstiftningen definierar också metod och ljusstyrka, vilken gör den svenska lagstiftningen relativt strängare [5].

Den bedömande partens skyldigheter har också stor betydelse. Svenska läkare är ålagda att rapportera förare med otillräcklig syn till Transportstyrelsen. Samtidigt finns möjlighet till endast ett muntligt avtal om körförbud. Antalet indragna körkort visar stora regionala skillnader, vilket kan tyda på skiftande attityd till anmälan eller varierande andel muntliga överenskommelser [6]. Kanske drar sig läkare för uppgiften? Rapporteringen ligger utanför sjukvårdens huvuduppgift och kan möjligen leda till att patienter med ögonsjukdom undviker vården.

Förlust av körkort har stora negativa konsekvenser för individen, t ex isolering, frustration och bristande tilltro till myndigheter. Störst är problemen i områden med minst tillgång till kollektivtrafik [7].

Nedsatt syn kan till viss del kompenseras av andra funktioner. På initiativ från Transportstyrelsen inledde därför Statens väg- och transportforskningsinstitut (VTI) i Linköping sommaren 2016 simulatortest för bilförare som fått körkortet återkallat på grund av synfältsdefekter [8]. Fördelen jämfört med körprov är att samma avvikande trafiksituationer kan upprepas, vilket ger jämförbara resultat. En nackdel är den yrsel som uppstår när balansorganets signaler inte överensstämmer med den visuella informationen.

Trots den stora självkostnaden för testet, 18 750 kronor, var intresset omfattande. Omkring 300 personer har genomgått testet, varav två tredjedelar återfick körkortet. Vid progressiva tillstånd gäller dispensen i allmänhet 2 år. Liksom för praktiska körtest är sambandet med olycksrisk ännu inte fastställt. I juni 2018 pausades dock körtesten, då det visat sig att även personer med mycket grava synfältsdefekter klarat testet [9].

Den nuvarande situationen innebär flera problem. Den som inte uppfyller synkrav för körkort har i dag ingen möjlighet alls att åberopa praktiska färdigheter. Tiden under simulatortestet var inte heller optimal. Testet fanns bara tillgängligt på en plats i Sverige och hade dessutom ett betydande pris. Personer med progressiv ögonsjukdom behövde efter godkänt test följas upp med intyg från ögonläkare och nya utvärderingar vid synfältsförsämring. Eftersom testet bara kunde utföras en gång, skulle detta bli svårt för den bedömande parten om inte mer kunskap framställs om sambandet mellan synfältsdefekter och trafiksäkerhet.

Studier av simulatortest och uppföljningar av olycksrisk i dispensärenden är ett möjligt sätt att få mer kunskap om synförmågans påverkan på trafiksäkerhet.

Kanske är dagens svenska krav både för höga och för låga. Med hårda synfältskrav och frånvaro av periodisk testning får patienter med stroke och glaukom troligen körförbud tidigare i Sverige än i andra länder. Samtidigt kan individer med låg synskärpa fortsätta med bilkörning så länge de inte uppsöker sjukvård [10].

Kanske kommer allmänt tillgängliga självkörande bilar inom kort att reducera betydelsen av mänskliga funktioner. Fram till dess finns det mycket att göra för att skapa ett rättvist och konsekvent system som perfekt balanserar individens autonomi och självförverkligande med både egen och andras säkerhet. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2018;115:E9ZT

HUVUDBUDSKAP

- I avsaknad av entydiga samband mellan synförmåga och trafiksäkerhet är synkrav för körkort i dag inte evidensbaserade.
- Eftersom förlusten av körkort har stor påverkan på livskvalitet, finns mycket att vinna på en förfinad lagstiftning.
- Simulatordata och uppföljning av dispensärenden är en möjlig väg till mer empiri inom lagar om synkrav för körkort.

Läs mer!
Fullständig referenslista och engelsk sammanfattning på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Svenson O. Are we all less risky and more skillful than our fellow drivers? Acta Psychol. 1981;47(2):143-8.
2. Thorslund B, Strand N. Synförmågans mätbarhet och inverkan på säker bilkörning. En litteraturstudie. VTI notat 23-2015. Linköping: Statens väg- och transportforskningsinstitut; 2015.
5. TSFS 2010:125. Transportstyrelsens föreskrifter om medicinska krav för innehav av körkort m m.
7. Nyberg J. Välfärdskonsekvenser för individer med indraget körkort på grund av synfältsbortfall. VTI notat xx-xxx (under publ). Linköping: Statens väg- och transportforskningsinstitut; 2018.
10. Bro T, Lindblom B. Strain out a gnat and swallow a camel? Vision and driving in the Nordic countries. Acta Ophthalmol. Under publ 2018.

Läkartidningen arrangerar

Program och anmälan:
Läkartidningen.se/event

Inbjudan till symposium

Alkohol Reformerad vård kan nå fler

SPÅRVAGNSHALLARNA, BIRGER JARLSGATAN 57 A, STOCKHOLM, 18 OKTOBER 2018

Beroende och skadligt bruk av alkohol är folksjukdomar som bidrar till omfattande sjuklighet och dödlighet. Såväl allmänhet som profession lever kvar i sekelgamla föreställningar om dessa tillstånd där såväl problem som behandling är stigmatiserade. Symposiet belyser hur behandlingen av alkoholproblem kan moderniseras. En bredare bas i primär- och företagshälsovård och ökad patientcentrering är exempel på nya grepp som kan leda till att fler personer med alkoholproblem kan få hjälp.

PRELIMINÄRT PROGRAM

12:00–13:00	**Registrering och lättare lunch**
13:00–13:05	**Inledning** Docent Margaretha Bågedahl Strindlund, Läkartidningen
13:05–13:30	**Riskbruk, skadligt bruk och beroende** Med dr, Anna-Karin Danielsson, Karolinska institutet
13:30–13:55	**Behandling av alkoholberoende i Sverige – behov av expansion till nya grupper** Professor Anders Håkansson, Lunds universitet, Beroendecentrum Malmö
13:55–14:20	**Behandling för alkoholproblem: vilka insatser har evidens?** Professor Sven Andréasson, Karolinska institutet, Riddargatan 1, Mottagningen för alkohol och hälsa, Beroendecentrum Stockholm
14:20–14:50	**Kaffe**
14:50–15:15	**Bredare bas – nå fler med riskbruk, skadligt bruk och alkoholberoende i primärvården** Med dr, Sara Wallhed Finn, Riddargatan 1, Mottagningen för alkohol och hälsa, Beroendecentrum Stockholm
15:15–15:40	**Screening och effektiva interventioner för alkoholproblem i primärvården** Överläkare Karin Hyland, Riddargatan 1, Mottagningen för alkohol och hälsa, Beroendecentrum Stockholm
15:40–15:50	**Bensträckare**
15:50–16:15	**Kontrollerat drickande som behandlingsmål – en väg till patientcentrerad vård inom beroendevården** Med dr Anders Hammarberg, CPF Karolinska institutet
16:15–16:40	**Alkohol och äldre: En försummad fråga bland våra vanligaste patienter** Professor Margda Waern, AgeCap Centrum för åldrande och hälsa, Sahlgrenska akademin, Göteborgs universitet
16:40–17:00	**Sammanfattning och frågor till panelen**

Välkommen!

Moderator: Sven Andréasson

Programansvariga: Sven Andréasson och Läkartidningen

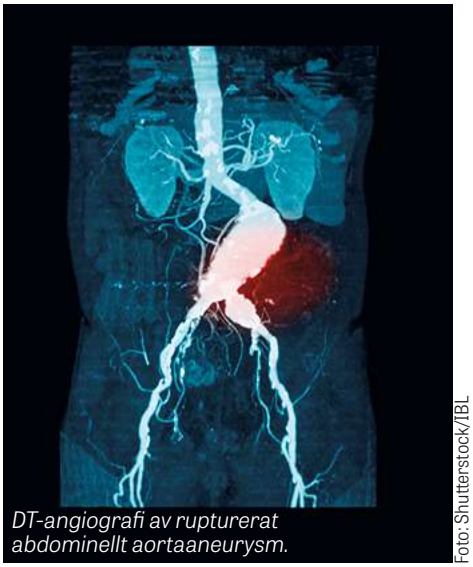


PRIS: 1 995 kr + moms. Lunch och kaffe är inkluderat. Medlemmar i Sveriges läkarförbund erhåller 300 kr rabatt på ordinarie pris. Pensionär och medlem i Sveriges läkarförbund erhåller 50 procent rabatt på ordinarie pris. Studenter betalar 500 kr + moms totalt. Anmälan är bindande men kan överlåtas till en kollega. Kontakta helene.engstrom@lakartidningen.se för mer information.

Låg socioekonomisk status riskfaktor för rupturerat bukaortaaneurysm

Egenreferat. Tydliga skillnader avseende val av behandling och överlevnad mellan patienter med hög respektive låg socioekonomisk position har tidigare visats inom kardiovaskulära sjukdomstillstånd och vissa cancersjukdomar [1]. Associationen mellan socioekonomisk position och abdominellt aortaaneurysm (AAA) har inte tidigare studerats i större populationsbaserade material på individnivå.

Det övergripande syftet med denna studie [2] var att undersöka sambandet mellan socioekonomisk position och risk för rupturerat abdominellt aortaaneurysm (rAAA) som första diagnos av aneurysmet. Det sekundära syftet var att granska om socioekonomisk position påverkar överlevnad vid behandling av rAAA.



DT-angiografi av rupturerat abdominellt aortaaneurysm.

Foto: Shutterstock/IBL

Detta är en nationell studie på alla individer med diagnosen intakt eller rupturerat abdominellt aortaaneurysm under 2001–2015 (n = 41 222). Ålder, kön, AAA-diagnoser, operationer och komorbiditet extraherades från slutenvårds- respektive öppenvårdsregistret. Uppgifter om socioekonomisk position (disponibel hushållsinkomst samt utbildningsnivå) från Statistiska centralbyrån matchades på individnivå och analyserades i kvintiler (Q1–Q5) respektive antal utbildningsår (<10 år, 10–12 år samt >12 år). Oddskvoten (OR) för risken att diagnostiseras med rupturerat snarare än intakt AAA, liksom mortalitet, beräknades med en logistisk regressionsmodell justerat för ålder, kön och komorbiditet för de olika grupperna.

Knappt en femtedel av individerna hade rAAA (19,3 procent, n = 7 968). Fler individer med låg än med hög socioekonomisk position presenterade sig med ruptur (låg inkomst Q1: OR 2,16, 95 procents konfidensintervall [95KI] 1,98–2,36, P < 0,001; låg utbildningsnivå: OR 1,33, 95KI 1,21–1,46, P < 0,001). Vidare fanns en association mellan låg disponibel hushållsinkomst och högre postoperativ 90-dagarsmortalitet (OR 1,42, 95KI 1,07–1,89, P = 0,014).

Det finns en tydlig association mellan låg socioekonomisk position och rAAA, liksom sämre överlevnad efter behandling, även efter justering för förväxlingsfaktorer. Man kan med registerdata inte säkert avgöra varför låg socioekonomisk position är en så stark riskfaktor, men sannolikt speglar den till exempel deltagande i AAA-screeningprogram, rökning, följsamhet till erbjudna kontroller inom hälso- och sjukvården och deltagande i sekundärpreventiva åtgärder. Socioekonomisk position bör uppmärksammas som en relevant och mätbar riskfaktor vid bedömning och behandling av patienter med abdominellt aortaaneurysm. Vi behöver stödja utveckling av mer riktade preventiva insatser, där till exempel dialogen med populationer med hög risk bör förbättras och intensifieras.

Sayid Zommorodi, doktorand, ST-läkare, institutionen för molekylär medicin och kirurgi, Karolinska institutet; PF rekonstruktiv plastikkirurgi, Karolinska universitetssjukhuset, Solna

1. Alter DA, et al. N Engl J Med. 1999;341(18):1359-67.
2. Zommorodi S, et al. J Epidemiol Community Health. Epub 2 juli 2018. doi: 10.1136/jech-2018-210644

Ökad risk för MRSA och tarminfektion hos individer som uppgav

▶ Många patienter uppger någon form av läkemedelsöverkänslighet; vanligast är penicillin. Vid behov av antibiotika resulterar en misstänkt penicillinallergi ofta i andrahandsalternativ med bredare spektrum och ökad toxicitet. Syftet med den aktuella brittiska studien [1] var att kartlägga konsekvenserna av en journalförd penicillinallergi utifrån ett folkhälsoperspektiv. Det primära utfallet var efterföljande risk för infektion med meticillinresistenta Staphylococcus aureus (MRSA) respektive Clostridium difficile.

Över 300 000 vuxna individer från databasen The Health Improvement Network (THIN) utan tidigare MRSA- eller Clostridium difficile-infektion inkluderades. Drygt 60 000 dokumenterades med en misstänkt penicillinallergi. Övriga inkluderade fungerade som kontroller, matchade för ålder, kön och tidpunkt för inklusion i studien.

I den multivariabla analysen justerades för ålder, kön, BMI, socioekonomisk status, rök- och alkoholvanor, relevant komorbiditet, antal tidigare förskrivna antibiotikakurer, användning av protonpumpshämmare respektive kortikosteroider, boende på vårdhem samt antal besök hos allmänläkare respektive sjukhusinläggningar.

Under en uppföljningstid på sex år efter första journalförda penicillinallergin identifierades samtliga fall där läkare diagnostiserade infektion eller bärarskap av MRSA respektive Clostridium difficile. Användningen av antibiotika följdes upp under samma period.



Shutterstock/IBL

Studien visade att individer med misstänkt penicillinallergi hade knappt 70 procent ökad risk för MRSA-infektion (matchad och multivariabelt justerad hazardkvot [HR] 1,69, 95 procents konfidensintervall [95KI] 1,51–1,90) och drygt 25 procent ökad risk för Clostridium difficile-infektion (HR 1,26, 95KI 1,12–1,40). Patienter med uppgiven penicillinallergi förskrevs bredspektrumantibiotika i högre grad än kontrollerna, med en fyrfaldig ökning av makrolider respektive klindamycin och en tvåfaldig ökning av fluorokinoloner.

Studien begränsades till patienter i öppen vård. Noterbart är en hög generell användning av antibiotika. Näs-

Svenska läkare höll fast vid tyskan in på 1940-talet



Foto: Shutterstock/TBL

Tyskan var länge det mest populära artikelspråket – men ersattes snabbt av engelskan.

Egenreferat. Att Tyskland var ett internationellt föregångsland inom naturvetenskap och medicin i början av 1900-talet är välkänt. Detta återspeglas i att tyska vetenskapsmän under 1900-talets tre första decennier tilldelades fler Nobelpris i kategorierna fysiologi eller medicin, fysik och kemi än forskare från något annat land. Tysklands ställning demonstrerades även av att tyska språket var ett »lingua franca« bland forskare i många länder både inom och utanför Europa. Engelskan skulle dock komma att överta tyskans position. Amerikanska och tyska historiker har tidigare visat att detta språkskifte startade redan under första världskriget och åren strax därefter. Men hur såg utvecklingen ut i Sverige?

Vi har i ett samarbete mellan tyska och svenska forskare undersökt tyskans trender som vetenskapsspråk bland svenska läkare. I en studie har vi rekonstruerat språktrender genom att granska över 2 000 artiklar i de svenska tidskrifterna Hygiea och Acta Chirurgica Scandinavica under första hälften av 1900-talet samt avhandlingar inom kirurgi (som då inkluderade ortopedi och urologi) som försvarats vid Lunds universitet och Karolinska institutet under samma tidsperiod. Centrala fynd är att tyska i jämförelse med engelska och franska var det mest populära artikelspråket när svenska kirurger publicerade forskningsresultat och att svenska läkare i allmänhet länge citerade framför allt tyskspråkig litteratur. Ett tydligt trendbrott kom 1943, det vill säga under pågående världskrig, då engelskan snabbt vann mark. Tyskan försvann nästan helt inom loppet av några få år. Utvecklingen märktes också i den svenska skolan: 1946 ersatte engelskan tyskan som första främmande språk.

Studien visar hur forskarnätverk förändras över tid och hur snabbt ett byte av vetenskapsspråk kan ske. Snabbheten visar att den enskilde forskaren abrupt måste ha övergått från tyska till engelska.

Nils Hansson, dr, akademiråd, institutionen för medicinens historia, filosofi och etik, Heinrich-Heine-universitetet, Düsseldorf, Tyskland

Bengt Uvelius, leg läkare, urologiska kliniken, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Hansson N, et al. World J Urol. Epub 21 aug 2018. doi: 10.1007/s00345-018-2451-z

penicillinallergi

tan alla som inkluderades i studien hade förskrivits antibiotika under året före inklusion.

Penicillinallergi är den vanligaste uppgivna läkemedelsöverkänsligheten, men över 90 procent tolererar penicillin vid efterföljande testning [2]. Med tanke på dagens alarmerande ökning av antibiotikaresistens och de svåra samhällskonsekvenserna av Clostridium difficile-infektion skulle det därför, enligt författarna, vara till stor fördel utifrån ett folkhälsoperspektiv att systematiskt bekräfta eller utesluta en penicillinallergi, något som i dag sker ytterst sällan. Ett mer kritiskt förhållningssätt avseende uppgiven penicillinallergi skulle även gynna den enskilda patienten med tanke på risken för biverkningar av andrahandsval. En enkel anamnes kan i många fall ge svaret på huruvida en penicillinallergi föreligger eller inte.

»Penicillinallergi är den vanligaste uppgivna läkemedelsöverkänsligheten, men över 90 procent tolererar penicillin vid efterföljande testning.«

Martina Wahnström, ST-läkare; Sjukhus-Strama

Gunnar Jacobsson, med dr, överläkare; Regionala Strama, Västra Götalandsregionen; båda infektionskliniken, Skaraborgs sjukhus, Skövde

1. Blumenthal KG, et al. BMJ. 2018;361:k2400.
2. Solensky R, et al. Ann Allergy Asthma Immunol. 2010;105:259-73.

Erytrocyter orsakar kärlskada vid typ 2-diabetes

Egenreferat. Typ 2-diabetes är en viktig riskfaktor för hjärt–kärlsjukdom. En tidig förändring i progressen av komplikationer till följd av typ 2-diabetes är skada på kärlväggens endotelceller, vilket resulterar i nedsatt kärldilatation, ökad inflammation och oxidativ stress. Mekanismerna bakom denna så kallade endoteldysfunktion, som karaktäriseras av nedsatt produktion av kväveoxid (NO), är ofullständigt kända. Tillgängliga data talar för att erytrocyter har höga nivåer av enzymet arginas, som visat sig vara centralt för reglering av NO-bildningen. I den aktuella studien undersöktes om erytrocyterna utövar en skadlig effekt på endotelet vid typ 2-diabetes via ökad aktivitet av arginas.

Erytrocyter från 46 patienter med typ 2-diabetes och från 34 friska kontroller inkuberades med artärer från råttor och från patienter utan diabetes [1]. Därefter registrerades erytrocyternas effekt på artärernas endotelberoende relaxation, aktivitet av arginas samt bildningen av fria syreradikaler.



Shutterstock/TBL

Resultaten visar att erytrocyter från patienter med typ 2-diabetes inducerar endoteldysfunktion, som reverserades genom hämning av erytrocytens arginas eller fria syreradikaler. Nivåerna av arginas och fria syreradikaler var förhöjda i erytrocyter från patienter med typ 2-diabetes. Erytrocyterna stimulerade produktionen av arginas och fria syreradikaler i endotelet. I en separat studie visades att erytrocyter från patienter med typ 2-diabetes orsakar försämrad hjärtfunktion och ökar infarktstorleken i ischemiskt myokard [2].

Studierna påvisar en ny mekanism bakom kärl- och hjärtmuskelskada vid typ 2-diabetes, och banar väg för nya behandlingsmöjligheter, specifikt riktade mot defekt erytrocytfunktion.

Ali Mahdi, doktorand, läkarstudent

John Pernow, professor, överläkare, tema hjärta och kärl; båda Karolinska universitetssjukhuset samt enheten för kardiologi, institutionen för medicin, Karolinska institutet

1. Zhou Z, et al. J Am Coll Cardiol. 2018;72:769-80.
2. Yang J, et al. JACC Basic Transl Sci. 2018;3:450-63.

Effektivt att behandla psykisk ohälsa med KBT i primärvården



Foto: Shutterstock/IBL

En avhandling från Stockholm visar att ångest, depression, insomni, anpassningsstörning och utmattningssyndrom effektivt kan behandlas med KBT i primärvården och att stegvis vård är en resurseffektiv modell.

Avhandling. Ångest och depression är de vanligaste tillstånden av psykisk ohälsa, men även stressrelaterad ohälsa är en dominerande orsak till sjukskrivning, särskilt i Sverige. I den aktuella avhandlingen undersöktes effekter av psykologisk behandling på psykisk ohälsa och sjukskrivning. En systematisk översikt och metaanalys av 45 internationella studier visade att psykologisk behandling gav en liten men signifikant minskning av sjukskrivningar.

Vidare genomfördes två kliniska studier på fyra vårdcentraler i Stockholm. I den ena studien behandlades 396 patienter med ångest, depression, insomni, anpassningsstörning eller utmattningssyndrom med kognitiv beteendeterapi (KBT) som stegvis vård. Alla patienter fick som första steg guidad självhjälp utifrån en diagnosspecifik självhjälpsbok och två samtal med KBT-utbildad psykolog. Efter steg ett, som pågick under 9 veckor utan kontrollgrupp, nådde 40 procent av patienterna remission. I steg två slumpades patienterna till 11 veckors fortsatt självhjälp eller individuell KBT. Efter individuell KBT nådde 39 procent av patienterna remission, jämfört med 19 procent av dem som fått fortsatt självhjälp. Modellen med stegvis vård krävde färre än 6 sessioner per patient, och 63 procent av alla patienter tillfrisknade efter behandling. Det motsvarar effekten av KBT i tidigare forskning men antalet sessioner reducerades med hälften.

I den andra kliniska studien randomiserades 211 patienter med psykisk ohälsa och sjukskrivning till KBT, ett program för arbetsåtergång eller en kombinationen av dessa. En majoritet av patienterna diagnostiserades med utmattningssyndrom (59 procent). 80 procent av patienterna hade ingen sjukskrivning efter ett år, men det var ingen skillnad i totalt antal sjukskrivningsdagar mellan behandlingsgrupperna. 67 procent av patienterna uppfyllde inte längre kriterier för sin primära diagnos efter behandling. KBT minskade patienternas symtom något mer än programmet för arbetsåtergång.

Läs mer!
Fler nya rön och fullständiga artiklar på Läkartidningen.se

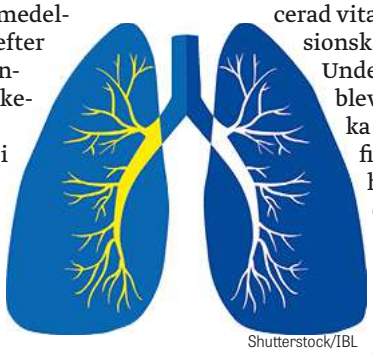
Sammanfattningsvis visar avhandlingen att psykisk ohälsa effektivt kan behandlas med KBT i primärvården och att stegvis vård är en resurseffektiv modell. Psykologisk behandling har också en liten positiv effekt på sjukskrivning. Utmattningssyndrom dominerar symtombilden hos sjukskrivna patienter. I våra studier hade KBT en god effekt på minskade symtom, men vi hittade ingen behandling som visade starkare effekt i form av minskad sjukskrivning.

Sigrid Salomonsson, med dr, leg psykolog, Centrum för psykiatriforskning, Stockholms läns landsting

Salomonsson S. CBT in primary care. Effects on symptoms and sick leave, implementation of stepped care and predictors of outcome. Stockholm: Karolinska institutet; 2018.

Större chans få behandling mot lungfibros i Sverige än Finland

Egenreferat. Idiopatisk lungfibros innebär en kronisk ärrbildning i lungvävnaden. Orsaken är okänd. Sjukdomen leder till nedsatt lungfunktion i förtid och har en hög mortalitet med en medelöverlevnad på cirka 5–7 år efter diagnos. Pirfenidon och nintedanib är två godkända läkemedel som bägge minskar förlusten av lungfunktion i ungefär samma grad. Nationella lungfibrosregister finns i Sverige sedan 2014 och i Finland sedan 2011 och inkluderar patienter från flera sjukhus.



Shutterstock/IBL

I syfte att jämföra skillnader i patientkarakteristika och läkemedelsbehandling gjorde vi en studie av patienter som inkluderats i de bägge registren under 3 år (2014–2016). Totalt 160 svenska och 152 finländska patienter med idiopatisk lungfibros studerades. De finländska patienterna var i genomsnitt äldre (74,6 vs 72,5 år, P = 0,017) och var i högre grad icke-rökare än de svenska (41,7 vs 26,9 procent, P = 0,007). De finländska patienterna hade bättre lungfunktion, både mätt som forcerad vitalkapacitet och som diffusionskapacitet av kolmonoxid. Under en treårsuppföljning blev 111 (69,4 procent) svenska och 45 (29,6 procent) finländska patienter behandlade med läkemedel (P < 0,001). Det faktum att patienterna var bosatta i Sverige var den huvudsakliga faktorn (oddskvot [OR] 5,48; 95 procents konfidensintervall [95KI] 2,65–11,33; P < 0,0001) som avgjorde behandlingsstart. Patienter med bättre lungfunktion (högre forcerad vitalkapacitet) fick läkemedelsbehandling i mindre grad (OR 0,96; 95KI 0,93–1,00; P < 0,024). Vi fann ingen skillnad mellan universitetssjukhus och övriga sjukhus.

Studien visar påtagliga skillnader i förskrivandet av läkemedel mellan Sverige och Finland: svenska patienter erhåller i mycket högre grad behandling än finländska patienter. Eftersom behandlingen är kostsam kan en möjlig orsak vara skillnaden i läkemedelsersättningssystemen, då man i Finland ansöker om ersättning för varje enskild patient och behandlingstiden för ansökan kan ta upp till 8 veckor.

Sverige har dessutom ingen restriktion vad gäller lungfunktion, medan det i Finland krävs forcerad vitalkapacitet mellan 50 och 90 procent för att vara ersättningsberättigad. Studien visar också att behandling, i båda länderna, sätts in först när patienten redan förlorat lungfunktion och inte direkt vid diagnosskedet.

Ida Pesonen, doktorand, ST-läkare, institutionen för medicin Solna, Karolinska institutet; PO lung- och allergisjukdomar, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Pesonen I, et al. Multidiscip Respir Med. Epub 14 maj 2018. doi: 10.1186/s40248-018-0126-7

För dig som söker nya utmaningar!

Kostnadsfritt för läkare!

KARRIÄR KVÄLLAR för läkare



Välkommen till

Karriärkväll i Lund!

Tisdag 23 oktober 2018 • kl 17.00–20.15

AF Borgen

Sandgatan 2 • Lund

På **Läkartidningens Karriärkvällar** har du möjligheten att lyssna på och inspireras av kollegor som på ett personligt sätt berättar om sina karriärval och vägar genom livet. I pauserna finns flera arbetsgivare på plats för frågor och tips som du kan ha nytta av på din egen väg i karriären.

Program den 23 oktober 2018

Moderator: Professor Jan Östergren, med. huvudredaktör på Läkartidningen

17:00 **Registrering, mat och mingel**

18:00 **Inledning moderator**

18:10 **Poul Kongstad** är uppvuxen i ett brukssamhälle norr om universitetsstaden Lund. Mamman var läkare och pappan chef i näringslivet. Tillhörde vänstern på 70-talet och läste franska på universitetet. Poul berättar om resan från humaniora till intensivvård och neurokirurgi! Från inbiten kliniker till högre chef och tillbaka igen! Från högspecialiserad vård till ”basic medicine” inom prehospital vård i Sverige och Afrika! Från sjukhusets strikta hierarkier till politikens outgrundliga labyrinter! Från att vara vetgirig student till att försöka bli entusiasmerande tutor, mentor och föreläsare. Men framförallt talar Poul om glädjen att vara läkare!

18:35 **Karin Wahlberg** ville bli lärare, och utbildade sig i humanistiska ämnen och arbetade tio år i skolan. Sedan flyttade hon och blev arbetslös. Maken är läkare, hon blev inspirerad och började läsa medicin. Under arbetsmässigt tuffa år på kvinnokliniken i Lund fick hon en dag en idé till en kriminalroman, som kom ut 2001. Det har blivit många böcker i olika genrer sedan dess. Karin fortsatte att vara gynekolog- och förlossningsläkare, fast deltid, eftersom det är ett roligt och mindre ensamt arbete än att vara författare.

19:00 **Fikapaus**

19:30 **Kristina Bergentz** var läkarkandidaten som hoppade av och försökte säga upp sin plats på läkarlinjen permanent för att bli arkitekt. Hon kom istället tillbaka och blev barnläkare med neonatologi som specialitet. Hon har arbetat på barnkliniken i Lund sedan 1995 och är idag verksam som tillförordnad överläkare på neonatalsektionen. Förutom det dagliga arbetet på kliniken sysslar hon även med etik och patientsäkerhetsfrågor. Kristina berättar om sina reflektioner kring att arbeta på en universitetsklinik utan att forska, om varför vi som läkare egentligen går till jobbet och hur viktigt det är att försöka hänga läkarrocken i äppelträdet innan man kommer hem.

19:55 **Avslutning och prisutdelning i kvällens tävling**

OBS! Karriärkvällen är gratis för läkare, men 200 kr + moms debiteras om du inte har avbokat dig. Sista avbokningsdag är den 18 oktober.

Besök utställarna och vinn fina priser!

Arrangör

Läkartidningen

Partner

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Kvällens utställare

FÖRSVARSMAKTEN

Folksam

Capio

Previa

klara
vi kan kompetens

Läkarjouren

För uppdaterat program och anmälan, gå in på läkartidningen.se/event

ARFID: restriktivt ätande utan rädsla för viktuppgång

EN PATIENTGRUPP SOM BEHANDLATS STYVMODERLIGT I VÅRDEN

Mattias Strand, specialistläkare, överläkare
● mattias.strand@sll.se

Yvonne von Hausswolff-Juhlin, docent, specialistläkare, överläkare, verksamhetschef

Elisabeth Welch, fil dr, leg psykolog, enhetschef, institutionen för medicinsk epidemiologi och biostatistik; samtliga Stockholms centrum för ätstörningar; institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm

I den femte upplagan av det amerikanska psykiaterförbundets diagnosförteckning Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5 [1], som publicerades 2013, introducerades undvikande/restriktiv ätstörning som en ny diagnos i kapitlet om ätstörningar. Förkortningen ARFID (av engelskans avoidant/restrictive food intake disorder) används även i Sverige och kommer därför att tillämpas genomgående i denna artikel.

Trots att patienter med ARFID blir aktuella inom såväl barn-, ungdoms- och vuxenpsykiatri som barnmedicin, gastroenterologi, habilitering, primärvård och skolhälsovård har det ännu inte publicerats någon kunskapsöversikt på svenska om ARFID-diagnosen. Med denna översiktsartikel vill vi introducera ARFID på bredare front och redogöra för det aktuella kunskapsläget.

Från DSM-IV till DSM-5

En grundförutsättning i arbetet med DSM-5 var att man ville betona ett livslångt kontinuum, där psykisk ohälsa kan ta sig olika uttryck hos barn, ungdomar och vuxna utan att det därmed innebär att det rör sig om väsensskilda tillstånd [2–6]. I denna anda valde man att sammanfoga ätstörningskapitlet med en rad tillstånd som dessförinnan återfunnits i kapitlet »Störningar som vanligen diagnostiseras hos spädbarn, barn eller ungdomar«, såsom pica (dvs att äta icke-födoämnen), idisslande och uppfödningssvårigheter hos spädbarn eller småbarn. Den sistnämnda diagnosen användes sällan, varken i klinisk praktik eller i forskning, och man hade dessutom noterat att dylika svårigheter förekom även hos äldre barn och vuxna [7].

En rad olika diagnostiska begrepp hade tidigare tillämpats för gruppen patienter med restriktivt ätande i frånvaro av typiska ätstörningstankar. Till exempel kan här nämnas »failure to thrive« (bristfällig viktutveckling hos barn) [8], »food avoidance emotional disorder« (undvikande ätbeteende mot bakgrund av känslomässiga besvär) [9-11], »pervasive refusal syndrome« (mer genomgripande svårigheter att äta, dricka, prata, gå eller ta hand om sig själv) [12, 13], selektivt ätande [9-11], funktionell dysfagi [10, 11], icke-fettfobisk anorexia nervosa [14] och ESSENCE-begreppet (early symptomatic syndromes eliciting neurodevelopmental clinical examinations) [15].

Med ARFID ville man uttryckligen skapa ett diagnostiskt paraply under vilket många former av restriktivt ätande kan rymmas. I linje med tanken om kontinuitet över livsspannet finns det inget ålderskriterium för ARFID; diagnosen kan ställas oavsett hur gammal patienten är.

Kriterier för diagnos

Hur ser då diagnoskriterierna för ARFID ut? För det första ska det föreligga påverkat ätbeteende och bristande energiintag, som leder till ett eller flera av följande:

- signifikant viktnedgång (eller utebliven förväntad viktuppgång hos barn och ungdomar som fortfarande växer)
- signifikant näringsbrist
- behov av sondnäring eller näringstillskott för att bibehålla kroppsvikten
- inverkan på psykosocial funktion.

I DSM-5 ges också några exempel på vad som kan ligga bakom det hela, t ex generellt ointresse för att äta, undvikande baserat på sensoriskt obehag förknippat med vissa födoämnen eller oro för t ex kräkningar eller att sätta i halsen vid födointag.

För det andra ska beteendet inte huvudsakligen hänga samman med brist på föda eller vara kulturellt sanktionerat, såsom vid religiös fasta.

Det tredje kriteriet är centralt i förståelsen av ARFID: här fastslås att det påverkade ätbeteendet inte ska föreligga som en del av en anorexi- eller bulimisjukdom och att det heller inte ska vara förknippat med en störning i hur man upplever den egna vikten eller kroppen. Detta utgör en principiell skillnad jämfört med t ex anorexia nervosa, där restriktivt ätande definitionsmässigt sker just mot bakgrund av kroppsmissnöje, fobisk rädsla för att öka i vikt och en orealistisk uppfattning om den egna kroppsstorleken.

Samtidigt kan denna gränsdragning vara svår, inte minst hos yngre personer. För att kunna uttrycka tankar av detta slag kring den egna kroppen krävs viss abstraktionsförmåga, förståelse av tidsperspektiv och

HUVUDBUDSKAP

- ARFID kännetecknas av undvikande av mat med påföljande undervikt, undernäring eller behov av näringstillförsel via sond, vilket inte, såsom vid anorexia nervosa, beror på missnöje med kropp och vikt.
- Patienter med ARFID tenderar att vara yngre, uppvisa jämnare könsfördelning och ha längre sjukdomsduration än patienter med andra ätstörningar. Såväl somatisk som psykisk samsjuklighet är vanlig.
- Forskning pekar på att sedvanlig etablerad ätstörningsbehandling kan vara av godo också vid ARFID, även om behandlingen behöver individanpassas utifrån underliggande specifika svårigheter. Ett fullt ut normaliserat ätbeteende är dock inte alltid ett realistiskt mål.

konsekvenser samt förmåga att identifiera och benämna egna känslouttryck – kapaciteter som utvecklas gradvis under uppväxten [6].

För det fjärde, slutligen, ska tillståndet inte kunna förklaras bättre av samtidigt förekommande psykisk eller kroppslig sjukdom. Om sådan samsjuklighet föreligger ska påverkan på ätandet vara av större magnitud än vad som brukar vara fallet vid dylika tillstånd och föranleda särskild klinisk uppmärksamhet.

Kliniska och epidemiologiska karakteristika

Sammantaget har man genom retrospektiv journalgenomgång av kliniska populationer inom ätstörningsvården konstaterat att mellan 5 och 15 procent av patienterna skulle uppfylla kriterierna för ARFID [16-21]. I en studie på patienter vid pediatriska gastroenterologkliniker (en grupp där man kan förvänta sig mer uppfödnings- och ätsvårigheter än hos andra) fann man att 1,5 procent hade ARFID [22].

Studier på icke-kliniska populationer är en bristvara. En schweizisk studie bland 1 400 skolbarn påvisade en ARFID-prevalens på 3,2 procent [23]. I jämförelse med patienter med anorexia nervosa tycks gruppen av ARFID-patienter överlag vara yngre, uppvisa jämnare könsfördelning med fler pojkar/män och ha mer långdraget sjukdomsförlopp [7, 24]. Patienter med ARFID har ofta blivit föremål för omfattande somatiska utredningar för att utesluta underliggande organiska orsaker, och det finns inte sällan en upplevelse av att patienterna »bollas runt« mellan olika kliniker [25, 26].

Flera studier pekar på att ARFID och anorexia nervosa inte skiljer sig åt i fråga om grad av undervikt [18-20, 27, 28]. Medan patienter med anorexia nervosa oftare tenderar att ha gått ner raskt i vikt innan de blivit aktuella för behandling, har patienter med ARFID dock ofta längre sjukhistoria där låg vikt kan ha förelegat under många år [20, 28].

Detta speglar sannolikt det faktum att grundproblematiken bakom ARFID, såsom selektivt ätande eller ointresse för mat, ofta debuterar i unga år som ett mer eller mindre konstitutivt drag och inte har samma akuta karaktär som t ex anorexia nervosa. Inte sällan har föräldrar eller andra omsorgspersoner kunnat hantera svårigheterna, om än möjligen med viss möda, utan att någon kliniskt relevant problematik utvecklats. Om en incident tillstöter senare, t ex att personen i fråga sätter i halsen eller drabbas av akut gastroenterit, kan det dock föranleda en kvarstående rädsla som ytterligare accentuerar svårigheterna och gör dem ohanterbara i vardagen. En rad kliniska fallbeskrivningar och kunskapsöversikter pekar på att ett sådant förlopp är vanligt vid ARFID [24, 29-35].

Enligt diagnoskriterierna i DSM-5 är det dock som synes inte något strikt krav att undervikt eller undernäring ska föreligga vid ARFID: diagnosen kan t ex bli aktuell även för personer som bibehåller adekvat näringsintag endast med stöd av nasogastrisk sond eller näringsdrycker. Några av de kunskapsöversikter som publicerats på området fokuserar just på barn i behov av sondnäring och hur deras behandling kan optimeras [36-38]. I litteraturen om ARFID i övrigt tas denna grupp dock sällan upp, vilket kan bero på att forskning om ätstörningar respektive pediatriska uppfödningssvårigheter i stora delar utgör separata fält. En större grad av samarbete mellan olika subspecialiteter vore önskvärd, inte minst för en patientgrupp som denna som tenderat att hamna »mellan stolarna« i klinisk verksamhet.

»En rad studier pekar på hög förekomst av kroppsliga symtom (inte minst i form av gastrointestinala besvär som värk, illamående och uppblåsthet …) och somatisk samsjuklighet …«

Trots att ARFID är en explicit åldersneutral diagnos har den absoluta merparten av forskningen på området utförts på pediatriska patient- eller befolkningspopulationer. Det finns ett antal beskrivningar av fall av ARFID hos vuxna patienter [31, 39, 40], och det har föreslagits att ARFID skulle kunna vara relevant även inom geriatriken, som en del i sviktande aptit och sarkopeni [41]. Tydligt är att det behövs mer forskning om ARFID hos vuxna för att ytterligare kunna belägga förekomsten av det livslånga kontinuum som utgör en stomme i DSM-5.

Samsjuklighet mer regel än undantag

En rad studier pekar på hög förekomst av kroppsliga symtom (inte minst i form av gastrointestinala besvär som värk, illamående och uppblåsthet [19, 20, 25, 42]) och somatisk samsjuklighet vid ARFID [43, 44]. Huruvida detta är vanligare än vid t ex anorexia nervosa [45] är dock osäkert. Även psykisk samsjuklighet är frekvent förekommande. I ett par studier på barn och ungdomar med ätstörningar har man t ex sett avsevärt högre förekomst av ångestsyndrom, autismspektrumproblematik, uppmärksamhetsstörningar och inlärningssvårigheter hos patienter med ARFID; depression var dock vanligare bland patienter med anorexia nervosa [27, 44].

Det bör i sammanhanget nämnas att det faktum att ARFID-diagnosen är tänkt att fungera som ett slags paraplybegrepp kan medföra svårigheter i avgränsningen gentemot andra tillstånd. I en stor studie som undersökt skillnader i symtom hos unga patienter med restriktivt ätande har det visat sig vara tämligen enkelt att urskilja separata anorexia nervosa- respektive ARFID-grupper [44]. Desto svårare torde det vara att särskilja ARFID från andra psykiska och somatiska tillstånd som kan medföra restriktivt ätande, såsom autismspektrumproblematik, tvångssyndrom, depression, ADHD, emetofobi, mag-tarmsjukdomar eller metabola sjukdomar. Det har påpekats att barn med autoimmuna neuropsykiatriska störningar efter streptokockinfektion, s k PANDAS (pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections), ofta uppfyller diagnoskriterierna för ARFID, trots att de i andra avseenden tydligt avviker från ARFID-gruppen [46, 47].

»Även psykisk samsjuklighet är frekvent förekommande.«

Det saknas studier med fokus på avgränsning gentemot andra somatiska eller psykiska sjukdomstillstånd. Många diagnosbegrepp speglar förvisso en mångfasetterad klinisk verklighet. Tanken att en diagnos ska kunna ställas även då de aktuella svårigheterna härrör från en redan identifierad problematik (t ex selektivt ätande vid autism), så länge de är av sådan magnitud att de föranleder särskilt kliniskt fokus, är dock i DSM-5 helt unik för diagnoserna ARFID, pica och idisslande. Trots att all diagnostik kräver ett stort mått av kliniskt sunt förnuft är vår subjektiva erfarenhet att frågan huruvida en ARFID-diagnos alls är relevant i en kontext av annan bakomliggande sjukdom ofta skapar en del huvudbry i praktiken.

Tredimensionell modell

En rad studier [22, 23, 33, 48, 49] pekar på att det inom ARFID går att urskilja tre delvis överlappande undergrupper, i linje med redogörelsen ovan:

- En första undergrupp utgörs av personer som inte upplever någon tydlig aptit och som följaktligen har ett genomgående ointresse för mat.
- En andra undergrupp innefattar personer med selektivt ätande baserat på upplevelse av sensoriskt obehag förknippat med olika egenskaper hos maten, t ex textur och konsistens, färg, temperatur, huruvida olika komponenter av maträtten är ihopblandade eller vidrör varandra på tallriken osv. Det ska sägas att detta slags beteende är mycket vanligt hos barn och i de allra flesta fall vare sig medför hämmad tillväxt eller kvarstående besvär.
- En tredje undergrupp, slutligen, utgörs av personer som undviker att äta på grund av rädsla för negativa konsekvenser kopplade till matintag, t ex att sätta i halsen eller drabbas av matförgiftning och kräkas, vanligtvis mot bakgrund av en tidigare skrämmande upplevelse.

Ett typexempel på en patient med överlappande besvär baserat på alla tre domäner är en ung person med långvarigt selektivt ätande och ett ihållande ointresse för mat, som plötsligt drabbas av magsjuka eller råkar sätta något i halsen. Därpå triggas även en rädsla för nya negativa konsekvenser av att äta, vilket leder till intensifierade svårigheter [33].

Behandlingsrekommendationer

Hur kan man då lämpligen behandla en patient med ARFID? Även här är forskningen i sin linda, och de rekommendationer som finns bygger i stor utsträckning på fallrapporter. Ett genomgående tema är att behandlingen behöver individanpassas utifrån de aktuella underliggande svårigheterna och att arbete i team med bred kompetens är att föredra.

En amerikansk studie av patienter i ett sedvanligt dagvårdsprogram för ätstörningssjukdom [50] har visat att viktnormalisering uppnåddes snabbare vid ARFID än vid anorexia nervosa och att behandlingsresultat i fråga om matrelaterad ångest och kognitiv återhållsamhet var likvärdiga. Liknande godartade utfall har setts i andra studier [42, 51].

Detta tyder på att det trots grundläggande skillnader i vad som orsakar det restriktiva ätandet är möjligt att uppnå goda behandlingsresultat för patienter med ARFID inom sedvanlig ätstörningsvård. Det har samtidigt poängterats att det inte alltid är realistiskt att uppnå ett fullt normaliserat ätbeteende eller normalvikt vid ARFID [24, 33]. Det är dock i dagsläget påfallande ont om prospektiva behandlingsstudier med fokus på ARFID.

Större förståelse och samsyn

Sammanfattningsvis har ARFID-diagnosen potential att bidra till större förståelse och samsyn för en patientgrupp som tidigare i hög grad har behandlats styvmoderligt inom sjukvården. Patienter med ARFID tycks ofta kunna vara behjälpta av sedvanlig etablerad ätstörningsbehandling. Mer forskning är dock nödvändig för att närmare fastslå hur sådan behandling kan optimeras vid ARFID-tillstånd med varierande klinisk bild. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2018;115:E97R

Läs mer!
Fullständig referenslista och engelsk sammanfattning på Läkartidningen.se

REFERENSER

4. Eddy KT, le Grange D, Crosby RD, et al. Diagnostic classification of eating disorders in children and adolescents: how does DSM-IV-TR compare to empirically-derived categories? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010;49(3):277-93.
5. Nicholls D, Chater R, Lask B. Children into DSM don't go: a comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. Int J Eat Disord. 2000;28(3):317-24.
6. Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D, et al; Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents. Classification of child and adolescent eating disturbances. Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents. Int J Eat Disord. 2007;40(Suppl):S117-22.
16. Ornstein RM, Rosen DS, Mammel KA, et al. Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders. J Adolesc Health. 2013;53(2):303-5.
17. Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, et al. Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: a »new disorder« in DSM-5. J Adolesc Health. 2014;55(1):49-52.
18. Forman SF, McKenzie N, Hehn R, et al. Predictors of outcome at 1 year in adolescents with DSM-5 restrictive eating disorders: report of the National Eating Disorders Quality Improvement Collaborative. J Adolesc Health. 2014;55(6):750-6.
19. Norris ML, Robinson A, Obeid N, et al. Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: a descriptive study. Int J Eat Disord. 2014;47(5):495-9.
20. Strandjord SE, Sieke EH, Richmond M, et al. Avoidant/restrictive food intake disorder: illness and hospital course in patients hospitalized for nutritional insufficiency. J Adolesc Health. 2015;57(6):673-8.
22. Eddy KT, Thomas JJ, Hastings E, et al. Prevalence of DSM-5 avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric gastroenterology healthcare network. Int J Eat Disord. 2015;48(5):464-70.
23. Kurz S, van Dyck Z, Dremmel D, et al. Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2015;24(7):779-85.
24. Zimmerman J, Fisher M. Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2017;47(4):95-103.
27. Nicely TA, Lane-Loney S, Masciulli E, et al. Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. J Eat Disord. 2014;2(1):21.
29. Kreipe RE, Palomaki A. Beyond picky eating: avoidant/restrictive food intake disorder. Curr Psychiatry Rep. 2012;14(4):421-31.
32. Norris ML, Spettigue WJ, Katzman DK. Update on eating disorders: current perspectives on avoidant/restrictive food intake disorder in children and youth. Neuropsychiatr Dis Treat. 2016;12:213-8.
33. Thomas JJ, Lawson EA, Micali N, et al. Avoidant/restrictive food intake disorder: a three-dimensional model of neurobiology with implications for etiology and treatment. Curr Psychiatry Rep. 2017;19(8):54.
43. Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, et al. Avoidant/restrictive food intake disorder: a proposed diagnosis in DSM-5. J Adolesc Health. 2013;52(2 Suppl 1):S9.
44. Pinhas L, Nicholls D, Crosby RD, et al. Classification of childhood onset eating disorders: a latent class analysis. Int J Eat Disord. 2017;50(6):657-64.
48. Norris ML, Spettigue W, Hammond NG, et al. Building evidence for the use of descriptive subtypes in youth with avoidant restrictive food intake disorder. Int J Eat Disord. 2018;51(2):170-3.
50. Ornstein RM, Essayli JH, Nicely TA, et al. Treatment of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in a partial hospitalization program for eating disorders. Int J Eat Disord. 2017;50(9):1067-74.

Läkartidningen arrangerar ett seminarium om

Stockholm 26 okt 2018

Sömnrubbningar

– en uppdatering om biologi, epidemiologi och klinik

IVA Konferens
Grev Turegatan 16, Stockholm



Sömnforskningen befinner sig i ständig utveckling och nya resultat kommer hela tiden. Detta seminarium belyser de nya idéer om sömnens biologiska funktion för att städa hjärnan, befästa minne och reducera ångest. Vi kommer att tala om sömnbehovet, olika typer av sömn och om hur olika sömnen kan vara hos män och kvinnor samt äldre och yngre.

Vi belyser även insomni – vad är det egentligen? Varför sover insomniker så mycket bättre än de själva upplever, finns det flera insomnier, hur effektiv är KBT-baserad internetbehandling, vilka nya sömnmedel utvecklas? Vi kommer också att ta upp hur insomni och sömnapné kan förekomma hos samma personer och hur sömnapnébehandlingen kan optimeras.

Avslutningsvis tar vi upp hur man kan arbeta med sömnstörningar inom primärvården.

Välkomna till en givande eftermiddag!

Preliminärt program • 26 oktober 2018

12:00–13:00	**Lunch och registrering**
13:00–13:05	**Välkommen!**
13:05–13:30	**Sömn – vad det är** *Professor Torbjörn Åkerstedt, Karolinska institutet.*
13:30–13:55	**Sömnbiologi** *Christian Benedict, Uppsala universitet*
13:55–14:25	**OSAS och kombinationen med insomni** *Professor Eva Lindberg, Akademiska sjukhuset Uppsala*
14:25–15:05	**Kaffe**
15:05–15:30	**Sömnfarmakologi** *Jerker Hetta, Karolinska institutet*
15:30–15:55	**KBT och insomni – med betoning av internetvarianten** *Susanna Jernelöv, Karolinska institutet*
15:55–16:20	**ur hanteras sömnrubbningar inom primärvården?** *Överläkare Hans Wickbom, Vårdcentral Koppardalen*
16:20–16:50	**Frågor till panelen och sammanfattning**

Moderator: *Meddelas inom kort*

Programansvariga: *Torbjörn Åkerstedt och Läkartidningen*

Läs mer och anmäl dig på www.lakartidningen.se/event

Elektrokemoterapi är en enkel och effektiv metod för behandling av hudmetastaser

SANNOLIKT UNDERUTNYTTJAD I SVERIGE – STUDIER BEHÖVS

Max Levin, docent, specialistläkare, onkologiska kliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
● max.levin@wlab.gu.se

Fredrik Landström, med dr, överläkare, ÖNH-kliniken, Universitetssjukhuset Örebro

Hudmetastaser är plågsamma för cancerpatienter, de är kosmetiskt störande och kan blöda och lukta illa. Dessutom utgör hudmetastaser en ständig påminnelse om cancersjukdomen. Hudmetastaser kan opereras bort, strålbehandlas eller, om de sitter i en extremitet, behandlas med isolerad hyperterm perfusion. De kan också behandlas systemiskt med cytostatika, målinriktad terapi eller immunterapi.

Men, tyvärr räcker inte alltid dessa behandlingar till, och det är inte ovanligt att hudmetastaser återkommer eller inte svarar på behandling. I de situationerna är elektrokemoterapi ett enkelt och ofta effektivt alternativ för att få lokal sjukdomskontroll [1].

Elektrokemoterapi är, liksom strålbehandling och isolerad hyperterm perfusion, en lokoregional cancerbehandling. Metoden utvecklades i Frankrike under tidigt 1990-tal, och sedan dess har tekniken vidareutvecklats och effektiviteten visats i en rad olika typer av ytliga tumörer [1-4].

Elektrokemoterapi har flera fördelar: behandlingen ges på 1 dag, den är väl tolererad, den kan upprepas flera gånger och ger oftast lokal sjukdomskontroll. Användningen av elektrokemoterapi i världen varierar stort. Behandlingen används mycket i t ex Frankrike, Italien, Slovenien, Storbritannien och Danmark. I Sverige ges elektrokemoterapi för närvarande på två sjukhus: Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg och Universitetssjukhuset Örebro.

HUVUDBUDSKAP

- Elektrokemoterapi är en enkel och effektiv metod för att behandla hudmetastaser.
- Behandlingen kan göras i tidigare opererat, strålbehandlat och/eller perfusionsbehandlat område.
- Elektrokemoterapi är sannolikt en underutnyttjad behandlingsmetod i Sverige.

»De två vanligaste behandlingsdiagnoserna är hudmetastaser eller lokala recidiv av bröstcancer och malignt melanom …«

Cytostatika i kombination med tillfällig elektroporering

Vid elektrokemoterapi kombinerar man cytostatika med tillfällig elektroporering av cellmembran [1]. Patienten sövs, och cytostatika injiceras intravenöst.

Olika typer av cytostatika har prövats, och bleomycin har visats vara mest effektivt (men cisplatin är ett alternativ). När bleomycinkoncentrationen i vävnaden är stabil, efter 8 minuter, sticker man tunna elektrodnålar i tumören (Figur 1). Kortvariga spänningspulser mellan nålarna öppnar tillfälliga porer i cancercellens membran, s k elektroporering. Genom porerna kommer stora mängder av det vattenlösliga bleomycinet in i cancercellen, som dör.

Behandling kan ges under upp till 20 minuter, vilket gör att stora hudområden kan behandlas. De flesta hudmetastaser krymper eller försvinner inom 3–6 veckor efter behandlingen. Man kan behandla flera gånger (med minst någon månads mellanrum) om det behövs. Vid små metastaser kan man ge behandlingen i lokalbedövning och injicera bleomycin direkt i tumören.

Elektrokemoterapi har också en antivaskulär effekt, vilket gör att blödande metastaser ofta slutar att blöda [5].

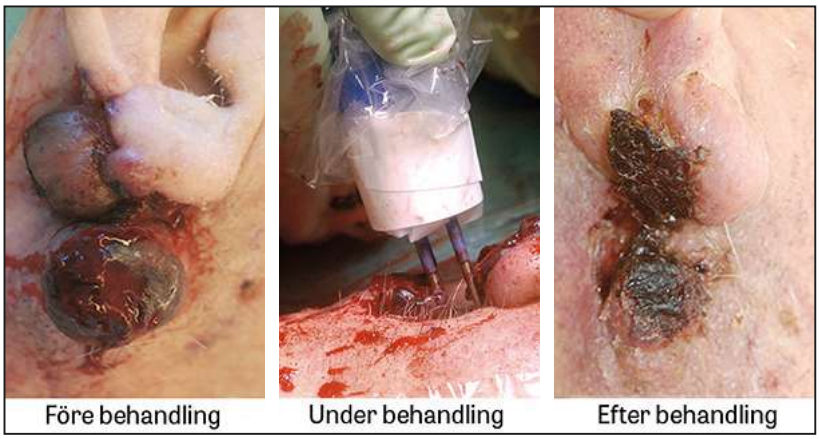
De två vanligaste behandlingsdiagnoserna är hudmetastaser eller lokala recidiv av bröstcancer och malignt melanom [1]. Exempel på andra diagnoser som framgångsrikt kan behandlas med elektrokemoterapi är skivepitelcancer, angiosarkom, basalcellscancer, Kaposis sarkom och njurcancer.

Kanske tidigare i sjukdomsförloppet vid bröstcancer

Vid bröstcancer förkommer lokoregionala recidiv på bröstkorgen hos upp till en femtedel av patienterna. Hos ganska många bröstcancerpatienter återkommer metastaserna efter strålbehandling, och ofta har cytostatika, antikroppar och antihormonell behandling sämre effekt på hudmetastaser än på metastaser inne i kroppen.

De behandlingsresistenta hudmetastaserna är ofta infiltrativt växande och kan ibland täcka stora hudområden. I den besvärliga situationen är elektrokemoterapi ett viktigt alternativ [6]. Trots fibrotiska behandlingsområden efter tidigare operationer och strålning är responssiffrorna goda med ungefär 80 procent objektiva behandlingssvar [7]. Chansen till komplett lokalt behandlingssvar är större vid små tumörer, men även stora tumörer kan behandlas [6, 8]. Behandling av större tumörer ger oftare smärta efteråt och en mer långdragen sårläkningsprocess.

Eftersom elektrokemoterapi är en palliativ behand-



Figur 1. Blödande melanommetastaser vid örat före, under och några veckor efter elektrokemoterapi.

ling är patientens upplevelse av behandlingseffekten det viktigaste. De flesta patienter upplever förbättrad livskvalitet efter behandling, och ungefär 80 procent vill upprepa behandlingen om det skulle behövas [7]. Ytterligare en fördel i den palliativa situationen är att behandlingen är enkel och går fort.

En viktig reflektion vad gäller bröstcancer och elektrokemoterapi tas upp i en nyligen publicerad genomgång av 119 patienter med bröstcancer behandlade vid 10 olika europeiska centrum [8]. Författarna diskuterar om man börjat i fel ände genom att använda elektrokemoterapi sent i sjukdomsförloppet (när tumörerna är stora och snabbväxande). I själva verket borde kanske elektrokemoterapi ges tidigare, innan andra alternativ prövas. I det tidiga läget är upprepad elektrokemoterapi mycket effektiv för att få lokal kontroll, behandlingen har få biverkningar och patienterna är mycket nöjda. I Danmark, där klinisk erfarenhet av och forskning om elektrokemoterapi är omfattande, behandlar man ofta bröstcancerpatienter tidigare i sjukdomsförloppet, och antalet behandlade patienter per år är mångdubbelt större än i Sverige.

Bra behandlingssvar vid metasterat malignt melanom

Vid metastaserat malignt melanom förekommer hudmetastaser hos ungefär 20 procent av patienterna. Liksom vid bröstcancer är responssiffrorna vid elektrokemoterapi goda, ungefär 60–70 procent objektiva behandlingssvar [1]. Lokal behandling av inoperabla hudmetastaser vid melanom blir alltmer angelägen, eftersom patienterna kan leva länge med modern immunterapi och målinriktad terapi. Framför allt vid immunterapi är det inte ovanligt att besvärlig hudmetastasering kan fortsätta fastän resten av kroppen svarat bra på behandlingen.

Intressant är att elektrokemoterapi eventuellt kan öka effekten av samtidig immunterapi [9, 10]. Man tror att tumörantigener från de döda hudmetastaserna ökar den tumörspecifika immunaktiveringen. Det finns en serie fallstudier som antyder det, men frågeställningen behöver utforskas i en prospektiv studie.

Ibland bör man avstå från behandling

Lokoregionala recidiv av huvud- och halscancer efter kirurgi och strålning kan också behandlas med elektrokemoterapi [4, 11]. I flera fallstudier har partiell eller komplett respons uppnåtts efter behandling. Det är lovande rapporter hos en patientkategori med dålig prognos och stort lidande.

Eftersom elektrokemoterapi i huvudsak är en palliativ behandling, behöver man alltid tänka igenom och diskutera med patienten vad det är man vill lindra. Vi har t ex avstått behandling av stomarecidiv vid larynxcancer, eftersom risken för besvärliga biverkningar (fistlar) är större än vinsten att få lokal sjukdomskontroll. Hos andra patienter har vi avstått behandling när patientens cancertumörer inne i kroppen växer och den förväntade överlevnaden är kort.

Risker och biverkningar

Elektrokemoterapi av metastaser på bål, extremiteter och skalp är en säker behandling [12]. Biverkningarna är smärta, som oftast är lindrig men kan vara uttalad vid behandling av stora tumöromården.

Smärta i tumörområdet före behandling är en riskfaktor för ökad smärta efter behandling [13]. Hos patienter med stora smärtande tumöromården bör man därför dela upp behandlingen och behandla ett mindre hudområde varje gång. Om metastasen brutit igenom huden bildas ett sår efter behandlingen, eftersom normal vävnad måste växa in i området där metastasen suttit. Vid stora områden eller stora tumörer kan det hända att såret inte läker helt [1]. Det är viktigt att patienten informeras om detta före behandlingen så att hen har realistiska förväntningar på behandlingsresultatet.

Den efterföljande sårvården ska skötas av distriktssköterska enligt instruktioner som patienten får med sig från sjukhuset efter behandling. Man ska också informera patienten om att bleomycin kan ge lokal hyperpigmentering där man stuckit nålarna.

Vid elektrokemoterapi i halsområdet finns risk för allvarliga biverkningar. I ett ännu orapporterat fall drabbades en patient av en ischemisk stroke motsvarande karotis försörjningsområde 1 dygn efter behandling. Om behandlingen medför karotisnära nekros kan också risk för karotisruptur befaras. Undersökning med ultraljud för att lokalisera karotis under behandlingen kan minska riskerna för dessa biverkningar.

Vid behandling med bleomycin finns risk för lungskador, särskilt om patienten ges hög koncentration syrgas. Därför ska inandningsluften under sövning inte innehålla mer än 30 procent syrgas. Man ska heller inte behandla patienter med lungfibros, lungemboli eller annan lungsjukdom som påverkar syresättningen. Totaldosen bleomycin som man ger vid elektrokemoterapi är förhållandevis låg, även vid

»De flesta patienter upplever förbättrad livskvalitet efter behandling, och ungefär 80 procent vill upprepa behandlingen om det skulle behövas …«

upprepade behandlingar, och inga fall av allvarliga lungbiverkningar finns rapporterade [6, 12].

Randomiserade studier behövs

En stor begränsning är att det i dag saknas randomiserade studier där elektrokemoterapi jämförs med andra behandlingar [1, 12]. Den viktigaste orsaken till det är att det oftast inte finns någon alternativ behandling att jämföra med (eftersom patienterna redan fått all annan tillgänglig behandling). Samtidigt kanske behandlingen, framför allt vid bröstcancer, borde ges tidigare i sjukdomsförloppet, innan alla andra alternativ är prövade [8].

Därför är det extra viktigt att randomiserade studier görs, t ex där man jämför med strålbehandling, och att man har både objektiv respons och patientupplevelse som utfallsmått.

En annan begränsning är den varierande kvaliteten hos befintliga elektrokemoterapirapporter. En europeisk expertgrupp har därför tagit fram en serie kriterier för att förbättra kvaliteten på kommande rapporter [14]. Kriterierna innefattar standardiserad rapportering av studiepopulation, hur behandling utförts, biverkningar och strikta responskriterier.

Enkel och förhållandevis billig metod

Elektrokemoterapi är en enkel behandling att utföra och förhållandevis billig. Elektroporatorn (som genererar spänningspulsarna) kostar ungefär 1 miljon kronor, och elektroderna kostar runt 20 000 kronor/behandling. Till det tillkommer kostnad för bleomycin, narkospersonal och, oftast, 1 natt på sjukhus efter behandlingen. Jämfört med upp till 1 veckas strålbehandling är elektrokemoterapi något dyrare, men samtidigt är investeringskostnaderna för apparatur bara en bråkdel av strålbehandlingens.

Vilken typ av läkare som utför behandlingen skiljer sig mellan olika länder och kliniker [1]. I Sverige ges behandlingen av onkologer i Göteborg och av ÖNH-läkare i Örebro.

Läs mer!
Engelsk sammanfattning på Läkartidningen.se

Slutsats

Elektrokemoterapi är en effektiv och säker behandling av hudmetastaser och vid vissa fall av lokoregionalt recidiverande huvud- och halscancer. Det är en enkel behandling som kan ges även till patienter som tidigare opererats, perfusionsbehandlats och/eller strålbehandlats i tumörområdet.

Vår bedömning är att elektrokemoterapi är ett underutnyttjat behandlingsalternativ i Sverige.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Fredrik Landström har erhållit föreläsningarvode från OnMed samt ersättning för arbete med elektrokemoterapi. Under 6 månader 2017 var han halvtidsanställd vid företaget.

Citera som: Läkartidningen. 2018;115:E9YW

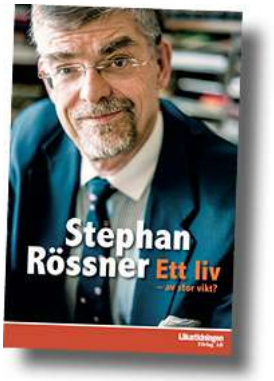
REFERENSER

1. Gehl J, Sersa G, Matthiessen LW, et al. Updated standard operating procedures for electrochemotherapy of cutaneous tumours and skin metastases. Acta Oncol. Epub 25 mar 2018. doi: 10.1080/0284186X.2018.1454602.
2. Mir LM, Belehradek M, Domenge C, et al. Electrochemotherapy, a new antitumor treatment: first clinical trial [artikel på franska]. C R Acad Sci III. 1991;313(13):613-8.
3. Guida M, Campana LG, Curatolo P, et al. Local treatment with electrochemotherapy of superficial angiosarcomas: efficacy and safety results from a multi-institutional retrospective study. J Surg Oncol. 2016;114(2):246-53.
4. Gargiulo M, Papa A, Capasso P, et al. Electrochemotherapy for non-melanoma head and neck cancers: clinical outcomes in 25 patients. Ann Surg. 2012;255(6):1158-64.
5. Gehl J, Geertsen PF. Efficient palliation of haemorrhaging malignant melanoma skin metastases by electrochemotherapy. Melanoma Res. 2000;10(6):585-9.
6. Matthiessen LW, Johannesen HH, Hendel HW, et al. Electrochemotherapy for large cutaneous recurrence of breast cancer: a phase II clinical trial. Acta Oncol. 2012;51(6):713-21.
7. Wichtowski M, Murawa D, Kulcenty K, et al. Electrochemotherapy in breast cancer - discussion of the method and literature review. Breast Care (Basel). 2017;12(6):409-14.
8. Matthiessen LW, Keshtgar M, Curatolo P, et al. Electrochemotherapy for breast cancer – results from the INSPECT database. Clin Breast Cancer. Epub 14 mar 2018. doi: 10.1016/j.clbc.2018.03.007.
9. Heppt MV, Eigentler TK, Kahler KC, et al. Immune checkpoint blockade with concurrent electrochemotherapy in advanced melanoma: a retrospective multicenter analysis. Cancer Immunol Immunother. 2016;65(8):951-9.
10. Queirolo P, Marincola F, Spagnolo F. Electrochemotherapy for the management of melanoma skin metastasis: a review of the literature and possible combinations with immunotherapy. Arch Dermatol Res. 2014;306(6):521-6.
11. Allegretti JP, Panje WR. Electroporation therapy for head and neck cancer including carotid artery involvement. Laryngoscope. 2001;111(1):52-6.
12. Campana LG, Testori A, Curatolo P, et al. Treatment efficacy with electrochemotherapy: a multi-institutional prospective observational study on 376 patients with superficial tumors. Eur J Surg Oncol. 2016;42(12):1914-23.
13. Quaglino P, Matthiessen LW, Curatolo P, et al. Predicting patients at risk for pain associated with electrochemotherapy. Acta Oncol. 2015;54(3):298-306.
14. Campana LG, Clover AJ, Valpione S, et al. Recommendations for improving the quality of reporting clinical electrochemotherapy studies based on qualitative systematic review. Radiol Oncol. 2016;50(1):1-13.

Stephan Rössners memoarer!

I boken **»Ett liv – av stor vikt?«** berättar läkare och professor Stephan Rössner om hur han byggde upp en av landets första enheter för behandling av grav övervikt, och om en akademisk karriär som ledde till en professur i hälsoinriktad beteendeforskning. Han skriver också om tiden som presschef och generalsekreterare för den medicinska riksstämman, samt om skådespeleriet på Stockholms stadsteaters vetenskapsteater och om det stora matlagnings- och kostintresset som ledde till en rad populärvetenskapliga alster och kokböcker.

Om allt detta och mycket mer berättar han avväpnande och med viss självironi!



Läkartidningen Förlag AB

Boken finns att beställa på Lakartidningen.se/bocker

Läkartidningen arrangerar ett seminarium om

Stockholm 13 nov 2018

Akutsjukvård

Ingenjörshuset
Malmskillnadsgatan 46, Stockholm



Akutsjukvård är en av Sveriges yngsta specialiteter och blev en egen basspecialitet 2015. Internationellt har däremot akutläkare funnits i över 50 år och är en av de populäraste specialiteterna i USA. Hittills finns bara en helt akutläkardriven akutmottagning i Sverige, men fler och fler ST-läkare söker sig till akutsjukvården och vi räknar med en 50-procentig ökning av specialister de närmaste två åren.

Seminariet belyser akutläkarens fördelar och mångsidighet men också problem som crowding och patientsäkerhet på akutmottagningen.

Välkomna till en givande eftermiddag arrangerad i samarbete med SWESEM, Svensk förening för akutsjukvård.

Preliminärt program • 13 november 2018

12:00–13:00	**Lunch och registrering**
13:00–13:10	**Välkommen!** *Arin Malkomian, specialist i akutsjukvård, Capio St Görans sjukhus och ordförande SWESEM*
13:10–13:50	**Ökad patientsäkerhet med akutläkare prehospitalt.** *Patrik Söderberg, specialist i akutsjukvård och chefläkare för den prehospitala vården i Stockholms läns landsting och Jesper Scholander, specialist i akutsjukvård och medicinskt ledningsansvarig läkare för Akutläkarbil Nord och Syd, Legevisitten AB.*
13:50–14:10	**Vilken kompetens ska finnas på en akutmottagning?** IVO kräver minst en leg. läkare, men räcker det? *Katrin Hruska, specialist i akutsjukvård, Karolinska universitetssjukhuset.*
14:10–14:50	**Akutläkardriven akutmottagning en framgångsfaktor.** *Malin Armelin, specialistsjuksköterska i akutsjukvård, Skånes Universitetssjukhus och en representant från ledningsgruppen på Linköpings akutklinik .*
14:50–15:20	**Kaffe**
15:20–15:40	**Blir det någonsin fullt på akuten?** *Jens Wretborn, ST-läkare i akutsjukvård Linköpings Universitetssjukhus, doktorand Lunds universitet.*
15:40–16.00	**Patientsäkerheten är "aldrig" hotad på akuten.** *Ardavan Khoshnood, ST-läkare i akutsjukvård, Med Dr, Skånes Universitetssjukhus.*
16:00–16:20	**Vems är patienten?** Från inläggningsbeslut på akuten till nej från avdelningen. *Hilda Hahne, ST-läkare i akutsjukvård, Kiruna sjukhus.*
16:20–16:40	**Frågor till panelen och sammanfattning**

Moderator: *Arin Malkomian, ordförande SWESEM.*

Programansvariga: *SWESEM och Läkartidningen*

Läs mer och anmäl dig på www.lakartidningen.se/event

Fler medvetslösa patienter bör intuberas för säkrad luftväg

MÅNGA MEDVETSLÖSA VÅRDAS OCKSÅ FÖR KORT TID PÅ IVA – MÖJLIGA DONATORER MISSAS, VISAR RETROSPEKTIV ANALYS

Brian Cleaver, överläkare
● brian.cleaver@sll.se

Johanna Elftman, donationsansvarig sjuksköterska; båda VO anestesi/intensivvård

Annette Grip, överläkare, sektionschef, medicinsk intensivvårdsavdelning; samtliga Södersjukhuset, Stockholm

Varje år omhändertas många patienter med oklar medvetslöshet på akutmottagningarna. En medvetslös patient (<9 enligt skattningsskalan Glasgow coma scale [GCS]) saknar larynxreflexer och därmed möjlighet att skydda sin luftväg och har svårt att hålla luftvägen fri. Den hypoxi eller hyperkapni som kan uppstå riskerar att bidra till sekundära hjärnskador. Det finns även risk för aspiration. Enligt ABCDE-principen är en säkrad luftväg prioriterad, och så snart personal med adekvat kompetens är på plats bör den medvetslösa patienten intuberas.

I den akuta situationen saknas ofta fullständig information om patienten. Detta innebär att personalen saknar fullständigt beslutsunderlag för att kunna avstå från optimalt medicinskt omhändertagande. Det som ofta saknas är riktade diagnostiska undersökningar, samtal med närstående och samråd med patientansvarig läkare eller relevant konsult. En medvetslös, intuberad patient bör därför initialt vårdas på en intensivvårdsavdelning till dess väl underbyggda beslut om vidare behandling kan tas.

Att medvetslösa patienter inte alltid får det optimala medicinska omhändertagandet har varit känt i många år [1, 2]. Ett flertal fall från vårt sjukhus (Södersjukhuset i Stockholm) och andra visar att missförstånd, tradition eller okunskap kan leda till att detta är ett problem även i dag.

Enligt Socialstyrelsens undersökningar är en stor majoritet av den svenska befolkningen positivt inställd till organdonation. För att organdonation ska vara möjlig måste en patient med en nytillkommen hjärnskada vårdas i ventilator på en intensivvårdsavdelning. Har patienten dessutom GCS <5 utan sedering och visar avsaknad av kranialnervsreflexer och/eller spontanandning definieras patienten som en »möjlig donator« (Fakta 1). Identifiering av möjlig donator är ett viktigt steg i donationsprocessen och en kvalitetsindikator som följs upp av Svenska intensivvårdsregistret (SIR) och Sveriges Kommuner och landsting (SKL).

Korrekt omhändertagande av en medvetslös patient är därför avgörande inte bara för patientens prognos, utan även som en del av den eventuella donationsprocessen.

Syftet med vår analys var att undersöka möjliga förbättringsområden avseende omhändertagande av medvetslösa patienter för att

- förbättra prognos och utfall för den enskilda patienten
- optimera donationsprocessen.

FAKTA 1. Definitioner inom organdonation

MÖJLIG DONATOR

Patient med svår nytillkommen hjärnskada, som vårdas i respirator vid ankomst till eller under vårdtiden på IVA. Patientens hjärnfunktioner är inte metabolt eller farmakologiskt påverkade, och samtliga tre punkter nedan är uppfyllda:

- RLS >7 eller GCS ≤4
- bortfall av spontanandning eller minst en kranialnervsreflex
- hög sannolikhet för utveckling av total hjärninfarkt.

POTENTIELL DONATOR

En möjlig donator som misstänks ha utvecklat total hjärninfarkt och där man planerar konstatera dödsfallet med direkta kriterier.

LÄMPLIG DONATOR

En potentiell donator som konstaterats avliden med de direkta kriterierna, där medgivande för donation finns och personen är medicinskt lämplig som donator.

AKTUELL DONATOR

En lämplig donator där hudincision gjorts i syfte att ta till vara organ för transplantation eller där minst ett organ tagits ut för att transplanteras.

FAKTISK DONATOR

En aktuell donator där minst ett organ har tagits till vara och transplanterats.

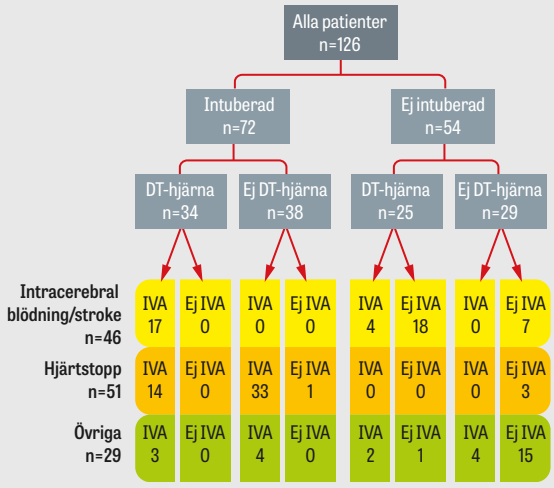
METOD

En lista över alla patienter som hade blivit inskrivna på Södersjukhuset via akutmottagningen och avlidit inom 5 dygn under 2015 sammanställdes av sjukhusets administrationsavdelning (548 patienter). Uppgifterna togs från sjukhusets journalsystem (Take-

HUVUDBUDSKAP

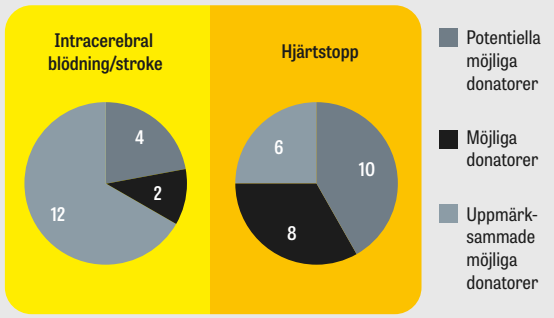
- Många medvetslösa patienter, framför allt patienter med intracerebral blödning/stroke, intuberas inte.
- Många medvetslösa patienter vårdas kortare tid än den rekommenderade tid som behövs för adekvat prognostisering.
- Möjliga donatorer missas.

FIGUR 1. Omhändertagande för olika diagnosgrupper



▶ Patienter uppdelade enligt diagnosgrupp (intracerebral blödning, hjärtstopp och övriga diagnoser) och omhändertagande.

FIGUR 2. Möjliga donatorer



▶ Utfall avseende potentiella möjliga donatorer, möjliga donatorer och uppmärksammade möjliga donatorer. Av 12 uppmärksammade möjliga donatorer i diagnosgruppen intracerebral blödning/stroke blev 6 faktiska donatorer. Av 6 uppmärksammade möjliga donatorer i diagnosgruppen hjärtstopp blev 2 faktiska donatorer.

TABELL 1. Demografiska data.

	Diagnosgrupp	Ålder, median, år	Kön, procent	
			Män	Kvinnor
● Glasgow coma scale <9, n = 126	Intracerebral blödning/stroke, n = 46	79	38	62
	Hjärtstopp, n = 51	71	64	36
	Övriga diagnoser, n = 29	83	42	58
● Glasgow coma scale >9, n = 422	Alla diagnoser	81	50	50

Care) efter att tillstånd hade inhämtats från verksamhetschefer från verksamhetsområde kardiologi respektive anestesi/IVA.

Genom journalgranskning kunde patienter som hade GCS <9 på akutmottagningen identifieras (126 patienter). Omhändertagande på akutmottagningen avseende intubation, datortomografi och eventuell inskrivning på en av Södersjukhusets intensivvårdsavdelningar analyserades. Även eventuellt uppmärksammande av möjlig donator på IVA noterades.

Medvetslösa patienter delades in i 8 grupper utifrån omhändertagandet (Figur 1).

Två av författarna (Brian Cleaver och Johanna Elftman) gjorde den initiala journalgranskningen för att identifiera patienter med GCS <9. Dessa patienter granskades ytterligare en gång av någon av dem och sedan av den tredje författaren (Annette Grip) för att bestämma vilken grupp patienten tillhörde. Eventuella skillnader i bedömning av grupp diskuterades mellan oss tre för att nå konsensus. Ytterligare en uppdelning gjordes enligt diagnos. Diagnosgrupperna var hjärtstopp, intracerebal blödning/ischemisk stroke samt övriga diagnoser (pneumoni, intoxikation, sepsis, kramper).

Omhändertagande på IVA och bedömning av huruvida patienten uppfyllde kriterier som möjlig donator gjordes. Om en patient bedömdes vara en möjlig donator noterades det om det hade uppmärksammats av vårdteamet på IVA. I så fall definierades patienten som en »uppmärksammad möjlig donator«. Alla patienter med en svår nytillkommen hjärnskada med GCS <5 och som vårdas i ventilator på IVA blir inte möjliga donatorer, eftersom utvecklingen av intrakraniell hypertension och därmed neurologiskt bortfall varierar både i grad och tidsmässigt mellan patienter.

Patienter med svår nytillkommen hjärnskada med GCS <5 som vårdades i ventilator och bedömdes ha möjlighet att bli möjlig donator när livsuppehållande behandling avbröts noterades. Det finns ingen formell term som beskriver dessa patienter; i vår analys fick de benämningen »potentiella möjliga donatorer«.

RESULTAT

Hjärtstoppspatienter. 48 av 51 patienter blev intuberade prehospitalt eller på akutmottagningen. 1 patient blev extuberad på akutmottagningen på grund av att beslut togs om begränsning av livsuppehållande behandling. 3 patienter blev aldrig intuberade eller inskrivna på IVA på grund av beslut tagna på akutmottagningen om att begränsa livsuppehållande behandling.

14 patienter genomgick undersökning med DT-hjärna på väg till IVA, och 33 flyttades direkt till IVA utan undersökning med DT-hjärna. DT-undersökning kan vara indicerad akut för att utesluta att hjärtstoppet uppstått till följd av en intracerebal katastrof, t ex subaraknoidalblödning.

Patienter med intracerebral blödning/stroke. 46 patienter med diagnosen stroke eller intracerebral blödning skrevs in via akutmottagningen, men bara 37 procent intuberades prehospitalt eller på akutmottagningen. Av dem som inte intuberades flyttades 7 till en vårdavdelning utan undersökning med DT-hjärna efter att beslut hade tagits om begränsning av livsuppehållande behandling.

22 medvetslösa patienter genomgick undersökning

med DT-hjärna utan att luftvägen säkrats med intubation, och 4 av dessa patienter flyttades till IVA.

Övriga diagnoser. 29 patienter fick en annan diagnos än hjärtstopp, intracerebral blödning eller stroke. Diagnoserna inkluderade sepsis, pneumoni, intoxikation, lungödem och leversvikt. Av dessa patienter flyttades hälften direkt till en vårdavdelning för palliativ vård efter att beslut hade tagits om begränsning av livsuppehållande behandling. 7 blev intuberade och vårdades sedan på IVA. 7 patienter blev inte intuberade, men genomgick DT-undersökning och/eller flyttades till IVA utan säkrad luftväg.

Tabell 1 visar demografisk information, och Figur 1 och 2 visar resultat av det initiala omhändertagandet och eventuellt uppmärksammande av möjlig donator.

DISKUSSION

För att en medvetslös patient ska få optimalt medicinskt omhändertagande krävs ett samarbete mellan flera specialiteter. Om en patient inte har intuberats prehospitalt måste ett beslut om intubation fattas på akutmottagningen. Akutläkaren måste kommunicera med narkosteamet, intensivvårdsläkaren och eventuellt ytterligare en konsult (oftast en neurolog). Ibland kan någon eller flera av de inblandade motsätta sig intubation, som resultaten visar.

Hjärtstoppspatienter – 94 procent intuberades

Av hjärtstoppspatienterna intuberades 94 procent. Att intubera en patient som är medvetslös på grund av hjärtstopp verkar okontroversiellt.

Enligt rekommendationer är tillförlitlig neurologisk bedömning av medvetslösa patienter efter hjärtstopp möjlig först efter 72 timmar [3]. Beroende på behandling kan upp till 5 dygn behövas. Patienter med allvarliga hypoxiska hjärnskador som förblir medvetslösa kan utveckla total hjärninfarkt på grund av intracerebralt ödem och påföljande intrakraniell tryckstegring. I en metaanalys av hjärtstoppspatienter visade det sig att medeltid till total hjärninfarkt var 72 timmar, men att total hjärninfarkt kunde inträffa även upp till 6 dygn efter återkommen spontan cirkulation [4].

I vår analys uppmärksammades 6 patienter som möjliga donatorer efter hjärtstopp, varav 2 blev »faktiska donatorer«. Ytterligare 8 patienter uppfyllde kriterier för möjlig donator enligt journalanteckningar, men detta var inte uppmärksammat, vilket innebär att donationsmöjligheten aldrig blev undersökt. Livsuppehållande behandling begränsades hos 10 patienter med allvarliga hjärnskador, vilka bedömdes ha haft möjlighet att bli möjliga donatorer om livsuppehållande behandling hade fortsatt.

Medelvårdtid för alla hjärtstoppspatienter i vår analys var 2 dygn, vilket är mindre än den rekommenderade tiden 72 timmar för pålitlig neurologisk bedömning. Om dessa patienter med dålig prognos hade vårdats längre finns en möjlighet att fler skulle kunna ha förbättrats, men också att de som avled till följd av total hjärninfarkt hade kunnat få möjlighet att donera sina organ.

Färre med intracerebral blödning/stroke intuberades

Säkrad luftväg är viktig för att minska risken för sekundära hjärnskador på grund av hypoxi eller hyperkapni, och det minskar även risken för aspiration; säkrad luftväg är en del av riktlinjer från Emergency Neurological Life Support [5]. Endast 37 procent av patienter med intracerebral blödning/stroke intuberades. Det verkar inte lika självklart att intubera dessa medvetslösa patienter som det är att intubera patienter som är medvetslösa på grund av hjärtstopp.

Ett beslut att undersöka en patient med DT-hjärna innebär förmodligen att ett beslut om att avstå från livsuppehållande behandling inte har fattats. Dessa patienter skulle ha intuberats före undersökningen för att minska risken för sekundära hjärnskador.

Alla intuberade patienter flyttades till IVA. Som vid hjärnskador efter hjärtstopp är prognostisering efter intracerebral blödning eller ischemisk stroke svår under de första dygnen. Optimal behandling på IVA bör ske under tiden som mer information om skadornas omfattning och patientens övriga sjukdomar inhämtas.

Bland patienter med intracerebral blödning/stroke uppmärksammades 12 patienter som möjliga donatorer, varav 6 blev faktiska donatorer. 2 patienter uppfyllde kriterier för möjlig donator men hade inte uppmärksammats. Livsuppehållande behandling begränsades hos 4 patienter som bedömdes ha möjlighet att uppfylla kriterier för möjlig donator om livsuppehållande behandling hade fortsatt. Medelvårdtiden i denna grupp var 2,5 dygn.

Fler bör intuberas och vårdas på IVA

Vår analys visar att det finns förbättringspotential med avseende på omhändertagande av akut medvetslösa patienter på akutrummet, framför allt för patienter med en primär neurologisk diagnos. Fler patienter bör intuberas och fler bör vårdas på IVA för att möjliggöra bättre prognostisering. Det kan även vara så att patienter med dålig prognos som inte vårdats på IVA hade varit positivt inställda till organdonation, men aldrig fick möjligheten att bli möjliga donatorer.

Det finns även förbättringspotential när det gäller att uppmärksamma möjliga donatorer på IVA. Om vårdtiden på IVA hade förlängts hade kvaliteten av prognostisering varit högre. Det är även möjligt att fler patienter skulle ha uppfyllt kriterier för möjlig donator. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2018;115:E77E

Läs mer!
Engelsk sammanfattning på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Rose J, Valtonen S, Jennett B. Avoidable factors contributing to death after head injury. Br Med J. 1977;2(6087):615-8.
2. Jeffreys RV, Jones JJ. Avoidable factors contributing to the death of head injury patients in general hospitals in Mersey Region. Lancet. 1981;2(8244):459-61.
3. Jentzer JC, Clements CM, Murphy JG, et al. Recent developments in the management of patients resuscitated from cardiac arrest. J Crit Care. 2017;39:97-107.
4. Sandroni C, D'Arrigo S, Callaway CW, et al. The rate of brain death and organ donation in patients resuscitated from cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. Intensive Care Med. 2016;42(11):1661-71.
5. Stevens RD, Cadena RS, Pineda J. Emergency neurological life support: approach to the patient with coma. Neurocrit Care. 2015;23(Suppl 2):S69-75.

För dig som söker nya utmaningar!

Kostnadsfritt för läkare!

KARRIÄR KVÄLLAR för läkare



Välkommen till

Karriärkväll i Göteborg!

Måndag 19 november 2018 • kl 16.00–20.30

Scandic Crown

Polhemsplatsen 3 • Göteborg

På **Läkartidningens Karriärkvällar** har du möjligheten att lyssna på och inspireras av kollegor som på ett personligt sätt berättar om sina karriärval och vägar genom livet. I pauserna finns flera arbetsgivare på plats för frågor och tips som du kan ha nytta av på din egen väg i karriären.

Program den 19 november 2018

Moderator: Docent Pelle Gustafson, med redaktör på Läkartidningen.

16:00 **Registrering, mat och mingel**

17:00 **Inledning moderator**

17:10 **Pelle Gustafson** är tumör- och traumaortopeden som blev chef som blev försäkringsbolagstjänsteman. Sedan 2012 är han chefläkare i Löf och ansvarar där för det skadeförebyggande arbetet. Han är sedan 2013 också en av Läkartidningens medicinska redaktörer.

17:35 **Petra Peterson** gick gymnasiet i Swaziland, södra Afrika och utbildade sig sedan till läkare i Italien. Idag är hon patientflödesansvarig för Läpp-, käk- och gomspaltsteamet på Karolinska, Solna och arbetar som volontär för Operation Smile, främst i Afrika.

18:00 **Fikapaus**

18:40 **Karin Wahlberg** är specialist i obstetrik och gynekologi. Under arbetsmässigt tuffa år på kvinnokliniken i Lund fick hon en dag en idé till en kriminalroman, som kom ut 2001.

19:05 **Nicholas Aujalay** är specialist i akutsjukvård. Utbildad i USA, verksam i Sverige vid Mälarsjukhuset Eskilstuna, Akademiska Sjukhuset i Uppsala och Akutläkarbilen i Stockholm. Han har gjort utlandstjänstgöring under Mali 05 våren 2017.

19:30 **Bensträckare**

19:45 **Eva Dencker Vansvik** är specialist i psykiatri. Hon har arbetat flera år i läkemedelsindustrin som medicinsk rådgivare och Medical Director. Numera arbetar Eva som medicinsk chef på WeMind som är Sveriges näst största privata vårdgivare inom psykiatri.

20:10 **Avslutning och prisutdelning i kvällens tävling**

Besök utställarna och vinn fina priser!

OBS! Karriärkvällen är gratis för läkare, men 200 kr + moms debiteras om du inte har avbokat dig. Sista avbokningsdag är den 12 november..

Arrangör

Läkartidningen

Partner

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Kvällens utställare

Folksam · Försvarsmakten · Läkarjouren · Lipus · KRY

Anmäl dig på läkartidningen.se/event

lakarforbundet.se
Bli medlem du också!
8 av 10 läkare är redan med.
lakarforbundet.se



Virtuella Hemsjukhus?
Ja, det finns!

□□□ I Borgholm har man förändrat primärvården. Istället för att vårda svårt sjuka och äldre i olika vårdlokaler finns Hemsjukhus.

I SERIEN ”Hur mår vården?” reser vi runt i Sverige och tar tempen på den svenska vården. I sex korta filmer möter vi patienter och tar del av deras berättelser. I avsnitt nummer 2 får vi möta Per-Olof och hans syster som inte har behövt åka en enda gång till sjukhuset i Kalmar efter att han fick tillgång till Hemsjukhuset.

Så här går det till: Om en patient kontaktar sjukhuset för att hen är orolig och har blivit sämre så kan patienten göra en så kallad hembesöksanmälan, om läget inte bedöms vara akut. Då garanteras vård i hemmet senast klockan 11:00 dagen efter.

Detta har resulterat i att många kan vårdas hemma istället för att sitta på akuten. Det ger en ökad trygghet, speciellt för äldre och multisjuka, som ofta har flera olika sorters mediciner, men inte vill hamna i sjukhusmiljö.

De patienter som är riktigt sjuka får en ökad kontinuitet och tätare kontakt med sin läkare samtidigt som de tillåts vara i hemmiljö. Slutresultatet blir en mer sammanhållen vård för den enskilda människan.

Se filmen här:
➳ www.lakarforbundet.se



Se även avsnitt 1 i Läkarförbundets serie **Hur mår vården?**. Där får vi möta Szimone vars liv nu är förändrat med en fast läkare.



Nyheter om din medlemsavisering

Betala medlemsavgiften månadsvis

Vid årsskiftet kommer du att aviseras månadsvis för din medlemsavgift till Läkarförbundet, istället för som tidigare var fjärde månad. Månadsvis avisering har efterfrågats av medlemmar, och nu blir det alltså verklighet!

Välj e-faktura eller autogiro

För att värna om miljön vill Läkarförbundet uppmuntra fler medlemmar att betala medlemsavgiften via e-faktura eller autogiro. Det blir mycket enklare för dig som medlem eftersom du slipper att knappa in OCR-numret varje gång du betalar.

För att få din medlemsavgift på e-faktura, gå in på din internetbank – klicka på **Lägg till betalningsmottagare e-faktura** och sök på Läkarförbundet medlemsavgift.

Från årsskiftet kommer vi att ta ut en administrationsavgift på 30 kronor per pappersfaktura.

Vid frågor om betalning av medlemsavgiften, kontakta Läkarförbundets medlemsadministration:

medlemsadministration@slf.se
08-790 35 10



Poddtips!

Läkare utan Gränser har nyligen släppt poddserien *Uppdrag: Rädda liv*. Där pratar Läkare utan Gränser med sina fältarbetare om deras personliga upplevelser i fält och om hur vardagen ser ut i en medicinsk humanitär insats.



Välkommen till höstens Starta eget-kurs

Nu kan du anmäla dig till Läkarförbundets kurs för dig som funderar på att starta eget eller nyligen har startat egen verksamhet. Under kursen får du rådgivning, information och tips för att driva eget företag, exempelvis genom att arbeta som hyr/konsultläkare eller att driva en egen läkarmottagning.

Medverkande

Förbundsjuristerna Mia Wallgren och Camilla Morath, Sveriges läkarförbund

Leg läkare Thomas Anderson, erfaren egenföretagare och läkare

Skattejuristen Bo Svensson, Wistrand advokatbyrå, tillika universitetslektor i skatterätt vid Handelshögskolan i Göteborg

TID: Onsdagen den 10 oktober 2018

PLATS: World Trade Center, Klarabergsviadukten 70, Stockholm

ANMÄLAN: Anmäl dig och ställ frågor till Helena Törnkvist: helena.tornkvist@slf.se, 08-790 33 60.

Ange kontaktuppgifter, var du arbetar/orten och personnummer. Ange eventuella kostönskemål/allergier.

Sista anmälningsdag är den 1 oktober 2018. Begränsat antal platser! Kursen är kostnadsfri för medlemmar i förbundet, men resa och uppehälle sker på egen bekostnad.

Läs mer om kursen på:
➳ www.lakarforbundet.se/kalender/starta-eget

Medlemsinformation från

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Läkarkarriär.se SVERIGES LEDANDE ANNONSFORUM FÖR LEDIGA LÄKARTJÄNSTER

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

	Ansökningstiden utgår	Annons i nr
ALLMÄNMEDICIN		
Specialistläkare i allmänmedicin Vårdcentralen Tvååker		35-36
Specialistläkare till Läkarmedverkan, Halland		37
Spec-läk, smärta & utmattningssyndr, Kognitiva teamet Rehab, Sthlm		33-34
Spec-läkare (2 st) till Lotusläkarna, Kungsbacka	30/9	35-36
Spec-läkare Hallunda vårdcentral, Stockholm		37
Spec-läkare i allmänmedicin, Vårdcentralen Ryd, Linköping	14/10	37
Spec-läkare Närhälsan, Kongahälla vårdcentral, Kungälv	30/9	37
Spec-läkare Närhälsan, Masthugget vårdcentral, Göteborg	16/9	33-34
Spec-läkare, 1-2 st, Sibyllekliniken, Östermalm, Stockholm		35-36
Spec-läkare, hel- eller deltid. Arenastadens vårdcentral, Solna		37
Spec-läkare, Vårdcentralen, Skånevård Kryh, Sjöbo		37
Spec-läkare, även övriga specialiteter, Öregrunds VC, Östhammar	15/9	33-34
Studierektor för AT och ST inom allmänmed i en dynamisk FoUU-miljö, Akademiskt primv.centrum, Stockholm	25/9	37
Universitetslektor (förenad anst spec-läkare Region Norrbotten), Umeå Universitet	14/9	35-36
Verksamhetschef, Akademiskt Primärvårdscentrum, SLSO, Sthlm		35-36
ANESTESI- OCH INTENSIVVÅRD		
Verksamhetschef VO Kirurgi och AN/OP/IVA, Skånevård Kryh, Ystad		33-34
AT-TJÄNSTER		
AT Region Norrbotten		37
AT Region Västernorrland, Sollefteå, Sundsvall och Örnsköldsvik	3/10	37
AT Västerbottens läns landsting, Umeå, Skellefteå, Lycksele	3/10	37
AT-läkare?, Västmanland	3/10	37
Valfrihet att utforma din AT, Växjö, Ljungby	3/10	37
BARN- OCH UNGDOMSMEDICIN		
Barnläkare, Sachsska barn- & ungdom, Nacka/Värmdö, SöS, Sthlm		37
Spec-läkare/ÖL, VO Barn och Ungdom, Skånevård Kryh, Kristianstad		33-34
BARN- OCH UNGDOMSNEUROLOGI MED HABILITERING		
BÖL/ÖL Barnneurologen, Skånes universitetssjukvård, Malmö		35-36
BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRI		
Överläkare/Spec-läkare Region Örebro län	16/9	33-34
ETABLERINGAR OCH ÖVERLÅTELSER		
Ersättningsetablering Allmänmedicin, Göteborg el VG-region, Gbg	24/9	35-36
Ersättningsetablering Psykiatri överlåtes, Uppsala	15/10	33-34
Östersjökliniken (specialbyggd för kirurgisk verks) till salu, Öland		33-34
Ersättningsetablering ÖNH-sjd, Slottsstadens Läkarhus, Malmö	31/10	37
GERIATRIK		
ÖL/Spec-läkare VO Spec medicin, Skånevård Sund, Helsingborg		35-36
ÖL/Spec-läk, Ger avd. VO spec medicin, Skånevård Sund, Helsingborg		33-34
HUD- OCH KÖNSSJUKDOMAR		
ÖL/enhetschef, Centrum för arbets- och miljömed, SLSO, Stockholm	23/9	37
INTERNMEDICIN		
Medical Advisor/Medicinsk Rådgivare Smärta/Internmed, Pfizer	30/9	35-36
Spec-läkare, Rent-A-Doctor		35-36
KARDIOLOGI		
Kardiolog Södertälje Sjukhus, Södertälje	23/9	35-36
ÖL/Spec-läkare VO Akut och Medicin, Skånevård Kryh, Ystad		35-36
KIRURGI		
Chef till akutsektionen, VO Kirurgi, Södersjukhuset, Stockholm	12/9	35-36
Spec-läkare, Rent-A-Doctor		35-36
Verksamhetschef VO Kirurgi och AN/OP/IVA, Skånevård Kryh, Ystad		33-34
Verksamhetsområdeschef VO Kirurgi, Södersjkhuset, Stockholm		35-36
ÖL, klinik kirurgi & urologi, Nyköpings lasarett	16/9	35-36
ÖL/sektionschef, VO Kirurgi & Gastro, Skånes univ sjukvård, Malmö		37
KLINISK FYSIOLOGI		
Spec-läkare Klinisk fysiologimottag, Skånevård Kryh, Ystad		35-36
KLINISK MIKROBIOLOGI		
Spec-läkare/Överläkare Skånes universitetssjukvård, Lund		33-34
KLINISK PATOLOGI- CYTOLOGI		
Senior Consultant combined with Adjunct Professor, Akershus Universitetssykehus & University of Oslo, Lørenskog/Norge	1/11	37
KURSER / SYMPOSIER / SEMINARIER		
Grundutb i KBT (för individ, barn & familj, Steg1) Sv Institutet Kognitiv Psykoterapi, Stockholm		35-36
Kurs hösten 2018, Humörregleringsinriktad KBT (hr-kbt), Stockholm		33-34
Magisterutbildning i demensvård för läkare, Karolinska Inst, Sthlm		35-36
Psykoterapeutprogrammet KBT, Sv Ins Kognitiv Psykoterapi, Sthlm		35-36
MEDICINSK GASTROENTEROLOGI OCH HEPATOLOGI		
ÖL/Spec-läkare, Endoskopimott, Skånes universitetssjukvård, Malmö		37

Läkarkarriär.se SVERIGES LEDANDE ANNONSFORUM FÖR LEDIGA LÄKARTJÄNSTER

Alla lediga jobb i Tjänstelistan finns sökbara på Läkarkarriär.se

Annonser skickas till annonser@lakartidningen.se.
För mer information ring 08-790 35 60.



MEDICINSKA NJURSJUKDOMAR		
Sektionschef/Spec-läk, VO Njurmed & reumatol, Skånes univ sjv, Lund		33-34
Spec-läkare/Bitr.ÖL/ÖL Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm	27/9	37
Spec-läkare/ÖL VO Akut och Medicin, Skånevård Kryh, Ystad		35-36
OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI		
Gynekolog med intresse för IVF, LIVIO Fertilitetscentrum, Falun		35-36
Spec-läkare, GynHälsan Fertilitetsklinik, intr reproduktionsmedicin, Uppsala		35-36
Spec-läkare, Reproduktionsmedicinskt centrum, Skånes universitetssjukvård, Malmö		33-34
ONKOLOGI		
Överläkare inom ONKOLOGI, Ålands hälso- och sjukvård, Åland		35-36
Överläkare/spec-läkare i onkologi, Universitetssjukhuset Linköping	30/9	37
ORTOPEDI		
Specialist i ortopedi, Skärholmens ortopedmottagning, Stockholm		37
PSYKIATRI		
Spec-läk, smärta & utmattningssyndr, Kognitiva teamet Rehab, Sthlm		33-34
Överläkare Personlighetsprogrammet Psykiatri Sydväst, Stockholm	16/9	35-36
RADIOLOGI		
Överläkare/specialist inom radiologi, Lasarettet i Enköping, Enköping		35-36
Jobba med svensk radiolog från Västindien, Västindien		35-36
Spec-läkare, Radiologiska kliniken, Länssjukhuset, Kalmar		37
REHABILITERINGSMEDICIN		
Spec-läk, smärta & utmattningssyndr, Kognitiva teamet Rehab, Sthlm		33-34
SMÄRTLINDRING		
Medical Advisor/Medicinsk Rådgivare inom smärta/Internmed, Pfizer	30/9	35-36
Specialist inom smärtrehabilitering, Akademiska sjukhuset., Uppsala		37
STIPENDIER / ANSLAG / BIDRAG		
Forskningsanslag ur fredrik och Ingrid Thurings Stiftelse	15/10	33-34
Anslag Cancerfonden	4/10	35-36
Anslag Reumatikerfonden, forskning reumatologi	30/9	33-34
Anslag för neurologisk forskning	30/9	33-34
Forskning njurtarnspl, Stift Prof Lars-Erik Gelins Minnesfond	16/11	37
Forskning prostata- & bröstcancer, Percy Falks stiftelse	1/11	37
Forskningsbidrag folksjd, cancer. Henning & Ida Perssons stiftelse	20/10	37
Forskningsbidrag, Strokefonden	15/9	33-34
Geriatrisk & gerontologisk forskning, Stiftelsen Gamla Tjänarinnor	30/9	35-36
Odd Fellow Ordens jubileumsfond	31/10	35-36
Stipendier och understöd, Ålands kulturstiftelse, Åland	17/9	35-36
ST-TJÄNSTER		
Rehabiliterings kliniken i Växjö söker ST-läkare, Växjö		37
ST-läkare Geriatriskt centrum, Umeå		37
ST-läkare med Forskningsutrymme, Sahlgrenska Univ sjh, Gbg	15/9	33-34
ST-läkare onkologi, Onkologiska klin och strålningsfysik, Länssjukhuset, Kalmar		35-36
SÄLJES / KÖPES		
All typ av utrustning till kirurg- /urolog-mottagning köpes, Göteborg		37
Videocolonoscope CF-H190L (2012) säljes, Nyligen underhållsservad		33-34
UROLOGI		
Urolog UroGyn Sverige, Stockholm		37
ÖGONSJUKDOMAR		
Ögonläkare på hel- eller deltid,, EyeCenter, Stockholm		37
ÖRON-, NÄS- OCH HALSSJUKDOMAR		
Overlege - Spesialistpoliklinikken Harstad - Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Harstad/Norge	5/10	37
Spec-läkare ÖNH-mott, Norrtälje sjukhus (tiohundra)	16/9	33-34
ÖVRIGA LÄKARTJÄNSTER		
Forensisk Dokumentationsläkare, Rättsmedicinalverket		35-36
Läkare till Klara (Rent-A-Doctor)		35-36
Medicinskt ansvarig läkare, Lifetime Clinic		35-36
Spec-läkare alt i slutet av din ST, Min Doktor		33-34
Spec-läkare till Försäkringsmottagning & Medicinska Center, Quality Care, Stockholm		35-36
Läkare, Försvarshälsan i Arvidsjaur, Försvarsmakten		37
ÖVRIGA TJÄNSTER		
Enhetschef läkarenheten Psykiatriska länverksamheten, Region Västernorrland		37
SKL söker Cancersamordnare, Stockholm	16/9	33-34
Universitetslektor, translationell lungmedicin, Lunds Universitet	10/10	37

Livet består av mer än bara jobb.

Välkommen att göra din AT i Norrbotten, här finns fem sjukhus, 30 vårdcentraler och 6000 kvadratkilometer orörd natur.

www.norrbotten.se/at



REGION NORRBOTTEN

Vi söker dig som vill göra skillnad. Hjälp oss bygga världens bästa hälsa.



AT-läkare till Västerbotten

"Ständigt bättre - Patienten alltid först!"
vår värdegrund och kompass i arbetet

I Västerbottens län finns tre sjukhus - Lycksele lasarett, Skellefteå lasarett och Norrlands universitetssjukhus.

Vi erbjuder dig en väl genomtänkt utbildning för AT-läkare vid samtliga sjukhus i länet.

Sista ansökningsdag 2018-10-03.

Läs mer och ansök på www.vll.se/ledigajobb

Västerbottens läns landsting

I Region Kronoberg kan du trivas, växa och påverka. Tillsammans arbetar vi för att nå visionen "Ett gott liv i ett livskraftigt län".



VALFRIHET ATT UTFORMA DIN AT

Vi erbjuder elva block i Växjö och fem block i Ljungby. Du har möjlighet att välja mellan 18 eller 21 månaders block. Väljer du ett längre AT-block har du utrymme för flera olika individuella önskemål.

Vi erbjuder vårdcentralsplaceringar i många olika storlekar, i både tätort och på landsbygd. Goda teoretiska utbildningsmöjligheter både internt och externt erbjuds.

Självklart har du goda möjligheter att stanna i Region Kronoberg, och till fortsatt arbete som ST-läkare. Det är ju det som är meningen – vi anställer AT-läkare med långsiktighet i åtanke, varenda gång!

VILL DU VETA MER?

Gå in på vår hemsida www.regionkronoberg.se/vardgivare och klicka på "Kompetens och utveckling", så får du veta mer om AT i Region Kronoberg och kontaktuppgifter till AT-chefer och AT-studierektorer.

KONTAKTA OSS GÄRNA!

AT-BLOCKEN I VÄXJÖ:
Tina Andersson, AT-samordnare och HR-specialist, 0470-58 25 54, tina.c.andersson@kronoberg.se

AT-BLOCKEN I LJUNGBY:
Sofie Bång, AT-samordnare och HR-specialist, 0470-58 25 70, sofie.bang@kronoberg.se

SYLF-REPRESENTANT:
Sofia Olofsson, 0470-58 80 00 (vxl)

Välkommen med din ansökan till www.offentligajobb.se senast 3 oktober 2018. Ange referensnummer AT-LL/CLV 2/18.

Vi har inflyttarservice
– läs mer på www.regionkronoberg.se
sök på inflyttarservice

REGION KRONOBERG

Akademiskt primärvårdscentrum
söker dig som vill arbeta som

Studierektor

för AT och ST inom allmänmedicin i en dynamisk FoUU-miljö

Information om tjänsten finns här:
sll.se/ledigajobb

Sista ansökningsdag **25 september 2018**.
Varmt välkommen med din ansökan!

Akademiskt primärvårdscentrum
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING



Välkommen att söka AT-tjänst i Västernorrland!

”Som AT-läkare i Sollefteå är arbetet man gör mycket uppskattat och det goda samarbetet mellan olika professioner gör att man snabbt blir en i gänget.

Jag rekommenderar att göra AT-tjänst i Sollefteå, speciellt om man är motiverad, vill stå på egna ben och gillar utmaningar.”



Läs mer om hur det är att göra AT i Sollefteå, Sundsvall och Örnsköldsvik på **rvn.se/ativasternorrland**

Välkommen med din ansökan **senast den 3 oktober 2018**.

Urval sker löpande.

Region Västernorrland

www.rvn.se

Dags att välja AT?

Kika in på Läkarförbundets AT-guide **at-guiden.se**



Välkommen till en arbetsplats där du är mitt i livet och samhället. Och gör skillnad varje dag. På riktigt.

AT-läkare?

Lär känna oss och skicka in din ansökan på regionvastmanland.se/jobb senast 3/10.
Det är kanske dig vi söker.

Verksamhet Sjukvården i Västmanlands län
Ort Västmanland
Ref.nr 20180657

Region Västmanland

Lotuläkarna

2 SPECIALISTER INOM ALLMÄNMEDICIN

till mycket trevlig privatmottagning i Kungsbacka

Vi har fri rtg och lab, alla kringresurser och många patienter som väntar...

Vi söker dig som har vision, eget driv och som önskar möjlighet till god förtjänst. Du är entreprenör, söker utvecklingsmöjligheter, vill driva eget och önskar känna frihet på jobbet.

Vi erbjuder ett förlängningsbart 3-årskontrakt och möjlighet till delägarskap!

Sista ansökningsdag 30/9-2018

Läs hela annonsen på www.lotuslakarna.se

För mer information ring: Linda Bonevik, tel 0704-467165

Urolog till UroGyn Sverige

Vill du ha större frihet att styra över din arbetstid? Vill du slippa jour/helgarbete? Vill du vara med och utveckla vår kommande dagkirurgi? Då kan det vara just dig vi söker!

Kontakt: Caroline Elmér 073-811 46 04
För mer information om tjänsten:
https://jobs.talent.ly/urogyn-urolog

www.slso.se

Dermatolog överläkare/ enhetschef

till Centrum för arbets- och miljömedicin

Läs mer och ansök via **sll.se/ledigajobb**

Ref.nr **155549**

Sista ansökningsdag: **2018-09-23**

Stockholms läns sjukvårdsområde
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING



Region Västernorrland söker

enhetschef

till läkarenheten
vid Psykiatriska länsverksamheten

Läs mer och ansök på www.rvn.se/jobb

Region Västernorrland

Husläkare till Sibyllekliniken på Östermalm

Vi utökar vår mottagning och söker nu ytterligare 1–2 specialister i allmänmedicin. Du kommer att samarbeta med övriga specialistläkare på en trevlig privat husläkarmottagning i ljusa och fräscha lokaler på Karlavägen 56 (hörnet Sibyllegatan). Goda villkor.

Kontakt: Dr Jan Arlestig, jan.arlestig@sibyllekliniken.se

www.sibyllekliniken.se



BLI MÅNADS-GIVARE BLI EN FAMILJE-SUPPORTER

Läs gärna mer om familjernas vardag på www.ronaldmcdonaldhus.se

Ronald McDonald Barnfond

i'm lovin' it

KARDIOLOG

TILL LJUNGBY LASARETT

Vi söker nu en specialistläkare inom kardiologi.

Medicinkliniken på Ljungby lasarett har den lilla klinikens fördelar med korta beslutsvägar och öppenhet för idéer och förslag. Vi erbjuder ett intressant arbete med stora möjligheter till personlig utveckling.

För mer information ring verksamhetschef Carina Nilsson, tel 0372-58 53 50 eller gå in på www.regionkronoberg.se

REGION KRONOBERG
regionkronoberg.se

REGION SKÅNE SÖKER

Specialistläkare

Allmänmedicin
Vårdcentralen Sjöbo
Skånevård Kryh
Sjöbo

Överläkare/ Specialistläkare

Medicinsk gastroenterologi och hepatologi
Endoskopimottagning
Skånes universitetssjukvård
Malmö

Överläkare tillika sektionschef

Kirurgi
VO Kirurgi och gastroenterologi
Skånes universitetssjukvård
Malmö

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

Gör skillnad. Varje dag.

Region Skåne ansvarar för hälso- och sjukvård, kollektivtrafik och en hållbar utveckling i hela Skåne. Vårt högsta beslutande organ är regionfullmäktige, som väljs direkt av invånarna i Skåne.
Region Skåne är en värderingsstyrd organisation som arbetar med värderingarna välkomnande, drivande, omtanke och respekt som grund för allt vi gör.

Specialist i allmänmedicin

Arenastadens vårdcentral

Kollega sökes på hel- eller deltid. Intresse för ledarskap är meriterande. Vi finns i Mall of Scandinavia i Solna.

Kontakt: Tayeb Hosseini, leg läk, info@citydoktorn.se ELLER tfn 076 8541771



Specialistläkare i allmänmedicin

Vårdcentralen Ryd ingår i Primärvårdscentrum och är belägen i utkanten av Linköping med närhet till fina fritids-/strövområden.

Vi söker dig som är legitimerad specialist inom allmänmedicin eller har en närliggande specialitet. Erfarenhet av primärvård och god språklig förmåga är meriterande.

Vi erbjuder dig ett rimligt schema där du är delaktig i schemaläggningen. Vi erbjuder även ett gott arbetsklimat med trevliga medarbetare samt regelbunden fortbildning.

Välkommen med din ansökan senast den 14 oktober 2018.

Överläkare/ specialistläkare i onkologi

Onkologiska kliniken vid Universitetssjukhuset i Linköping har ett övergripande ansvar för cancerbehandlingar i sydöstra sjukvårdsregionen.

Vi söker dig med goda kunskaper i onkologi. Hos oss arbetar vi tvärprofessionellt med ett nära samarbete med närliggande kliniker inom Universitetssjukhuset i Linköping samt med våra regionala samarbetskliniker. Vi strävar efter en ständig kunskapsutveckling genom deltagande i nationella och internationella möten och kongresser och arbetar aktivt för att delta i kliniska studier.

Välkommen med din ansökan senast 30 september 2018.

regionostergotland.se/jobb

Region Östergötland

ANVÄND DIN YTTRANDEFRIHET
Stöd Amnesty på **PG 90 00 72-0**. Tillsammans gör vi skillnad! **www.amnesty.se**
AMNESTY INTERNATIONAL

All typ av utrustning till kirurg- /urologmottagning

önskas köpa

Christer Dahlstrand Christer@urologen.nu

För ett friskare tryggare och rikare liv

Specialistläkare

Radiologiska kliniken
Länssjukhuset i Kalmar

Läs mer och ansök på
Ltkalmar.se/lediga-jobb

Landstinget i Kalmar län

AKADEMISKA SJUKHUSET



Specialist inom smärtrehabilitering

Smärtcentrum vid Akademiska sjukhuset har en omfattande verksamhet som spänner över bland annat smärtrehabilitering i öppenvård och slutenvård. Vi söker nu en specialistläkare, biträdande överläkare eller överläkare till vår öppenvårdsrehabiliteringsenhet.

Välkommen att läsa mer och söka tjänsten på vår hemsida, sök på "smärtrehabilitering".

WWW.AKADEMISKA.SE/ARBETA

REGION UPPSALA

Pfizer söker

Pfizer

Medical Advisor/ Medicinsk Rådgivare inom Smärta/Internmedicin

Låter detta intressant och du vill söka tjänsten gå in på **www.pfizer.com/careers** och ange **ID 4705110**. Ansökningstiden avslutas den 30 september 2018.

Fler år till livet och mer liv till åren
Som ett av världens ledande läkemedels-, egenvårds- och vaccinföretag vill vi på Pfizer bidra till att skapa fler år till livet och mer liv till åren. Vår vision i Sverige är att i samverkan upptäcka nya vägar för en världsledande svensk hälso- och sjukvård. Fokus för vår globala forskning och utveckling ligger inom områden där det finns ett stort behov av behandlingsalternativ t ex inom cancer, immunologi och inflammation, kardiovaskulära och metaboliska sjukdomar, smärta, sällsynta sjukdomar och vacciner.

Röda Korset finns över hela världen och räddar liv och ger hopp varje dag. Just nu söker vi bland annat **ortopedkirurger**, **narkosläkare**, **akutläkare** och **operationssjuksköterskor** för utlandsuppdrag.

Är du intresserad eller vet du någon som skulle passa för våra tjänster? Läs mer på **redcross.se**

RödaKorset

Södersjukhuset, Sachsska barn- och ungdomssjukhuset söker

Vi är en del av Stockholms läns landsting

Barnläkare

till Sachsska barn- och ungdomsmottagningen i Nacka/Värmdö

Läs mer på sodersjukhuset.se/jobb
Välkommen med din ansökan!



SÖS
SÖDERSJUKHUSET

Vi söker en gynekolog med intresse för IVF till vår klinik i Falun. Läs mer på www.livio.se

LIVIO

Fertilitetscentrum

Ledande i Norden inom fertilitet.

EYECENTER STOCKHOLM

EyeCenter expanderar ... vi söker fler ögonläkare!

Idag är vi sex ögonläkare samt flera ortoptister och optiker.

EyeCenter har två moderna ögonkliniker i Stockholm och söker nu ytterligare ögonläkare på hel/deltid.

Bostad kan ordnas.

Intresseanmälan: info@eyecenter.se eller tfn 0739-661000

www.eyecenter.se

ST-läkare
Geriatriskt centrum i Umeå

Läs mer och ansök på www.vll.se/ledigajobb

Västerbottens läns landsting

Skärholmens ortopedmottagning söker ortoped

Privat specialistläkarmottagning i Stockholm söker specialist i ortopedi. Arbetet innebär mottagning och polikliniska operationer inom Vårdval ortopedi och handkirurgi.

Tfn: 08-7104060 (Linda Karlsson)
0703554304 (Dr Hannu Määttänen)

Svar till: ortopedi@klinik4.se

www.klinik4.se

REGION HALLAND SÖKER

Specialistläkare

till Läkarmedverkan.

Vi söker dig som är specialist inom allmänmedicin eller har en specialistutbildning inom något annat relevant område, exempelvis internmedicin. Du är flexibel, arbetar strukturerat och skapar förutsättningar för ett bra flöde.

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

BÄSTA LIVSPLATSEN
Region Halland

Din Vårdcentral
BAGARMOSSEN

Vi söker en

Specialist i allmänmedicin

handledning av ST ingår i tjänsten

Mer info om tjänsten och om oss: www.dvcb.se

REHABILITERINGS KLINIKEN I VÄXJÖ SÖKER ST-LÄKARE

VILL DU LEDA OCH DRIVA ARBETET FÖR ATT PATIENTERNA SKA NÅ SINA REHABILITERINGSMÅL?

Hos oss får du arbeta med rehabilitering inom hjärnskaderehab och neurorehab. Du får varierande och intressanta uppgifter inom flera medicinska, kirurgiska och psyktiatriska områden. Du arbetar i team tillsammans med andra professioner - och förstås patienten.

VÄLKOMMEN TILL OSS!

Sök tjänsten via www.regionkronoberg.se

REGION KRONOBERG
regionkronoberg.se

90 KONTO | SVENSK INSAMLINGS KONTROLL

Minnesvärd

Hjälp oss stoppa Alzheimers sjukdom genom ny svensk patientnära klinisk forskning.

Endast forskning kan lösa Alzheimers gåta. Ge ditt bidrag idag!

PG: 90 03 39-3
BG: 900-3393

Ring Givarservice:
020-075 17 17

Stiftelsen Alois Alzheimer
alzheimerstiftelsen.se

QUALITY CARE

quality-care.se/jobb

VI SÖKER **SPECIALISTLÄKARE**

TILL FÖRSÄKRINGSMOTTAGNING & MEDICINSKA CENTER

Tjg dag- eller kvällstid - Heltid, deltid eller på timmar -
Som anställd eller via eget företag.
För information och intresseanmälan: **www.quality-care.se/jobb**

Quality Care Europe AB, Riddargatan 16, 114 51 Stockholm

FÖRSVARSHÄLSAN BODENS GARNISON SÖKER:

LÄKARE

Med placering vid Försvarshälsan i Arvidsjaur.
Ansök och läs mer om befattningen på
jobb.forsvarsmakten.se/sv/lediga-tjanster/

Vi vill ha din ansökan senast 7 oktober 2018

FÖRSVARSMAKTEN
NORRBOTTENS REGEMENTE

Patienten först – tillsammans skapar vi den bästa vården

SPECIALISTLÄKARE/ BITR. ÖVERLÄKARE/ ÖVERLÄKARE

inom njurmedicin

För närmare information kontakta:
Sara Lind af Hageby, Patientflödeschef
tel. 08-585 812 06 eller 0725-95 51 35

Ref-nr: 156028

Välkommen med din ansökan senast 2018-09-27

KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

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

GynHälsan FERTILITETSKLINIK

GynHälsan Fertilitetsklinik i Uppsala expanderar och vi söker nu en specialist i gynekologi med intresse för reproduktionsmedicin.

Tillträde enligt önskemål. Anställningsformen är flexibel. Mer information om tjänsten går att läsa på; https://www.gynhalsanfertilitet.se/kontakt/lediga-tjanster-40218865

För frågor kontakta Verksamhetschef Helena Åkerud 070-432 64 33 eller helena.akerud@gynhalsan.se

---



Närhälsan söker:

SPECIALISTLÄKARE ALLMÄNMEDICIN

Närhälsan, Kongahälla vårdcentral, Kungälv
Referensnummer: 2018/5311
Sista ansökningsdag: 2018-09-30

Mer info och fler lediga tjänster hittar du på:
vgregion.se/jobb

VI SKA BLI SVERIGES BÄSTA OFFENTLIGA ARBETSGIVARE
VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Lunds universitet grundades 1666 och rankas återkommande som ett av världens 100 främsta lärosäten. Här finns 42 000 studenter och 7 400 medarbetare i Lund, Helsingborg och Malmö. Vi förenas i vår strävan att förstå, förklara och förbättra vår värld och människors villkor.

MEDICINSKA FAKULTETEN LEDIGFÖRKLARAR HÄRMED FÖLJANDE ANSTÄLLNING

Universitetslektor i translationell lungmedicin

VID INSTITUTIONEN FÖR KLINISKA VETENSKAPER I LUND

Ref nr PA 2018/1795
Sista ansökningsdag 2018-10-10

För mer information se
www.lu.se/om-universitetet/jobba-hos-oss

LUNDS UNIVERSITET

Läkarkarriär.se



Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

Overlege øre-nese-halssykdommer

Spesialistpoliklinikken Harstad

Vi har ledig to faste 100% stillinger ved UNN Harstad. Hvis dette høres interessant ut, og du i tillegg er ØNH-spesialist, vil vi gjerne høre fra deg!

Nærmere opplysninger:
- Seksjonsleder Martin Gustafsson, tlf. (+47) 77 01 52 73
- Avdelingsoverlege Torgrim Fuhr, tlf. (+47) 77 62 80 59

Søknadsfrist: 5. oktober 2018

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på www.unn.no/jobb

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!

frantz.no

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

Stockholms läns sjukvårdsområde söker

Specialist i allmänmedicin
till Hallunda vårdcentral

Hallunda vårdcentralen är en välfungerande vårdcentral med läkarmottagning, distriktssköterske-mottagning, specialistmottagningar för astma/KOL och diabetes, hemsjukvård, fotsjukvård, psykosocialt team med psykolog och kurator, eget lab. och barnhälsovård. I nära anslutning finns gynmottagning och paramedicin.

Vi har drygt 18 000 listade på vårdcentralen. Vi är ca 50 medarbetare varav 8 distriktsläkare och 6 ST läkare.

Vi söker dig som är legitimerad läkare med specialistutbildning i allmänmedicin eller dig som precis är i slutet av din ST-tjänstgöring inom allmänmedicin.

Meriterande med erfarenhet eller intresse för arbete på BVC. Vi ser gärna att du även kan vara intresserad av att handleda studenter.

Information om tjänsten lämnas av:
verksamhetschef Lena Herö-Karlsson, tel. 073-595 5354.

Fackliga företrädare: SLSO:s Läkarföreningen,
Suzana Turkalj-Pavlakovic, tel. 070-737 3856.

Välkommen med din ansökan via **sll.se/ledigajobb**
Ref. nr: **155491**

Hallunda vårdcentral
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Kognitiva Teamet Rehab
Smärt- och stress rehab



Vi söker fler specialistläkare

Vi söker dig som vill arbeta teambaserat i ett företag med ambitioner. Vi ser helst att du är specialistläkare i allmänmedicin, rehabmedicin eller psykiatri med intresse för smärta och utmattningssyndrom.

Kognitiva Teamet Rehab i Sverige AB är en specialistmottagning som arbetar på uppdrag av Stockholms läns landsting med vårdval ”Rehabilitering vid långvarig smärta med eller utan samsjuklighet och för utmattningssyndrom” i multimodala team. Vi arbetar med bedömning och rehabilitering av personer med utmattningssyndrom och långvarig smärta. Vi arbetar i team runt varje patient med psykolog, läkare, fysioterapeut och psykoterapeut. Vårt arbetssätt bygger på vetenskaplig grund. Vi uppnår goda behandlingsresultat. Vi finns i ljusa, fräscha lokaler i Enskede, 12 min från T-centralen.

Kognitiva Teamet Rehab har engagerade medarbetare med hög kompetens som varje dag strävar efter att leverera god vård med hög kvalité.

Tillträde: Snarast möjligt

Ansökan: Urval och intervjuer sker löpande, varför vi gärna vill ha din ansökan så snart som möjligt. Ansökan sker via mail till anette.sjodin@ktrehab.se

Frågor om tjänsten: Vd Anette Sjödin, anette.sjodin@ktrehab.se

Välkommen med din ansökan!

Läs mer på www.ktrehab.se

AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS

UiO : Universitetet i Oslo

Akershus University Hospital is the largest acute hospital in Norway, and local and area hospital for close to 10% of the Norwegian population. We have a fast growing research environment in the field of medicine and health sciences. Akershus University Hospital aims for our work force to reflect our values of multi-disciplinarity, diversity and equality.

Department of Pathology, Akershus University Hospital & Institute of Clinical Medicine, University of Oslo

Senior Consultant combined with Adjunct Professor

The Institute of Clinical Medicine has a vacant position as Adjunct Professor (professor II)/Associate Professor (førsteamanuensis) of Pathology. The part-time academic position (20 %) is combined with a full-time (100 %) senior consultant position at Akershus University Hospital, Department of Pathology.

The department has 13 senior consultants, including 2 adjunct professors and 1 associate professor, as well 5 residency/training positions. In addition, 1 senior consultant and 1 resident hold a PhD degree and combine a clinical work with research.

Ref.: 391106880 4 **Deadline for application: 1. october 2018**

Read more at www.ahus.no

frantz.no

www.ahus.no

HELSE SØR-ØST

Stipendier/Anslag/Bidrag

Forskningsmedel för njurtransplantationer

Stiftelsen Professor Lars-Erik Gelins Minnesfond har till ändamål att lämna ekonomiska bidrag till forskning och utvecklingsverksamhet som främjar den aktiva uremivården med huvudsaklig inriktning på forskning som rör njurtransplantationer.

Stiftelsen utlyser forskningsmedel upp till 600 000 kronor med **senaste ansökningsdag den 16 november 2018**

Ansökan görs på formulär som finns på www.gelinfonden.org

Percy Falks stiftelse för forskning beträffande prostatacancer och bröstcancer

Fonden instiftades 2001 genom testamente av direktör Percy Falk, Stockholm. Stiftelsen skall genom anslag främja vetenskaplig forskning och undervisning eller studieverksamhet i Sverige rörande prostatacancer och bröstcancer.

Anslag kommer att utdelas under februari månad 2019.
Tillgängligt belopp för utdelning är 2 000 000 kronor.

För att komma i fråga för bedömning skall ansökan vara stiftelsen tillhanda **senast den 1 november 2018.**

Ansökningsblanketter kan rekvireras från stiftelsens ordförande civ ing Tomas Kramar. **Mail:** tomas_kramar@hotmail.com

HENNING & IDA PERSSONS FORSKNINGSSTIFTELSE

Forskningsbidrag 2018

Henning och Ida Perssons Forskningsstiftelse utdelar årligen bidrag till forskning inom området för folksjukdomar, i första hand cancer.

Årets anslag, 250 000 kr, delas ut till forskning avseende vaccination som behandling vid etablerad cancer.

Styrelsen beslutar om fördelning av anslaget på grundval av inkomna ansökningshandlingar. Bidrag till egen lön, resor för deltagande i kongresser eller motsvarande beviljas ej.

Ansökan skall innehålla projektbeskrivning, kostnadskalkyl, uppgift om sökt belopp, om bidrag sökts från andra organisationer för samma projekt samt i förekommande fall, godkännande av etisk kommitté.

Inom två år, från det anslag tilldelats, har mottagaren att insända kortfattad redovisning över resultat.

Ansökan skall skickas till Henning och Ida Perssons Forskningsstiftelse, c/o Henning Persson Förvaltnings AB, Västergatan 34, 211 21 Malmö alt. info@hpforvaltning.se

Senast den 20 oktober 2018

Ansökningsformulär kan rekvireras per tel. 040-98 78 50, mail till info@hpforvaltning.se eller www.hpforskningsstiftelse.se

WWF

Tänk på kommande generationer

Bevara en levande jord – ge din minnesgåva till Världsnaturfonden WWF.

De anhöriga får ett kondoleansdiplom från dig.

Kontakta Medlemsservice – tel. 08-624 74 14 (kl 9–13), e-post: medlemsservice@wwf.se

Stöd WWF. Pg 90 1974-6 • Hemsida: www.wwf.se

Utbildningar

SVENSKA INSTITUTET FÖR KOGNITIV PSYKOTERAPI

Grundutbildning i KBT
för individ, barn och familj (s.k. Steg 1)

Psykoterapeutprogrammet KBT
90 HP med schematerapeutisk inramning

NYA KURSER STARTAR JANUARI 2019, STOCKHOLM

För vidare information: Birgitta Aller (Sekr)
08-690 52 60, www.cbti.se eller info@cbti.se

Etableringar och överlåtelser

Ersättningsetablering i ÖNH-sjukdomar Malmö

Välutrustad och välfungerande mottagning i Slottsstadens Läkarhus.

Marianne Brattmo; tel 0709 706418, marianne.brattmo@hotmail.com

Anbud till 31 oktober 2018 **Region Skåne**

Ersättningsetablering (enligt nationella taxan)

Psykiatri i Uppsala

Från årskiftet 2018/2019 överlåter jag en väl inarbetad läkarmottagning. Förfallodatum den 15 oktober 2018.

Välkommen att kontakta mig för mer info:
Davoud Amiri, 070-576 10 20 eller dasacare@gmail.com

Ersättningsetablering i Allmänmedicin

Göteborg eller inom VG-region

Säljes enligt nationella taxan, diarienr HSNG 2018-00142.

https://www.opic.com/upphandling/ersattningsetablering-lakarvardsersattning-allmanmedicin-(vastra-gotalandsregionen-vanersborg)-aid3f2b53f8a745e81e4bb3f1857ac337de/?g=ersättningsetablering&p=1

Annons avseende den aktuella verksamheten har publicerats på http://www.vgregion.se/inkop och på http://www.opic.com.

Väl inarbetat trevligt patientunderlag kan övertagas. Gratis P-platser.

Mer info: Dr Birgitta Vällfors, tfn 073 7392225, b_vallfors@hotmail.com

Sista anbudsdag: 2018-09-24

Save the date:
28 nov

VÅRDMÖTET

Sjukvårdens viktigaste frågor är lika aktuella i höst som under Almedalsveckan.

De olika parterna inom svensk sjukvård behöver samlas för att arbeta vidare med att lösa några av de viktigaste frågorna för sektorn. Nu erbjuder Läkartidningen och Dagens Samhälle återigen ett sådant tillfälle. På Vårdmötet 2018 träffas företrädare för arbetsgivare, fackförbund, politiker och myndigheter för att diskutera personalförsörjning, sjukvårdspolitik, digitalisering och primärvård.



Övergripande program – fylls på löpande

Ny regering – ny vårdpolitik?
Vilka frågor måste socialministern ta itu med först?
Vad innebär valresultatet för vården? Intervju med representant för regeringen och kommentarer från aktörer inom vården. Deltagare meddelas efter valet.

Stärkt primärvård – hur ska det gå till?
Regeringens utredare Anna Nergårdh berättar om förslagen på hur kompetens och ekonomiska resurser kan föras över från sjukhusvård till primärvård. Möt också chefer på vårdcentraler som redan arbetar på nya sätt.

Lunch

Den digitala primärvården – så ser den ut år 2020.
Panelsamtal med offentliga och privata digitala aktörer.
Medverkande: Johannes Schildt, vd, Kry. Eva Pilsäter Faxner, verksamhetsområdeschef, Stockholms läns sjukvårdsområde. Ytterligare deltagare meddelas inom kort.

Hur ska sjukvården rekrytera och behålla kompetent personal?
Krisen i kompetensförsörjningen – vilka konsekvenser får den? Debatt mellan fack och arbetsgivare. Och hur gör de som är fullt bemannade med nöjd personal? Möt dem som lyckats!

Läs mer och anmäl dig på www.lakartidningen.se/event

Moderator: Olov Carlsson, chefredaktör Dagens Samhälle och Pär Gunnarsson, chefredaktör Läkartidningen.

Plats och tid: IVA, Grev Turegatan 16, Stockholm den 28 november 2018

Arrangörer

Dagens Samhälle Läkartidningen

Historien om njurens utveckling är historien om livets dito, och den berättas utförligt i en klassisk volym av Homer Smith, njurfysiologins fader. **Anna Lindgren,** ST-läkare i njurmedicin och internmedicin, sammanfattar sagan om organet som utgör fundamentet för själva vår existens.

Utan njuren – ingen intelligens

Diffusion och osmos. Alla som någon gång stått på en akutmottagning och funderat över hur snabbt man kan korrigera en hyponatremi utan risk för pontin myelinolys har en viss känsla för det existentiella hotet att vatten via osmos ska forsa ut ur hjärncellerna.

»Från fisk till filosof« är en hel bok om det centrala problemet att upprätthålla osmosen. Den berättar hur organismer utvecklat förmågan att förflytta sig mellan salt- och sötvatten, och vatten och land, utan att sprängas eller skrynklas ihop av osmos.

Enligt Homer Smith, njurfysiologins fader, som skrivit boken, är det njuren som är själva fundamentet för vår existens, på grund av sin roll i regleringen av salt- och vattenbalansen (osmolariteten). »Från fisk till filosof« är en av medicinhistoriens mest klassiska böcker, en filosofisk betraktelse, men framför allt en fysiologisk beskrivning, av njurens evolutionära utveckling.

Att njuren är lika viktig för livet på land som lungorna är något som alltför ofta glöms bort. Den här artikeln är ett försök att sammanfatta Smiths idéarv och orientera läsaren mot en mer nefrocentrisk världsbild.



»Från fisk till filosof«, av Homer Smith.

DEN EVOLUTIONÄRA SKAPELSEBERÄTTELSEN enligt Homer Smith lyder som följer:

I begynnelsen var tillvaron iso-osmotisk. De första organismerna utvecklades i saltvatten (med oklar salthalt). Alla kända havslevande ryggradslösa djur är iso-osmotiska, det vill säga har samma salthalt som omgivande havet, och något behov av saltvattenreglering fanns troligen inte då dessa djur var de enda som fanns. Njuren hos dessa ryggradslösa djur bestod i början bara av en primitiv »tubulus«, som utsöndrar restprodukter ur kroppen som inte kan diffundera.

Att utsöndra restprodukter var alltså från början njurens funktion, men de senare livsviktiga funktionerna, att utsöndra salt och att utsöndra vatten, uppstod med de mer avancerade ryggradsdjuren, som troligen hade behov av att upprätthålla en mer konstant inre miljö (konstant osmolaritet) för att celler, muskler och nerver skulle fungera även när organismen flyttade sig till en miljö med annan salthalt.

MILJÖBYTE FRÅN SALTVATTEN TILL SÖTVATTEN är ett osmotiskt problem. De första sötvattenlevande fiskarna (med ryggrad), ostracodermerna, hade ett hårt skal – till skydd mot yttre fiender, skulle man kunna tro. Enligt Homer Smiths hypotes var den största yttre fienden dock inte andra fiskar utan själva sötvattnet, som hotade att invadera den salthaltiga varelsen med osmos. Skalet skyddade alltså mot inflöde av vatten, så att organismen inte skulle sprängas av osmos.

> Sötvattenproblemet består i att bli av med vätska, samtidigt som man sparar salt.

En viss salthalt måste finnas för att nerver och muskler ska fungera – i sötvat-

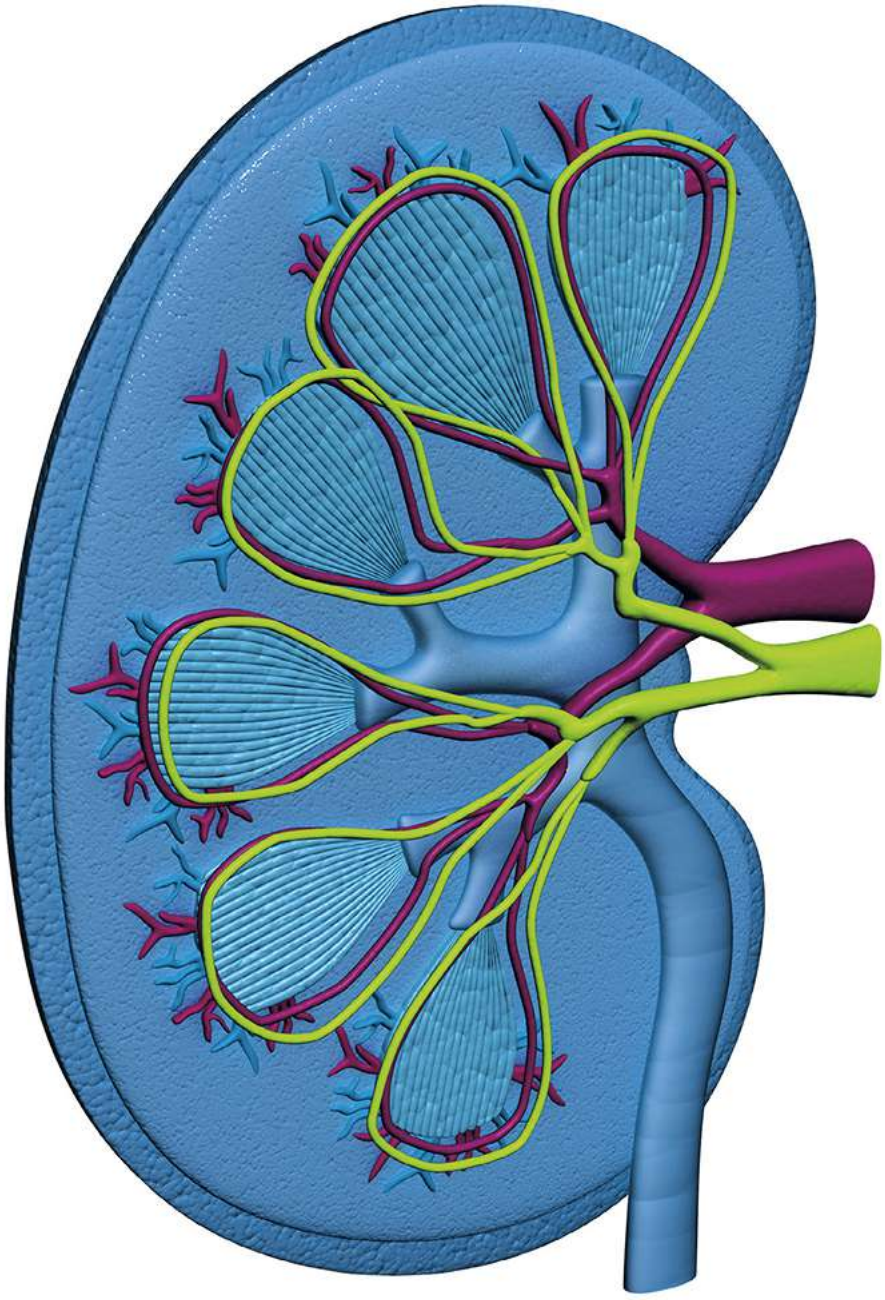


Illustration: Colourbox

Från reglering av salt- och vattenbalans till skapelsens krona – nefrologin.

ten är organismen därför hyperosmolär jämfört med det omgivande vattnet. I sötvatten måste vi alltså skydda oss mot den invaderande vätskan, och samtidigt spara salt, eftersom salthalten i det vatten som dricks är för låg. Sötvattenproblemet består i att bli av med vätska, samtidigt som man sparar salt.

Även om ostracodermerna hade ett vattentätt pansar, kunde de inte undgå exponering för sötvatten då de svalde mycket vatten vid intag av föda. Lösningen för att bli av med överskottsvatten blev glomeruli, som alltså bildats redan hos ostracodermerna. Vatten behöver pumpas ut ur kroppen, och en pump tillhandahölls redan då i form av hjärtat – som tillsammans med glomeruli ser till att överskottsvatten kan avlägsnas. Att all vätska filtreras ut via glomeruli, men att ämnen och vätska som ska sparas sedan reabsorberas via tubuli, löser problemet att bli av med vätska utan förlust av salt.

Att filtrera så mycket vätska, och därifrån åter fiska upp det som behövs, är en så dum och ineffektiv konstruktion att den för Homer Smith bevisar att ryggradsdjuren måste ha utvecklats i sötvatten. (I dag är sötvattensursprunget omtvistat, men Smiths argument ansågs länge stödja den hypotesen.) Det finns ingen annan rimlig anledning att ha utvecklat glomeruli förutom att pumpa ut stora mängder »överskottsvatten«, ett problem som bara finns i sötvatten.

I havsvatten blir problemet det omvända, då det i stället råder överskott på salt.

I HAVSVATTEN BLIR PROBLEMET det omvända, då det i stället råder överskott på salt. Även om de ryggradslösa organismerna var iso-osmolära med havsvatten så är alla kända ryggradsdjur hypo-osmolära jämfört med havsvatten, och det är ett överskott av salt som ska utsöndras. Då fyller inte längre glomeruli någon snillrik funktion.

Att glomeruli inte är nödvändiga för livet i saltvatten bevisas av att det finns aglomerulära fiskar (alltså utan glomeruli) som fortfarande simmar runt i våra hav, tillgängliga för forskare att studera. Vad har vi lärt oss av att studera dem?

Länge visste man inte om tubulär sekretion existerade. Tubuli reabsorberade ämnen, javisst, men det var länge omtvistat om tubuli även hade sekretion av ämnen. Det slutgiltiga beviset kom via studier av aglomerulära fiskar. Även hos dessa hittades nämligen kreatinin i urinen – onekligen ett bevis på att kreatinin inte enbart utsöndras via glomeruli. Den aglomerulära fisken var dock ett evolutionärt blindspår dömd att leva enbart till havs, medan den evolutionära gren som

Att glomeruli inte är nödvändiga för livet i saltvatten bevisas av att det finns aglomerulära fiskar (alltså utan glomeruli) som fortfarande simmar runt i haven.



Foto: Colourbox

utvecklat glomeruli hade förutsättningarna att utvecklas vidare.

Om vattenbalansen i vatten var komplicerad, så är det nämligen ingenting mot hur komplicerad vattenbalansen är i frånvaro av vatten.

Lungfiskar, som fortfarande finns i vissa delar av Afrika, var de första i evolutionen som klarade långa perioder på land utan tillgång till vatten. De lever i miljöer där regn och gyttja växlar med perioder av total torka. Ibland måste de överleva i torka i åratal i väntan på att regnet ska komma igen.

Hur klarar då lungfisken vattenbalansen? Vattenförlusterna från huden minimeras när de täcks av intorkad lera. Samtidigt går de i dvala, med minimal andningsfrekvens och metabolism. Den kvarvarande vattenförlusten från andningen är så låg att den kompenseras av den endogena metabola produktionen av vatten.



Illustration: Shutterstock/IBL

Lungfisk.

Till skillnad från människan kan lungfisken även stänga av sin urinproduktion under fastan utan att bli förgiftad, trots att den i högsta grad blir uremisk, med en ureahalt som ökar kraftigt på grund av nedbrytning av protein. När regnet slutligen kommer sväller den initialt upp som en ballong igen, på grund av att all ureaackumulation gör att den drar till sig vätska via osmos. Men så snart njurens urinproduktion är igång igen utsöndrar glomeruli både urea och överskottsvätska och lungfisken antar sina normala proportioner igen.

NÄSTA LED I FÖRMÅGAN ATT LEVA PÅ LAND, efter lungor, representerar amfibierna, som utvecklat ben att förflytta sig med. I stället för att vänta på regnet kunde de nu själva kravla sig från vattenpöl till vattenpöl, men de levde fortfarande en stor del av sitt liv i vatten.

Amfibierna var anpassade till växlingarna mellan vatten och land genom sin vattengenomsläppliga hud – som allt efter behov kunde både absorbera och utsöndra vatten. Att hudens vattenpermeabilitet styrdes via antidiuretiskt hormon (ADH) var inte känt när boken skrevs, men Smith spekulerade helt korrekt i att det var just detta hormon som verkade. Dessutom nämnde han att amfibiernas hud inte bara kunde absorbera vatten utan även salt från omgivningen, som ett slags omvänd svettning. Vad som regulerade detta var inte heller känt då, men visade sig senare vara RAAS-systemet.

Om organ får definieras som funktion snarare än anatomisk lokalisation, så kan man säga att amfibiernas hud som helhet var som en enda stor njure.

> Om njuren är fundamentet för vår existens, så får man väl i förlängningen också se det som att det måste vara den ackumulerade kunskapen om njuren – nefrologin – som är skapelsens krona.

NJUREN SOM VI SLUTLIGEN KÄNNER DEN, med alla funktioner på sin anatomiska plats, uppstod hos däggdjuren.

Däggdjuren var de första med förmåga att utsöndra en koncentrerad hyperosmolär urin. Att kunna koncentrera sin urin är en förutsättning för att inte behöva dricka precis hela tiden när man lever på land. Däggdjurens varmblodighet medförde ökat blodflöde till njuren, vilket ökade den glomerulära filtrationen (GFR) jämfört med tidigare arter. För att ökad filtration inte skulle leda till ökad vätskeförlust ökade även kravet på att kunna reabsorbera vatten, det vill säga koncentrera urinen. Detta ledde slutligen till de höga filtrationsflöden, med hög reabsorption, som ses i den mänskliga njuren, som med till exempel en GFR på ca 90 ml/min (= 90 × 60 × 24ml/dygn), via glomeruli filtrerar ca 130 l primärurin/dygn, varav dock cirka 99 procent vätska återreabsorberas i tubuli och samlingsrör så att bara 1–2 l utsöndras till urinblåsan.

Det som särskiljer däggdjurens njure anatomiskt är främst förekomsten av Henles slynga, som är unik för däggdjuren och förutsättningen för att kunna koncentrera urinen. (Exakt hur Henles slynga i närvaro av ADH bestämmer den slutliga urinmängden/koncentrationen, besparar jag läsaren, då de flesta av Läkartidningens läsare kan förutsättas ha passerat T3 på läkarutbildningen.)

Alkohol hämmar ju som bekant ADH, och Smith bildar oss genom att upplysa om att intag av 1 ml alkohol ger en utsöndring av ca 10 ml vatten, vilket gör att folköl med en alkoholhalt på 4,6 procent inte är dehydrerande, men att däremot en outspädd whiskey är dehydrerande (gränsen går vid 10 procent alkohol).

SAMMANFATTNINGSVIS har evolutionen utvecklat en njure som trots människans varierande saltintag, 0,5–30 g per dag, och varierande vattenintag, 0,5 till >10 l, klarar att hålla en konstant P-osmolaritet (275–300) genom att variera urinosmolariteten (50–1 400) beroende på om överskott av salt eller huvudsakligen vatten behöver utsöndras. En del andra däggdjur klarar större variationer än så.

Det som särskiljer människan från övriga däggdjur är inte någon överlägsen njure, utan enligt Smith i stället det avancerade nervsystemet med medvetandet samt inlärningsförmågan. Utmärkande för människan är dock inte att vi kan lära oss saker – andra djur kan också lära sig – utan det unika är att vi lärt oss *hur* vi lär oss. En stor del av vad det innebär att vara människa är enligt Smith det ackumulerade kunskapsarvet.

Och om njuren är fundamentet för vår existens, så får man väl i förlängningen också se det som att det måste vara den ackumulerade kunskapen om njuren – nefrologin – som är skapelsens krona.

Anna Lindgren,
ST-läkare i njurmedicin och internmedicin, Skånes universitetssjukhus; associerad forskare, IKVM, Malmö, Lunds universitet

Efter livet som basketproffs väntar karriären som läkare

Sean Smith, student på läkarlinjens termin 7 i Örebro, satsar på en medicinsk karriär efter livet som professionell basketbollspelare.

Hur är livet som basketproffs?

– Jag spelar för Köping Stars i Basketligan, den högsta serien i Sverige. Vi är nykomlingar i år, har just avancerat från Superettan, som vi vann förra säsongen. Försäsongen har just börjat, vi får se om några månader hur det går. Laget har inte spelat i högsta ligan sedan 80-talet.

Har du spelat länge?

– I Köping har jag nu spelat två säsonger. Flyttade hit när Örebro la ner sitt elitlag och jag hörde att Köping Stars hade en intressant satsning på gång. Jag var också tvungen att stanna i närheten av Örebro universitet, där jag studerar.

Hur kom det sig att du bestutade dig för att studera till läkare?

– Jag pluggade ekonomi tidigare i USA. Tog examen men jobbade sedan inte som ekonom. Under åren som jag var där spelade jag basket på high school och college. Efter examen flyttade jag hem till Sverige och började spela professionellt, och efter fem år som proffs valde jag att börja studera igen. När jag var yngre ville jag alltid plugga till läkare, men hade inte riktigt den möjligheten i USA. Men tillbaka i Sverige kände jag att jag ville ta chansen och söka in på läkarlinjen.

Du har bott i USA? Är du amerikan?

– Halv. Jag är född i Stockholm, men min pappa är från New York. Mamma är från Stockholm. Jag gick på high school i New Jersey och pluggade på college i Asheville, North Carolina.



Foto: Örjan Lännbrink

Sean Smith spelar proffsbasket i Köping Stars i Sveriges högsta basketliga. Men förutom på korgen är hans fokus redan inställt på en läkarkarriär.

Var det svårt att komma in på läkarlinjen?

– Jag kom in på högskoleprovet. Var inte helt säker på att det skulle gå vägen, men det gjorde det.

Vad tänker du satsa på inom läkaryrket?

– Jag är öppen för många olika inriktningar. Just nu tänker jag att idrottsmedicin skulle vara roligt och naturligt för mig att jobba med. Men nu ska vi snart ut på praktik, jag kommer att vara på Universitetssjukhuset Örebro och kommer säkert att få se och göra många nya saker. Då kanske jag hittar något som fångar mitt intresse på allvar.

Hur går det att kombinera studier och professionellt basketspel?

– Det är fullt upp. Under tidigare terminer har det varit lättare, men nu under praktiken blir det att hålla till på sjukhuset mellan 8 och 15 varje dag. Sedan direkt till tåget och träningen i Köping. Man tränar två–tre timmar, tar sig hem, och då är klockan kanske redan 21. Och då måste man hinna plugga också. Det blir körigt – men det går.

Då är du ganska trött när du går och lägger dig?

– Man får se till att utnyttja tiden på bästa sätt – plugga även på helger, till exempel. Och så är Örebro ett elitidrottsvänligt universitet som samarbetar med Riksidrottsförbundet. De är beredda att hjälpa till på olika sätt för att underlätta för den som kombinerar studier och elitidrott. Både universitetet och Köping Basket har varit väldigt hjälpsamma.

Hur länge kan du – vill du – fortsätta med basket på elitnivå?

– Så länge det går att kombinera med studierna kommer jag att fortsätta. Rent fysiskt kan man hålla på längre. I de största ligorna, till exempel i USA, kan det finnas spelare som håller på tills de är 35–40 år. Men det beror också på att de tjänar så pass mycket pengar att de inte behöver tänka på en civil karriär efteråt. I Sverige lägger många ner tidigare. Här kan man leva på att spela basket medan man håller på, men sedan måste man helt enkelt prioritera att fokusera på annat.

Gabor Hont

SEAN SMITH

YRKE: Professionell basketbollspelare, studerar på läkarlinjen, termin 7.

ÅLDER: 30 år.

BOR: I Örebro.

AKTUELL: Utbildar sig till läkare för livet efter den professionella basketkarriären.

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

NYTT OM NAMN



Foto: Mattias Pettersson

Birgitta Evengård får prestigefylld medalj.

HON FÅR INTERNATIONELLT ARKTISKT FORSKNINGSPRIS

Birgitta Evengård, professor i infektionssjukdomar vid Umeå universitet, har fått det arktiska forskningspriset Jack Hildes-medaljen (uppkallat efter den kanadensiske läkaren och forskaren John Arthur Hildes), som delas ut vart tredje år. Hon får utmärkelsen för sin forskning om bland annat hur klimatförändringar i Arktis kan påverka spridningen av infektionssjukdomar.

Birgitta Evengård är sedan länge engagerad i kopplingen mellan klimat och hälsa. Hon är en av ledarna i det arktiska forskningsprojektet CLINF, som sträcker sig från Grönland till östra Sibirien. Projektet är tvärvetenskapligt med såväl klimatforskare som ekologer, veterinärer, samhällsforskare, urfolksspecialister och medicinare.

SVENSK PRESIDENT FÖR TRANSFUSIONSSPECIALISTER



Martin L Olsson

Professorn och överläkaren **Martin L Olsson,** specialist i transfusionsmedicin, har nyligen tillträtt som president för International Society of Blood Transfusion (ISBT). Han utsågs till president-elect redan 2016 efter en omröstning bland ISBT:s samtliga medlemmar. Han har tidigare innehaft nyckelposter inom organisationen, som styrelseledamot (director of WHO Region Western Europe) 2006–2008 samt som vetenskaplig sekreterare mellan 2011 och 2015.

STORA FORSKARPRISET FÖR NYA RÖN KRING ANEURYSM



Foto: Staffan Claesson

Kevin Mani

Kevin Mani, kärlkirurg på Akademiska sjukhuset, Uppsala, har fått Stora forskarpriset 2018 av Svensk kirurgisk förening.

Kevin Mani belönas för sin forskning på bukaortaaneurysm. Han har studerat olika möjligheter att förebygga utveckling av bråck i kärlväggen, dels genom medicinsk behandling, dels genom optimering av kirurgisk behandling.

Tillsammans med forskarkolleger i ett internationellt samarbetsprojekt har han undersökt hur pulsåderbråck behandlas i elva olika länder på tre kontinenter. De har funnit överraskande skillnader i handläggningen. Fynden, som publicerades i tidskriften Circulation, visar enligt Kevin Mani på behov av standardisering.

Priset på 200 000 kr delas sedan 2004 ut årligen. Kandidaterna, som nomineras av sjukvårdsregionerna, får inte ha fyllt 45 år.

NYA PROFESSORER I UMEÅ

Christer Malm är ny professor i idrottsmedicin och **Lev Novikov** ny professor i anatomi vid medicinska fakulteten, Umeå universitet.

NYA DOCENTER I LUND

Rolf Lood är ny docent i experimentell infektionsmedicin vid Lunds universitet.

AVLIDNA

Anki Wiklund, Stockholm, 44 år, död 5 augusti

Jörgen Boethius, Täby, 80 år, död 10 augusti

Bengt Rydgren, Västra Frölunda, 79 år, död 16 augusti

Johan Robinson, Trollhättan, 57 år, död 18 augusti

KALENDARIUM

Onsdagsmöte i Göteborgs läkaresällskap: Plastikkirurgi, SU/Sahlgrenska
Tid: Onsdag den 19 september kl 18.00.
Plats: Hörsal Arvid Carlsson, Academicum, Medicinaregatan 3.
● »Mikrokirurgi – dagens rekonstruktiva möjligheter och framtidens utmaningar«.
Föredragshållare: Anna Elander och Jonas Löfstrand.
● För att vara säker på en plats till middagen, föranmäl dig gärna (info@goteborgslakaresallskap.se).

Enheten för medicinens historia: Medicinens musik. Kroppens klanger
Tid: Torsdag den 4 oktober kl 18.30–20.30.
Plats: Palaestra et Odeum, Paradisgatan 4, Lund.
● »Tonens tyngd, musikens lätthet«, av Tobias Lund, musikvetare, Lunds universitet och musikkritiker, Sydsvenskan; »Själens resonanser. Musik vid diagnostik av psykisk sjukdom« av Sören Nilzén, psykiater, dirigent och f d musikalisk ledare för Ystadoperan. Mellan föredragen framförs musik av en stråkensemble från Sankt Sigfrids folkhögskola.
● Kontakt: jonatan.wistrand@med.lu.se, 070-318 72 39; anders.jeppsson@med.lu.se, 070-919 55 29.
Fritt inträde. Ingen föranmälan.

Läs mer!
För ett fullständigt kalendarium se Läkartidningen.se

Föredrag på Medicinhistoriska museet, Uppsala.
Tid: Söndag den 7 oktober kl 13.30.
Plats: Medicinhistoriska museet, Eva Lagerwalls väg 8, Uppsala.
● »Allt är gift – om dödliga ämnen och deras roll i historien«.
Föredragshållare: Olle Matsson.
Arrangör: Medicinhistoriska museet (www.medicinhistoriska-museet.uu.se).

Konst & läkekonst: Franz Berwalds två ledmotiv – musik och ortopedi
Tid: Tisdag den 16 oktober kl 18.00–19.30.
Plats: Svenska läkaresällskapet, Klara Östra Kyrkogata 10, Stockholm.
● Tonsättaren Franz Berwald (1796–1868) skapade en lång rad symfonier och stråkkvartetter, operor och kantater. Samtidigt måste han försörja sig. Under en längre vistelse i Berlin grundade han 1835 ett ortopediskt institut med egenhändigt ritade maskiner, och på 1850-talet blev han disponent för ett glas- och sågverk på Sandön i Ångermanälven. Franz Berwald presenteras både som nyskapande kompositör och som konstruktör av ortopediska maskiner för sjukgymnastik.
Medverkande: Per-Henning Olsson, universitetslektor vid institutionen för musikvetenskap, Uppsala universitet, och Lotta Holme, universitetslektor i specialpedagogik, Linköpings universitet.

Utbildning för studierektorer
Tid: 6–8 november.
Plats: Victory hotell och konferens, Stockholm.
Kursledare: Hanna Wijk och Sara Ingvarsson.
● Utbildningen är granskad och godkänd av LIPUS. Fullständig kursbeskrivning finns att hämta på www.lipus.se (LIPUS-nr 20180101).
● Anmälan och information: hanna@kompetensochutveckling.com.

Läkartidningen **Adress:** Box 5603, 114 86 Stockholm **Besöksadress:** Östermalmsgatan 40 **Telefon:** 08-790 33 00
Webb: Läkartidningen.se **E-post:** fornamn.efternamn@lakartidningen.se

Chefredaktör och ansvarig utgivare: Pär Gunnarsson
Medicinsk huvudredaktör: Jan Östergren
Redaktionschef och stf ansvarig utgivare: Karin Bergqvist
Medicinsk andreredaktör: Michael Wilczek
Marknads- och annonsdirektör: Ulf Jansson
Medicinska redaktörer: Margaretha Bågedahl Strindlund, Ylva Böttiger, Pelle Gustafson, Lena Marions, Mikael Norman, Carl Johan Sundberg, Carl Johan Östgren
Sekretariat: Inga-Maj Lagerholm
Administration/ekonomi: Yvonne Bäärnhielm
Grafik: Typoform (om inget annat anges)
Korrektur: Lennart Werner
Redaktion: Joakim Andersson, Jesper Cederberg, Sara Holfve, Gabor Hont, Ewa Knutsson, Elisabet Ohlin, Marie Ström, Madeleine Ramberg Sundström, Katrin Trysell, Birgit Wilhelmson
Marknads- och annonsavdelning: Hélène Engström, Håkan Holmén, Eva Larsson, Göran Sterner,
● annonser@lakartidningen.se
Prenumerationer: Hélène Engström 08-790 33 41
● pren@lakartidningen.se
Läkartidningen Förlag AB Hans Dahlgren (vd)
TS-kontrollerad upplaga: 44 600 ex
ISSN: 0023-7205 (pappersutgåva) 1652-7518 (webbupplaga)
Tryckeri: V-TAB
Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Läkartidningen arrangerar ett seminarium om

Stockholm 26 sept 2018

Sjukskrivningar

Rival
Mariatorget 3, Stockholm



Sjukskrivningar är ett viktigt område som påverkar både patientens och läkarens tillvaro. För patienten kan beslutet vara helt avgörande för livssituationen, för den behandlande läkaren är det ett tidsödande moment och ibland gör Försäkringskassan en annan bedömning. Vid detta seminarium kommer vi att diskutera synpunkter och idéer på hur de inblandade tillsammans kan underlätta processen och på så sätt även underlätta patientens tillvaro.

Välkommen till en intressant eftermiddag!

Preliminärt program • 26 september 2018

12.00–13.00	**Registrering och lättare lunch**
13.00–13.05	**Välkommen!**
13.05–13.25	**Detta är problemet.** *Lise-Lotte Sjöstedt, förbundsjurist LO-TCO Rättsskydd*
13.25–13.45	**Läkarnas syn på problemet.** *Distriktsläkare Karin Starzmann, PhD, ordf. Försäkringsmedicinskt forum.*
13.45–14.05	**Försäkringskassans syn på problemet.** *Cecilia Udin, nationell försäkringssamordnare och Ann Berntsdotter, medicinskt sakkunnig.*
14.05–14.25	**Hur gick det med mallarna i Uppsala?** *Distriktsläkare Johan Månflod, Uppsala*
14.25–14.50	**Verktyg för att formulera ett komplett läkarintyg**. *Distriktsläkare Karin Starzmann, PhD, ordf. Försäkringsmedicinskt forum.*
14.50–15.20	**Kaffe**
15.20–15.40	**Sjukskrivningsmallar för ortopedin i Skåne.** *Docent Pelle Gustafson, Löf*
15.40–16.00	**Vad gör Försäkringskassan?** *Cecilia Udin, nationell försäkringssamordnare och Ann Berntsdotter, medicinskt sakkunnig.*
16:00–16.20	**Sammanfattning och frågor till panelen.**

Moderator: *Docent Pelle Gustafson, Läkartidningen och Löf*

Läs mer och anmäl dig på www.lakartidningen.se/event

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

Läkartidningen arrangerar

Inbjudan till symposium

Program och anmälan:
Läkartidningen.se/event

Konsultations-psykiatri

STOCKHOLM, 19 SEPTEMBER 2018



Långvarigt psykiskt sjuka dör i genomsnitt 10–15 år tidigare än andra av huvudsakligen kroppsliga orsaker, och psykiska besvär är mycket vanliga bland somatiskt sjuka. Trots det har dessa samband inte varit högprioriterade ämnen i vårt land. I detta symposium redogörs för konkreta positiva exempel från Sverige för att förbättra situationen. Dessutom sammanfattas internationella erfarenheter av det medicinska och ekonomiska mervärde som en bättre integration mellan psykiatri och somatik kan ge.

PRELIMINÄRT PROGRAM

12.00–13.00	**Registrering och lunch**
13.00–13.05	**Inledning** Docent Margaretha Bågedahl-Strindlund
13.05–13.30	**Konsultation/liaisonpsykiatri – steg på vägen mot en integration av somatisk och psykiatrisk vård** Lars Wahlström, med dr, överläkare, Verksamhetsområde psykiatri, Stockholms läns sjukvårdsområde
13.30–13.55	**Bättre perinatalpsykiatrisk vård genom integrerat samarbete mellan obstetrik och psykiatri** Margareta Blomdahl, överläkare, Konsultenheten, PSV, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge
13.55–14.20	**Psykisk ohälsa och cancervården** Monika König, specialist i psykiatri och onkologi, PBM Sweden AB
14.20–14.45	**Psykiatrisk kompetens i multiprofessionella epilepsiteam** Marie Bendix, överläkare, doktorand, Konsultenheten, PSV, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge
14.45–15.15	**Kaffe**
15.15–15.40	**Hur arbeta med patienter med funktionella somatiska symtom?** Carl Sjöström, överläkare, specialist i psykiatri och rehabiliteringsmedicin, Rehabiliteringsmedicinska kliniken, Sandviken
15.40–16.05	**Psykiatrisk konsultation i primärvården** Martin Rödholm, med dr, specialist i psykiatri, Uppdrag psykisk hälsa, SKL
16.05–16.30	**Den somatiska översjukligheten vid psykisk sjukdom** Jarl Torgerson, docent, Psykiatri psykos, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
16.30–16.50	**Sammanfattning och frågor till panelen**

Moderator: Lars Wahlström
Programansvariga: Lars Wahlström och Margaretha Bågedahl-Strindlund, Läkartidningen

PRIS: 1 995 kr + moms. Lunch och kaffe är inkluderat. Medlemmar i Sveriges läkarförbund erhåller 300 kr rabatt på ordinarie pris. Pensionär och medlem i Sveriges läkarförbund erhåller 50 procent rabatt på ordinarie pris. Studenter betalar 500 kr + moms totalt. Anmälan är bindande men kan överlåtas till en kollega. Kontakta helene.engstrom@lakartidningen.se för mer information.