KLINIK & VETENSKAP

Sju procent av cancerfallen hade »missats« vid kolonundersökning

NYHETER

Årets Nobelpris i fysiologi eller medicin

#40 2018

Läkartidningen

Tidskrift från Sveriges läkarförbund • Sedan 1904 • 3 Oktober 2018 • vol 115 • 1553-1604



Tidig transfusion räddar liv

AMBULANSHELIKOPTERN I VÄSTRA GÖTALAND FÖRST MED ATT GE BLOD

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.

INNEHÅLL



Foto: Shutterstock/IBL

Friskt öga, till skillnad från de ögon i artikeln på sidan 1580 som drabbats av frätskador.

#40 2018

3 till 9 oktober



Första landningen i Sverige av VGR:s nya ambulanshelikopter, Bohuslän maj 2018. Foto: Rickard Gillberg

▼ NYHETER

1558 Över 700 läkare i gemensamt upprop för primärvården

Svenskt kirurgiskt råd varnar för ogenomtänkt centralisering

1559 Läkare i Västerbotten fick lägga sina egna scheman

Utredning: »Visselblåsarna bröt inte mot sekretessen«

1560 Stockholm: Psykiatrins självvalda inläggning permanentas

1562 Nobelpris för immunterapi mot cancer



1564 »Jätteroligt och definitivt väntat«

»Så utomordentligt välförtjänt«

▼ DEBATT

1566 Optimera profylaxen mot neonatala GBS-infektioner

▼ KRÖNIKAN

1569 Ulrika Nettelblad: »Trösten man vill ge kan skilja sig från den någon annan vill ha.«

▼ KULTUR

1600 Hissnande perspektiv av vikt

Hur är det med läkarnas hälsa?

▼ KLINIK & VETENSKAP

1580 Kemiska ögonfrätskador är synhotande. Basiska ämnen orsakar i regel mer deletära skador än syror. Översikt

1571 4 frågor till Thorsteinn S Arnljots

Reflexion: Ungas psykiska ohälsa – en oroande trend

1572 Tidig och adekvat transfusion vid massiv blödning räddar liv Medicinsk kommentar

1575 Nya rön: Behandling mot svår halsbränna motverkar matstrupscancer

1576 Prehospital blodtransfusion är en säker behandling Rapport

1584 Sju procent av cancerfallen hade »missats« vid kolonundersökning Originalstudie



Koloncancer

Illustration: Colourbox



1571 »Har inte familjeperspektivet fått för lite uppmärksamhet i dagens samhälle där ... ung som gammal, ska klara sig själv?« Margareta Bågedahl Strindlund apropå psykisk ohälsa.

ALLTID I LÄKARTIDNINGEN

1557 SIGNERAT Visst är det möjligt att utveckla primärvården

1590 MEDLEM Information från Sveriges läkarförbund

1592 LEDIGA TJÄNSTER med platsannonser

1601 MÄNNISKOR & MÖTEN

Nästa nummer av Läkartidningen utkommer den 10 oktober.

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).

Hos oss är vetenskapen alltid i fokus

DENNA VECKA HAMNAR medicinsk vetenskap i fokus runt om i världen genom utdelningen av Nobelpriset. I Läkartidningen är detta ämne dock i centrum i varje utgåva genom det block om cirka 15 sidor som heter Klinik & Vetenskap. Här samlas merparten av det medicinska materialet i tidningen under olika vinjetter. Den som tar sig tid – vilket många gör – att läsa igenom det här materialet kan ofta finna sig vara lite klokare efteråt.

I DENNA UTGÅVA återfinns till exempel på sidan 1584 en originalstudie som har undersökt kvaliteten i diagnostiken av kolorektal cancer i sjukvården i Västerbotten. Ett konstaterande är att 7 procent av cancerfallen hade »missats« vid kolonundersökning. På sidan 1580 finns en översiktsartikel som tar upp akut diagnostik och behandling vid kemiska ögonfrätskador. Här slås fast att omedelbar ögonspolning redan på olycksplatsen är avgörande för att begränsa skadan. Vidare finns på sidan 1576 en rapport om ambulanshelikoptern i Västra Götalandsregionen, den första läkarbemannade enheten i Sverige som rutinmässigt kan ge blod prehospitalt.

Det finns således mycket vetande att ta del av i ett enskilt nummer av Läkartidningen. För detta ska alla som bidrar med artiklar ha ett stort tack.



Pär Gunnarsson,
chefredaktör

Januvia®
(sitagliptin, MSD)

Som tillägg till kost och motion för vuxna patienter med typ 2-diabetes

LÄGG TILL JANUVIA® NÄR DINA PATIENTER INTE NÅR BEHANDLINGSMÅL MED METFORMIN[1]



Signifikant effekt oavsett njurfunktion[2]

Låg risk för hypoglykemier[1a]

Dokumenterad kardiovaskulär säkerhet[3b]

JANUVIA® (sitagliptin) DPP-4-hämmare (Rx; (F) SPC maj 2018) filmdragerade tabletter 25 mg; 50 mg; 100 mg.
Indikationer: För vuxna patienter med diabetes mellitus typ 2, som ett tillägg till kost och motion
• I monoterapi när metformin är olämpligt på grund av kontraindikationer eller intolerans
• I kombination med: metformin, sulfonureid, sulfonureid och metformin, PPARγ-agonist, PPARγ-agonist och metformin, när max tolererbar dos av ovanstående alternativ inte givit tillfredsställande glykemisk kontroll
• Som tilläggsbehandling till insulin (med eller utan metformin) när en stabil insulindosering ej givit tillfredsställande glykemisk kontroll.
Kontraindikationer: överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne.
Graviditet och amning: (B:3) I avsaknad av humandata bör JANUVIA inte användas under graviditet. JANUVIA bör inte användas under amning. JANUVIA ingår i läkemedelsförmånerna endast för patienter som först har provat metformin, SU eller insulin, eller där dessa inte är lämpliga.

Vid förskrivning och för aktuell information, förpackningar och priser se fass.se.

1. Nauck MA et al. Diabetes Obes Metab. 2007;9(2):194–205. 2. Januvia SPC 2017/12, 3. Green JB et al. N Engl J Med. 2015;373(3):232–242.
a) Låg risk för hypoglykemi: 5% rapporterade hypoglykemier med sitagliptin som tilläggsbehandling jämfört med 32% vid tilläggsbehandling med SU. P<0,001 vid 52 veckor.[2]
b) Januvia visade non-inferiority mot traditionell behandling i den kardiovaskulära säkerhetsstudien TECOS. Det primära effektmåttet var tiden till första händelsen av CV-död, icke-dödlig hjärtinfarkt, icke-dödlig stroke eller hospitalisering på grund av instabil angina.

Copyright © 2018 Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA. All rights reserved

MSD
msd.se 08-5781 35 00

DIAB-1241938-0001 MAJ 2018

Visst är det möjligt att utveckla primärvården

Att kontinuitet är viktig i patientmötet är sedan tidigare väl belagt i forskningen. Kontinuiteten ökar inte bara kunskapen om patientens sjukdomstillstånd, den skapar trygghet hos den enskilde och en möjlighet att bli bekräftad inte bara som patient utan också som människa: att få ett sammanhang runt sin vårdsituation.

I en alltmer ansträngd primärvård har många primärvårdsmottagningar fått tyngre uppdrag men mindre resurser. Det vittnar många kollegor om ute i landet. Kontinuiteten får ge vika när fast personal inte orkar stanna kvar i en tuff arbetsmiljö och de som stannar känner etisk stress och att de inte får möjlighet att arbeta hälsofrämjande och proaktivt. Man får behandla redan sjuka patienter i stället för att hjälpa dem innan det gått så långt.

Men det finns ljusglimtar: mottagningar som trots läkarbrist vågat utmana föreställningen att kontinuitet och listningstak inte skulle vara möjligt att genomföra. De som vågat satsa på vårdens innehåll när resurserna i teorin inte räcker till, och satsar på kontinuitet, ett avgränsat uppdrag och fast läkare.

»Det fina är att man på Öland insett att lösningarna ... inte är att göra mer av samma.«

Borgholms vårdcentral på Öland är ett sådant exempel. Där har man visat att det visst går att kombinera färre patienter per läkare med ökad kontinuitet och färre inläggningar för äldre och multisjuka. Den så kallade Borgholmsmodellen har utvecklats lokalt, av en läkare som verksamhetschef och som trott på idén om att prioritera kontinuitet före att räkna pinnar. Med en läkare som verksamhetschef ökar möjligheten att både kunna ta de svåra prioriteringsbesluten och det medicinska ansvaret.

Man hade länge haft problem att rekrytera läkare. Trots fina lokaler var det svårt att få läkare att stanna på orten. I stället för att öka arbetsbelastningen på de läkare som stannade kvar beslutade man sig för att göra tvärtom. Man sänkte antalet patienter per läkare för att kunna prioritera en fast läkarkontakt med uppföljning – med goda resultat som effekt.

De har bland annat introducerat Hemsjukhuset, där multiprofessionella team, inklusive läkare, gör hembesök hos de mest sjuka äldre som av någon anledning mår sämre. Det har resulterat i att många kan vårdas hemma i stället för att sitta på akuten.

Det är fullt möjligt eftersom vårdcentralen prioriterar hembesök i läkarnas scheman och teamen kontinuerligt gör uppföljning av de patienter som har behov av mer vårdresurser.

Det fina är att man på Öland insett att lösningarna på en primärvård i kris inte är att göra mer av samma sak, utan att göra det man egentligen tror är det rätta för patienten. Lagstiftningen är tydlig med att vård ska ges utifrån behov; då måste lösningarna på primärvårdens utmaningar också bygga på samma premiss.

Kan vi skapa en trygg miljö för våra mest sjuka äldre där vi snabbt kan sätta in åtgärder vet vi att belastningen på sjukhusen också minskar. Matematiken är egentligen glasklar. Beslutsfattare behöver fundera mer i termer av behov och vad som bäst gynnar den enskilda individen.

Jag är också övertygad om att en av förklaringarna till succén med Borgholmsmodellen är att verksamhetschefen är läkare och att han har kunnat ta det fulla ansvaret för verksamheten – en verksamhet med fast patientansvarig läkare med en begränsad patientlista som möjliggör för den enskilde allmänläkaren att prioritera de mest sjukas patientbesök, genomföra uppföljning, justera medicinering och diskutera med alla berörda.

Borgholmsmodellen har visat att det trots glesbygd och trots läkarbrist är möjligt. Receptet borde kunna överföras på fler: satsa på fast läkarkontakt, se till att verksamhetschefen också är läkare och kan ta hela ledningsansvaret, begränsa patientlistan och skapa möjlighet till ett diversifierat vårduppdrag. Det leder till en mer attraktiv vård för läkarkåren att jobba i, men framför allt till en vård som är trygg och säker för patienten.



Ove Andersson,
andre vice ordförande,
Läkarförbundet

ove.andersson@slf.se

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Över 700 läkare i gemensamt upprop för primärvården

727 läkare kräver en nationell plan för att lösa bemanningsproblemen i primärvården, en primärvårdreform med listningstak och öronmärkt tid för fortbildning och forskning. »Vi har tröttnat på att vänta«, säger en av initiativtagarna, distriktsläkaren Eliya Syed.

»Satsa på primärvården annars riskerar den att kollapsa«, var rubriken på en artikel på DN Debatt den 28 september. Bakom uppropet står 727 allmänläkare, namn som samlats in via Facebook-gruppen »Läkare inom allmänmedicin«.

»I grund och botten är vi specialister i allmänmedicin lyckligt lottade, eftersom vi har ett mycket intressant och stimulerande jobb, men som situationen ser ut i dag är risken överhängande att vi inom snar framtid kommer att ägna oss åt annat. Då kollapsar primärvården«, skriver läkarna.

Eliya Syed är specialist i allmänmedicin på Helsa Vårdcentral i Sundbyberg samt koordinator och vårdutvecklingsledare vid Akademiskt primärvårdscentrum. Hon är en av initiativtagarna bakom uppropet.

Vilka är ni som har startat uppropet?

– Vi är fem kollegor som arbetar på olika mottagningar, både privata och landstingsdrivna, och en av oss driver själv en vårdcentral. De flesta är relativt nyblivna specialister i allmänmedicin. Vi är engagerade distriktsläkare och tycker att det här är världens bästa jobb. Vi brinner för primärvården, att lära känna våra patienter och ta hand om dem både för smått och stort.



Foto: Daphne Macris

Eliya Syed

Varför gör ni detta?

– Vi vill se en förändring. Vi ville skriva en text för att få något att hända. Vi har tröttnat på att vänta. Vi har effektiviserat i alla år, men nu står vi vid en punkt då resurserna inte räcker till, säger Eliya Syed och fortsätter:

– Vi ser att det gjorts väldigt bra utredningar, dels Stiernstedts, dels Nergårdhs, där man pekar på de brister som finns i primärvården och föreslår förbättringar. Men sedan händer ingenting. Det har funnits förslag på primärvårdsreformer sedan 1990-talet. Nu vill vi att det sker. Vi vill ha en genomtänkt politik som grundar sig i de två utredningarna som finns och som båda blocken skriver under på.

Hur mår primärvården i dag?

– Vi ser att våra kollegor i primärvården som har en vilja att ta hand om patienterna inte riktigt mäktar med eftersom uppdraget hela tiden breddas. Vi har stora vakanser som till viss del fylls på med hyrläkare, men det räcker inte.

Ni kräver en tydlig nationell plan för att rekrytera nya allmänläkare och få de som redan jobbar att vilja stanna kvar, att 10–20 procent av arbetstiden läggs på forskning och fortbildning och en primärvårdsreform med ett listningstak. Vad är viktigast?

– Alla tre kraven måste uppfyllas för att det ska fungera långsiktigt. Vi sätter ner foten och säger att det inte ska vara mer än 1 500 patienter per heltidsarbetande distriktsläkare. Då ser man hur många distriktsläkare vi behöver vara. Och vi behöver fortbildning. Vårt uppdrag är så brett, och mer och mer flyttas ut till oss från sekundärvården. Då måste vi hålla oss uppdaterade.

Har det varit svårt att samla in namn?

– Inte alls. Det verkar vara självklart för alla som jobbar inom primärvården att vi till exempel måste ha fortbildning för att ta hand om det breddade uppdraget och att man måste avgränsa hur många patienter en distriktsläkare ensam ska ansvara för, för att inte äventyra patientsäkerheten. Och att resurser måste följa med när man breddar uppdraget.

Om fler allmänläkare vill stödja uppropet i efterhand, går det – och hur gör man då?

– Vi håller på att se över en teknisk lösning för att göra det möjligt att fylla på uppropet med fler namn. Vi vill att alla läkare verksamma inom primärvården ska skriva på.

Marie Ström

Läs mer! Och kommentera på Läkartidningen.se



Illustration: Colourbox

Svenskt kirurgiskt råd varnar för ogenomtänkt centralisering

Svenskt kirurgiskt råd har nu uttalat sig i debatten om nivåstrukturering och centralisering av den högspecialiserade vården, som reaktion på SVT:s »Dokument inifrån« om Måns Roséns omdiskuterade utredning om den högspecialiserade vården i maj.

I mångt och mycket tycks de ställa sig bakom ett uttalande som Svensk kirurgisk förening gjorde kort efter att SVT:s program sändes.



Foto: Colourbox

Risker och konsekvenser för akutsjukvården måste utredas innan man kan gå vidare med nivåstruktureringen, anser rådet.

Svenskt kirurgiskt råd – ett nätverk med alla opererande professionsföreningar och Svensk förening för anestesi och intensivvård inom Svenska läkaresällskapet – varnar bland annat för att en fortsatt ogenomtänkt nivåstrukturering kan »innebära förlust av fler liv än de som eventuellt kan vinnas med centralisering av enskilda ingrepp«.

Rådet anser också att det måste till en nationell utredning av risker och konsekvenser för akutsjukvården innan man kan gå vidare med nivåstruktureringen.

»I annat fall riskerar centraliseringen att bit för bit rasera en i stort mycket väl fungerande sjukvård i stora delar av landet«, skriver föreningarnas styrelser samt Stefan Lindgren och Britt Skogseid, tidigare respektive nuvarande ordförande i Svenska läkaresällskapet.

Katrin Trysell



Foto: Shutterstock/IBL

Läkare i Västerbotten fick lägga sina egna scheman

Vad händer om läkarna själva får lägga sina scheman? I Västerbotten har individuell schemaplanering testats av 66 läkare på Centrum för anestesi, operation och intensivvård i en pilotundersökning. Resultaten visar på både för- och nackdelar.

I planeringsverktyget har läkarna först fått lägga ett förslag. Därefter jämförs förslagen med bemanningsbehovet och behovet av särskild kompetens. Sedan får läkarna i dialog med varandra korrigera sina scheman tills helheten fungerar. Lyckas inte medarbetarna synka sina scheman får arbetsgivaren till exempel beordra någon att ta ett pass.

Drygt hälften har besvarat en enkät. 71 procent ansåg att möjligheterna att påverka det egna schemat hade blivit bättre. 84 procent ansåg att det blivit lättare att påverka start- och sluttid på arbetspassen och 65 procent att möjligheterna att påverka ledigheter hade ökat. 19 procent ansåg att möjligheterna att påverka sitt schema var lika som förut. Ingen tyckte att möjligheterna hade blivit sämre.

– Sammantaget tyder det på att det kanske är lite lättare att få passformen att funka mellan arbetsliv och privatliv. Att det är lättare att lägga livspusslet, säger professor Göran Kecklund, sömn- och stressforskare och biträdande enhetschef på Stressforskningsinstitutet, som lett undersökningen.

Framkom några nackdelar?

– En stor grupp – ungefär en tredjedel – tycker att det blivit mer konflikter sedan man införde individuell schemaplanering. Jag tror att det är baksidan, säger Göran Kecklund.

Marie Ström

Kollegiala samtalsgrupper minskade stress och utmattning på jobbet

▶ **Reflekterande kollegiala samtalsgrupper kan förebygga stress och utmattning. Det visar en studie som har gjorts av Sveriges Kommuner och landsting, SKL, och Linnéuniversitetet.**

– Det här är positiva resultat. Att med fördjupad kunskap kunna förebygga sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa innebär stora möjligheter både för individer och arbetsplatser, säger Ing-Marie Wieselgren, projektchef på SKL.



I utvärderingen beskrivs modellen som »en relativt enkel och kostnadseffektiv insats för att lindra och förhindra utveckling av stress och utmattning«, och SKL vill nu sprida den till fler kommuner och landsting.

Marie Ström

Utredning: »Visselblåsarna bröt inte mot sekretessen«

De fyra visselblåsarna på Karolinska universitetssjukhuset bröt inte mot sekretesslagstiftningen när de anmälde kirurgen Paolo Macchiarini för forskningsfusk och lämnade ut patientuppgifter till Karolinska institutet och Centrala etikprövningsnämnden, enligt en utredning.

Bakom utredningen står Institutet för medicinsk rätt, ett informations- och utbildningsföretag inom området medicinsk rätt, som gjort utredningen för visselblåsarnas räkning.

Karolinska universitetssjukhusets ledning har under lång tid anklagat de fyra visselblåsande läkarna för olaglig behandling av personuppgifter och journalintrång när de anmälde Paolo Macchiarini för forskningsfusk till Karolinska institutet och Centrala etikprövningsnämnden.

Utredningen trycker bland annat på att sjukvårdspersonal enligt patientsäkerhetslagen ska bidra till att upprätthålla hög patientsäkerhet och att de därmed är skyldiga att rapportera vårdskador och risker.

Den pekar också på att information om två av de aktuella patienterna redan gjorts tillgänglig för allmänheten i medier före visselblåsarnas anmälan – information som till skillnad från visselblåsarnas inte varit avidentifierad.

Därför kan det »starkt ifrågasättas om information som redan är allmänt tillgänglig kan orsaka men för en patient eller närstående genom att utlämnas på nytt«, enligt utredningen.

Katrin Trysell

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

I KORTHET

LÄKARPROTEST MOT UTÖKADE ÖPPETTIDER PÅ VÅRDCENTRALER

▶ I Jönköping har ett aktuellt förslag om att vårdcentralerna ska vara öppna till klockan 19 vållat starka protester bland läkarna. 150 allmänläkare har samlat sig i ett gemensamt upprop.

LANDSTING VILL SLUTA AVTAL DIREKT MED HYRLÄKARNA

▶ Genom att ta bort mellanhänder och erbjuda längre avtal direkt till läkare som har egna bolag hoppas Landstinget i Värmland både sänka kostnaderna för hyrpersonal och förbättra kontinuiteten.

GØTZSCHE UTESLUTEN UR COCHRANE

▶ Peter Gøtzsche har nu slutgiltigt förlorat sitt medlemskap i det internationella Cochranesamarbetet efter ett enhälligt beslut av styrelsen. Han förlorar också chefskapet för Nordic Cochrane Centre, enligt styrelsen. Själv hävdar han dock fortfarande att hans arbete där inte påverkas. På sin blogg deadlymedicines.dk kritiserar Peter Gøtzsche styrelsens beslut i detalj.

SLF SER RISKER MED ATT APOTEK ÄGER VÅRDFÖRETAG

▶ Möjligheten för apotekskedjor att äga vårdföretag är inte samhällsekonomiskt eller etiskt försvarbart, samtidigt som det kan innebära risker för ökade kostnader för patienter, anser Läkarförbundet, som nu efterlyser en skyndsam utredning av frågan.

Stockholm:

Psykiatrins självvalda inläggning permanentas

Efter årsskiftet permanentas och uppskalas den populära modellen självvald inläggning i psykiatrin ytterligare i Stockholm. Men det finns de som tycker att det är förhastat.



Självvald inläggning prövas bland annat i Norra Stockholms psykiatri på Capio S:t Görans sjukhus.

Foto: Fredrik Nilsson

Självvald inläggning innebär att vissa slutenvårdsplatser i psykiatrin öronmärks för svårt sjuka patienter som själva kan lägga in sig om de känner att det behövs.

Modellen – som beskrivits som en succé i medier och redan införts på bred front i flera länder – prövas just nu för patienter med psykossjukdom, ätstörning respektive emotionell instabilitet och självskadebeteende i tre olika projekt i Stockholms läns landsting.

Konceptet tycks snabbt ha blivit populärt hos patienter och personal. Det finns också förhoppningar om att patienter som erbjuds självvald inläggning till exempel ska minska sin vårdkonsumtion.

Vid årsskiftet löper projekttiden ut. Åtminstone verksamheten för patienter med psykossjukdom kommer att permanentas och breddinföras, enligt Maria Smitmanis Lyle, verksam vid Centrum för psykiatriforskning och projektledare för självvald inläggning för patienter med psykossjukdom.

Enligt Maria Smitmanis Lyle utreds också om modellen ska införas för andra målgrupper.

Mattias Strand, överläkare i psykiatri och doktorand som själv forskar på självvald inläggning för patienter med ätstörning, varnar för att redan nu införa konceptet brett.

– I dag framhåller man alla möjliga sätt på vilka det här kan vara bra. Flera intervjustudier visar att modellen medför ökad delaktighet och trygghet, men utöver det är det mest hypoteser.

Han betonar att det naturligtvis är värdefullt att patienterna tycker om modellen.

– Men det är kanske inte så överraskande; patienter som får mer av något brukar tycka att det är bra. Att patienterna gillar modellen är inte heller detsamma som att det är hälsoekonomiskt försvarbart att införa den brett, säger han och fortsätter:

– Det skulle ju faktiskt kunna vara så att man tränger bort andra patienter, som behöver de här platserna ännu mer. Det är inte heller säkert att patienterna med självvald inläggning alltid är de svårast sjuka. Modellen är attraktiv på många sätt, men vi behöver ha mer på fötterna innan den införs brett.

Maria Smitmanis Lyle anser dock inte att det är förhastat att permanenta och skala upp modellen ytterligare.

– Det är viktigt att poängtera att det i dag saknas studier som tydligt kan visa effekten av självvald inläggning jämfört med sedvanlig vård. Men även om vi permanentar ett arbetssätt så innebär det inte att vi slutar utvärdera det. Vi tar förstås med oss att sådana studier kommer att behövas i framtiden för att mer systematiskt kunna utvärdera det här arbetssättet.

Katrin Trysell

Medicinsk kompetens föreslås bli krav för skönhetsbehandlingar

Skönhetsbehandlingar i form av kirurgiska ingrepp och injektioner ska enbart få utföras av hälso- och sjukvårdspersonal, föreslår Socialstyrelsen som utrett frågan på uppdrag av regeringen.

Förslaget i korthet:

- Kirurgiska ingrepp och injektioner som görs i estetiskt syfte ska omfattas av hälso- och sjukvårdslagstiftningen genom ett tillägg i hälso- och sjukvårdslagen. Det handlar om ingrepp och injektioner som går igenom alla hudlager (ej tatueringar).
- Det innebär att enbart hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens får göra kirurgiska ingrepp och ge injektioner i estetiskt syfte och att patientsäkerhetslagen blir tillämplig.
- Det innebär också bland annat krav på journalföring och patientförsäkring samt att verksamheten faller under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg.



Illustration: Colourbox

Elisabet Ohlin

I KORTHET

MELVIN SAMSOM AVGÅR SOM SJUKHUSDIREKTÖR

▶ Karolinska universitetssjukhusets direktör Melvin Samsom har lämnat in sin avskedsansökan, men stannar kvar i sin roll till våren 2019.

Yvonne Dellmark, ordförande i sjukhusets läkarförening, tycker att Samsom valt en olycklig tidpunkt att avgå. I oktober ska två stora flyttlass gå till Nya Karolinska i Solna (NKS), och läkarföreningen varnar för att det kommer att ställa den nya organisationen på prov. ○

KONKURRENSVERKET GRANSKAR KONSULTINKÖP

▶ Konkurrensverket ska granska Karolinska universitetssjukhusets ifrågasatta inköp av tillfälliga toppchefer och konsulter från bemanningsbolaget Nordic Interim. Det rapporterar Dagens Nyheter. ○

ÖKADE KOSTNADER FÖR HYRPERSONAL

▶ Nio av landets regioner och landsting har minskat sina kostnader för inhyrd personal under det andra kvartalet i år jämfört med samma period förra året. De totala kostnaderna för hyrpersonal ökade dock med 6,3 procent. Det visar siffror från Sveriges Kommuner och landsting. ○

VG-REGIONEN VÄLJER NYTT IT-SYSTEM

▶ Västra Götalandsregionen har valt bolaget Cerner med deras lösning Millennium som leverantör av ett nytt vårdinformationssystem. Kontraktet är värt 2,1 miljarder kronor. Det meddelade regionen i förra veckan.

Tanken är att det nya systemet ska ersätta en rad av sjukvårdens befintliga IT-system och skapa en ny gemensam vårdinformationsmiljö. ○

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

FRAMTIDENS SPECIALISTLÄKARE









MÖTEN, INSPIRATION OCH INSIKTER
EN KONGRESS SOM GER MERSMAK

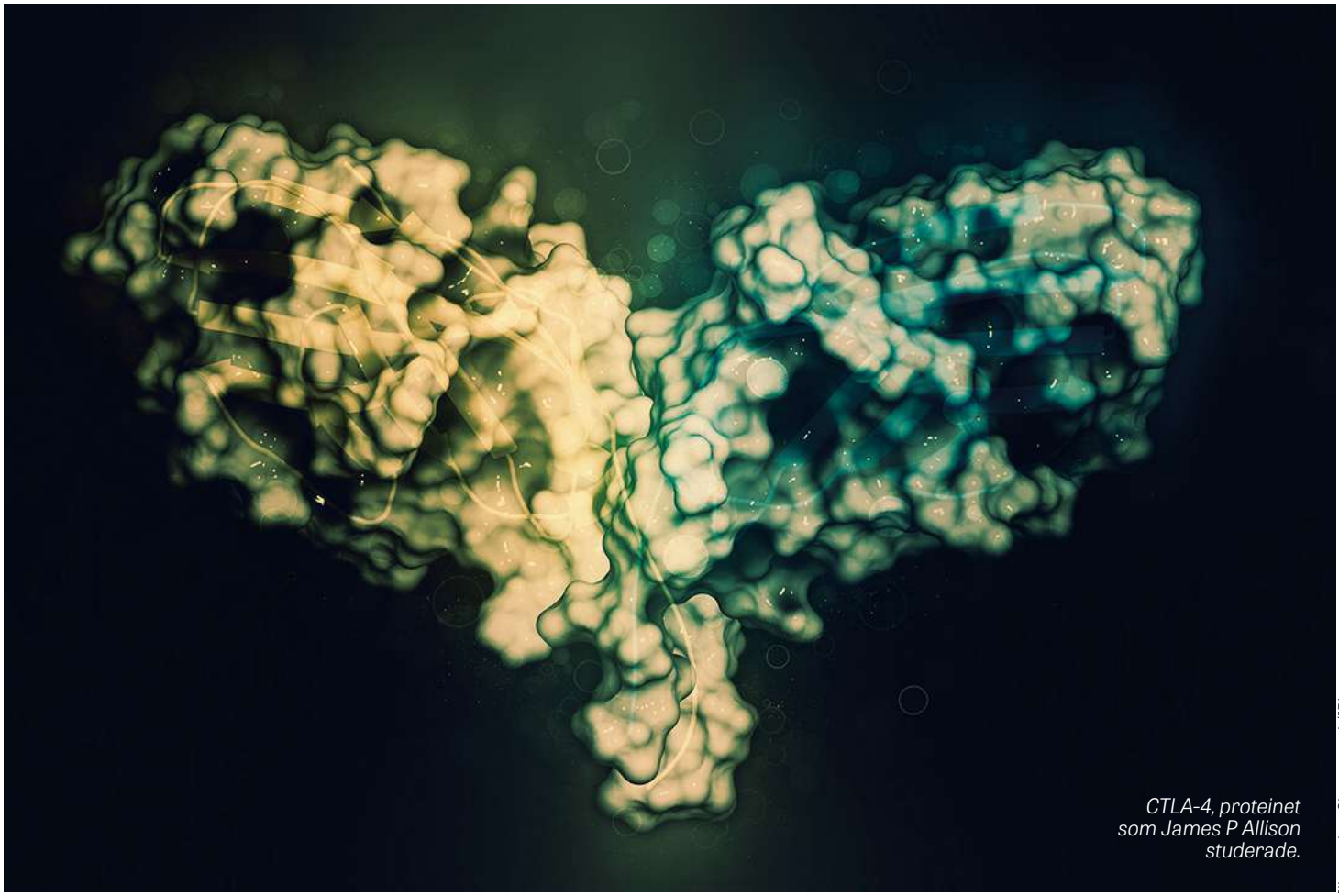
VÄLKOMMEN TILL MALMÖ ARENA
4-7 SEPTEMBER 2018

SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN

LIPUS GRANSKAD OCH GODKÄND KURS

REGION SKÅNE

WWW.FRAMTIDENSLAKARE.SE



CTLA-4, proteinet som James P Allison studerade.

Illustration: Shutterstock/IBL

Nobelpris för immun

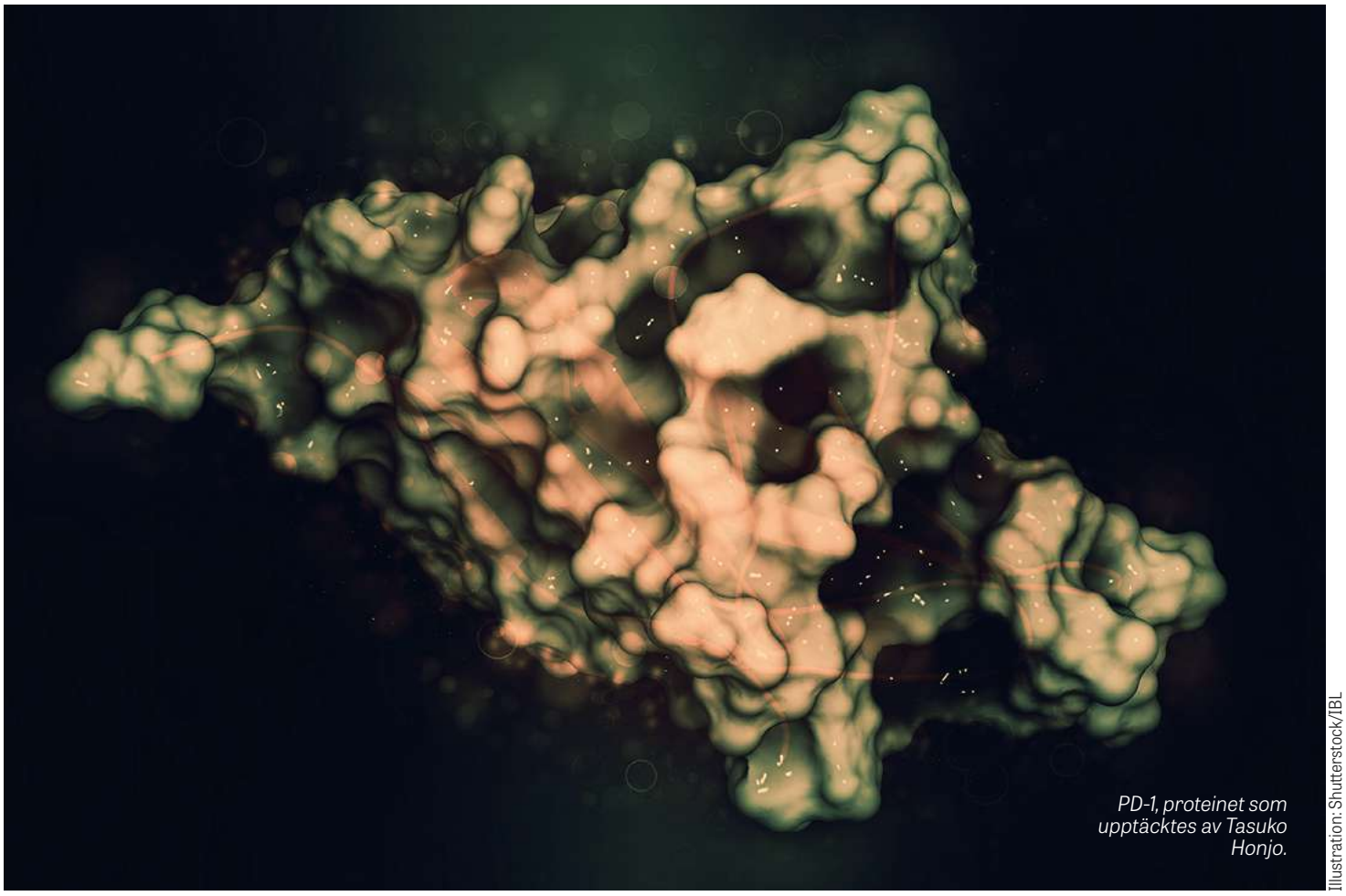
Årets medicinpris i fysiologi eller medicin går till **James P Allison** och **Tasuku Honjo** för deras upptäckter av att cancer kan behandlas genom att »släppa på bromsen« i immunsystemet.



Tasuku Honjo föddes 1942 i Kyoto, Japan. Han tog läkarexamen 1966. Tasuku Honjo är sedan 1984 professor vid Kyoto University, och 1996–2000 och 2002–2004 var han även dekanus där.



James P Allison föddes 1948 i Alice, Texas, USA. Han är sedan 2012 professor vid University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, och är även verksam vid Parker Institute for Cancer Immunotherapy.



PD-1, proteinet som upptäcktes av Tasuko Honjo.

Illustration: Shutterstock/TBL

terapi mot cancer

Årets medicinpris går till James P Allison och Tasuku Honjo för deras upptäckter av hur immunsystemet kan användas för att attackera cancerceller. Motiveringen lyder: »För deras upptäckt av cancerbehandling genom hämning av immunförsvarets bromsmekanismer«.

James P Allison studerade ett protein, CTLA-4, på T-cellernas yta som fungerar som en bromspedal för T-cellen. Han har sedan utvecklat en strategi för att blockera bromsen med antikroppar mot CTLA-4 så att T-cellerna blir aktiva och verksamma mot tumörceller. Det första experimentet gjordes på möss 1994. 2010 publicerades en studie som visade goda resultat hos patienter med spritt melanom.

Redan 1992 hade Tasuku Honjo upptäckt proteinet PD-1, också på ytan av T-celler, som även det fungerade som en bromspedal för immunsystemet. Hans egna och andras djurförsök visade sedan att blockering av PD-1 var en möjlig strategi för cancerterapi. I dag har denna strategi visats ha god effekt vid flera typer av cancer, till exempel lungcancer, njurcancer, lymfom och melanom. Vid melanom har det visat sig att en kombination av blockering av PD-1 och CTLA-4 gett ännu bättre effekt.



Det är 15 respektive 12 år sedan de första anti-CTLA-4-antikropparna och anti-PD-1-antikropparna gavs till patienter. Läkemedlen kallas immunkontrollpunktshämmare (immune checkpoint inhibitors) eller T-cellsaktiverande antikroppar.

Läkemedlen har revolutionerat behandlingen av tumörer med många fler överlevande där det tidigare inte fanns någon behandling alls, även om vissa inte svarar på behandlingen.

Identifieringen av CTLA-4 och PD-1 är kanske också bara början, eftersom andra molekyler med liknande funktioner utforskas. Det finns inga immunbiomarkörer som med säkerhet kan påvisa hur patienter svarar på behandlingen innan den startat, men det är något man hoppas förändra med den forskning som pågår.

Text: **Karin Bergqvist**
Jesper Cederberg

»Jätteroligt och definitivt väntat«

Att Nobelpriset går till immunterapi ger en skjuts åt fältet som helhet. Det säger Angelica Loskog, professor i immunterapi vid Uppsala universitet, som i måndags befann sig på samma möte i USA som James P Allison.

– Det här är jätteroligt! Sedan är det ju definitivt väntat. Att immunterapi får ett Nobelpris, det måste ju ske med tanke på vilka fantastiska kliniska resultat det har varit, där svårt sjuka patienter som inte haft något alternativ kvar till och med kunnat bli botade av den här immunterapin.



Foto: Mikael Wallerstedt

Angelica Loskog

Angelica Loskog forskar sedan många år själv om andra typer av immunterapi – onkolytiska virus och CAR-T-cellsterapi – och befann sig på amerikanska Cancer Research Institutes årliga möte i USA.

Ett möte där alltså även den ena pristagaren – James P Allison – fanns på plats.

– Klockan är bara sex på morgonen här men jag tror säkert att det blir en del ståhej om det här när vi börjar konferensen om en stund, säger Angelica Loskog när Läkartidningen nådde henne i måndags.

– Det som är intressant med checkpointblockadantikropparna är ju att de slår av bromsen så att immunförsvaret verkligen kan fungera. Deras upptäckter är jättestora på så sätt.

Hon är övertygad om att checkpointblockad även kommer att få enorm betydelse i kombination med andra typer av immunterapier framöver.

– Då kan man aktivera immunförsvaret med andra typer av immunterapi och får en skjuts av checkpointhämmarna, säger Angelica Loskog som också anser att det faktum att checkpointblockad går rakt över alla indikationer gör det hela så stort.

– Det är verkligen alla typer av immunterapier som kan ha en kombinationseffekt med de här läkemedlen och det är ju därför det blir så himla stort. Det handlar inte bara om en indikation, utan potentiellt sett om alla indikationer och i kombination med många olika saker som kanske är mer specifika för vissa indikationer eller patientgrupper, fortsätter hon.

Katrin Trysell

»Så utomordentligt välförtjänt«

»Det här är en stor dag« – det säger Lars Ny, överläkare och docent vid onkologiska kliniken vid Sahlgrenska universitetssjukhuset apropå årets Nobelpris i fysiologi eller medicin.

– Det här är så himla roligt. Det är fantastiskt och så utomordentligt välförtjänt. Det här är något som verkligen är patienterna till fromma – något som vi redan i dag har stor klinisk användning för hos patienter med olika typer av cancer och som kommer att få stor betydelse framöver, säger Lars Ny.



Lars Ny

Det är också ett stort erkännande av den här typen av behandling och kommer att betyda mycket för dem som jobbar inom det här fältet, både kliniskt och forskningsmässigt, anser han.

– Vi har ju ett antal kliniska studier som bedrivs från svenska sjukhus och som i dag är tillgängliga för många patienter. Vi hoppas att det blir ännu fler som kan vara med i de här studierna. Den här uppmärksamheten gör så klart att de förutsättningarna ökar.

Han konstaterar att behandling som grundar sig på pristagarnas upptäckter har ökat långtidsöverlevnaden för till exempel spritt malignt melanom avsevärt hos många patienter.

I dag är detta standardbehandling för patienter med malignt melanom som spritt sig till lymfkörtlar eller till andra delar av kroppen där man inte kan operera bort cancern. Det är också standardbehandling vid många former av lungcancer liksom vid blåscancer där cellgifter inte fungerat.

– Jag kan ju rada upp ett antal diagnosgrupper, som du hör. De som inte varit så mycket i fokus för just den här behandlingen är bröstcancer och prostatacancer, som ju är våra största patientgrupper, säger Lars Ny och fortsätter:

– Men jag tror att även de patientgrupperna kommer att bli aktuella på några års sikt när vi har förstått hur immunsystemet fungerar även vid de diagnoserna.

En utmaning framöver anser han blir att hitta nya kombinationsbehandlingar som ökar behandlingseffekterna ytterligare.

– Ser man det ur ett strikt sjukvårdsperspektiv så är utmaningen att kunna behandla de patienter som behöver den här typen av behandling och att sjukvården får resurser för att kunna göra det på ett bra sätt.

Katrin Trysell

215 NOBELPRISTAGARE I MEDICIN ELLER FYSIOLOGI

- Nobelpriset i medicin eller fysiologi har delats ut 109 gånger mellan 1901 och 2018.
- 215 personer har varit mottagare av medicinprisen. 39 av dem har fått hela priset själv. 33 pris har delats mellan två mottagare och 37 pris mellan tre mottagare.
- Genomsnittsåldern för en Nobelpristagare i medicin eller fysiologi (till och med 2017) är 58 år.
- Den yngsta medicinpristagaren någonsin är Fredrick G Banting, som bara var 32 år när han fick priset 1923 för upptäckten av insulin. Äldst vid mottagandet av medicinpriset var Peyton Rous, som var 87 år när han fick priset 1966 för sin upptäckt av tumörinducerande virus.
- 74 av de 215 medicinpristagarna är födda i USA. Övriga länder där fler än fem medicinpristagare är födda är Storbritannien (26), Tyskland (18), Frankrike (12), Australien (7), Sverige (7), Polen (6), Schweiz (6), Österrike (6).

Källa: nobelprize.org

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



Mer debatt på nätet

▶ På Läkartidningen.se hittar du fler intressanta debattartiklar och replikskiften. Där hittar du även instruktioner, tips och råd för debatt. Med en läsarkommentar kan du direkt göra din röst hörd, och författaren få svar på sina åsikter. Välkommen med ditt inlägg!



Illustration: Colourbox

FÖRLEGAT OM SMÄRTA I NACKE OCH RYGG

▶ **Det är viktigt att det som skrivs om långvarig smärta inte ytterligare stigmatiserar smärtpatienterna, skriver Johan Hambraeus, som anser att en ABC-artikel i LT riskerar att bidra till att fördomar stärks och behandlingsbara smärttillstånd missas.**

Läkartidningen. 2018;115:FCL7

Replik:

ABC-ARTIKLAR BASERAS PÅ BÄSTA TILLGÄNGLIGA VETENSKAPLIGA UNDERLAG

▶ **Ryggsmärta är ett vanligt symtom på såväl ofarliga som farliga tillstånd, och att inte beskriva specifika diagnoser skulle te sig märkligt och inte uppfylla syftet med en ABC-artikel, skriver Helena Brisby i denna replik till Johan Hambraeus.**

Läkartidningen. 2018;115:FCZM

Vad tycker du?
Kommentera på Läkartidningen.se

Optimera profylaxen mot neonatala GBS-infektioner

Riktad antibiotikaprofylax är effektivare baserad på påvisande av grupp B-streptokocker hos mödrar än på maternella riskfaktorer. Förväntad minimal morbiditet, mortalitet och omfattning av hjärnskador innebär humanitära och samhällsekonomiska vinster.

Claes Schalén, docent, överläkare em, institutionen för laboratoriemedicin, Lunds universitet
● claes.schalen@med.lu.se

Baharak Saeedi, mikrobiolog, PhD, klinisk mikrobiologi, Karolinska universitetslaboratoriet, Huddinge
● baharak.saeedi@sll.se

Lars G Burman, laborator em, Smittskyddsinstitutet (i dag Folkhälsomyndigheten), Solna
● lars.g.burman@gmail.se

Grupp B-streptokocker (GBS) är den främsta orsaken till neonatal sepsis, meningit och pneumoni. Incidensen är 0,5–3/1 000 födda och mortaliteten upp till 10 procent. Dessutom föreligger 30–50 procents risk för bestående hjärnskada [1, 2].

Upp till 30 procent av gravida bär under kortare eller längre tid GBS i tarmen och/eller urogenitalt, och barnet kan smittas via luftvägarna under förlossning. Så kallade early onset-infektioner (EOGBS) utgör 70 procent av GBS-infektioner under neonatalperioden. De debuterar under första veckan, oftast första dygnet. Incidensen kan minskas genom intrapartal antibiotikaprofylax (IAP), i första hand penicillin. Ämnet diskuterades i LT 2010 [3]. Sedan dess har ett vaccin utvecklats, men implementeringen dröjer [4].

I LT refererades nyligen en studie [5, 6] av incidensen av early onset-infektioner före och efter Socialstyrelsens rekommendationer [7] om tidig IAP vid förekomst av minst en maternell riskfaktor (förtidsbörd, tidig vattenavgång, feber under partus, GBS i urinen under graviditeten eller tidigare GBS-sjukt barn). Under sex år registrerades 227 klassiska fall: cirka 40 fall/år i landet (varav ett par dödsfall) och 10–20 förväntade fall av hjärnskada [1, 2]. Hos gravida med minst en riskfaktor som fick IAP reducerades risken för early onset-infektioner med 50 procent, men på grund av låg följsamhet (många mödrar fick inte föreskriven IAP) blev den totala minskningen endast 25 procent efter införandet av riskbaserad IAP.

Incidensen av early onset-infektioner kan minskas ytterligare. IAP baserad på påvisande av GBS med selektiv odling i sen graviditet gav 50 procents lägre incidens jämfört med riskbaserad profylax i en amerikansk studie [6], och i USA infördes allmän GBS-screening redan 2002. Effekten bekräftades av Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [7] och i en studie från Hongkong [8].

I en studie från en del av London med hög incidens av early onset-infektioner och illa fungerande riskfaktorbaserad IAP prövades antenatal GBS-odling som bas för IAP.



Foto: Colourbox

Upp till 30 procent av gravida bär under kortare eller längre tid GBS i tarmen och/eller urogenitalt.

Incidensen föll generellt från 0,99 till 0,33/1 000 mödrar och till 0,16/1 000 bland mödrar som odlats (67 respektive 84 procent). Vid återgång till riskfaktormetoden steg incidensen till ursprunglig nivå [9, 10].

Ett europeiskt konsensusmöte 2014 betonade att maternella riskfaktorer föreligger vid cirka hälften av early onset-infektioner. Allmän screening för GBS rekommenderades för att uppnå en riktad användning av IAP [11]. Enligt en enkät besvarad av 95 länder hade 60 länder nationella riktlinjer för IAP; i 25 länder baserad på riskfaktorer men i 35 på påvisande av GBS [12].

Genom intrapartal PCR-testning för GBS kan IAP fokuseras till mödrar med vaginalt bärarskap av GBS vid partus [8, 9, 13, 14]. IAP baserad på intrapartal PCR medförde inte ökad antibiotikaanvändning jämfört med riskbaserad IAP i en finsk studie [15]. Förutsatt att den metod som används har god sensitivitet, specificitet och hanterbarhet ger PCR-diagnostik vid partus bättre följsamhet, optimal styrning av IAP och störst utsikt att minimera GBS-pneumoni, early onset-infektioner och deras komplikationer.

Automatiserat PCR-test ger svar inom 30–60 minuter och har god precision [16, 17]. I en metaanalys av GBS-PCR (6 368 kvinnor) [17] var sensitiviteten 93,7 procent och specificiteten 97,6 procent. En fransk studie av 5 575 förlossningar visade att kostnaden för PCR-screening för GBS uppvägs av minskade kostnader för neonatalvård [18].

»Med tillgänglig kunskap blir det allt svårare att förklara för dagens föräldrar varför vi inte använder påvisande av GBS … som grund för IAP.«

Förväntad minimal morbiditet, mortalitet och omfattning av neurologiska sekvele genom intrapartal GBS-PCR innebär humanitära och samhällsekonomiska vinster. Med tillgänglig kunskap blir det allt svårare att förklara för dagens föräldrar varför vi inte använder påvisande av GBS, i första hand med PCR, som grund för IAP. Det är angeläget att Socialstyrelsen, ihop med berörda professioner, uppdaterar sina riktlinjer för IAP. ○

● Potentiella bindningar/jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Läs mer! Referenslistan, se webben: Läkartidningen. 2018;115:FCS6

Cochranekontrovers: Är HPV-vacciner säkra?

Hittills tycks nyttan av HPV-vaccination ha övervägt möjlig skada. HPV-vaccination av skolflickor bör därför fortsätta.



Inge Axelsson, barnläkare, professor, Mittuniversitetet och Östersunds sjukhus
● inge.axelsson@miun.se

Illustration: Colourbox

I maj i år publicerades en Cochraneöversikt om säkerheten hos vacciner mot humant papillomvirus (HPV) [1]. Forskare vid Cochrane Nordic i Köpenhamn och universitetet i Oxford [2] är oense med ledningen för Cochrane [3] om huruvida översikten omfattar alla relevanta studier och hur data ska tolkas. Jag ska här inte välja sida i konflikten men försöka besvara frågan: är HPV-vacciner säkra för de vaccinerade?

I Cochraneöversikten slog man samman 71 176 kvinnor i 23 randomiserade, kontrollerade studier (RCT) av säkerheten hos HPV-vacciner, främst Cervarix och Gardasil, med varierande uppföljningstid (7 månader–10 år; i flertalet fall 5–10 år). Man fann något fler dödsfall (14/10 000) bland kvinnor som fått vaccin än bland kvinnor som fått kontrollpreparat (11/10 000). Kontrollpreparaten var placebo, adjuvans eller annat vaccin. Den relativa risken (RR) för död efter vaccin jämfört med placebo var 1,29 (95 procents konfidensintervall [95KI] 0,85–1,98). Konfidensintervallet omfattade 1,0, vilket betyder att skillnaden inte var signifikant.

I en subgrupp, kvinnor över 25 år, var emellertid dödsfallen signifikant fler i vaccingruppen än i kontrollgruppen: RR 2,36, 95KI 1,10–5,03 (10 737 kvinnor i tre RCT). Dödsfallen kom vid varierande tid efter vaccinationen och orsakades av vitt skilda händelser som bröstcancer, självmord, mord, stroke etc. Författarna drog slutsatsen att det var osannolikt att ökningen av död i vaccingruppen berodde på vaccinet.

Kritiker påpekade bland annat att några av författarna till Cochraneöversikten tidigare arbetat åt vaccinbolag som säljer HPV-vaccin och att de missat att ta med ett stort antal opublicerade och publicerade studier i översikten [2]. Cochrane har svarat på kritiken. De har kompletterat översikten med data från en del av de nyfunna studierna. Externa forskare deltog i detta arbete, som redovisades i tabeller som visar att resultaten bara ändras marginellt och att slutsatserna inte påverkades.

Min slutsats blir att det är avgörande för trovärdigheten att Cochrane står fritt från läkemedelsindustrin och att länder med register över vaccinationer – exempelvis Danmark och Sverige – bör utföra nationella kohortstudier som jämför HPV-vaccinerade och ovaccinerade kvinnor med avseende på mortalitet och diagnoser som rapporterats från vaccinerade kvinnor, till exempel komplext regionalt smärtsyndrom. Hittills tycks nyttan av HPV-vaccination ha övervägt möjlig skada. HPV-vaccination av skolflickor bör därför fortsätta.

● Potentiella bindningar/jävsförhållanden: Peter C Gøtzsche introducerade mig i evidensbaserad medicin för cirka 20 år sedan, och jag har sedan dess träffat honom och Tom Jefferson sporadiskt vid vetenskapliga möten.

Läs mer! Referenslistan, se webben: Läkartidningen. 2018;115:FDC7

Boka din plats idag!

Lund
8 november
2018

Framtidens primärvård – vårt ansvar!

Personcentrerad vård, modern teknik, teambaserat arbetssätt och utökat uppdrag – så jobbar vi framåt med nya utmaningar och möjligheter för första linjens hälso- och sjukvård.

Följ oss på plats i Lund! Välkommen till en givande eftermiddag.

Program • 8 november

12:00–13:00	**Registrering och lättare lunch**
13:00–13:05	**Inledning** *Fredrik Gunmalm, affärsområdeschef Capio Närsjukvård*
13:05–13:30	**Hälsoval 2:0 – hur blir det bättre för patienten?** *Anders Åkesson (MP), regionråd Region Skåne*
13:30–13:55	**Hur ser primärvården i Skåne ut efter Hälsoval 2:0?** *Talare meddelas inom kort*
13:55–14:20	**Nya arbetssätt / sambedömning / IBH** *Rickard Fahlström, specialist i allmänmedicin RMC samt Anneli von Cederwald, psykolog*
14:20–14:50	**Kaffe**
14:50–15:25	**Capio Active Training (CAT) för mångsökare** *Anna Lena Teorell, naprapat, Helsingborg söder*
15:25–15:50	**Hur leder vi förändring?** *Martin Kvist, specialist i allmänmedicin, kvalitetsansvarig Lund Hälsoval*
15:50–16:15	**Paneldebatt**
16:15–16:30	**Sammanfattning och avslut** *Fredrik Gunmalm, affärsområdeschef Capio Närsjukvård*

Moderator: *Eva Nordin*

Programansvariga: *Capio Academy*



Ett samarrangemang mellan Capio Academy och Läkartidningen.

Arrangör:

Capio Academy

Park Inn By Radisson
Hedvig Möllers gata 2, Lund

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

Möten och händelser från klinisk vardag som omtalas i Läkartidningens krönikor är antingen fingerade eller anonymiserade.

»Trösten man vill ge kan skilja sig från den någon annan vill ha.«

»MEN MAMMA, VAD GÖR DU?«, säger fyraåringen förtvivlat när mina fingrar stryker över hans blöta kinder.”

»Du gråter ju«, säger jag. »Jag vill ju trösta dig.«

Men han ser på mig med den mörkaste, mest oförstående av blickar.

»Men mamma«, säger han sakta. »Du har sagt att man får vara ledsen. Varför torkar du då bort mina tårar?«

Och de där orden stannar kvar hos mig, långt efter att han har gråtit klart. De påminner mig om hur trösten man vill ge kan skilja sig från den någon annan vill ha. Om hur mycket lättare det är att få den tröst man behöver, när man har lärt sig hur man ska be om den.

JAG TÄNKER PÅ HANS ORD en dag när jag lämnar ett besked. Den sorten som alltid blir Beskedet med stort B, som splittrar tillvaron i det som var och det som blev.

När patienten sitter tyst utan att röra en min och jag vill fylla den tystnaden med ord. När jag vill tala om behandlingar och förhoppningar och förväntningar men vet att jag inget borde säga.

Precis som god kirurgi handlar om att veta när man inte ska sätta kniven i någon handlar god samtalskonst om att veta när man inte ska tala.

Jag tänker på hans ord när jag stöter på krisen där jag inte väntat mig den. Diabeteskontrollen när jag sneglar på proverna och undrar om det skett något med livsstilen, HbA_{1c} har ju ökat så fasligt? Och när jag ser upp rinner tårarna längs patientens kinder. För visst har det hänt något. Livet har ställts på ända. Och hur ska man klara en morgonpromenad när varje sekund är fylld av förgörande sorg?

Tårarna får rinna en stund innan vi fortsätter. Man får vara ledsen.

Jag tänker på hans ord när jag sitter med människor som inte kan tala om tröst – om att de behöver den, om hur de vill ha den. Som behöver självskada som ett sätt att tala när orden sviker och känslorna svider. När övergivenheten är så överväldigande stor. Tänker på det när jag sitter med den sortens patienter som hade kunnat säga: torka inte bort mina tårar när jag är ledsen, men mena: gnugga bort dem så hårt att det gör ont. Med patienter som skriker: aldrig i livet att jag stannar här, men menar: snälla, tvinga mig att vara kvar.

JAG TÄNKER: VILKEN YNNEST det är för oss som har förmågan att berätta vad det är vi behöver. Som har mött människor som varit villiga att möta de behoven. Vilken livsnödvändighet att ha fått med sig de verktyg de flesta av oss fått lära oss som barn: att ge det egna känslolivet en giltighet, en begriplighet, och förmågan att omvandla den begripligheten till ändamålsenliga handlingar.

Och därför är väl ingen mor nöjdare än jag, när jag kommer hem efter en intensiv kväll som psykjour, och hör den klara fyraåringsstämman förmana farmor:

»Nej. Torka inte bort mina tårar. Låt dem rinna. Men kan jag få en kram i stället?«



Ulrika Nettelblad,
AT-läkare, Ålands centralsjukhus
unettelblad@gmail.com
www.facebook.com/unettelblad

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.** *Läkarchef Andreas Rönnersten och Karin Moscicki, avancerad specialistsjuksköterska, båda 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

KLINIK &VETENSKAP

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

4 frågor till

Thorsteinn S Arnljots

ST-läkare som tillsammans med Branka Samolov skrivit en översiktsartikel om ögonfrätskador.



Varför skriver ni den här artikeln just nu?

På S:t Eriks ögonsjukhus pågår ett ständigt arbete med att både utveckla nya och uppdatera befintliga vårdprogram. Anledningen är att patienterna ska kunna känna sig trygga i att åtnjuta en hög behandlingsstandard oavsett när och var man söker. För mig personligen var detta dessutom ett trevligt tillfälle att fördjupa sig mer inom ett av många spännande områden inom oftalmologin.

Vad är svårast med ögonfrätskador?

Svår fråga. I ett vidare perspektiv finns ett behov av att öka kunskapen om den initiala handläggningen till alla som kan tänkas komma i kontakt med denna typ av skador. Just därför är det viktigt med tydliga behandlingsriktlinjer och att vårdkedjan fungerar hela vägen.

Har du något råd till andra läkare som träffar patienter med ögonfrätskador?

Att engagera sig i undersökningsmetodik och handläggning av akuta ögonsjukdomar, vilket många redan gör, samt se över adekvat utrustning för en god klinisk bedömning såsom till exempel ögonmikroskop. Det kan vara helt avgörande på sikt för patienten att nå ut med rätt råd och sedan behandling i tid.

Varför ville du bli läkare och hur valde du specialitet?

Läkaryrket är trevligt för att man kan kombinera den humana aspekten med modern medicinsk vetenskap, och inom ögonspecialiteten finns möjligheten att kombinera detta med kirurgi. På S:t Eriks ögonsjukhus finns dessutom en tydlig strävan att ligga i den absoluta framkanten både vetenskapligt och kliniskt. Som ST-läkare åtnjuter man en föredömlig bredd i utbildningen, vilket förstås är mycket spännande.

Sara Holfve

1580
Kemiska ögonfrätskador – akut diagnostik och behandling

1572
Tidig och adekvat transfusion vid massiv blödning räddar liv

1575
Nya rön

1576
Prehospital blodtransfusion är en säker behandling

1584
Sju procent av cancerfallen hade »missats« vid kolonundersökning



Ungas psykiska ohälsa – en oroande trend

EN OROANDE TREND I VÅRT SAMHÄLLE är att allt fler barn och unga lider av psykisk ohälsa. Depression och ångeststörningar är de vanligaste problemen. Denna trend har livligt diskuterats såväl inom professionen och sjukvårdspolitiken som i medierna de senaste åren. Läkartidningen arrangerar om två veckor ett seminarium med titeln »Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar«, där aktuell forskning presenteras och möjliga orsaker till denna sjukdomstrend diskuteras.

En förutsättning för att kunna hjälpa barn och ungdomar är en välfungerande sjukvård, skola och socialtjänst - alltså ett väloljat samhällsmaskineri. Men för att det ska vara till hjälp krävs förstås goda kunskaper om hur vi ska stödja en positiv hälsoutveckling.

»Har inte familjeperspektivet fått för lite uppmärksamhet i dagens samhälle där var och en, ung som gammal, ska klara sig själv?«

I SEPTEMBERNUMRET av tidskriften Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry fann jag två intressanta artiklar om betydelsen av föräldrars psykiska hälsa för barns psykiska hälsoutveckling. I linje med klinisk erfarenhet och klassisk litteratur framhålls att det nära emotionella samspel som finns mellan föräldrar och barn har en dubbelriktad påverkan. Att uppmärksamma föräldrarnas mående och psykiska hälsa och vid behov erbjuda stöd och behandling när barn mår dåligt vore nog mycket värdefullt. Begreppet familjepsykiatri tilltalar mig.

Har inte familjeperspektivet fått för lite uppmärksamhet i dagens samhälle där var och en, ung som gammal, ska klara sig själv?

Margaretha Bågedahl Strindlund, medicinsk redaktör
Margaretha.Bagedahl@lakartidningen.se

Tidig och adekvat transfusion vid massiv blödning räddar liv



Mikael Ekelund, docent, överläkare, Skånes universitetssjukhus; Sheikh Khalifa Medical City Ajman, Förenade Arabemiraten
● mikael.ekelund@med.lu.se

Trauma i form av penetrerande eller trubbigt våld och icke-trauma som obstetrisk blödning, kärlruptur eller gastrointestinal blödning kan ge upphov till massiv blödning. Detta kan definieras antingen som behov av 3 enheter blod på 1 timme eller transfusionsbehov överstigande 10 enheter under 24 timmar [1].

Även om det finns variation så kan man grovt räkna med att blodvolymen motsvarar 7 procent av kroppsvikten hos vuxna och 8–9 procent hos barn. Blodvolymen vid fetma kan uppskattas utifrån idealvikten [2].

Tidsfaktorn avgörande för prognosen

Under de senaste två decennierna har medvetenheten ökat om att tidsfaktorn och det initiala omhändertagandet är av avgörande prognostisk betydelse för överlevnad. I större delen av världen och i hela västvärlden hanteras i dag traumapatienter strukturerat och strikt efter ATLS (advanced trauma life support) och dess prehospitala variant PHTLS (prehospital trauma life support).

Primärt är att förebygga, upptäcka, behandla och bota inadekvat organperfusion och vävnadssyresättning, dvs chock, samtidigt som specifik organskada förebyggs, upptäcks, behandlas och botas [2]. Blödning är den vanligaste orsaken till chock vid trauma. Efter att andning och ventilation är säkrad följer bedömning av cirkulationen och eventuella tecken på chock.

Kompensatoriska mekanismer kan maskera en förlust av upp till en tredjedels blodvolym. Takykardi med puls >100 (vuxna), >120 (skolbarn till pubertet) och >140 (barn före skolålder) och samtidig vasokonstriktion med kall hud vid trauma talar starkt för blödningsorsakad chock [2].

Stoppa pågående blödning

Vid akut blödning är prioritetsordningen att få kontroll över uppenbar blödning, erhålla intravenös åtkomst och återfå adekvat vävnadsperfusion och syresättning av vitala organ. Yttre blödning stoppas med kompression. Livshotande blödning från extremitet kan behöva stoppas med tourniquet. Bäckenfrakturer stabiliseras med bäckengördel [2].

Intravenös åtkomst är företrädesvis med perifer grovkalibrig venkanyl i vardera arm. Vid misslyckad venös åtkomst prehospitalt, och även i urakut situation på sjukhus, kan intraosseös nål sättas.

Vätska vid pågående blödning ska vara varm (38–39 °C), och alla åtgärder ska vidtas för att undvika hypotermi. Mängden vätska och blod för adekvat resuscitering är initialt svår att förutspå. Standard är att ge 1 liter varm kristalloid vätska (i Sverige Ringer-acetat) eller för barn under 40 kg 20 ml/kg som bolus, vilket åtföljs av bedömning av vitalparametrar, vävnadsperfusion och syresättning [2].

Vätskeöverbehandling ska undvikas

Vid akut blödning, särskilt vid penetrerande våld, ska vätskeöverbehandling undvikas, och subnormalt blodtryck, även kallat hypotensiv eller permissiv resuscitering, kan accepteras under begränsad tid [2]. Övertransfusion innebär en blodtrycksstegring kring eller över det normala, vilket kan leda till att lokal koagulation omöjliggörs eller att befintligt koagel lossnar med reblödning som följd.

Vid övertransfusion med blodkomponenter i icke-korrekta proportioner eller överresuscitering med kristalloider tillkommer dessutom en spädningseffekt, som ökar risken för koagulationsrubbning.

Studier av bättre kvalitet behövs för att klarlägga indikationer och tillämpning av hypotensiv resuscitering [3].

Målet med behandlingen

Målet med all behandling vid blödning är att återställa adekvat vävnadsperfusion och att snabbt få kontroll över blödningskällan. Vid blödningschock innebär inadekvat vävnadsperfusion och inadekvat vävnadssyresättning en övergång till anaerob metabolism med negativt basöverskott och hög laktatnivå.

Provtagning kan hjälpa till i bedömning av allvarlighetsgrad, och upprepad provtagning kan användas för att följa svar på insatt behandling. Dock kan ibland vävnadsacidos döljas genom att sura metaboliter inte i tillräcklig grad transporteras till den centrala cirkulationen, vilket vid förbättrad vävnadsperfusion kan ge paradoxal men övergående ökning av laktat och mer uttalad metabol acidos när metaboliter lämnar tidigare hypoperfunderade vävnader.

Behandling med bikarbonat har ingen plats vid blödningschock [2].

Inotropa medel och vasopressorer kan maskera reell blodförlust genom vasokonstriktion och därmed ytterligare försämrad vävnadsperfusion, vilket förvärrar acidos och därmed koagulationsförmågan. Inotropa och vasoaktiva medel ska inte användas vid blödningschock annat än i extremfall (fall av uttalad hjärtsvikt eller uttalad vasoplegi) och i så fall med fortsatt intensivt fokus på att ersätta förlorad blodvolym och under noggrann monitorering [2, 4].

»Den i detta nummer presenterade artikeln ... visar på ett steg framåt för att tidigt förbättra leverans av syre till vitala organ ...«

Protokoll för massiv transfusion ska finnas

Vid transfusion föredras fullt korstesta-

HUVUDBUDSKAP

- Vid massiv blödning är adekvat initialt omhändertagande avgörande.
- Primärt är att stoppa blödningen, medan blod, plasma och trombocyter ges i balanserad proportion.
- Subnormalt blodtryck tillåts under begränsad tid, utom vid samtidig skallskada.
- I behandlingen ingår tranexamsyra, kalcium och fibrinogen liksom reversering av blödningsfaciliterande läkemedel.



Foto: Shutterstock/IBL

Tidsfaktorn och det initiala omhändertagandet är avgörande för prognosen vid massiv blödning. Den verksamhet med blodtransfusion under transport med ambulanshelikopter som beskrivs i en artikel i detta nummer visar på ett steg framåt för att tidigt förbättra leveransen av syre till vitala organ.

de produkter, vilket dock tar ca 1 timme. Till män i hemorragisk chock ges blodgrupp O. Till kvinnor före menopaus ges blodgrupp O och Rh-negativt blod. Så snart matchat blod finns, ska detta ges. Vid konstaterad massiv blödning har kristalloider ingen roll annat än som brygga för att upprätthålla någon grad av cirkulation i väntan på blodkomponenter. Syreleveranskapaciteten upprätthålls med transfusion av erytrocyter, och volymsubstitution sker med plasma.

För patienter utan skallskada är målet systoliskt blodtryck på 80–90 mm Hg med Hb 70–90 g/l [4]. För patienter med skallskada eftersträvas ett medelartärtryck ≥80 mm Hg [4].

I modernt omhändertagande av massiv blödning ska det finnas protokoll för massiv transfusion, ibland kallat akut transfusionspaket, som aktiverar hela transfusionskedjan och också gör blodcentralen medveten om att ytterligare behov av blodkomponenter är att vänta. I paketet sker leverans vanligen i proportionerna 4 E erytrocyter, 4 E plasma och 1 E trombocyter. För barn brukar transfusionen ske i paket med proportionerna i storleksordning 20:20:10 ml/kg upp till patientvikt 50 kg [5].

I Sverige innebär en enhet trombocytkoncentrat vanligen trombocyter tappade från 4–6 givare. Det innebär att protokoll i Sverige för erytrocyter, plasma och trombocyter på 4:4:1 motsvarar de protokoll som i utländsk litteratur beskrivs med 1:1:1.

Läs mer!
Artikel sidan 1576, fullständig referenslista på Läkartidningen.se

Poängsystem för bedömning

Protokoll för massiv transfusion är kostsamt och resurskrävande, varför det är ett grannlaga avgörande när det ska sättas in. Samtidigt blir skadan stor och kostnaden potentiellt ännu större i de fall då protokoll för massiv transfusion var indicerat men inte sattes in.

Det finns många poängsystem, men inget är optimalt [6]. Det enklaste och för närvarande sannolikt bästa som inte kräver laboratorieanalys är »Assessment of blood consumption« (ABC-poäng ≥2). Penetrerande våld, blodtryck <90 mm Hg, puls >120 slag/min och fri vätska i buken (enligt akut-rumsultraljud) ger 1 poäng vardera [6, 7].

För patienter som svarat på initial vätskebehandling men som försämras (s k transient responders) är oftast aktivering av protokoll för massiv transfusion aktuellt, och definitivt för patienter som inte alls svarar på initial vätskebehandling. Båda dessa patientkategorier kräver omedelbar blodstillande åtgärd [2].

Förutom blodprodukter ingår tranexamsyra, fibrinogen och kalcium i behandling av massiv blödning liksom reversering av koagulations- och trombocythämmande läkemedel [1, 2, 4-6, 8, 9].

Ett steg framåt

En ABC-artikel om akut blödning vid trauma publicerades i Läkartidningen 2016 [8]. För fördjupad kunskap om hemostas vid allvarlig blödning finns ett väl genomarbetat vårdprogram utarbetat av Svenska sällskapet för trombos och hemostas (SSTH) [9].

Den i detta nummer presenterade artikeln om introduktion av prehospital blodtransfusion i Sverige visar på ett steg framåt för att tidigt förbättra leverans av syre till vitala organ, vilket köper tid under transporten till sjukhusets möjligheter till definitiv blodstillning. Framtiden får utvisa vilka patienter som gagnas av prehospital transfusion och om andra koagulationsstimulerande åtgärder kan och bör initieras prehospitalt. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2018;115:FCL6

REFERENSER

2. Committee on Trauma of the American College of Surgeons. The Advanced Trauma Life Support student course manual. 10th edition. Chicago, IL: American College of Surgeons; 2018.
4. Rossaint R, Bouillon B, Cerny V, et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fourth edition. Crit Care. 2016;20:100.
6. Chang R, Holcomb JB. Optimal Fluid Therapy for Traumatic Hemorrhagic Shock. Crit Care Clin. 2017;33(1):15-36.
8. Widmark T, Johansson Å. ABC om Massiv blödning vid trauma. Läkartidningen. 2016;113:DRFU.
9. Hemostas vid allvarlig blödning. Vårdprogram utarbetat av arbetsgrupp inom Svenska sällskapet för trombos och hemostas (SSTH). Version 3. 2014 [citerat 14 juli 2018]. https://www.ssth.se/wp-content/uploads/2017/04/vphemostas160330.pdf

Vill du skriva en medicinsk kommentar?
Kontakta då jan.ostergren@lakartidningen.se
Läkartidningen

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

Behandling mot svår halsbränna motverkar matstrupscancer



Foto: Shutterstock/IBL

Både medicinsk och kirurgisk behandling av refluxsjukdom motverkar adenokarcinom i matstrupen. Det visar en helnordisk kohortstudie där vuxna patienter med refluxsjukdom länkades till respektive lands cancerregister och dödsregister.

Egenreferat. Matstrupscancer av typen adenokarcinom är svår att behandla, har hög dödlighet och ökande förekomst. Trots att gastroesofageal refluxsjukdom (halsbränna och sura uppstötningar) är en stark riskfaktor för denna tumör har det varit oklart om medicinsk eller kirurgisk behandling av reflux minskar risken. Tidigare studier har haft för få cancerfall och för kort uppföljningstid för att ge säkra resultat.

I syfte att klarlägga hur behandling av reflux påverkar risken för adenokarcinom i matstrupen utfördes en helnordisk kohortstudie där vuxna patienter med refluxsjukdom i Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige identifierades via patientregistren och länkades till respektive lands cancerregister och dödsregister.

»Risken för matstrupscancer minskade successivt över tid under uppföljningen ...«

Av 942 906 patienter med refluxsjukdom hade 48 414 genomgått antirefluxkirurgi och 894 492 medicinerats. Bland patienterna som inte opererades och där data avseende läkemedelsförskrivning fanns tillgänglig framkom att 92,1 procent behandlades med protonpumpshämmare eller histamin-2-receptorantagonister, och av dessa fick 90,2 procent sitt första recept utfärdat inom tre månader från diagnos. Risken för matstrupscancer minskade successivt över tid under uppföljningen, både bland dem som opererats och bland dem som medicinerats, och var i paritet med bakgrundsbefolkningens efter 15 år.

Den standardiserade incidenskvoten sjönk från 7,63 (95 procents konfidensintervall [95KI] 5,46–10,43) 5 till 10 år efter kirurgi till 1,34 (95KI 0,98–1,80) >15 år efter operation. Bland de medicinskt behandlade patienterna sjönk den standardiserade incidenskvoten från 2,06 (95KI 1,83–2,30) 5 till 10 år efter diagnos till 0,69 (95KI 0,59–0,81) >15 år efter diagnos.

Resultaten indikerar att både medicinsk och kirurgisk behandling av refluxsjukdom motverkar adenokarcinom i matstrupen.

John Maret-Ouda, med dr, leg läkare

Jesper Lagergren, professor, överläkare; båda vid forskningsgruppen övre gastrointestinal kirurgi, Karolinska institutet, Stockholm

Maret-Ouda J, et al. JAMA Oncol. Epub 23 aug 2018. doi: 10.1001/jamaoncol.2018.3054

Skriv under Nya rön!

Har du blivit publicerad? Har du doktorerat?
Skriv ett kort referat under Nya rön i Läkartidningen

Skriv till nyaron@lakartidningen.se

Läkartidningen

Prehospital blodtransfusion är en säker behandling

ERFARENHETER FRÅN AMBULANSHELIKOPTERN I VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

José-Gabriel Sato Folatre, ST-läkare, AnOpIVA, NU-sjukvården, Trollhättan
● jose-gabriel.sato.folatre@vgregion.se

Per Arnell, överläkare, verksamhetschef, ambulanshelikoptern Västra Götalandsregionen, Göteborg

Mari Henning, apotekare, Sjukhusapoteket Västra Götalandsregionen, Kungälv

Kristina Josefsson, biträdande verksamhetschef, Laboratoriemedicin, Kungälvs sjukhus

Gabriel Skallsjö, överläkare, ambulanshelikoptern Västra Götalandsregionen, Göteborg

Sven-Erik Ricksten, professor, överläkare, avdelningschef, avdelningen för anestesi och intensivvård, institutionen för kliniska vetenskaper, Sahlgrenska akademin, Göteborgs universitet; toraxanestesi, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Uppskattningsvis vart tionde dödsfall i världen förorsakas av någon form av skadehändelse [1]. I Sverige är det den vanligaste dödsorsaken hos svenskar upp till 44 års ålder [2], och majoriteten av skademortaliteten sker utanför sjukhus [3].

Att ge tidig och rätt typ av transfusion vid massiv blödning (damage control resuscitation; DCR) och principerna för detta har tidigare belysts i Läkartidningen [4, 5]. Erfarenheter från krigen i Irak och Afghanistan visade att nästan en fjärdedel av dödsfallen hade kunnat undvikas med tidig transfusion [6].

Transfusion av blodkomponenter har funnits med som en viktig behandlingskomponent hos amerikanska medicinska evakueringsenheter (Medevac) sedan 2010 [7]. Erfarenheter från vägambulans [8] och läkarbemannade helikopterenheter i Sydney (Australien) (GSA-HEMS) [9], London (Storbritannien) (LAA) [10], Norge [11] och Nijmegen/Rotterdam (Nederländerna) (Dutch HEMS) [12] har visat att behandlingen är både möjlig och säker.

I Sverige har man från militära erfarenheter gjort flera lärdomar avseende civilt omhändertagande [13]; tourniquet och tranexamsyra används i dag regelmässigt prehospitalt, medan frystorkad plasma finns på flera läkarbemannade enheter.

Evidensläget för prehospital blodtransfusion har varit svagt [14], eftersom patientmaterialet varit heterogent med stor variation i insamlade data. Det har även varit svårt att dra några slutsatser om förbättrad överlevnad [15] eller att mortalitetsvinster direkt kunnat härröras till tidig transfusion [16].

På senare tid har dock retrospektiva analyser påvisat ökad överlevnad vid kritisk skada efter prehospital transfusion [17, 18] och avsevärt lägre mortalitet bland dem som behövde och fick blod prehospitalt [19]. Man har även sett minskad risk för chock, minskat transfusionsbehov [10, 20] och signifikanta mortalitetsvinster vid ankomst till sjukhus [21], efter 24 timmar och efter 30 dagar [22].

Sammanfattningsvis visar de flesta studier med stor tydlighet att det är säkert att ge blod prehospitalt, men man kan inte entydigt visa att transfusionen i sig ger förbättrad överlevnad.

METOD

Ambulanshelikoptern i Västra Götalandsregionen bemannas av specialistläkare i anestesi- och intensivvård, anestesisjuksköterska och två piloter. Verksamheten har primärt Västra Götalandsregionen som operationsområde, motsvarande en yta på 25 000 km² och 1,7 miljoner invånare (väsentligt fler under högsommarveckorna). Antalet larm uppgår normalt till ca 2 500 per år, varav ca 350 traumafall.



Foto: Karl Chevalley

Verksamheten i Västra Götalandsregionen med blodtransfusion under transport med ambulanshelikopter bygger på ett norskt koncept med frystorkad plasma och erytrocytkoncentrat i samarbete med sjukhusapoteket och laboratoriemedicin.

Vårt koncept bygger på den modell som etablerats vid luftambulansbasen i Bergen, Norge. Man har där etablerat ett koncept med frystorkad plasma (LyoPlas N) och erytrocytkoncentrat i samarbete med laboratoriemedicin på Haukeland Universitetssykehus.

Plasma. Ett nära samarbete med sjukhusapoteket och

HUVUDBUDSKAP

- Tidiga och korrekta transfusioner vid stor blödning är avgörande för överlevnad.
- Ambulanshelikoptern i Västra Götalandsregionen är den första prehospitala läkarbemannade enhet i Sverige som rutinmässigt kan ge blod prehospitalt.
- I denna rapport beskriver vi hur vi infört våra rutiner för prehospital blodtransfusion i samarbete med Laboratoriemedicin vid Kungälvs sjukhus.
- Vi har konsekutivt följt upp samtliga patienter som transfunderats med blod och redovisar vår första sammanställning av dessa data.
- Prehospital blodtransfusion är en både säker och fullt genomförbar behandlingsmetod i Sverige.



Erytrocytkoncentrat förvaras i kylbox, som är permanent placerad i helikoptern; enheterna byts var 12:e timme.
Foto: Per Arnell

laboratoriemedicin på Kungälvs sjukhus etablerades tidigt. Att utforma en rutin med frystorkad plasma (LyoPlas N, AB–) visade sig vara relativt enkelt; preparatet kräver ingen kylförvaring och har relativt lång hållbarhet. Frystorkad plasma introducerades operativt 2015, och totalt 48 patienter har transfunderats fram till juni 2018.

Blod. Vad gäller blodet infördes en rutin där fyra enheter O-negativt erytrocytkoncentrat förvaras på helikopterbasen. Blod som inte använts byts ut en gång i veckan, och det återlämnade blodet återanvänds enligt normal rutin på sjukhuset. Två enheter blod förvaras på helikopterbasen i kylskåp (Gram BioCompact II RR210) och övriga två ligger i kylbox (Credo S4248) i helikoptern. I kylboxen ligger en registreringsenhet för temperatur (Boomerang) som vid blodets återlämnande analyseras för att kontrollera att acceptabel temperaturnivå inte överskridits. Temperaturen i kylskåpet är +4 °C och fjärrövervakas av laboratoriemedicin på sjukhuset.

Laboratoriemedicin vid Kungälvs sjukhus har utfört egna verifieringar av blodkylboxarna, och dessa stämde väl överens med kylboxleverantörens dokumentation.

Den initialt framtagna rutinen där blodboxarna förvarades i kylskåp och togs med vid behov fungerade sämre, eftersom boxen var lätt att glömma. För att kunna ha blod permanent placerat i helikoptern gjordes en ny temperaturverifiering för att se om det var möjligt att ha boxarna i rumstemperatur under 12 timmar.

Denna föll väl ut, och lösningen blev att ha en blodkylbox placerad i helikoptern hela tiden och en box i kylen på helikopterbasen med byte av enheterna var 12:e timme. Den första patienten transfunderades den 12 juni 2016.

Indikation för transfusion

Indikation för att ge blod/plasma styrs av verksamhetens riktlinjer, vilka bygger på att ge tidig och rätt typ av transfusion vid massiv blödning. Målsättningen är att upprätthålla ett systoliskt blodtryck på 80–90 mm Hg och vid skallskada ≥110 mm Hg hos vuxen patient.

Kortfattat är indikationen klinisk misstanke om eller fynd av massiv pågående blödning i kombination med bortfall av radialispuls eller påverkad medvetan-

TABELL 1. Sammanställning av data.

Uppdrag	
Genomförda uppdrag, antal	1 336
Uppdrag med transfusion, antal	34
Uppdrag med transfusion, procent	2,5
Ålder, median, år	**45,5**
Kön	
Män, procent	79,4
Kvinnor, procent	20,6
Mekanism	
Trauma, procent	70,6
Penetrerande våld, procent	11,8
Trubbigt våld, procent	5,9
Obstetrisk blödning, procent	2,9
Aortaaneurysm, procent	8,8
Indikation för transfusion	
Yttre blödning, procent	52,9
Misstänkt inre blödning, procent	85,3
Fysiologi	
Systoliskt blodtryck, medianvärde, mm Hg	
före transfusion	70
efter transfusion	100
Hjärtfrekvens, medianvärde, slag/min	
före transfusion	123
efter transfusion	98
NACA-poäng, medelvärde	5,91
Åtgärder	
Intubation, procent	79,4
Torakostomi, procent	38,2
HLR, procent	47,1
återkomst av spontan cirkulation (ROSC), procent	50,0
Ultraljud, procent	50,0
medicinsk åtgärd/beslut, procent	76,5
Transfusion	
Antal givna enheter blod, antal	58
Antal transfusioner/patient, medel	1,71
Kasserad, antal	1
Transfusionreaktioner, antal	0
Transport	
Mediantid på skadeplats, min	26
Till universitetssjukhus, procent	58,9
Överlevnad	
Vid ankomst till sjukhus, procent	79,4
24 timmar, procent	50,0
30 dagar, procent	45,2
Vårdförlopp	
IVA-dygn, medelantal	5
IVA-dygn, totalt antal	171

FAKTA 1. Bedömningsskala NACA [55]

0 – Ingen sjukdom eller skada
1 – Lindrigt tillstånd
2 – Poliklinisk behandling nödvändig
3 – Inneliggande behandling nödvändig
4 – Livshotande tillstånd kan inte uteslutas
5 – Livshotande tillstånd
6 – Återupplivning eller manifest svikt av vitala funktioner
7 – Död

(NACA = National Advisory Committee on Aeronautics)

degrad hos patient utan skallskada. Detta innefattar såväl trauma som blödningar av andra orsaker, exempelvis ruptur erat aortaaneurysm eller stor obstetrisk blödning.

Beslutet att ge blod på plats eller i helikoptern fattas av tjänstgörande medicinsk besättning. Om informationen i larmet är sådan att vi redan före ankomst kan bedöma att blodprodukter kommer att behöva ges, påbörjas inte sällan blandandet av plasma redan under flygning mot olycksplats.

Blodprodukterna ges via batteridriven värmare (Belmont Buddy Lite), som värmer blodet till ca 38 °C vid ett flöde på max 50 ml/min. Högre flöden är möjliga, men då uppnås inte normotermi.

RESULTAT

Under perioden 1 juni 2016–1 juni 2018 fullgjordes 1 336 uppdrag av ambulanshelikoptern i Västra Götalandsregionen, och totalt 34 patienter fick prehospital blodtransfusion. Ingen negativ transfusionsreaktion har noterats, och endast 1 enhet blod har fått kasseras efter retur till laboratoriemedicin. Medianåldern på patienterna var 45,5 år (18–83 år) och 79,4 procent utgjordes av män.

FAKTA 2. Prehospitala riktlinjer för transfusion

ASSESSMENT OF BLOOD CONSUMPTION (ABC) ≥2: 1 POÄNG PER UTFALL

- Penetrerande våld
- Systoliskt blodtryck ≤90 mm Hg
- Hjärtfrekvens ≥120 slag/min
- Positiv FAST (focused assessment sonography for trauma)

SHOCK INDEX (SI):

$$\frac{\text{Systoliskt blodtryck}}{\text{hjärtfrekvens}} \geq 0{,}97$$

ΔSI: $\text{Shock index}_{(\text{fält})} - \text{shock index}_{(\text{akutrum})} > 0{,}1$

PP/HR-KVOT (KVOTEN PULSTRYCK/HJÄRTFREKVENS):

$$\frac{\text{Systoliskt blodtryck} - \text{diastoliskt blodtryck}}{\text{hjärtfrekvens}} \geq 0{,}44$$

»Målet för framtiden är att få bättre evidens för hur hemostatisk resuscitering ska ske på olycksplats och under den kritiska transporten till definitiv vård.«

Den vanligaste indikationen var misstänkt inre blödning i kombination med påverkade fysiologiska parametrar, och den vanligaste mekanismen var trauma. I flera fall kombinerades synlig blödning med misstänkt inre blödning, exempelvis vid trafikolyckor.

Vi har i denna sammanställning använt definitionen av trauma såsom yttre våld orsakat av ting och penetrerande/trubbigt våld såsom yttre våld orsakat av person.

Medelpoäng enligt NACA (National Advisory Committee on Aeronautics severity score) (Fakta 1) för de patienter som fått prehospital transfusion var 5,91. 11,8 procent hade klassats som NACA 7, vilket innebär att patienterna hade dödförklarats på plats efter försök till resuscitering inkluderande blodtransfusion.

De vanligaste interventionerna var intubation, torakostomi och HLR. Vid de tillfällen där HLR inletts återfick hälften spontan cirkulation (ROSC) efter resuscitering med blodprodukter. Undersökning med ultraljud har i 76,5 procent av fallen föranlett en medicinsk åtgärd eller beslut.

Vid ankomst till akutintag var 79,4 procent av patienterna vid liv, vilket minskade till 52,9 procent efter 24 timmar. För de fall där vi har 30-dagarsdata var överlevnaden 45,2 procent, medan de patienter som överlevde det första dygnet hade en överlevnad på 93,3 procent efter 30 dagar.

Eftersom patientmaterialet är litet har ingen utförlig statistisk analys gjorts, och fullständiga fysiologiska data saknas också för ett antal patienter. Det vi översiktligt kan se är att patienterna före transfusion hade ett medianvärde för systoliskt blodtryck på 70 mm Hg, vilket ökade till 100 mm Hg efter transfusion. Hjärtfrekvensen påverkas även positivt av transfusion, och vi kan se en sänkning av medianvärdet från 123 till 98 slag per minut.

Mediantiden på skadeplats var 26 minuter, justerat för NACA 7, och påverkades i hög grad av de omständigheter som rådde på skadeplatsen, exempelvis komplicerad losstagning av fastklämd patient.

I majoriteten av fallen bedömde den medicinska personalen att en signifikant tidsvinst hade uppnåtts med ambulanshelikopter i förhållande till vägburen transport. Den kortaste IVA-vistelsen för överlevande patient understeg 24 timmar och den längsta var 43 dagar; medelvårdtiden på IVA var 5 dagar.

DISKUSSION

Ambulanshelikoptern i Västra Götalandsregionen är den enhet i Sverige som har längst erfarenhet av prehospital blodtransfusion och bedriver aktiv forskning inom området. Andra läkarbemannade enheter har anammat konceptet, och det finns nu flera enheter som medför prehospitalt blod till skadeplats. Vi hopp-

as nu kunna bygga upp ett material för att i framtiden göra retrospektiva matchade kohortstudier, men planer finns även för prospektiva samarbeten i Norden.

Andelen transfunderade patienter är jämförbara med både Norge (1–2 procent) och Storbritannien (2–3 procent) [23]. Vår rutin med återcirkulation av blod till Kungälvs sjukhus stöds av att åldern på erytrocyterna inte tycks påverka mortalitet vid transfusion till kritiskt sjuk patient [24].

Riktlinjer

Svårigheten att förutse behovet av massiv transfusion i samband med trauma har medfört att flera riktlinjer lanserats genom åren [25-34], och vissa kan vara användbara prehospitalt, t ex Assessment of blood consumption [26, 34], Shock index [32], Δ SI [35] eller PP/HR-kvot (kvoten mellan pulstryck och hjärtfrekvens) [32] (Fakta 2).

Användning av dessa riktlinjer kan i bästa fall hjälpa oss att bättre förutse behovet av massiv transfusion samt utvärdera om rätt patienter ges rätt typ av prehospital transfusion.

Helblod

I det militära har användningen av helblod länge varit dominerande, och det har även diskuterats om det skulle vara aktuellt även i det civila [36-39]. Det finns i dag inga prospektiva randomiserade studier av hög kvalitet genomförda, men det finns små pilotstudier som talar för att användning av helblod är säker [40, 41], kan ge förbättrad koagulation [42, 43] och minska transfusionsmängden [44]. Man har dock inte kunnat visa på skillnad i mortalitet vid massiv transfusion med färskt helblod i jämförelse med blodkomponentterapi [45].

Traumainducerad koagulopati

På senare tid har en diskussion avseende permissiv hypotension [46] återkommit, där man lyfter frågan om huruvida intensiv vätskeresuscitering eller mer inflammatoriskt medierade processer leder till störst skada [47, 48]. En välskriven sammanfattning av det rådande kunskapsläget [49] beskriver den traumainducerade koagulopatin som multifaktoriell, bestående av en systemisk endoteliopati [50] och koagulopati kopplad till resusciteringen.

Pågående studier

Flera intressanta studier pågår i nuläget avseende prehospital transfusion av blod (RePHILL [51]), plasma (PUPTH [52], COMBAT [53], PAMPer), tranexamsyra (PATCH-Trauma) och fibrinogen (CRYOSTAT-2, FEISTY). I flera av studierna består kontrollarmen tyvärr av infusion med upp till 1 l 0,9-procentig NaCl.

Även tekniska hjälpmedel som exempelvis Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta (REBOA) utvärderas kontinuerligt [54].

SLUTSATS

I denna rapport kan vi dra slutsatsen att transfusion av prehospitalt blod är en både säker och fullt genomförbar behandlingsmetod i Sverige. Målet för framtiden är att få bättre evidens för hur hemostatisk resuscitering ska ske på olycksplats och under den kritiska transporten till definitiv vård.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2018;115:FADR

Läs mer!
Medicinsk kommentar sidan 1572, fullständig referenslista och engelsk sammanfattning på Läkartidningen.se

REFERENSER

4. Widmark T, Johansson A. ABC om Massiv blödning vid trauma. Läkartidningen. 2016;113:DRFU.
5. Sundin P, Östlund A. Transfundera i tid vid trauma. Läkartidningen. 2016;113:DTDF.
8. Bodnar D, Rashford S, Williams S, et al. The feasibility of civilian prehospital trauma teams carrying and administering packed red blood cells. Emerg Med J. 2014;31(2):93-5.
9. Sherren PB, Burns B. Prehospital blood transfusion: 5-year experience of an Australian helicopter emergency medical service. Crit Care. 2013;17(Suppl 2):P295.
19. Howard JT, Kotwal RS, Santos-Lazada AR, et al. Reexamination of a battlefield trauma golden hour policy. J Trauma Acute Care Surg. 2018;84(1):11-8.
20. Brown JB, Sperry JL, Fombona A, et al. Pre-trauma center red blood cell transfusion is associated with improved early outcomes in air medical trauma patients. J Am Coll Surg. 2015;220(5):797-808.
26. Nunez TC, Voskresensky IV, Dossett LA, et al. Early prediction of massive transfusion in trauma: simple as ABC (assessment of blood consumption)? J Trauma Acute Care Surg. 2009;66(2):346-52.
27. Callcut RA, Johannigman JA, Kadon KS, et al. All massive transfusion criteria are not created equal: defining the predictive value of individual transfusion triggers to better determine who benefits from blood. J Trauma. 2011;70(4):794-801.
28. McLaughlin DF, Niles SE, Salinas J, et al. A predictive model for massive transfusion in combat casualty patients. J Trauma. 2008;64(2 Suppl):S57-63; discussion S63.
29. Callcut RA, Cotton BA, Muskat P, et al; PROMMTT Study Group. Defining when to initiate massive transfusion: a validation study of individual massive transfusion triggers in PROMMTT patients. J Trauma Acute Care Surg. 2013;74(1):59-65, 67-8; discussion 66-7.
31. Schreiber MA, Perkins J, Kiraly L, et al. Early predictors of massive transfusion in combat casualties. J Am Coll Surg. 2007;205(4):541-5.
32. Pottecher J, Ageron FX, Fauché C, et al. Prehospital shock index and pulse pressure/heart rate ratio to predict massive transfusion after severe trauma: retrospective analysis of a large regional trauma database. J Trauma Acute Care Surg. 2016;81(4):713-22.
34. Motameni AT, Hodge RA, McKinley WI, et al. The use of ABC score in activation of massive transfusion: the Yin and the Yang. J Trauma Acute Care Surg. 2018;85(2):298-302.
35. Joseph B, Haider A, Ibraheem K, et al. Revitalizing vital signs: the role of delta shock index. Shock. 2016;46(3 Suppl 1):50-4.
41. Seheult JN, Triulzi DJ, Alarcon LH, et al. Measurement of haemolysis markers following transfusion of uncrossmatched, low-titre, group O+ whole blood in civilian trauma patients: initial experience at a level 1 trauma centre. Transfus Med. 2017;27(1):30-5.
47. Nevin DG, Brohi K. Permissive hypotension for active haemorrhage in trauma. Anaesthesia. 2017;72(12):1443-8.
49. Stensballe J, Henriksen HH, Johansson PI. Early haemorrhage control and management of trauma-induced coagulopathy: the importance of goal-directed therapy. Curr Opin Crit Care. 2017;23(6):503-10.
54. Smith SA, Hilsden R, Beckett A, et al. The future of resuscitative endovascular balloon occlusion in combat operations. J R Army Med Corps. Epub 9 aug 2017. doi: 10.1136/jramc-2017-000788.
55. Weiss M, Bernoulli L, Zollinger A. The NACA scale. Construct and predictive validity of the NACA scale for prehospital severity rating in trauma patients [artikel på tyska]. Anaesthesist. 2001;50(3):150-4.

Kemiska ögonfrätskador – akut diagnostik och behandling

OMEDELBAR SPOLNING ÄR AVGÖRANDE FÖR ATT BEGRÄNSA SKADAN

Thorsteinn S Arnljots, ST-läkare
● thorsteinn.snaebjornsson-arnljots@sll.se

Branka Samolov, med dr, överläkare, sektionen för gråstarr och hornhinna; båda S:t Eriks ögonsjukhus, Stockholm

Kemiska ögonfrätskador är potentiellt synhotande och kan i de svåraste fallen leda till förlust av ögat. Enligt större epidemiologiska studier utgör de 4–13 procent av allt ögontrauma i vår del av världen [1-4]. De beskrivna skadorna har handlagts på sjukhus, och enbart en mindre andel av dessa leder till allvarliga bestående men. Enligt färska skandinaviska studier är aktuell incidens i Finland cirka 10 fall/100 000 invånare/år i åldrarna 17–60 år, något lägre hos personer ≥61 år med 3,8 fall/100 000 invånare/år [1, 3]. Skadefrekvensen är i de flesta studierna högst hos män i arbetsför ålder, där skador ofta sker just på arbetsplatsen [5-7]. Flera studier pekar på att även barn kan utgöra en inte obetydlig riskgrupp [6, 8]. Korrekta skyddsåtgärder på arbetsplatser som hanterar kemiska ämnen är av avgörande betydelse för att förhindra allvarliga skador [1, 5]. Vid redan inträffad skada är den fortsatta akuta handläggningen avgörande för prognosen på både kort och lång sikt.

Denna artikel avser att uppdatera de diagnostiska verktygen vid akut kemisk ögonskada, belysa den akuta handläggningen samt informera om de rekonstruktiva möjligheterna i efterförloppet. Rekommendationerna i denna artikel används vid akutmottagningen på S:t Eriks ögonsjukhus i Stockholm.

Kemiska ögonskador orsakas oftare av alkaliska ämnen, som i regel ger mer omfattande skador än syror [5-7]. Baser är lipofila och penetrerar snabbt djupt ner i vävnaden, där utsöndring av proteolytiska enzymer förvärrar skadan ytterligare. Vanliga frätande baser vid ögonskador är ammoniak (ammoniumhydroxid; till exempel i rengöringsmedel och gödsel), natriumhydroxid (lut, kaustisk soda; propplösare och inom industrin) samt kalciumhydroxid (släckt/osläckt kalk; betong/cement) [7]. Syror denaturerar vävnadsproteiner vilket bildar en barriär mot fortsatt skada och förklarar den vanligtvis något lindrigare kliniska bilden [9]. Ett viktigt undantag är vätefluorid (HF) som är både vävnadstoxisk och -frätande och liksom baser kännetecknas av snabb penetration djupt in i vävnaden. Fluorvätesyra bildar olösliga salter med kalcium och magnesium vilket snabbt kan leda till uttalade elektrolytrubbningar, acidos, allvarlig organpåverkan (hjärta, lever, njurar och nerver) med livshotande skador vid höga koncentrationer eller större exponeringsyta. Den används inom industrin, till exempel vid etsning av glas, framställning av datachipp, teflon och freoner samt svetsning av rostfritt stål. Lyckligtvis är dessa skador mycket ovanliga då gemene man sällan kommer i kontakt med denna syra.

Vanligt förekommande syror vid ögonskada är svavelsyra (vitriol, till exempel i batterier, blekningsmedel och kylvätskor), myr- och ättiksyra (till exempel inom lantbruk, lösningsmedel och målarfärger) samt saltsyra (kemisk och metallindustri) [7]. Raketolyckor utgör en specifik underkategori med multifaktoriell genes (kemisk, termisk och högenergitrauma) med hög risk för bestående skador [10, 11].

För prognosen är typ och mängd av kemiskt agens liksom adekvat akut omhändertagande av avgörande betydelse för förloppet och prognosen. Skadepanoramat i efterförloppet omfattar allt från inga bestående skador till blindhet eller förlust av ögat. De mer uttalade skadorna orsakar torrt öga med sammanväxningar mellan ögonlocken och ögat, vävnadsdefekter och felställningar av ögonlock med ökad exponering av ögat, varierande grad av hornhinnestamcellsskador, kärlinväxt och grumlingar av hornhinnan, liksom svårläkta smältande hornhinnesår. Än djupare skador kan ge förhöjt ögontryck med risk för svårbehandlat sekundärglaukom och katarakt.

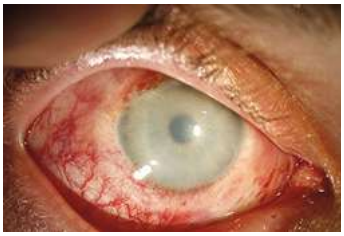
HUVUDBUDSKAP

- Kemiska ögonfrätskador är synhotande. Basiska ämnen orsakar i regel mer deletära skador än syror.
- Korrekt akut behandling, som utgörs av omedelbar ögonspolning, är avgörande för att begränsa skadan och optimera prognosen. Rekonstruktiv kirurgi är avancerad, tidskrävande och innefattar ofta multipla ingrepp.
- Alla fall med uttalad påverkan av bindhinna och misstänkt påverkan av hornhinna vid exponering för skadliga kemiska ämnen bör bedömas akut av ögonläkare.

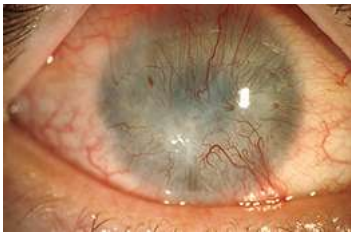
Akut handläggning

På olycksplatsen. Ögonspolning bör inledas omedelbart för att minimera exponeringstiden! Valet av vätska är av underordnad betydelse och kranvatten är ofta förstahandsval på grund av tillgängligheten [12]. Eventuella kontaktlinser bör avlägsnas snarast. Transport till sjukvårdsinrättning för läkarbedömning bör ske skyndsamt men ej på bekostnad av den initiala ögonspolningen.

På vårdcentralen/akutmottagningen. Spolning med Ringeracetat/balanserad saltlösning (BSS) initieras omedelbart, före synprövning och tryckmätning, såvida inte misstanke om perforationsskada föreligger. I det senare fallet bör ögonläkare kontaktas akut. Avlägsna eventuella kontaktlinser om detta ej redan gjorts. Ögonbedövningsdroppar hjälper för att lättare kunna hålla patients öga öppet och spola ordentligt. Spola med svag stråle: minst 3 liter under minst 30 minuter. Vid kemiska ämnen med neutralt pH och



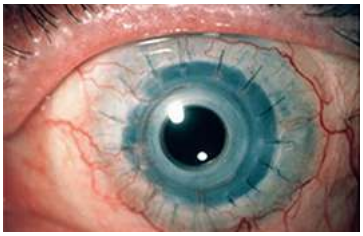
Figur 1. Akut skadebild vid exponering för kalciumhydroxid: Dua grad 4–5, utbredd limbal ischemi, disig hornhinna.



Figur 2. Sju månader efter exponering: Inväxt av kärl och bindhinna över hela hornhinnans yta.



Figur 3. Sex år efter skadan och fyra år efter autolog limbal stamcellstransplantation och munslemhinnetransplantation med rekonstruktion av bindhinnesäckar (fornices).



Figur 4. Artificiell hornhinna, Boston KPro, typ 1, den mest använda modellen som förutsätter någorlunda bibehållen fuktighet av ögats yta.

lindrigt ögonstatus kan 1 liter under minst 15 minuter räcka.

Vätskan ska rinna igenom hela ögat, inklusive hela bindhinnesäcken (fornix) på insidan av både övre och nedre ögonlocket. Be patienten ändra blickriktning emellanåt, evertera (vänd ut och in på) ögonlocken (helst dubbelevertering med Desmarres hake), inspektera noggrant och avlägsna eventuella partiklar, till exempel betong/cement (använd fuktad bomullspinne eller pincett). Vid oförmåga att evertera, dra försiktigt i ögonlockskanten/fransarna och rikta spolningsstrålen in i glipan som uppstår mellan ögongloben och ögonlocket upp mot övre bindhinnesäcken. Om båda ögonen är involverade bör två personer hjälpas åt så att behandling ej fördröjs för endera ögat.

Vetenskapligt stöd för specifika neutraliserande vätskors eventuella överlägsenhet jämfört med Ringer eller balanserad saltlösning är bristfälligt. Kalciumglukonat har länge använts vid hudexponering för HF, och visst stöd finns för dess användning vid ögonexponering (500 ml kalciumglukonatlösning 1 procent följt av spolning enligt generella riktlinjer) [13].

Snabb och tillförlitlig pH-mätning vore av stort värde vid handläggningen, men de tillgängliga pH-mätstickorna bygger på färgavläsning som ofta är svårtolkad och ibland missvisande, vilket förvirrar och i värsta fall fördröjer effektiv spolning. Om pH-stickan används bör det ske först efter att man har spolat med minst 3 liter under minst 30 minuter [14].

Anamnes och status

Anamnesen bör inkludera

- tidpunkt för exponeringen
- ämne (innehållsförteckning), mängd, om skyddsglasögon har använts
- tid från exponering till spolning, spolningstid
- spolvätska: typ och mängd.

Giftinformationscentralen kan svara på frågor om specifika ämnen. Status bör efter genomförd spolning inkludera nedanstående. Vid tveksamhet kontakta ögonläkare.

- Synskärpa och ögontryck, varje öga för sig.
- Biomikroskopi i spaltlampa utan och med infärgning (fluoresceindroppar):
  - Hornhinna: utbredning av epitelsår och eventuell påverkan på hornhinnans genomskinlighet.
  - Bindhinna: utbredning av färgbarheter och eventuell ischemi, i synnerhet runt limbus (gränszonen mellan horn- och senhinna innehållande hornhinnans stamceller). Vid kemisk skada blir bindhinnan kraftigt kärlinjicerad och röd. Vid ischemi är den tvärtom blek med avsaknad av kärltäckning. Den eventuella ischemin ska uttryckas i antal klockslag (där hornhinnan utgör den imaginära klocktavlan).

Gradklassificering enligt Dua (Tabell 1) kan med fördel användas (internationell standard), men ej som ersättning för ovanstående statusbeskrivning.

Fortsatt handläggning

Lindriga skador motsvarande Dua grad 1 vid begränsad exponering för mindre potenta kemikalier kan handläggas av icke-ögonläkare. Skador med potenta kemikalier eller status motsvarande Dua grad ≥2 bör bedömas av ögonläkare. Skador grad ≥3 remitteras med fördel till subspecialistkompetent ögonläkare (hornhinnespecialist) efter att det initiala omhändertagandet slutförts. Måttliga till svåra skador grad ≥3 (Figur 1) kan bli aktuella för akut/subakut behandling med så kallad amnionklädd conformer-ring som placeras under ögonlocken för att förhindra sammanväxningar mellan ögonlocken och ögongloben samt för att dämpa inflammationen [15]. Vid uttalad limbal ischemi föreligger risk för djupare ischemi i ögats främre segment och nekros med smältning av horn- eller senhinna, vilket kräver subspecialistkompetens [16].

Medicinsk behandling av ögonfrätskador med ökande svårighetsgrad rekommenderas enligt nedanstående riktlinjer [12, 17, 18]:

Grad 1: Rikligt med smörjande droppar/gel (utan konserveringsmedel) alternativt smörjande salva (till exempel Oculentum simplex)

TABELL 1. Gradering av okulära frätskador enligt Duas klassifikation [9]. Limbalt engagemang (färgtag + eventuell ischemi) uttryckt i antal klockslag. Bindhinneengagemang i procent av den del av bindhinnan som bekläder ögongloben (delas enklast in i kvadranter för uppskattning).

Grad	Prognos	Limbal ischemi	Konjunktivalt engagemang
I	Mycket bra	0 klockslag	0 %
II	Bra	≤3 klockslag	≤30 %
III	Bra	>3–6 klockslag	>30–50 %
IV	Bra till försämrad	>6–9 klockslag	>50–75 %
V	Försämrad till dålig	>9–<12 klockslag	>75–<100 %
VI	Mycket dålig	Hela limbus (12 klockslag)	Totalt (100 %)

Antibiotikasalva × 2–3 vid epitelskador, till exempel kloramfenikol

Grad 2: Som ovan + Antibiotikasalva × 3–4

Grad 3–6: Som ovan + Topikala steroider utan konserveringsmedel × 2–4 T doxycyklin 100 mg × 2 T C-vitamin 1 g × 3

Vid högt ögontryck och hornhinnepåverkan rekommenderas T Diamox 250 mg 1–2 × 1–2. Vid intakt epitel och lägre tryckstegring (<30 mm Hg) ges trycksänkande ögondroppar utan konserveringsmedel.

Autologa serumdroppar eller trombocytberikad autolog plasma kan användas som smörjande behandling med viss förmåga att stimulera reepitelialisering [19, 20].

Kortisonbehandling dämpar den uppreglerade inflammationskaskaden, men risk för smältning föreligger vid högre doser eller längre behandlingsperioder varför vana och försiktighet krävs vid statusmonitorering och ordination [21].

Tetracykliner, i synnerhet perorala, har en hämmande effekt på hornhinnans kollagenaser som är uppreglerade vid vävnadsnedbrytning. Rekommendationer finns för användning vid måttliga–svåra okulära frätskador (Dua grad ≥3). Observera kontraindikation för behandling av barn <8 år samt informera om potentiell fototoxicitet [22].

C-vitamin är en viktig kofaktor i kollagensyntesen. En del studier talar för dess förmåga att delvis motverka leukocytmedierad enzymatisk kollagennedbrytning och underlätta läkning av hornhinnesår vid systemisk tillförsel [18, 21]. Topikalt C-vitamin saknar vetenskapligt stöd i humanstudier.

Kirurgiska åtgärder

Initialt bör ögat inspekteras ofta. Statusundersökning varje eller varannan dag är att rekommendera om skadan är svår för att lösgöra membran och debridera eventuell nekrotisk vävnad [17, 23].

Vid uttalad och utbredd ischemi finns risk för nekros och smältning, vilket kan kräva kirurgisk åtgärd med vävnadstransplantation från det andra, friska ögat, eller i övriga fall donerade ögon [12, 16, 17].

Amnionklädd conformer-ring är av värde i akutskedet, medan transplantation av amnionhinna på ögats yta hellre kan övervägas i ett senare skede för vissa fall med måttlig till svår frätskada (Dua grad ≥3) och icke-läkande epitelsår [15, 23-25].

I ett senare, kroniskt skede kan avancerad rekonstruktiv kirurgi bli aktuell. Sammanväxningar mellan ögonlock och ögonglob bör i regel åtgärdas före den kirurgiska rekonstruktionen av själva hornhinnan. Partiell limbal stamcellsbrist kan ofta behandlas konservativt, medan total uni- eller bilateral stamcellsskada oftast kräver limbal stamcellstransplantation, med eller utan efterföljande hornhinnetransplantation. Vid unilateral skada är autolog transplantation av limbala stamceller från det andra, friska ögat förstahandsalternativet. Bilaterala skador kan kräva allogen transplantation som är avhängig långvarig systemisk immunsuppression. Först när tillgången till fungerande limbala stamceller säkerställts kan eventuella kvarvarande syninskränkande hornhinnegrumlingar åtgärdas med hornhinnetransplantation [12, 26]. En alternativ synrehabiliteringsåtgärd vid svår bilateral skada där allogen limbal stamcellstransplantation inte är aktuell eller möjlig kan ibland vara så kallad keratoprotes, som oftast innebär svår, krävande och livslång eftervård (Figur 4). I Sverige har endast en handfull patienter erhållit en keratoprotes och då oftast med annan genes till den limbala stamcellsskadan.

Upp till hälften av alla patienter med svåra frätskador löper risk för att utveckla högt ögontryck med efterföljande synnervsskador. Förstahandsbehandling är farmakologisk, men vissa fall kräver kirurgi [12].

Sammanfattning

Kemisk ögonfrätskada är ett synhotande tillstånd. Omedelbar ögonspolning redan på olycksplatsen är av störst betydelse, följt av snabb transport till närmaste vårdinrättning för fortsatt standardiserad spolning och läkarbedömning. Korrekt gradering av ögonskadan primärt möjliggör adekvat vidare handläggning på rätt vårdnivå vilket optimerar prognosen på sikt. Adekvata förebyggande åtgärder i form av korrekt förvaring av frätande ämnen och användning av skyddsglasögon är av yttersta vikt för att förhindra svåra ögonskador.

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

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2018;115:FALM

REFERENSER

1. Sahraravand A, Haavisto AK, Holopainen JM, et al. Ocular traumas in working age adults in Finland – Helsinki Ocular Trauma Study. Acta Ophthalmol. 2017;95(3):288-94.
2. Mönestam E, Björnstig U. Eye injuries in northern Sweden. Acta Ophthalmol (Copenh). 1991;69(1):1-5.
3. Sahraravand A, Haavisto AK, Holopainen JM, et al. Ocular trauma in the Finnish elderly – Helsinki Ocular Trauma Study. Acta Ophthalmol. Epub 16 apr 2018. doi: 10.1111/aos.13714.
4. Saeed A, Khan I, Dunne O, et al. Ocular injury requiring hospitalisation in the south east of Ireland: 2001-2007. Injury. 2010;41(1):86-91.
5. Macdonald EC, Cauchi PA, Azuara-Blanco A, et al. Surveillance of severe chemical corneal injuries in the UK. Br J Ophthalmol. 2009;93(9):1177-80.
7. Midelfart A, Hagen YC, Myhre GB. Chemical burns to the eye [artikel på norska]. Tidsskr Nor Laegeforen. 2004;124(1):49-51.
8. Haavisto AK, Sahraravand A, Holopainen JM, et al. Paediatric eye injuries in Finland – Helsinki eye trauma study. Acta Ophthalmol. 2017;95(4):392-9.
9. Dua HS, King AJ, Joseph A. A new classification of ocular surface burns. Br J Ophthalmol. 2001;85(11):1379-83.
11. Sundelin K, Norrsell K. Eye injuries from fireworks in Western Sweden. Acta Ophthalmol Scand. 2000;78(1):61-4.
12. Baradaran-Rafii A, Eslani M, Haq Z, et al. Current and Upcoming Therapies for Ocular Surface Chemical Injuries. Ocul Surf. 2017;15(1):48-64.
13. Bracken WM, Cuppage F, McLaury RL, et al. Comparative effectiveness of topical treatments for hydrofluoric acid burns. J Occup Med. 1985;27(10):733-9.
14. Connor AJ, Severn P. Use of a control test to aid pH assessment of chemical eye injuries. Emerg Med J. 2009;26(11):811-2.
15. Liang X, Liu Z, Lin Y, et al. A modified symblepharon ring for sutureless amniotic membrane patch to treat acute ocular surface burns. J Burn Care Res. 2012;33(2):e32-8.
16. Wang S, Tian Y, Zhu H, et al. Tenonplasty combined with free oral buccal mucosa autografts for repair of sclerocorneal melt caused by chemical burns. Cornea. 2015;34(10):1240-4.
19. Panda A, Jain M, Vanathi M, et al. Topical autologous platelet-rich plasma eyedrops for acute corneal chemical injury. Cornea. 2012;31(9):989-93.
21. Brodovsky SC, McCarty CA, Snibson G, et al. Management of alkali burns: an 11-year retrospective review. Ophthalmology. 2000;107(10):1829-35.
22. Ralph RA. Tetracyclines and the treatment of corneal stromal ulceration: a review. Cornea. 2000;19(3):274-7.
24. Tandon R, Gupta N, Kalaivani M, et al. Amniotic membrane transplantation as an adjunct to medical therapy in acute ocular burns. Br J Ophthalmol. 2011;95(2):199-204.
25. Westekemper H, Figueiredo FC, Siah WF, et al. Clinical outcomes of amniotic membrane transplantation in the management of acute ocular chemical injury. Br J Ophthalmol. 2017;101(2):103-7.
26. Holland EJ. Management of limbal stem cell deficiency: a historical perspective, past, present, and future. Cornea. 2015;34(Suppl 10):S9-15.

Läkartidningen arrangerar

Program och anmälan: Läkartidningen.se /event

Inbjudan till symposium

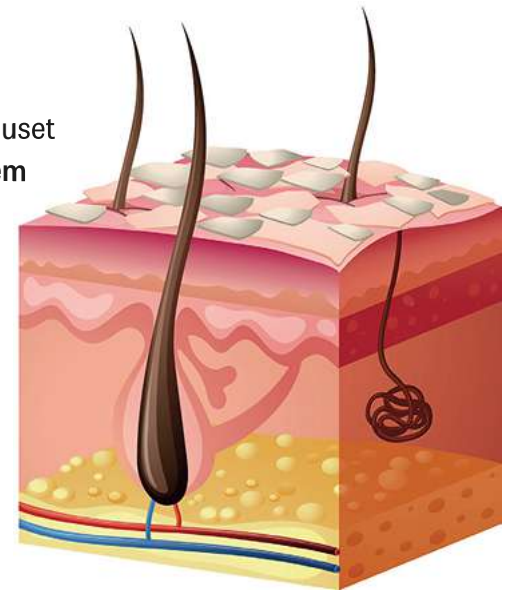
Eksem och psoriasis

FILMSTADEN BERGAKUNGEN, GÖTEBORG, 22 NOVEMBER 2018

Detta symposium ger dig senaste nytt om de vanligt förekommande hudsjukdomarna psoriasis, atopiskt eksem och kontaktallergiskt eksem. Vad vet vi egentligen om dessa och vad kan vi göra för våra patienter? Kom och uppdatera dig om intressanta nyheter om bakomliggande samband och orsaker och om ny effektiv behandling.

PRELIMINÄRT PROGRAM

12.00–13.00	**Registrering och lättare lunch**
13.00–13.05	**Inledning**
13.05–13.30	**Psoriasis – en vanlig och heterogen hudsjukdom med betydande samsjuklighet** Professor Mona Ståhle, Karolinska institutet
13.30–13.55	**Psoriasis hos barn och ungdomar** Med dr Josefin Lysell, Karolinska universitetssjukhuset
13.55–14.20	**Psoriasis artrit – svår att diagnostisera och behandla** Docent Ulla Lindqvist, Akademiska universitetssjukhuset
14.20–14.50	**Kaffe**
14.50–15.15	**Psoriasis – behandlingsmöjligheter förr och nu** Docent Amra Osmancevic, Sahlgrenska universitetssjukhuset
15.15–15.40	**Dagens och morgondagens behandling vid atopiskt eksem** Docent Maria Bradley, Karolinska universitetssjukhuset
15.40–16.05	**Atopiskt eksem och komorbiditeter** Med dr Emma Johansson, Södersjukhuset.
16.05–16.15	**Bensträckare**
16.15–16.40	**Nytt om kontaktallergi** Överläkare Mihály Mathura, CAMM/SLSO Stockholm
16.40–17.00	**Sammanfattning och frågor till panelen**



Moderatorer: Maria Bradley och Mona Ståhle
Programansvariga: Maria Bradley, Mona Ståhle och Läkartidningen

Välkommen!

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.

Sju procent av cancerfallen hade »missats« vid kolonundersökning

22 AV 307 PATIENTER I VÄSTERBOTTEN HADE FÅTT KOLON UNDERSÖKT 5 ÅR–3 MÅNADER FÖRE DIAGNOSEN KOLOREKTAL CANCER

Hilda Falk, läkarstuderande termin 11, Umeå universitet

Mårten Werner, med dr, överläkare, institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet; Medicincentrum, Norrlands universitetssjukhus

Håkan Olsson, överläkare, institutionen för kirurgisk och perioperativ vetenskap, Umeå universitet; Kirurgcentrum, Norrlands universitetssjukhus

Pontus Karling, med dr, överläkare, lektor, institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet; Medicincentrum, Norrlands universitetssjukhus; samtliga Umeå

● pontus.karling@umu.se

Kolorektal cancer är den tredje vanligaste cancersjukdomen i världen [1], och mer än 6 000 patienter får årligen diagnosen i vårt land [2]. Tillväxten av kolorektal cancer sker i de flesta fall långsamt (under flera år) och som regel utan symtom [1]. Flertalet fall av kolorektal cancer utvecklas från dysplastiska adenom, och det är visat att både incidens och mortalitet av kolorektal cancer kan reduceras om adenom identifieras och avlägsnas vid koloskopi [3]. Vid studier av undersökningskvaliteten vid koloskopi har visats att en betydelsefull andel av adenom missas. Det finns ett omvänt samband mellan andelen funna adenom och utvecklingen av kolorektal cancer [4]. Vid studier av tandemkoloskopier (två koloskopier efter varandra vid samma undersökningstillfälle) har man sett att ju mindre ett adenom är, desto större är risken att det missas (2 procent vid adenom ≥ 10 mm, 13 procent vid adenom 5–10 mm och 26 procent vid adenom 1–5 mm stora) [5].

Screening för kolorektal cancer kan utföras genom testning för ockult (osynligt) blod i avföringen (F-Hb), sigmoideoskopi eller koloskopi [6]. Program för kolorektal cancer-screening finns på flera håll i Europa. I Sverige har Stockholm–Gotland sedan 2008 ett etablerat screeningprogram för kolorektal cancer baserat på fekalt immunkemiskt test för hemoglobin (FIT) och koloskopi vid positivt utfall [7]. I vårt land pågår en multicenterstudie (SCREESCO) med syfte att jämföra FIT med direktkoloskopi och samla erfarenheter inför nationellt införande av screening för kolorektal cancer. Kolonundersökning med DT-kolografi används i varierande utsträckning i landet, och särskilt där endoskopiresurserna är otillräckliga. DT-kolografi har liknande sensitivitet som koloskopi för att upptäcka kolorektal cancer och större adenom (≥ 10 mm), men är sämre på att upptäcka mindre förändringar [8]. Huvudsyftet med denna studie var att undersöka i vilken omfattning kolon hade undersökts med antingen sigmoideoskopi, koloskopi eller DT-kolografi inom 5 år innan diagnosen kolorektal cancer ställts. Dessutom undersökte vi om ockult gastrointestinal blödning (positivt FIT) eller anemi förelåg mer än 3 månader före diagnos.

METOD

Journalsökning i samtliga länets medicin- och kirurgjournaler gjordes för patienter som fått någon av ICD-koderna C18–21 och D37.4–5. Alla patienter som diagnostiserats första gången med kolorektal cancer mellan 1 januari 2016 och 14 september 2017 och var skrivna i Västerbottens län inkluderades. Diagnosdatum för kolorektal cancer var det datum då tumören påvisades med antingen koloskopi eller röntgen. 6 patienter deltog i övervakningsprogram för kolorektal cancer under studietiden (3 patienter deltog i SCREESCO, 2 patienter kontrollundersöktes på grund av tidigare polyper och 1 patient för hereditär cancer), och alla dessa patienter inkluderades i studien. Två patienter hade tidigare diagnostiserats med inflammatorisk tarmsjukdom, men ingen av dessa deltog i ett övervakningsprogram.

Patienternas journaler granskades för eventuella genomförda endoskopiska eller radiologiska undersökningar av kolon från 5 år före diagnosdatum och fram till diagnos. Om en patient hade genomgått mer än en koloskopi valdes den första koloskopin i intervallet som var fullbordad till cekum. Om ingen koloskopi var komplett till cekum så inkluderades den första koloskopin. I koloskopiberättelserna noterades om koloskopin var komplett till cekum, om polyper var identifierade och borttagna samt skopistens bedömning av renhetsgraden i kolon. För gradering av tarmrengöring användes BBPS (Boston bowel preparation scale) i modifierad form med en skala 0–3, där 0 indikerar sämst och 3 bäst renhet [9]. Från patienternas dokumentation noterades värden för Hb, ferritin, C-reaktivt protein (CRP), karcinoembryonalt antigen (CEA) och alla FIT under perioden. För patienter med anemi noterades när denna först upptäcktes. Tidigare kortvariga anemiperioder som bedömdes ha varit relaterade till infektioner bortsåg vi från.

Vi valde att definiera »missad cancer/missat förstа-

HUVUDBUDSKAP

- Studiens syfte var att undersöka kvaliteten i diagnostiken av kolorektal cancer i sjukvården i hela Västerbottens läns landsting.
- Frekvensen patienter som fått hela eller delar av kolon undersökt någon gång 5 år till 3 månader innan diagnostisering av kolorektal cancer var 7 procent.
- 29 procent av patienterna hade antingen anemi eller ett positivt fekalt immunkemiskt test, FIT (F-Hb) i tidsspannet 5 år till 3 månader innan diagnos.
- Vår studie belyser vikten av att utföra högkvalitativa koloskopier i väl rengjord tarm samt att ha uppmärksamhet på objektiva tecken på ockult gastrointestinal blödning.

dium till cancer« som de fall där patienten hade genomgått en kolonundersökning (inklusive sigmoideoskopi) 5 år till tre månader innan diagnosen kolorektal cancer ställdes. De fall av kolorektal cancer som missades vid kolonundersökning under de 3 månaderna närmast före den diagnostiska undersökningen inkluderades inte med tanke på att den undersökande läkaren i de flesta av dessa fall hade beställt en kompletterande undersökning. Ett enstaka positivt FIT taget mer än 3 månader före diagnos klassificerades som ett »missat FIT«. Anemi definierades enligt WHO:s rekommendationer (< 119 g/l för kvinnor och < 129 g/l för män).

Dataanalys gjordes (med IBM SPSS version 24); för att jämföra proportioner användes χ^2-test och för kontinuerliga data Mann-Whitney-test. P-värde < 0,05 ansågs statistiskt signifikant.

RESULTAT

Sammanlagt ingick 307 patienter med kolorektal cancer i analysen; Fakta 1 visar bakgrundsinformation om dessa. 119 patienter (39 procent) hade fått diagnosen inom en vecka efter sin första kontakt med sjukvården. För övriga patienter var mediantiden från remittering till diagnos 19 dagar (25:e–75:e percentilen 12–32 dagar). För endast 8 patienter var tiden från remiss till diagnos längre än 3 månader.

Kolonundersökningar före diagnos

22 patienter (7 procent) hade fått kolon eller delar av kolon undersökt någon gång mellan 5 år och 3 månader (mediantid 33 månader) före tidpunkten då diagnosen kolorektal cancer ställdes (Tabell 1). 14 patienter hade undersökts med koloskopi/sigmoideoskopi, 4 patienter hade genomgått en radiologisk kolonundersökning och 4 patienter både en endoskopisk och en radiologisk undersökning. I Tabell 1 visas möjliga orsaker till varför kolorektal cancer hade missats hos dessa patienter. Av de patienter som hade högersidig kolorektal cancer var 10 procent undersökta någon gång 5 år–3 månader före diagnos, jämfört med 6 procent av patienterna med icke-högersidig kolorektal cancer (P = 0,169). I 16 av de 22 fallen hade man undersökt den del av kolon där tumören sen upptäcktes. Hos 2 av dessa patienter var tarmen inte ren (BPSS 0 eller 1) och hos 2 andra patienter togs en polyp bort i området där tumören sedan dök upp. Det förelåg ingen skillnad mellan de tre sjukhusen avseende förekomst av »missad cancer«.

FIT och anemi före diagnos

49 patienter (16 procent) hade ett positivt svar på FIT någon gång i tidsspannet 5 år till 3 månader innan diagnos (mediantid 294 dagar) (Figur 1). 172 patienter (56 procent) hade anemi vid diagnos. Denna anemi var känd i mediantid 50 dagar före diagnos, och 2 av 5 (n = 73) hade en känd anemi mer än tre månader före diagnos (Figur 1). Av samtliga män i studien hade 31 procent anemi som var känd mer än 3 månader före diagnos. Hos kvinnorna var andelen med känd anemi 3 månader före diagnos signifikant lägre (16 procent; P = 0,003). Patienterna med känd anemi mer än 3 månader före diagnos var signifikant äldre än patienterna utan anemi (medianålder 79 år vs 72 år; P < 0,001). Vid exklusion av de patienter som hade kolonundersökts 5 år till 3 månader före diagnos (Tabell 1) hade sammantaget 88 patienter (29 procent) antingen anemi eller ett positivt FIT i tidsspannet 5 år till 3 månader före diagnos.

FAKTA 1. Bakgrundsinformation om alla patienter med nydiagnostiserad kolorektal cancer mellan 1 januari 2016 och 14 september 2017 i Västerbottens läns landsting (N = 307).

KÖN
- Kvinnor: 49 procent (n = 152)
- Män: 51 procent (n = 155)

ÅLDER
- Medelålder vid diagnos 73,0 år (SD 10,3 år)

SJUKHUS
- Norrlands universitetssjukhus, Umeå: 49 procent (n = 152)
- Skellefteå lasarett: 31 procent (n = 94)
- Lycksele lasarett: 20 procent (n = 60)

TUMÖRLOKALISATION
- Höger kolon: 32 procent (n = 99)
- Transversum: 6 procent (n = 19)
- Vänster kolon: 23 procent (n = 72)
- Rektum: 29 procent (n = 88)
- Ej specificerad: 10 procent (n = 29)

LABBVÄRDEN VID DIAGNOS
- Proportioner räknade utifrån de patienter där analysen gjordes.
- Anemi: 56 procent (n = 172)
- MCV < 82 fl: 27 procent (n = 81)
- Ferritin < 30 µg/l: 50 procent (n = 71)
- CRP (mätt med högkänslig metod) > 3 mg/l: 69 procent (n = 185)
- CEA (karcinoembryonalt antigen) > 5 µg/l: 42 procent (n = 117)

DISKUSSION

Huvudsyftet med studien var att se om diagnosen kolorektal cancer fördröjs på grund av missade polyper/tumörer vid kolonundersökningar eller om eventuella objektiva tecken på ockult gastrointestinal blödning och/eller anemi förbises. Den uppskattade incidensen av »missad cancer« vid kolonundersökningar var i vår studie 7 procent. Inkluderas endast patienter där tumörer/polyper förbisetts vid en fullständig koloskopi blir antalet »missade fall« av kolorektal cancer lägre (4 procent). Bland de »missade« tumörerna förelåg en blandning av både tidiga och mer avancerade tumörstadier.

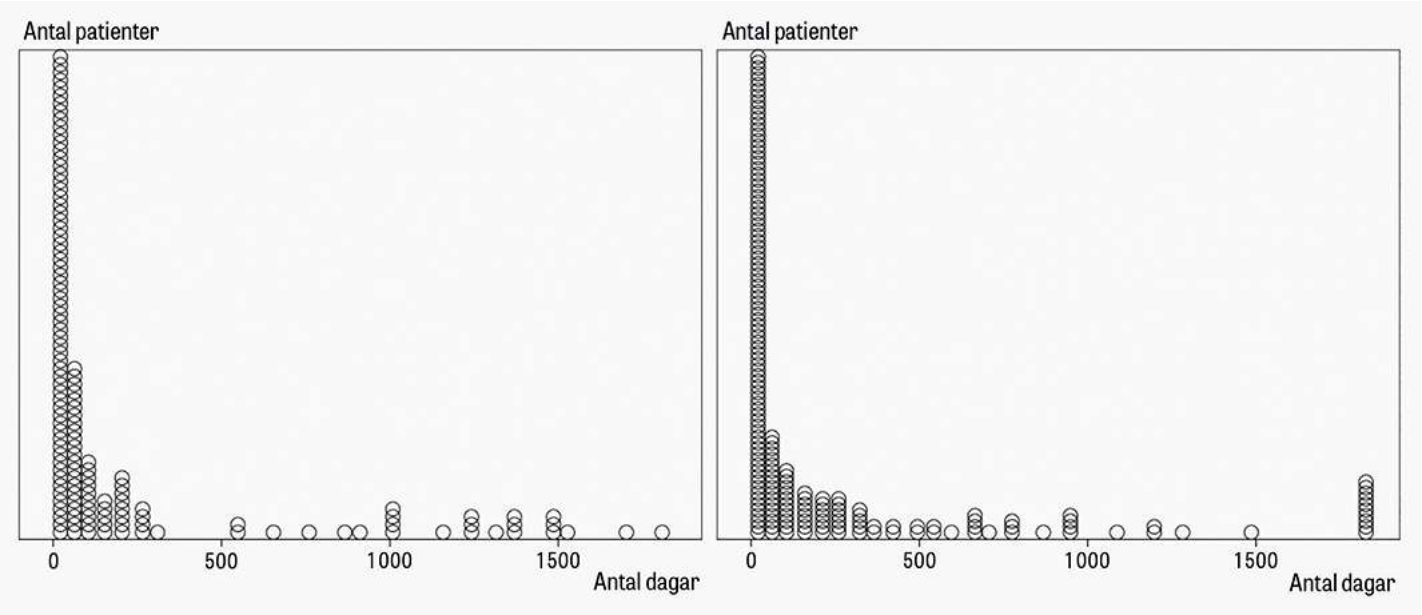
I screeningstudier anges incidensen av intervallcancer (det vill säga fall av kolorektal cancer diagnostiserade mellan undersökningstillfällena) till mellan 3 och 9 procent [10-15]. I dessa studier har ett kortare tidsspann använts (6–36 månader) för att definiera intervallcancer. 9 av de 22 fallen av intervallcancer i vår studie kopplades till att tumören/polypen missats vid sigmoideoskopi eller radiologisk undersökning. Det är

TABELL 1. Möjliga orsaker till att kolorektal cancer missats hos 22 patienter som fick sin kolon undersökt.

Kön	Ålder vid diagnos (år)	Antal månader före diagnos som undersökningen genomfördes	Undersökning	Tumörlokal och tumörklassifikation (TNM)	BBPS	Möjlig orsak till att tumören missades
● Kvinna	36	5	Sigmoideoskopi	Colon ascendens T3cN1M0	1	Tumörlokal ej undersökt
● Kvinna	57	6	DT-kolografi	Cekum T1N0M0	-	Polyp missades
● Man	62	13	DT-kolografi	Rektum T2N0M1	-	Polyp missades
● Kvinna	78	15	Koloskopi till cekum	Cekum T4N2M0	NA	Polyp missades
● Kvinna	76	22	Koloskopi till cekum	Colon ascendens T2N0M0	1	Polyp missades
● Kvinna	69	23	Koloskopi till cekum	Colon ascendens T2N0M0	3	Polyp missades eller togs ej helt bort
● Kvinna	82	25	Ofullständig koloskopi	Colon ascendens Ingen uppgift	1	Tumörlokal ej undersökt
● Man	86	26	Sigmoideoskopi	Ej specificerad T2N0M0	NA	Tumörlokal ej undersökt
● Man	80	28	Koloskopi till cekum	Rektum Ingen uppgift	2	Polyp missades eller togs ej helt bort
● Kvinna	71	31	Ofullständig koloskopi samt DT-kolografi	Colon ascendens Ingen uppgift	NA	Polyp missades
● Kvinna	87	33	Koloskopi till cekum samt DT-kolografi	Colon descendens T3cN2M0	NA	Polyp missades
● Man	81	34	Koloskopi till cekum	Colon ascendens T1N0M0	3	Polyp missades
● Kvinna	78	36	Koloskopi till cekum	Colon transversum T1N0M0	3	Polyp missades
● Man	71	36	Sigmoideoskopi	Colon ascendens T1N0M0		Tumörlokal ej undersökt
● Man	83	38	Sigmodieoskopi	Colon transversum T2N0M0	NA	Tumörlokal ej undersökt
● Kvinna	64	41	Koloskopi till cekum	Sigmoideum T4N0M0	NA	Polyp missades
● Kvinna	87	44	Koloskopi till cekum samt DT-kolografi	Rektum T1N0M0	3	Polyp missades
● Kvinna	58	44	DT-kolografi	Colon descendens T3bN0M0	3	Polyp missades
● Kvinna	80	47	Ofullständig koloskopi samt DT-kolografi	Colon ascendens T2N1M0	NA	Polyp missades
● Man	83	47	Koloskopi till cekum	Colon descendens T2N0M0	NA	Polyp missades
● Kvinna	84	50	Dubbel kontrastkolonröntgen	Colon descendens Ingen information		Polyp missades
● Man	79	55	Sigmoideoskopi	Colon transversum T2N0M0	2	Tumörlokal ej undersökt

BBPS (Boston bowel preparation scale) använder en skala 0–3, där 0 indikerar sämst och 3 bäst renhet. NA = Information saknas. TNM = tumörklassifikation, där T anger tumörens lokala infiltration, N anger spridning till lymfkörtlar och M eventuella metastaser.

känt att polyper/tumörer i högerkolon oftare förbises jämfört med dem som är lokaliserade mer distalt [10, 15, 16]. Vi såg samma tendens i vår studie, men skillnaden var inte signifikant trots att även sigmoideoskopier räknades in. Däremot missades signifikant fler tumörer i högerkolon jämfört med övriga kolon om även undersökningar utförda i intervallet 0–3 månader före diagnos inkluderades. Ca 1 av 4 »missade cancerfall« i vår studie kan förklaras med antingen att man inte kom ända fram till cekum vid koloskopin



Figur 1. Antal patienter och den tid före diagnos (dagar) som det var känt att patienterna hade ett positivt F-Hb-prov (FIT) (diagrammet till vänster) respektive anemi (diagrammet till höger).

eller att endast sigmoideoskopi utfördes. Övriga fall berodde sannolikt på att polypen/tumören inte hade hunnit utvecklas, att den inte var synlig eller att den inte hade tagits bort adekvat. Det är känt sedan tidigare att missade polyper är den vanligaste orsaken till intervallcancer men att även icke-adekvat resektion av polyper eller dålig tarmrengöring sannolikt bidrar [15]. I vår studie identifierade vi 2 fall av »missad cancer« på lokalen för polypektomi. I 4 fall angavs undermålig tarmrengöring i koloskopiberättelserna. Dessutom saknades uppgift om grad av tarmrengöring för nästan hälften av koloskopierna.

Dessa resultat talar för vikten av att undersökning avseende eventuell tarmtumör utförs som komplett koloskopi i väl rengjord tarm.

Studien påvisar också en fördröjning eller ouppmärksamhet avseende tecken på ockult gastrointestinal blödning och anemi hos patienter med kolorektal cancer före diagnos. Till exempel hade var sjätte patient lämnat ett positivt FIT i tidsspannet 5 år till 3 månader före diagnos, och nästan 1 av 4 patienter hade anemi längre än 3 månader före diagnos. Om de fall som definierades som »missad cancer« (Tabell 1) exkluderas kvarstår det faktum att nästan var tredje patient (29 procent) antingen hade ett positivt FIT eller anemi mer än 3 månader före diagnos.

Anemi är vanligt förekommande vid högre åldrar och alla fall av anemi hos patienterna var inte tydligt kopplad till gastrointestinal blödning (järnbristanemi), men data från vår studie indikerar att tröskeln för koloskopi vid bestående anemi oavsett orsak bör vara lägre än vad som var fallet. Anemi vid kolorektal cancer kan uppträda redan 2 år före diagnos [17] och även en sänkning av Hb inom det normala referensintervallet kan vara orsakad av kolorektal cancer [18]. En studie utförd i Jämtlands län visade att 1 av 4 patienter med positivt F-Hb-prov inte följdes upp adekvat och att anemi var vanligt förekommande före diagnos [19]. Lite förvånade fann vi att långvarig känd anemi före diagnos var vanligare hos de manliga patienterna än hos de kvinnliga. Möjligen kan de gränsvärden för Hb som rekommenderas av WHO och som skiljer sig mellan kvinnor och män delvis spela in i den könsskillnad vi fann i vår studie, där patienterna har en hög medelålder jämfört med populationen i stort.

Denna studie inkluderade samtliga fall av kolorektal cancer i Västerbottens län under nämnd tidsperiod. Att alla tre sjukhus i Västerbotten inkluderats gör att studien speglar vägen till diagnos i både glesbygd och stad. Studien visar också på generellt acceptabla ledtider mellan remittering och diagnos. Vi har däremot inte analyserat hur andra symtompresentationer (till exempel färskt blod i avföringen eller viktnedgång) har påverkat vägen till diagnos.

»... frekvensen av kolorektal cancer som missas vid kolonundersökningar är relativt låg. Undersökning som bör utföras för att ställa diagnosen är högkvalitativ koloskopi i väl rengjord tarm. Koloskopi är att föredra framför sigmoideoskopi eller DT-kolografi.«

Vi konkluderar att frekvensen av kolorektal cancer som missas vid kolonundersökningar är relativt låg. Undersökning som bör utföras för att ställa diagno-

sen är högkvalitativ koloskopi i väl rengjord tarm. Koloskopi är att föredra framför sigmoideoskopi eller DT-kolografi. Uppmärksamheten på objektiva tecken på ockult gastrointestinal blödning behöver ökas. Tiden till diagnos hade kunnat förkortas för flertalet patienter om man reagerat snabbare på anemi och/eller positiva F-Hb-prov.

Läs mer!
Engelsk sammanfattning på Läkartidningen.se

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

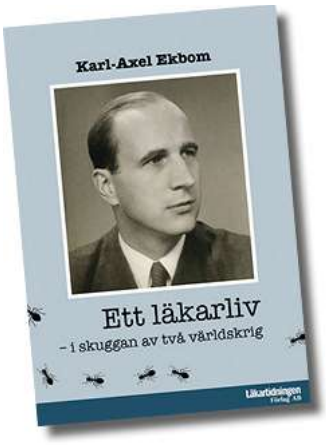
Citera som: Läkartidningen. 2018;115:E9YX

REFERENSER

1. Brenner H, Kloor M, Pox CP. Colorectal cancer. Lancet. 2014; 383(9927):1490-502.
2. Svensk gastroenterologisk förening. Endoskopisk uppföljning efter kolorektal polypektomi. Nationell riktlinje 2016 [citerad 12 sep 2017]. http://www.svenskgastroenterologi.se/sites/default/files/Riktlinjer_polypborttagning_SGF_Final_161107.pdf
3. Zauber AG, Winawer SJ, O'Brien MJ, et al. Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer deaths. N Engl J Med. 2012;366(8):687-96.
4. Corley DA, Jensen CD, Marks AR, et al. Adenoma detection rate and risk of colorectal cancer and death. N Engl J Med. 2014;370(14):1298-306.
5. van Rijn JC, Reitsma JB, Stoker J, et al. Polyp miss rate determined by tandem colonoscopy: a systematic review. Am J Gastroenterol. 2006;101(2):343-50.
6. Schreuders EH, Ruco A, Rabeneck L, et al. Colorectal cancer screening: a global overview of existing programmes. Gut. 2015;64(10):1637-49.
7. Törnberg S, Lundström V, Gustafsson S, et al. Första året med screening för kolorektal cancer i Stockholm. Noggrann övervakning och kvalitetskontroll av hela vårdkedjan nödvändig. Läkartidningen. 2010;107(26–28):1709-11.
8. Pickhardt PJ, Hassan C, Halligan S, et al. Colorectal cancer: CT colonography and colonoscopy for detection – systematic review and meta-analysis. Radiology. 2011;259(2):393-405.
9. Lai EJ, Calderwood AH, Doros G, et al. The Boston bowel preparation scale: a valid and reliable instrument for colonoscopy-oriented research. Gastrointest Endosc. 2009;69(3 Pt 2):620-5.
10. Bressler B, Paszat LF, Chen Z, et al. Rates of new or missed colorectal cancers after colonoscopy and their risk factors: a population-based analysis. Gastroenterology. 2007;132(1):96-102.
11. Cooper GS, Xu F, Barnholtz Sloan JS, et al. Prevalence and predictors of interval colorectal cancers in medicare beneficiaries. Cancer. 2012;118(12):3044-52.
12. Baxter NN, Sutradhar R, Forbes SS, et al. Analysis of administrative data finds endoscopist quality measures associated with postcolonoscopy colorectal cancer. Gastroenterology. 2011;140(1):65-72.
13. Samadder NJ, Curtin K, Tuohy TM, et al. Characteristics of missed or interval colorectal cancer and patient survival: a population-based study. Gastroenterology. 2014;146(4):950-60.
14. le Clercq CM, Bouwens MW, Rondagh EJ, et al. Postcolonoscopy colorectal cancers are preventable: a population-based study. Gut. 2014;63(6):957-63.
15. Brenner H, Chang-Claude J, Seiler CM, et al. Interval cancers after negative colonoscopy: population-based case-control study. Gut. 2012;61(11):1576-82.
16. Singh H, Nugent Z, Demers AA, et al. Rate and predictors of early/missed colorectal cancers after colonoscopy in Manitoba: a population-based study. Am J Gastroenterol. 2010;105(12):2588-96.
17. Edegren G, Bagnardi V, Bellocco R, et al. Pattern of declining hemoglobin concentration before cancer diagnosis. Int J Cancer. 2009;127(6):1429-36.
18. Goldshtein I, Neeman U, Chodick ,G et al. Variations in hemoglobin before colorectal cancer diagnosis. Eur J Cancer Prev. 2010;19(5):342-4.
19. Högberg C, Asplund R. Många feces-Hb-test till liten nytta. Immunkemisk metod ger dålig diagnoshjälp, visar primärvårdsstudie. Läkartidningen. 2010;107(21):1372-5.

EN BOK FRÅN LÄKARTIDNINGEN FÖRLAG

Spännande läsning om läkarlivet i Sverige under krig och fred och om upptäckten av en »ny« sjukdom



***Ett läkarliv – I skuggan av två världskrig* av Karl-Axel Ekbom är en levande skildring av svensk medicinhistoria.**

Karl-Axel Ekbom är den svenske neurolog som har gett namn åt Willis–Ekboms sjukdom, tidigare kallad »restless legs«. På 1970-talet skrev han sin självbiografi, men dog innan han kunde ge ut boken. I kvarlåtenskapen efter honom hittades manuskriptet av Ekboms tre söner, och först nu har boken blivit en realitet.

Karl-Axel Ekbom berättar om sina medicinstudier på 1920-talet och om sin och många andra unga medicinares oro för att som nylegitimerad läkare i början av 1930-talet vara tvungen att gå arbetslös. Han skildrar hur den neurologiska specialiteten har utvecklats under decennierna och hur det var att till och från bli inkallad som militärläkare. Trots oroliga tider kunde han disputera just på V-dagen, den 8 maj 1945.

Boken finns att beställa på Lakartidningen.se/bocker

Läkartidningen Förlag AB

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

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



Vad händer om du blir anmäld?

□□□ Läkare kan bli anmälda av patienter och närstående som känner sig felaktigt bemötta i vården. Vad händer i en sådan process – och vilket stöd finns att få?

SEDAN BÖRJAN AV 2018 ska patienter och närstående som är missnöjda med vården i första hand vända sig till vårdgivaren, som ska besvara klagomålet. Om den klagande inte vill vända sig direkt till vårdgivaren kan vederbörande istället kontakta patientnämnden, som då ska hjälpa den klagande att få svar från vårdgivaren.

Ifall den klagande inte är nöjd med svaret från vårdgivaren kan vederbörande göra en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. IVO kan vid sin utredning beakta både innehållet i anmälan och andra aspekter som framkommer under granskningen. Utredningen slutar med ett beslut, där IVO kan rikta kritik mot vårdgivaren eller hälso- och sjukvårdspersonal. IVO kan också anmäla legitimerad personal till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN.

Hjälp från Läkarförbundet

Läkarförbundet ger råd och hjälp till anmälda medlemmar – men du måste själv vara delaktig i processen och lämna uppgifter om vad som hänt.

Många ärenden går att hantera på egen hand med hjälp av Läkarförbundets folder *Om jag blir anmäld*. Vid mer komplicerade ärenden eller uttalad kritik kan du få hjälp av Läkarförbundets jurister eller konsultationsläkare. Om du ska yttra dig till HSAN – kontakta medlemsrådgivningen så snabbt som möjligt!

Läkarförbundets service i anmälningsärenden är kostnadsfri för förbundsmedlemmar. I ärenden som är mer omfattande och kräver större insatser från förbundets sida tillfrågas medlemmen om rättsskyddsmomentet i Yrkesförsäkringen kan utnyttjas. Skadeanmälan ombesörjs i så fall av Läkarförbundet. Detta gäller exempelvis i ärenden där konsultationsläkare behöver involveras.

Jag har blivit anmäld till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Vad händer nu och vad ska jag göra?

IVO är tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvården och har patientsäkerheten som

huvudfokus. Myndigheten hanterar tre huvudtyper av anmälningsärenden:

- Patienters och närståendes klagomål
- Lex Maria-anmälningar från vårdgivare
- Individärenden mot enskilda yrkesutövare (mer ingående granskning av en enskild persons yrkesutövning)

IVOs handläggning är oftast skriftlig, men muntliga möten förekommer. Ifall IVO vill att du ska yttra dig i ett ärende kommer myndigheten att kontakta dig.

IVO-ärenden avslutas med ett skriftligt beslut, där myndigheten kan rikta kritik mot vårdgivare och/eller vårdpersonal. IVOs beslut i anmälningsärenden kan inte överklagas, men innan myndigheten beslutar om kritik ska den som avses med kritiken ges tillfälle att yttra sig över ett förslag till beslut. Förutom kritik kan IVO i allvarliga fall besluta att anmäla en legitimerad yrkesutövare till HSAN, som hanterar frågor om prövotid, indragning av förskrivningsrätt och återkallelse av legitimation.

Läkarförbundets kollegiala rådgivare

En anmälan kan ibland innebära en känslomässig påfrestning och du kanske inte bara behöver hjälp med praktiska och juridiska frågor utan även medmänskligt stöd. Förhoppningsvis är klimatet sådant på arbetsplatsen att du kan få det från chefer, kollegor och andra arbetskamrater. Men även med sådant stöd kan det finnas behov av att tala med någon annan, till exempel en helt utomstående som är förtrogen med läkares villkor. Då kan du kontakta någon av Läkarförbundets kollegiala rådgivare. De kollegiala rådgivarna är läkare som har till uppgift att vara kollegiala samtalspartners till kollegor som hamnat i en påfrestande situation av yrkesmässig eller privat natur (till exempel anmälan). Rådgivarna finns över hela landet och är utsedda av Läkarförbundets lokalföreningar. Du kan kontakta vilken rådgivare du vill, oavsett var i landet du bor eller arbetar. Du garanteras förstås sekretess och kan också vara anonym. En lista över de kollegiala rådgivarna finns på Läkarförbundets webbplats, www.lakarforbundet.se, under Råd och stöd > Hållbart arbetsliv > Råd och stöd från andra läkare. Om du vill kan du även kontakta Läkarförbundets samordnare för Kollegial rådgivning, 08-790 33 00. □

OM JAG BLIR ANMÄLD

Samlad information om anmälningar mot vården



MÅNGA LÄKARE ÄR OSÄKRA på hur systemet för klagomål mot vården ser ut. I Läkarförbundets broschyr *Om jag blir anmäld* har vi därför samlat information som rör anmälningar mot vården. I broschyren får du information om hur systemet för klagomål ser ut, vilka anmälningsinstanser som finns, utredningsgången hos dem och vilka beslut de kan fatta. Där finns även information om vilket stöd Läkarförbundet erbjuder i anmälningsärenden och tips om vad du bör tänka på när du yttrar dig över ett klagomål.

Ladda ner broschyren här:

➳ www.lakarforbundet.se/publikationer/om-jag-blir-anmald

LÄKARFÖRBUNDET I DEBATTEN

Alla patienter ska ha en fast läkare

// METRO

Att få träffa samma läkare vid varje besök gör att patienter inte behöver upprepa sin sjukdomshistoria, gång på gång för ständigt nya läkare. Nu vet vi dessutom att kontinuitet i relationen faktiskt är livsviktig. Det visar internationell forskning, skriver Heidi Stensmyren, Sveriges läkarförbund.

Krock mellan vision och verklighet i vården

// SVD

Digitalisering är inte bara en teknisk fråga. Inom hälso- och sjukvården är det centralt att personal och patienter är med på resan. Men idag är det tydligt och illavarslande att landstingen halkar efter, skriver Heidi Stensmyren, Sveriges läkarförbund och Mårten Blix, forskare vid Institutet för Näringslivsforskning.

Patienter drabbas när vårdgivare försvinner

// DAGENS SAMHÄLLE

Sjukvården förlorar i resurser och kompetens när privata utförare försvinner. Oavsett vilken regering som så småningom bildas måste detta hanteras, skriver Heidi Stensmyren, Sveriges läkarförbund och Stefan Jutterdal, Fysioterapeuterna.

Apotek Hjärtat borde inte få äga Min Doktor

// DAGENS INDUSTRI

Läkare får inte äga apotek, men nyligen investerade Apotek Hjärtat, som ägs av Ica-Gruppen, 335 miljoner kronor i nätläkartjänsten Min Doktor. Det innebär en risk för ökade kostnader samtidigt som det varken är samhällsekonomiskt eller etiskt försvarbart, skriver Elin Karlsson, Sveriges läkarförbund.

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
AKUTSJUKVÅRD		
ÖL/Spec-läkare, VO Akut, Skånevård Kryh, Kristianstad		39
ALLMÄNMEDICIN		
Distriktsläkare/leg underläkare, Vårdcentralen Onsala, Kungsbacka		39
Läkare Närhälsan, Västra Götalandsregionen		40
Spec-läk & ST-läk i allmänmedicin, ny VC i Gustavslund, Helsingborg		39
Spec-läkare Djurö vårdcentral (Stockholms skärgård), Djurö/Sthlm		40
Spec-läkare, 1-2 st, Sibyllekliniken, Östermalm, Stockholm		38
Spec-läkare, hel- eller deltid. Arenastadens vårdcentral, Solna		38
Spec-läkare, VC Kävlinge, Skånes universitetssjukvård, Kävlinge		39
ANESTESI- OCH INTENSIVVÅRD		
Specialist/ÖL, OpAnIva-kliniken, Falu lasarett, Falun	14/10	40
Spec-läkare Anestesi- och intensivvårdsklin, Länssjukhuset, Kalmar		38
Spec-läkare, Klinik 34 – estetisk kirurgi & hudvård, Göteborg		39
Univ lektor anestesiologi förenat spec-läk/ÖL, Inst klin vetensk, Lund	24/10	40
AT-TJÄNSTER		
AT i Region Gävleborg, Gävle, Hudiksvall	3/10	38
AT i Värmland, Karlstad, Arvika och Torsby	3/10	38
AT Landstinget Blekinge		38
AT/forskar-AT, Akademiska sjh & Ålands Centralsjh, Uppsala & Åland	3/10	38
AT Region Norrbotten		38
AT Region Västernorrland, Sollefteå, Sundsvall och Örnsköldsvik	3/10	38
AT Västerbottens läns landsting, Umeå, Skellefteå, Lycksele	3/10	38
AT, Landstinget i Kalmar län, Västervik, Oskarshamn, Kalmar	3/10	38
AT, Landstinget Sörmland, Katrineholm, Eskilstuna, Nyköping	3/10	38
AT, Lasarettet i Enköping, Enköping		38
AT-läkare landstinget Dalarna, Avesta/Falun/Mora	3/10	38
AT-läkare?, Västmanland	3/10	38
AT-tjänst, lasarettet, Enköping		38
Valfrihet att utforma din AT, Växjö, Ljungby	3/10	38
BARN- OCH UNGDOMSMEDICIN		
Kliniskt verksam spec-läkare alt i slutet av din ST, Min Doktor		38
ST-/Spec-läk, pediatrik, Barn- & ungdomsklin, Länssjukhuset, Kalmar		40
BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRI		
Spec-läkare, Ätstörningsmottagning, Södra Älvsborgs sjh, Borås	31/10	40
Överläkare, BUP, Södertälje		38
ENDOKRINOLOGI OCH DIABETOLOGI		
Spec-läkare, VE Endokrin, Skånes universitetssjukvård, Malmö		39
ETABLERINGAR OCH ÖVERLÅTELSER		
Ersättningsetablering i ortopedi överlåtes, Region Skåne, Höganäs	19/10	38
Ersättningsetablering i ortopedi, Region Skåne , Malmö	15/10	39
Ersättningsetablering ÖNH-sjd, Slottsstadens Läkarhus, Malmö	31/10	38
Ersättningsetablering i gynekologi, centralt i Göteborg	4/11	40
HEMATOLOGI		
Spec-läkare, hematologi/internmed & neurologi, medicinkliniken, Nyköpings lasarett	15/10	40
HUD- OCH KÖNSSJUKDOMAR		
Kliniskt verksam spec-läkare alt i slutet av din ST, Min Doktor		38
Överläkare/Spec-läk, Frölunda Specialistsjukhus, Göteborg		40
INFEKTIONSSJUKDOMAR		
Infektionsläkare 50%, Strama, Hälso- & sjukvårdsförvaltn, Sthlm	7/10	39
INTERNMEDICIN		
Spec-läkare, hematologi/internmed & neurologi, medicinkliniken, Nyköpings lasarett	15/10	40
Överläkare/spec-läkare till osteoporosmott, Sunderby Sjukhus, Luleå	31/10	40
KARDIOLOGI		
Överläkare, Hallands sjukhus, Kungsbacka		39
KIRURGI		
Överläkare, kirurg, Kirurgkliniken Kalmar - Oskarshamn		38
ÖL/BÖL, Bröstcentrum, VO Kirurgi, Södersjukhuset, Stockholm	25/10	39
KLINISK MIKROBIOLOGI		
Underläkare, Karlstad		40
KURSER / SYMPOSIER / SEMINARIER		
Grundutb i KBT (för individ, barn & familj, Steg1) Sv Institutet för Kognitiv Psykoterapi, Stockholm		38
Psykoterapeutprogr KBT, Sv Institutet Kognitiv Psykoterapi, Sthlm		38
KÄRLKIRURGI		
Överläkare, VO Thorax och Kärl, Skånes Universitetssjukvård, Malmö		39
NEUROLOGI		
Spec-läkare, hematologi/internmed & neurologi, medicinkliniken, Nyköpings lasarett	15/10	40
OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI		
Gynekolog med intresse för IVF, LIVIO Fertilitetscentrum, Falun		38
Gynekolog, IVF-gruppen, Livio, Sophiahemmet, Stockholm		39
GynHälsan Fertilitetsklinik i Uppsala söker specialist i gynekologi med intresse för reproduktionsmedicin, Uppsala		38
Spec-läkare, StudentGyn, Gynhälsan, Uppsala		38
ONKOLOGI		
2 st spec-läkare/överläkare till Onkologen, Kalmar		38
ORTOPEDI		
Specialist i ortopedi, Skärholmens ortopedmottagning, Stockholm		38
PSYKIATRI		
Kliniskt verksam spec-läkare alt i slutet av din ST, Min Doktor		38
Spec-läkare Praktikertjänst Psykiatri		39
ÖL/Spec-läkare, VO Vuxenpsykiatri, Skånevård Sund, Lund		38
Överläkare, Psykiatrisk intensivvårdsavdelning – PIVA, Halmstad		39
Överläkare, vårdavd personlighetssyndrom, Psykiatri Sydväst, Sthlm	21/10	40

Alla lediga jobb i Tjänstelistan finns sökbara på Läkarkarriär.se

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

RADIOLOGI		
Jobba med svensk radiolog från Västindien, Västindien		38
SKOLHÄLSOVÅRD		
Skolläkare, Västerås stad – utveckla en elevhälsa i framkant, Västerås		38
SMÄRTLINDRING		
Överläkare, smärtspecialist, Smärtmottagningen, Västerås	15/10	40
STIPENDIER / ANSLAG / BIDRAG		
Forskningsbidrag för cancerforskning, Johan Janssons Stiftelse, Gbg	7/10	39
Projektbidrag, i syfte att rädda människoliv. Carnegiestiftelsen	5/10	38
ST-TJÄNSTER		
Spec-läk & ST-läk i allmänmedicin, ny VC i Gustavslund, Helsingborg		39
ST-/Spec-läkare, pediatrik, barn- & ungdomsklin, Länssjh, Kalmar		40
ST-läkare i allmänmedicin, HC Sankt Hans , Lund		38
ST-läkare, foniatri, ÖNH-klin, Universitetssjukhuset Örebro	31/10	40
ST-läkare psykiatri, Allmänpsykiatrisk ÖV, Region Örebro län	12/11	39
ST-läkare Rättsmedicinska enh, Rättsmedicinalverket, Linköping		39
ST-läkare, Barn- & ungdomspsykiatri, Region Västmanland	31/10	40
ST-läkartjänst, bild- & funktionsmedicin, Akademiska sjh, Uppsala		38
Vik underläkare, möjlig framtida ST, Fysiologiska enheten, Gävle	21/10	40
SÄLJES / KÖPES		
All typ av utrustning till kirurg- /urolog-mottagning köpes, Göteborg		38
ÖGONSJUKDOMAR		
Ögonläkare på hel- eller deltid,, EyeCenter, Stockholm		38
Överläkare/Spec-läkare, Frölunda specialistsjukhus , Göteborg		40
ÖVRIGA LÄKARTJÄNSTER		
Kliniskt verksam spec-läkare alt i slutet av din ST, Min Doktor		38
Läkare el psykolog m eget företag, längre uppdrag, Landst Värmland	28/10	38
Professor i medicin förenad m bef. spec-läkare/ÖL, Lunds Universitet	1/11	39
Skandinavisk Hälsovård söker alla läkarkategorier		39
Spec-läkare till Försäkringsmottagning & Medicinska Center, Quality Care, Stockholm		38
Två kliniska forskare, kliniska prövningar, AstraZeneca, Göteborg		39
Univ lektor anestesiologi förenat spec-läk/ÖL, Inst klin vetensk, Lund	24/10	40
Överläkare, Laboratoriemedicin Västernorrland, Sundsvall		38
Överläkare/spec-läk, Osteoporosmott , Sundeby Sjukhus, Luleå	31/10	40
ÖVRIGA TJÄNSTER		
AT-chef till högt rankad AT-enhet i Region Västmanland, Västerås	17/10	39
Avd chef, Kunskapsstyrn, Hälso- & sjukvården, Socialstyrelsen, Sthlm		38
Läkare el psykolog m eget företag, längre uppdrag, Landst Värmland	28/10	38
Prof/førstemanuensis, medisin (farmasi), NTNU, Trondheim/Norge	31/10	39
Verksamhetschef, Barn- & ungdomsmed, Centralsjukhuset, Karlstad		39
Verksamhetschef, Internmedicin, Hälso- & sjukvårdsförvaltn, Visby		38
Verksamhetschef, Klinisk mikrobiologi, Medicinsk service, Lund		39
Verksamhetschef, område slutenvård ortopedi, Arvika och Karlstad	31/10	38
Verksamhetschef, VO Geriatrik, Akademiska sjh, Uppsala och Tierp		39



Min Doktor

Var med och förändra sjukvården som läkare på Min Doktor

Vill du, precis som vi, göra vården mer tillgänglig och effektiv för patienter såväl som vårdpersonal? Som läkare på Min Doktor möter du och behandlar patienter på ett nytt sätt samtidigt som du är med och utvecklar den digitala vården.

Vi erbjuder patienter snabb bedömning och behandling på primärvårdsnivå oavsett var de befinner sig. Som läkare kommunicerar du med patienten främst via text och video. Stora delar av anamnesunderlaget har patienten själv skapat genom det frågeformulär som fyllts i före konsultationen.

Välkommen att skicka in din ansökan via:
mindoktor.se/jobs

Som läkare på Min Doktor
- har du flexibilitet och frihet i ditt arbete eftersom du väljer när och varifrån du vill arbeta
- arbetar du med den teknik som passar dig bäst; mobil, surfplatta eller dator
- är du en del av Min Doktors interna läkarnätverk, i syfte att genom kunskapsutbyte nå bästa handläggning
- erbjuds du konkurrenskraftig ersättning för ditt arbete

Är du
- kliniskt verksam specialist eller i slutet av din ST? Just nu har vi extra stort utrymme för **hudläkare, psykiatriker och barnläkare.**
- flytande i svenska i både tal och skrift?
- beredd att regelbundet ägna en del av din tid åt Min Doktors patienter?

Överläkare/ specialistläkare till osteoporos-mottagningen

norrbotten.se/jobb

REGION NORRBOTTEN

Vi söker specialistläkare inom hematologi/internmedicin och neurologi till medicinkliniken, Nyköpings lasarett

Vill du ha en bred verksamhet med stora möjligheter att själv styra ditt arbete är du välkommen att höra av dig.

För mer information kontakta verksamhetschef Karin Marminge, 0155-46 07 34, eller läs mer på www.landstingetsormland.se/Jobbahososs

Välkommen med din ansökan senast den 15 oktober.



LANDSTINGET SÖRMLAND

Följ oss på facebook.com/lstsormlandjobbahososs

Jobba med svensk radiologi från Västindien

Placeringar på några veckor eller längre

—

Modern jourverksamhet i Curaçao
Flexibilitet. Mycket fritid. Attraktiv ersättning
Direktflyg från Europa



dda
Direct Diagnostic Alliance

Kontakta oss idag
info@directdiagnosticalliance.com
www.directdiagnosticalliance.com
T. 08 123 501 50

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Jobba med oss

NÄRHÄLSAN ÄR STÖRST i Sverige på primärvård med hundratals mottagningar i hela Västra Götaland.

SOM LÄKARE HOS OSS FÅR DU:

- finnas nära människor genom hela livet
- kompetensutveckling 10 dagar per år
- stort kollegialt utbyte med läkare



Hitta lediga tjänster och sök på narhalsan.se/sokjobb

Närhälsan

www.psykiatrisydvast.se

Överläkare

sökes till vårdavdelning med inriktning personlighetssyndrom Psykiatri Sydväst

Vill du arbeta med personlighetssyndrom på ett nytt sätt, i en enhet som arbetar personcentrerat och fokuserar på bemötande och vårdinnehåll anpassat för patientgruppen? Uppskattar du ett nära samarbete med öppenvården? Då bör du läsa om denna spännande tjänst.

Läs mer och ansök via **sll.se/ledigajobb**
Ref.nr: **156603**

Sista ansökningsdag: **2018-10-21**

Psykiatri Sydväst
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

StudentGyn UPPSALA

GynHälsan

Specialistläkare i Gynekologi

StudentGyn, GynHälsan i Uppsala

Mottagningen riktar sig framförallt till den unga kvinnan, men är även öppen för kvinnor i alla faser av livet.
Här arbetar flera gynekologer och barnmorskor på en vackert belägen plats i Uppsalas gamla studentkvarter.
Info: http://www.gynhalsan.se/lediga-tjänster-40353335
För frågor kontakta: lisa.alin@gynhalsan.se

VI SÖKER

UNDERLÄKARE

TILL KLINISK MIKROBIOLOGI, KARLSTAD

KONTAKTA GÄRNA tf verksamhetschef
Charlotta Gestblom, tfn 054-19 11 91 eller
överläkare Cecilia Jendle, tfn 054-19 16 06.

Läs mer om tjänsten på **www.liv.se/jobb**

LANDSTINGET I VÄRMLAND erbjuder hälso- och sjukvård och tandvård av högsta kvalitet. Tillsammans med våra patienter stärker vi folkhälsan och utvecklar vården. Vår vision är en livskvalitet i världsklass.

Landstinget i Värmland

Stockholms läns sjukvårdsområde söker

Specialist Allmänmedicin
Vill du bli vår nya doktor?

Djurö vårdcentral söker specialist i allmänmedicin eller annan lämplig specialitet, from våren 2019. Vi är en liten och gemytlig vårdcentral med ca 4 200 listade patienter belägen på Djurö i Stockholms skärgård. Vår verksamhet präglas av stor närvaro i närsamhället och mycket god tillgänglighet. Vi har mottagning både på vårdcentralen och på våra läkarstationer på Möja, Sandhamn och Runmarö samt på så kallad bryggmottagning i läkarbåten på flera öar inom Värmdö kommun.

På vårdcentralen arbetar 3 specialister, varav en nu går i pension, två ST läkare, sex distriktssköterskor och 4 undersköterskor. I arbetet ingår också integrerad hemsjukvård med ca 70 inskrivna patienter. Arbetet bedrivs i moderna ljusa och trevliga lokaler. Vårdcentralen tillhör Värmdö primärvård och vi samarbetar nära med Gustavsbergs vårdcentral där vi har god tillgång till psykologer, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, dietister och specialister inom gynekologi och ÖNH.

Vårt arbete präglas av evidensbaserade behandlingsmetoder, konstant utveckling och ständiga förbättringar. Vid Gustavsbergs vårdcentral som är Akademisk vårdcentral bedrivs forskning som om intresse finns kan komma att ingå i tjänsten.

Vi söker dig som är öppen som person, har stor flexibilitet, vana vid självständigt arbete kombinerad med stark känsla för teamarbete.

Läs mer om jobbet och ansök här: **sll.se/ledigajobb**
Sök referensnummer: **156645**

Stockholms läns sjukvårdsområde
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING



”Det värsta var inte hans slag. Det var hans blick. Jag trodde att han skulle döda mig.”

Brottsofferjouren ger gratis stöd till dig som är brottsutsatt, anhörig eller vittne. Läs mer på www.brottsofferjouren.se

BROTTSOFFER JOUREN 0200-21 20 19

STÖD SOM GER KRAFT.



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

ST-läkare till Barn- och ungdomspsykiatrin?

Lär känna oss och skicka in din ansökan på regionvastmanland.se/jobb senast 31/10.
Det är kanske dig vi söker.

Verksamhet Barn- och ungdomspsykiatrin
Ort Region Västmanland
Ref.nr 20180719

Region Västmanland



Frölunda Specialistsjukhus söker:

ÖVERLÄKARE/SPECIALISTLÄKARE INOM FLERA SPECIALITETER

Frölunda Specialistsjukhus bedriver idag planerad specialistsjukvård måndag- fredag inom ett flertal specialiteter med tillgång till operationsenhet och övervaknings/ uppvaknings-enhet. Vi värnar om att ha en förtroendefull dialog med våra patienter, utvecklar ständigt våra vårdprocesser och uppnår goda medicinska resultat. Nu rustar vi för framtiden och inom några år kommer det att stå klart ett nytt specialistsjukhus och ett dagkirurgiskt center i Högsbo som kommer att ersätta nuvarande verksamhet vid Frölunda torg. Det nya specialistsjukhuset blir nu en viktig del i utvecklingen av närsjukvården i Göteborg. Som medarbetare erbjuds du många olika möjligheter till utveckling och stimulerade arbetssätt. Vi vänder oss till dig som vill vara med och forma framtidens närsjukvård i Göteborg!

Vi söker nu dig som är överläkare/specialistläkare inom:

Ögonsjukdomar, Referensnummer: 2018/5286
Dermatologi, Referensnummer: 2018/5287

Information om tjänsterna lämnas av:
Verksamhetschef ögonsjukdomar, gynekologi & dermatologi:
Matilda Berntsson tel. 0700-82 36 86

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

VI SKA BLI SVERIGES BÄSTA OFFENTLIGA ARBETSGIVARE
VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Läkarkarriär.se

Region Gävleborg

Vikarierande underläkare med möjlighet till framtida ST-tjänst

till fysiologiska enheten, Gävle.

Sista ansökningsdag 21 oktober 2018.

regiongavleborg.se/jobb

Gynekolog
IVF-gruppen, Sophiahemmet

IVF-gruppen – en del av Livio,
Nordens ledande aktör inom fertilitet

Läs mer på **ivf-gruppen.se**

SOPHIAHEMMET SJUKHUS
IVF-mottagningen



Södra Älvsborgs Sjukhus söker:

SPECIALISTLÄKARE
till Ätstöringsmottagning

Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Borås
Referensnummer: 2018/5665
Sista ansökningsdag: 2018-10-31

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 anestesiologi

FÖRENAD MED ANSTÄLLNING SOM SPECIALISTLÄKARE/ÖVERLÄKARE MED PLACERING VID INSTITUTIONEN FÖR KLINISKA VETENSKAPER I LUND

Ref nr PA 2018/11795
Sista ansökningsdag 2018-10-24

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

LUNDS UNIVERSITET





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

Överläkare, smärtspecialist?

Lär känna oss och skicka in din ansökan på regionvastmanland.se/jobb senast 15/10.
Det är kanske dig vi söker.

Verksamhet Smärtmottagningen
Ort Västerås
Ref.nr 20180667

Region Västmanland

Region Örebro län söker

ST-läkare i foniatri

till Öron- näs- och halskliniken

För mer information kontakta verksamhetschef Svante Hugosson, telefon 019-602 36 29

Ansökan senast 31 oktober 2018

www.regionorebrolan.se/ledigajobb

Region Örebro län
Universitetssjukhuset Örebro

regionorebrolan.se

Landstinget Dalarna söker

Specialist/Överläkare

Vi söker en Specialist/Överläkare inom anestesi och intensivvård till OpAnIva-kliniken på Falu lasarett. Du kommer att jobba över hela klinikens bredd och beroende på erfarenhet gå primär eller bakjour. Välkommen med din ansökan.

Ansök senast: 2018-10-14
via ltdalarna.se/ledigajobb

Landstinget DALARNA

Etableringar och överlåtelser

Ersättningsetablering i ORTOPEDI, Region Skåne

Tillsvidareetablering enligt nationella taxan överlåtes vid årsskiftet. Verksamheten bedrivs f n vid Slottsstadens Läkarhus i Malmö. Tillgång till 3 mottagningsrum, operationssal, reception och väntrum.

Info: www.opic.com/upphandlingar eller bertil@hovstadius.com

Sista anbudsdag 181015

Ersättningsetablering ortopedi, Höganäs överlåtes 2019

Info: ingemar.narheim@hoganasortopedklinik.se **ELLER** tfn 070 8752173

Anbud: senast 2018-10-19 till Tendsign 2018-VV000094, Region Skåne

Ersättningsetablering i Gynekologi centralt i Göteborg

Väletablerad verksamhet med stort patientunderlag säljes enligt nationella taxan, diarienr HSNG 2018-00238.
www.vgregion.se/sv/vastra-gotalandsregionen/startsida/vard-och-halsa/forvardgivare/information-for-privata-vardgivare/ersattningsetablering **ELLER** http://www.opic.com/upphandlingar
Mer info: Birgitta Liljenzin – birgitta@gynik.se **ELLER** tfn 0706 48 88 64

Sista anbudsdag: 2018-11-04



Foto: UNHCR/Andrew McConnel

Sprid livsviktig värme i vinter.

Vintern i ett flyktingläger är svår med snö och iskalla vindar. Med din hjälp får fler en varmare vinter. **SMS:a VÄRME till 729 80 och ge 150 kr.**

Sverige för UNHCR
FN:s flyktingorgan

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

Hissnande perspektiv av vikt

FÖR EN EMERITERAD FETMOLOG är alla aspekter på vikt av intresse. Att hög vikt är riskabelt vet nu alla, eller nästan alla. Den bungyjump-entusiast, som till varje pris ville hoppa via en lina från en hög mast bluffade och uppgav sin vikt som den högsta tillåtna, i detta fall 100 kg, trots att han vägde över 110 kg. Det blev en onödig smäll i backen!

På alla hissar anges max antal tillåtna resenärer samt en total maxvikt. Hissförbundets (ett sådant finns) norm är 75 kg per person. Dessutom tar man hänsyn till hissens golvyta – man ska ju få plats också. Det ska relateras till SCB:s siffror från 2011 för svensk medelvikt: 83 kg för män och 67 kg för kvinnor (siffrorna har gått upp med 5 kg för män och 4 kg för kvinnor jämfört med SCB:s statistik från 1988). Om man antar att jämlikhet råder även i hissen blir medelvärdet av 83 och 67 kg 75 kg och allt är frid och fröjd.

Men avläser man texten på hissdörrar runt i världen är spridningen betydande. Tabellen återger antalet tillåtna resenärer och kommer från klart osystematiska personliga noteringar i Sverige och utomlands. Av tabellen här bredvid framgår att holländare och värmlänningar får vara mycket tyngre för att få åka med hiss. Teaterbesökare förväntas hålla medelvikt. Karolinska och S:t Görans sjukhus håller sig med skilda viktnormer, och i Näsby Parks galleria utanför Stockholm får man väga 6 kg mer i den ena hissen än i den andra. På övre Östermalm i Stockholm får resenären vara rejält tung för att få åka med. Det är paradoxalt, eftersom alla epidemiologiska data talar för att övervikt är ovanligare i välutbildade högre sociala skikt.



Foto: Colourbox

SPELAR DÅ DETTA NÅGON ROLL, utöver inkonsekvensen i budskapet? Sannolikt inte, eftersom varje hiss har ett inbyggt överbelastningsskydd. Hissförbundet berättar att elektroniska sensorer i bärande enheter känner av överbelastningen. Hissen stannar inte ens för nya medresenärer förrän någon klivit av. Sedan vet vi ju inte ens om hissen är full.

På kliniker där man sköter gravt överviktiga individer är stolar, toalettsitsar, operationsbord med mera anpassade för höga vikter. När blir det dags att anpassa hissarnas viktnorm efter den allt fetare populationen, som dessutom med betydande säkerhet får antas ta hissen i stället för trapporna?

Stephan Rössner,
professor emeritus, Karolinska institutet, Stockholm

HISSINFORMATION

Hissplats	Max antal pers	Max-vikt (kg)	Kg/ pers
● Stockholms stadsteater	15	1125	75
● Näsby Park centrum 1	13	1000	77
● Näsby Park centrum 2	12	1000	83
● Svenska läkaresällskapet	4	320	80
● Hotell Ercilla, Bilbao	4	325	81
● Hotell E, Rotterdam	3	300	100
● Karolinska 1	4	325	81
● Karolinska 2	15	1250	83
● Capio S:t Göran 1	21	1600	76
● Capio S:t Göran 2	8	630	79
● Capio S:t Göran 3	16	1250	78
● Värmlands museum	4	400	100
● Rackstad museum, Arvika	4	400	100
● Konsthall, Kristinehamn	4	400	100
● Läkarhuset, Odenplan	12	1000	83
● Bostadshus, Karlaplan	6	525	88

Hur är det med läkarnas hälsa?

▶ Ja, hur står det egentligen till med hälsan hos oss läkare, den yrkesgrupp i landet som torde veta mest om sjukdomars yttringar och riskfaktorer, vikten av motion samt prevention?

Många läkare vittnar om en pressad vardag där självklarheter som lunch och pauser inte hinns med, och där jourpass/bakjourer plågas av återkommande brist på vårdplatser – omständigheter som skulle kunna leda till försämrad hälsa.

För mer än 15 år sedan uppmärksammades en svensk rapport som angav att anestesiologer hade kortare livslängd än befolkningen i stort och även jämfört med andra läkarspecialiteter. Man diskuterade orsakerna till fyndet, men andra studier kunde inte konfirmera resultaten.

Jag har under ett år noterat samtliga dödsfall bland läkare som anges under rubriken »Avlidna« i Läkartidningen, från och med LT nr 40/2017 till och med LT nr 39/2018. Under denna period har 72 män respektive 22 kvinnor avlidit. Medellivslängden för männen var 77,6 år och motsvarande siffra för kvinnorna endast 73,5 år. Jämfört med Folkhälsomyndighetens uppgifter om medellivslängd för hela den svenska befolkningen för 2016 är läkarnas livslängd kortare: minus 3,0 år för män och hela 10,6 år kortare för de kvinnliga läkarna.

Denna redovisning gör naturligtvis inte anspråk på att vara vetenskaplig, och den är behäftad med felkällor. Det finns till exempel ingen systematik i hur information om läkares död rapporteras till Läkartidningen, och för att få visshet krävs ju longitudinella kohortstudier.



Illustration: Shutterstock/IBL

Men siffrorna oroar, speciellt vad avser de kvinnliga läkarna. Har Läkarförbundet någon kommentar att ge?

Ulf Törnebladh,
specialist i infektionssjukdomar, med dr, Stockholm



Foto: Precious People

Glädje på Grand Hotel, Stockholm. Ortopedspecialisterna (fr v) Magnus Karlsson, Harald Roos och Jón Karlsson, redaktörer bakom läroboken »Ortopedi – patofysiologi, sjukdomar och trauma hos barn och vuxna«, tog emot läromedelsförlaget Studentlitteraturs pris för årets bästa kurslitteratur för universitet och högskolor.

Tre redaktörer – och en kursbok som talar svenska

Magnus Karlsson, Jón Karlsson och Harald Roos, specialister i ortopedi och mångårigt aktiva inom läkarutbildningen, är redaktörer för en prisbelönt ny kursbok i ortopedi – på svenska.

Varför en lärobok i ortopedi – och varför på svenska?

– Förlaget som gav ut boken har kurslitteratur för läkarutbildningen inom alla stora medicinska specialistområden utom just ortopedi. Vi blev ombedda att ta fram en ny heltäckande lärobok i ämnet. Vi valde att skriva den på svenska eftersom vi har märkt att dagens läkarstudenter allt oftare hämtade sina kunskaper från källor på nätet, utan krav på granskning eller evidensbasering. Vi ansåg att en svensk evidensbaserad lärobok skulle fylla en efterlängtad plats i den medicinska litteraturen.

Varför fick just ni redaktörsuppdraget?

– Vi är sedan decennier involverade i läkarutbildningen och har dessutom på våra respektive kliniker arbetat med utbildningen av både AT- och ST-läkare. Vi är förtrogna med curriculum för läkarstudenter, AT-läkare och ST-läkare, och det var en bakgrund som förlaget önskade.

Hur var era egna läroböcker när ni läste kursen i ortopedi?

– Kursböckerna för snart 40 år sedan var uppbyggda på ett helt annat sätt än i dag. Begreppet evidensbaserad medicin fanns inte. Strukturerade läroböcker med inriktning mot läkarstudenternas kunskapscurricula saknades. Vissa områden inom ortopedin var beskrivna i detalj, medan andra i stort sett saknades. Lokala traditioner tog en stor plats i den litteratur som fanns. Närliggande men för ortopedin viktiga kunskapsområden saknades, och då utvecklingen inom ortopedin har varit explosionsartad var många läroböcker i viss mån förlegade.

På vilket sätt skiljer sig er nya lärobok från andra läroböcker?

– Vi har i så hög grad som möjligt försökt tillämpa evidensbaserad medicin. För att underlätta förståelsen av rörelseorganens sjukdomar belyser vi även vissa närliggande medicinska områden av relevans för ortopedin, till exempel bild- och funktionsdiagnostiken, det vill säga radiologiska undersökningar. Vi har också en praktisk genomgång i anatomi, för att underlätta för läsaren att ta till sig beskrivningen av de olika skadorna och sjukdomarna. Vi har lagt stor vikt vid att beskriva anatomin i illustrationer. Vi ville leverera en modern ortopedibok som fungerar både som kurslitteratur och uppslagsbok för såväl studenter som sjukvårdspersonal.

Vilken är största utmaningen i att arbeta som redaktör?

– Det är att från ett antal utmärkta texter, skrivna med olika språkstil, sätta samman en enhetlig bok. Vi strävade efter att skapa en bok med enhetligt språkbruk och likartad uppställning i de olika kliniska kapitlen. Samtidigt såg vi till att innehållet inte blev för specialiserat. Vi måste få medförfattarna att förstå och acceptera att vi som redaktörer i många fall tvingades att ändra i redan välskrivna texter för att boken skulle kunna presenteras som en enhet och inte 43 löst sammansatta kapitel. Men vi tre som redigerade boken var inspirerade av detta projekt och överens om bokens målsättning. Vi känner varandra sedan decennier, vilket underlättade uppdelningen av de olika ansvarsområdena oss emellan och bidrog till att vi har kunnat undvika akademisk konkurrens inom projektets ramar.

Vilken livslängd har en lärobok som denna?

– Som vi skriver i förordet: ortopedin är en föränderlig specialitet. Med det i åtanke blir det nödvändigt att leverera en ny upplaga inom inte alltför lång framtid. Men exakt när det blir aktuellt kan vi i dag inte specificera.

Gabor Hont

MAGNUS KARLSSON, JÓN KARLSSON OCH HARALD ROOS

YRKE: Specialister i ortopedi, mångårigt aktiva inom läkarutbildningen samt utbildning av AT- och ST-läkare.

ÅLDER: 60, 65 respektive 66 år.

ARBETAR: I Lund/Malmö, Göteborg/Mölndal respektive Helsingborg.

AKTUELLA: Redaktörerna för den helt nyskrivna, svenskspråkiga medicinska läroboken »Ortopedi – patofysiologi, sjukdomar och trauma hos barn och vuxna«, utkommen sommaren 2018. Boken fick pris av Studentlitteratur som »årets bästa kurslitteratur för universitet och högskolor«.

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

NYTT OM NAMN

BÄSTA ST-UTBILDAREN GER SNABBT KNIVEN VIDARE

Tomasz Stypa, specialistläkare i obstetrik och gynekologi på Länssjukhuset i Eksjö, får 2018 års handledarpris från OGU (Obstetriker och gynekologer under utbildning).



Tomasz Stypa

Han tilldelas utmärkelsen för framstående gärningar inom utbildningen av ST-läkare, som motiverade sitt val så här:

»Framför allt för vår kirurgiska utbildning är Tomasz ovärderlig. Att som ST-läkare få operera med Tomasz innebär inte bara att få ta del av en mycket erfaren och kunnig kirurgs kunskap, utan också att själv tidigt få praktisk kirurgisk träning. Tomasz ger snabbt kniven vidare, han ger sina ST-läkare självförtroende och vågar även utmana oss att utföra nya moment.«

STORT BIDRAG TILL PARKINSONFORSKARE

Filip Bergquist, docent och specialistläkare vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg, har fått ett av Neurofondens stora forskningspris på 300 000 kronor för sin forskning kring behandling av patienter med Parkinsons sjukdom.



Foto: Håkan Sjunnesson

Filip Bergquist

Filip Bergquist vill hitta rutiner för objektiv mätning av parkinsonsymtomen som förändras under ett dygn för att optimera effekten av den läkemedelsbehandling som i dag står till buds.

»Innan det finns en behandling mot Parkinsons sjukdom som faktiskt bromsar sjukdomsprocessen är det av yttersta vikt att optimera behandlingen av de varierande symtom som många personer med sjukdomen utvecklar med tiden. I dag vet vi tyvärr inte ens hur vanliga dessa problem är«, säger Filip Bergquist i ett pressmeddelande.

Neurofonden delar årligen ut bidrag på cirka fyra miljoner kronor för att stödja medicinskt forsknings- och utvecklingsarbete om neurologiska sjukdomar och/eller funktionsnedsättningar.

PRISAD FÖR UPPFÖLJNING AV FÖRLOSSNINGSSKADOR

Eva Uustal, överläkare och expert på förlossningsskador, har fått utmärkelsen »Årets alumn«, som delas ut av Linköpings universitet den 11 oktober.



Foto: Anna Nilsen

Eva Uustal – även »Årets medicinsvensk« 2017.

Eva Uustal belönas för att hon under många år varit drivande i kampen för en trygg förlossningsvård. »När hon var nyutbildad ST-läkare insåg hon att kunskapen om förlossningsskador var låg inom vården och att något måste göras. 2014 drog hon igång ett nationellt bristningsregister, som systematiskt följer upp kvinnor med förlossningsskador, och 2017 en nationell bäckenbottenutbildning som visar läkare och barnmorskor hur skadorna kan förebyggas, hittas och behandlas«, enligt ett pressmeddelande från Linköpings universitet.

NYA PROFESSORER I GÖTEBORG

Isabella Björkman-Burtscher är ny professor i neuroradiologi, förenat med befattning som överläkare, och **Mats Geijer** ny professor i diagnostisk radiologi, förenat med befattning som överläkare, vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, Sahlgrenska akademin, Göteborg.

MEDDELANDEN

ANSÖKAN TILL SAMFONDEN

Samfonden, Svenska distriktsläkarföreningens fond för hjälp till din personliga kompetensutveckling och ekonomi, finns för att främja våra medlemmars professionella utveckling eller ge stöd till medlem eller medlems efterlevande som har hamnat på ekonomiskt obestånd. Syftet med fonden är att medlem ska kunna förkovra sig i den egna professionella gärningen och projekten bör ha nära anknytning till den kliniska vardagen.

Ansökningsdatum är senast den 1 maj och 15 oktober. Ansökan med motivering skickas till Svenska distriktsläkarföreningen, Box 5610, 114 86 Stockholm.

Fullständig information för ansökan finns på https://www.slf.se/svdlf/Samfond.

Vid frågor kontakta Helena Grönbacke på DLF:s kansli, 08-790 33 91, helena.gronbacke@slf.se.

AVLIDNA

Peter Müller-Brunotte, Djursholm, 94 år, död 31 juli

KALENDARIUM

Föredrag i Medicinhistoriska föreningen, Göteborg
Tid: Tisdag den 9 oktober kl 18.30.
Plats: Caroline Wijks sjuksköterskehem.
- Föreläsning: »Om Jörgen Lehman« (Johan Wennerberg, professor).
- Anmälan till eftersitsen till Birgitta Patriksson senast söndag den 7 oktober Tel: 031-871034, 0707-507322, mejl: medhistbp@gmail.com.

Läs mer!
För ett fullständigt kalendarium se Läkartidningen.se

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) anordnar etikpristagarseminarium: »Behandlingsbegränsningar och livsuppehållande behandling«.
Tid: 25 oktober kl 12.30–16.05.
Plats: Stockholms sjukhems aula, Mariebergsgatan 22.
- Tema: Etiska dilemman vid livsuppehållande behandling, HLR, och de frågeställningar som väcks vid beslut om behandlingsbegränsningar.
- Läs mer på www.smer.se.
- Seminariet är kostnadsfritt.
- Anmälan: s.konf-smer@regeringskansliet.se.

Uppdragsutbildning – Hemodynamik och utredning av avancerad hjärtsvikt
Tid: 5–9 november.
Plats: Uppsala.
- Målgrupp: ST-läkare och verksamma specialister inom kardiologi, internmedicin, klinisk fysiologi samt anestesiologi. ST-läkare och specialister inom toraxkirurgi med önskemål om fördjupning är också välkomna.
- Fullständiga kursprogram publiceras kontinuerligt.
- Anmälan via www.uppdragsutbildning.uu.se.

Sydsvenska medicinhistoriska sällskapet – föreläsning och gåsmiddag
Tid: 9 november kl 18.00.
Plats: Sal F1 i lasarettsblocket, bottenplanet, Skånes universitetssjukhus, Lund.
- Öppen föreläsning: »Veterinärmedicinaren Elis Sandberg, mirakelmedicinen THX och folkhemmets vetenskap« (Maria Josephson, mottagare av Bengt Lindskogs pris i Medicinens historia).
- Efter föreläsningen, ca kl 19.30, bjuds medlemmar i SMHS till gåsmiddag i Locus Medicus.
- Anmälan till gåsmiddag: 500 kr/person till pg 631540-2 senast den 2/11. Begränsat antal platser.

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 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

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

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