KLINIK & VETENSKAP
Vårdförlopp urinblåsecancer inkluderar för många

NYHETER
Allt fler regioner inför sprututbyte

Läkartidningen

#8 2019

Tidskrift från Sveriges läkarförbund • Sedan 1904 • 20 Februari 2019 • vol 116 • 337–388



NYA RIKTLINJER VID SYNKOPE

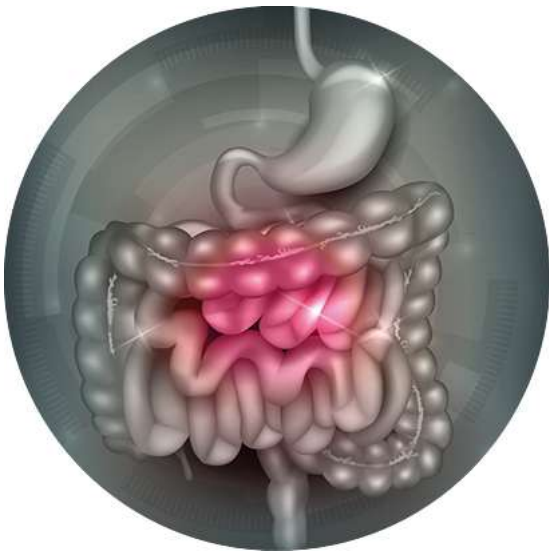
Innehåller lediga AT-tjänster

Läkartidningen arrangerar ett seminarium om

Stockholm 28 mars 2019

IBS – irritabel tarm

Spårvagnshallarna
Birger Jarlsgatan 57A, Stockholm



IBS är den vanligaste funktionella mag-tarmsjukdomen och den mest frekvent förekommande gastroenterologiska sökorsaken i både primärvård och gastroenterologisk öppenvård. Detta seminarium har som syfte att uppdatera deltagarna i de diagnostiska åtgärder som kan vara motiverade och den behandlingsmodell som med individuell anpassning kan lindra specifika komponenter av de symtom och generella besvär som ses vid IBS.

Välkommen till en givande eftermiddag!

Preliminärt program • 28 mars 2019

12:00–13:00	**Lunch och registrering**
13:00–13:05	**Välkommen!** *Prof. Magnus Simrén, Sahlgrenska universitetssjukhuset*
13:05–13:25	**Säker diagnostik i primärvården.** En tydlig diagnos är den första behandlande åtgärden. *Prof. emeritus Lars Agréus, Karolinska institutet*
13:25–13:40	**När är utvidgad diagnostik motiverad?** När gastroenterologens resurser är motiverade att efterfråga. *Docent Hans Törnblom, Sahlgrenska universitetssjukhuset.*
13:40–14:05	**Modern läkemedelsbehandling.** Rätt medicin riktad mot rätt symtom. *Prof. Magnus Simrén, Sahlgrenska universitetssjukhuset.*
14:05–14:35	**Kostens roll.** Finns det IBS-specifika kostråd med god evidens? *Med. dr. Stine Störsrud, Sahlgrenska universitetssjukhuset.*
14:35–15:05	**Kaffe**
15:05–15:35	**Den svåra buksmärtan.** IBS-patienten där smärtan helt handikappar livet. Vad finns där att göra? *Docent Hans Törnblom, Sahlgrenska universitetssjukhuset.*
15:35–16:05	**Psykologisk behandling och vårt bemötande av patienten. Tarm-hjärna interaktion.** Kan patienten påverka den med viljan och vad betyder en god patient-läkarrelation? *Med. dr. Perjohan Lindfors, Gastromottagningen City, Stockholm*
16:05–16:30	**Sammanfattning och frågor till panelen**

Moderatorer: *Lars Agréus och Magnus Simrén*

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

INNEHÅLL



Foto: Magnus Gotander

Även Göteborg har fått en mottagning för sprututbyte. Läkaren Magdalena Ydreborg, i mitten, och sjuksköterskorna Karin Erestam och Frida Asteberg är några av dem som jobbar här.

#8 2019

20 till 26 februari



Läs om Europeiska kardiologföreningens nya riktlinjer vid synkope.

Foto: Shutterstock/TT

▼ NYHETER

342 Sena lex Maria-anmälningar oroar IVO

Aleris lämnar driften av Bollnäs sjukhus i förtid

343 141 kömiljoner ska kapa Skånes köer



Nepi slutar med läkemedels-epidemiologi

344 Ny dyr behandling ger nytt hopp vid Skelleftesjukan

Fler vårdcentraler i privat regi

»Barn till EU-migranter hamnar i gråzon«

345 Läkarförening begär central förhandling om primärvården

346 Snart rena sprutor i hela landet

▼ DEBATT

350 Inför en specialistutbildning i kognitiv medicin för läkare

Enkla åtgärder kan ge AT-läkare ökad trygghet i läkemedelsarbetet

▼ KRÖNIKAN

353 Agneta Runbom

▼ KULTUR

384 Hur många läser en doktorsavhandling?

▼ KLINIK & VETENSKAP

358 Synkope: Riskstratifiering kan underlätta handläggningen, visar nya riktlinjer från Europeiska kardiologföreningen Översikt

355 Reflexion: Så kan vi få starka och ansvarsfulla lärosäten

356 Alltför många inkluderas i vårdförlopp urinblåsecancer Medicinsk kommentar

357 Nya rön: Toxisk hudreaktion av läkemedel i tidigare solbränd hud

363 Hypoglykemi – problematisk komplikation av överviktskirurgi Fallbeskrivning

366 Låg sannolikhet för cancer i urinorganen vid makroskopisk hematuri och samtidig bakteriuri Rapport



Foto: Colourbox



355 Eva Rask svarar på frågor om artikeln »Hypoglykemi – problematisk komplikation av överviktskirurgi«, som hon skrivit tillsammans med kollegor. Läs fallbeskrivningen på sidan 363.

ALLTID I LÄKARTIDNINGEN

341 SIGNERAT Rutinerna brister inom behandlingsbegränsningar

370 MEDLEM Information från Sveriges läkarförbund

372 LEDIGA TJÄNSTER med platsannonser

385 MÄNNISKOR & MÖTEN

Nästa nummer av Läkartidningen utkommer den 27 februari.

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).

Seminarier är ett bra verktyg för utbildning

SÄLLSYNTA DIAGNOSER, klimakteriet, äldrepsykiatri, hållbar sjukvård och IBS. Det är några av de ämnen som kommer att behandlas på Läkartidningens seminarier under den närmaste tiden. Tidningens seminarier är sedan länge ett bra verktyg för den som vill få en snabb men samtidigt gedigen uppdatering inom ett relevant ämne.

I inbjudan till seminariet om IBS sägs till exempel att »IBS är den vanligaste funktionella mag-tarmsjukdomen och den mest frekvent förekommande gastroenterologiska sökorsaken i både primärvård och gastroenterologisk öppenvård. Detta seminarium har som syfte att uppdatera deltagarna i de diagnostiska åtgärder som kan vara motiverade och den behandlingsmodell som med individuell anpassning kan lindra specifika komponenter av de symtom och generella besvär som ses vid IBS«.

Under hösten kommer två repriser på ett seminarium som lockade väldigt många läkare förra året i både Stockholm och Göteborg. Det handlar om utmattningssyndrom och ME/CFS, två svåra sjukdomstillstånd som förorsakar stort lidande och ofta har ett långdraget, ibland kroniskt förlopp. I år arrangeras detta seminarium i både Umeå och Malmö.

Alla läkare som är intresserade av att besöka något av Läkartidningens seminarier är varmt välkomna! Anmälan görs på Läkartidningen.se.



Pär Gunnarsson, chefredaktör

Kunskapsmöte

Kardiovaskulär Update 2019

– Nytt och viktigt det gångna året

Stockholm, 28 mars

När? 28 mars 2019

Var? 7a Centralen, Vasagatan 7, Stockholm

Ligger mycket nära Stockholm centralstation

Anmäl er via denna länk:
www.mkon.se/mars28

Mötet »Kardiovaskulär update« har som främsta ambition att etablera sig som ett årligt forum för presentation, analys och diskussion av de viktigaste kliniska nyheterna som presenterats det senaste året inom kardiologin. På varje session presenteras det aktuella ämnesområdet och därefter ges möjlighet till interaktiva diskussioner, ibland även utifrån konkreta fall från verkligheten.

I första hand vänder sig mötet till kardiologer, men alla specialister med intresse för kardiologi är välkomna. Anmälan sker via länken ovan.

Programmet till detta möte är utformat i samråd med en programkommitté bestående av Claes Held, Uppsala; Håkan Wallén, Stockholm; Birgitta Sigvant, Karlstad; David Erlinge, Lund; Stefan James, Uppsala, Lars Lund, Stockholm och Pyotr Platonov, Lund.

Program

12.00 **Lunch och registrering**

13.00 Välkommen *Claes Held och Håkan Wallén, Ordföranden i programkommittén*

13.10 **Aterosklerotisk kärlsjukdom**
– Moderator David Erlinge och Birgitta Sigvant

- Perifer kärlsjukdom – fortfarande i periferin *Birgitta Sigvant*
- Ska vi remittera till varandra? Hur ska vi behandla? *David Erlinge*
- Varför är PAD populationen underbehandlad? Hur kan vi förbättra medvetenheten, kunskapen omhändertagandet av PAD-patienter? *Joakim Nordanstig*

14.00 Bensträckare

14.05 **Klaffsjukdom**
– Moderator Stefan James

- Att mitralis läcker är inte bra men hjälper det att täta den? *Magnus Settergren*
- Håll klaffen – alla pratar om TAVI! *Stefan James*
- Finns hopp om stopp för blodpropp efter biologiska klaffproteser? *Christina Christersson*

14.55 Kaffepaus

15.25 **Hjärtsvikt**
– Moderator Lars Lund

- Kardiovaskulära interventioner allt vanligare, och hjärtsvikt alltmer den gemensamma nämnaren *Lars Lund*
- Patienter med tidigare hjärtinfarkt, förmaksflimmer och nu tilltagande hjärtsvikt med ökande diuretikabehov. En falldiskussion *Tonje Thorvaldsen*

16.15 Bensträckare

16.20 **Primär- och sekundärprevention vid aterosklerotisk kärlsjukdom**
– Moderator Claes Held och Håkan Wallén

- Fiskoljor och fysisk aktivitet? Vad säger evidensen och vilka är riktlinjerna? *Claes Held*
- Diabetologi för kardiologer; vad nytt på läkemedelsfronten? *Anna Norhammar*

17.10 Bensträckare

17.15 **Arytmi**
– Moderator Pyotr Platonov

- Vad är nytt på arytmifronten? Från device till ablation *Cecilia Linde*
- Hjärtstopp 2019 – en update av kunskapsläget *Jacob Hollenberg*

18.05 **Senaste nytt från ACC – ämne beslutas strax innan mötet**
– Moderator Claes Held och Håkan Wallén

18.25 **Uppsummering och på återseende**

18.30 Middagsbuffé

Bayer AB
Box 606, 169 26 Solna
Tel: 08-580 223 00

PP-XAR-SE-0133-1 Februari 2019 XARS0140 – Bilbo

Rutinerna brister inom behandlingsbegränsningar

Med »Döden, döden, döden« inledde Astrid Lindgren sina telefonsamtal med de jämnåriga väninnorna. Så var den saken klar och man kunde övergå till att tala om livet. Hur hanterar hälso- och sjukvården den livshotande sjuke patientens övergång från liv till död?

Vid Läkarförbundets fullmäktigemöte i november förra året yrkades följande i en motion: att Läkarförbundet verkar för att öka medvetandet hos allmänhet och sjukvårdsanställda rörande behandlingsbegränsningar som HLR och intensivvård vid akut och/eller kronisk sjukdom.

I maj 2018 blev jag uppringd av en journalist på Dagens Eko med frågan om jag kunde medverka i en granskning kring den frågan. Min uppgift blev att gå igenom ett antal journaler utvalda av Ekot då man fått kännedom om att vare sig patienten själv eller närstående blivit informerade om att ansvariga beslutat att begränsa vårdinsatserna. Efter min journalgranskning kunde det avslöjas att besluten fattats på bristfälliga underlag och många gånger i strid med gällande lag och föreskrifter.

»När det inte finns någon bot bör lindring av obehag, ångest och smärta vara målet – och det ska kommuniceras med patient och närstående på ett klokt sätt.«

Utgångspunkten för vård av en patient är 6 kap 1 § i patientsäkerhetslagen: »Hälso- och sjukvårdspersonal ska utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull vård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.«

I journalgenomgången utgick jag från de föreskrifter och den handbok Socialstyrelsen publicerade 2011: Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling och handboken »Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling«. Föreskrifterna berör två situationer: när patienten inte längre vill ha livsuppehållande behandling och när det inte är förenat med vetenskap och beprövad erfarenhet att ge livsuppehållande behandling.

Merparten av dem som hört av sig till mig vill diskutera situation nummer två – då man avser inte sätta in eller avsluta en inledd behandling därför att den saknar förutsättning att ge medicinsk effekt och, i stället för bot eller lindring, medför obehag, smärta och lidande för patienten.

En läkare kan således, om behandlingen inte är förenad med vetenskap och beprövad erfarenhet, avstå från livsuppehållande behandling – men märk väl, föreskrifterna reglerar inte det medicinska ställningstagandet, utan vad ansvarig läkare ska göra i samband med ett sådant ställningstagande. Föreskrifterna reglerar att den ansvariga läkaren inför ett ställningstagande att inte fortsätta en livsuppehållande behandling (eller införa någon form av behandlingsbegränsning) ska rådgöra med minst en annan legitimerad yrkesutövare och vara noggrann med dokumentationen av sitt ställningstagande och när samråd med patienten och närstående förekommit.

Det är viktigt att påpeka att även om vården så långt som möjligt ska utformas i samråd med patienten finns det ingen skyldighet att låta patienten bestämma vilken behandling hen ska få. Patienten har rätt att avstå från behandling, men kan inte kräva att få en behandling som inte uppfyller kraven på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Besluten är svåra. Läkarförbundets etiska regel nummer 1 säger: Läkaren ska i sin gärning alltid ha patientens hälsa som det främsta målet och om möjligt bota, ofta lindra och alltid trösta. När det inte finns någon bot bör lindring av obehag, ångest och smärta vara målet – och det ska kommuniceras med patient och närstående på ett klokt sätt. Frågor som rör livsuppehållande behandling behöver diskuteras med utgångspunkt från olika kliniska situationer, till exempel nyfödda barn med svåra sjukdomar, äldre med livshotande tillstånd, patienter med nedsatt kognitiv funktion (när det är svårt ta reda på patientens inställning), med mera. Handboken »Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling« är ett bra stöd i dessa diskussioner.

Tyvärr visade det sig i Ekots granskning att rutiner avseende information och dokumentation om livsuppehållande behandling och begränsningar av sådan ofta var bristfälliga. Här har vårdgivaren en viktig roll att tillsammans med praktiskt verksamma läkare skapa goda rutiner.

Läkarförbundet avser nu att diskutera med Socialstyrelsen hur medvetandet om dessa viktiga frågor kan ökas hos hälso- och sjukvårdsanställda och hos allmänheten.

Torsten Mossberg,
ledamot, Etik och ansvarsrådet;
ledamot, förbundsstyrelsen
torsten.mossberg@slf.se

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation



Sena lex Maria-anmälningar

Genomsnittstiden från en händelse till en lex Maria-anmälan har ökat med en tredjedel på några år och är nu 166 dagar. IVO varnar för upprepade incidenter och försvårade utredningar. Men det skulle också kunna vara tecken på bättre utredningar.

Enligt lagen ska händelser som har inneburit eller hade kunnat innebära allvarlig vårdskada anmälas enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Det ska göras »snarast« efter att händelsen inträffat.

Men på fem år har mediantiden mellan händelse och anmälan ökat från 113 dagar till 166. Störst var ökningen mellan 2017 och 2018 och nu dröjer det alltså i snitt nästan ett halvår (se statistik t h).

– Ibland är det uppåt ett år, ibland kortare tid, säger Lena Gabrielsson som arbetar med tillsyn inom den somatiska specialistvården på IVO.

Är handläggningstiderna för långa?

– Ja, det tycker jag. I förhållande till vad det står i lagstiftningen är det för lång tid. Ett halvår är inte »snarast«.

Den största faran hon ser med handläggningstiderna är att det kan dröja innan orsaken bakom de allvarliga händelserna åtgärdas och att samma typ av incident därmed riskerar att inträffa igen.

Den långa tiden mellan händelse och anmälan kan också innebära problem för IVO om myndigheten måste kräva en komplettering.

– Har det då gått ett år så är det väldigt svårt att åka ut på inspektion och träffa dem som varit involverade i händelsen. Då har man ju glömt väldigt mycket.

166 DAGAR TILL LEX MARIA.
Antal dagar (median)



Staplarna visar mediantiden (antalet dagar) från händelse till dess att en lex Maria-anmälan görs. År 2018 fattades 2 256 lex-Maria-beslut; i 85 ärenden beslutade IVO om fortsatt tillsyn.

Vårdgivarnas egna utredningar kan vara en orsak till att lex Maria-anmälningarna drar ut på tiden.

– I dag finns en ökad medvetenhet om att göra utredningar över verksamhetsgränserna. Det påverkar utredningstiderna eftersom man måste involvera fler personer i utredningen, säger Thomas Brezicka, chefläkare och anmälningsansvarig på Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Han menar att det görs tidskrävande händelseanalyser i allt större omfattning.

– Men då blir också utredningarna mycket mer noggranna och speglar bättre vad som faktiskt har gått snett, vilket ger ett bättre underlag för verksamhetsutvecklingen. Gör man en utredning med händelseanalys så har den utredningen en högre kvalitet än en utredning utan händelseanalys.

I Västra Götalandsregionen har genomsnittstiden från händelse till att en utredning startar ökat från 63 dagar 2014 till 86 dagar 2018. Hela vägen till en lex Maria-anmälan tog i genomsnitt 227 dagar i fjol. Men det ska också påpekas att andelen patientklagomål har ökat, vilket kan förklara uppgången. Dessa fall kännetecknas i regel av att det dröjer innan patienten kontaktar vården om att något har gått fel.

Möjligen har också storleken på verksamheten betydelse. Elmar Keppel, chefläkare vid Oskarshamns sjukhus, menar att handläggningstiden kan påverkas av hur organisationen ser ut.

– I Kalmar län är vi fem chefläkare och vi är extremt nära verksamheten. Det finns andra chefläkarorganisationer som är mer centraliserade och då har man kanske inte alltid den lokalkännedom som kan

Aleris lämnar driften av Bollnäs sjukhus i förtid

Efter sju år lämnar vårdföretaget Aleris över driften av Bollnäs sjukhus till Region Gävleborg. Därmed avslutas avtalet i förtid och en ny upphandling försenas åtminstone ett år.

Aleris avtal med regionen löpte egentligen till 2021, men företaget vill avsluta det i förtid som en del av sin »strategiska inriktning«. Region Gävleborg kommer nu att överta driften avtalstiden ut. En ny upphandling hade börjat förberedas, men det arbetet kommer att försenas minst ett år.

– Att upphandlingen skulle kunna fortsätta nu är inte görligt, utan vi måste säkra verksamheten och ta hand om personalövergång och sådana saker, säger regionstyrelsens ordförande Eva Lindberg (S).



Foto: Philippe Rendu

Driften av Bollnäs sjukhus lämnas nu över till Region Gävleborg.

För de anställda ska övergången till regionen i princip inte märkas, och verksamheten ska fortsätta på samma sätt som tidigare.

Jesper Cederberg

oroar IVO

»Patientsäkerhet ska genomsyra allt vi gör. Och om man anser att en internutredning är en 'administrativ grej', tycker jag inte att man längre vet vad patientsäkerhet är.«

vara viktig för att utreda bra. Men det är en gissning.



Elmar Keppel

Han påpekar att det finns olika filosofier: antingen gör man en lex Maria-anmälan direkt och kompletterar senare, eller så skickar man en anmälan tillsammans med en färdig utredning.

Men han är osäker på om en lång tid från händelse till lex Maria-anmälan är ett problem.

– Det skulle kräva att man går in i de olika fallen och granskar vad som gjort att det har tagit lång tid. Beror det på att man inte hanterat det skyndsamt är det inte okej. Men har man noggrant försökt få fram detaljer, då ser jag det mer som välinvesterad tid.

Varken Elmar Keppel eller Thomas Brezicka tror att fördröjda lex Maria-anmälningar utgör någon större risk för patientsäkerheten – så länge verksamheterna agerar direkt på det som har hänt.

– Så fort man upptäcker en händelse så börjar det ju ske aktiviteter i verksamheten, även om inte händelseanalysen kommer igång direkt, säger Thomas Brezicka.

När IVO tar upp problematiken med handläggningstiden svarar verksamheterna ofta att det är svårt att få tiden att räcka till för möten och utredningar, i synnerhet om flera verksamheter är inblandade.

– Men sedan handlar det nog lite om vad man har för kultur och hur man ser på patientsäkerhetsarbetet. Jag vet inte hur man prioriterar när det tar uppåt ett år innan en händelse rapporteras till oss, säger Lena Gabrielsson.

Elmar Keppel tycker att man förmodligen har fel perspektiv om man inte hittar tid till möten och utredningar.

– Patientsäkerhet ska genomsyra allt vi gör. Och om man anser att en internutredning är en »administrativ grej«, tycker jag inte att man längre vet vad patientsäkerhet är. Det måste vara en integrerad del av allt vi gör hela tiden.

Jesper Cederberg

141 kömiljoner ska kapa Skånes köer



Illustration: Colourbox

Skåne har problem med vårdköer. Samtidigt finns resurser på de mindre sjukhusen, menar den styrande Alliansen. Nu vill partierna ge verksamheterna en morot för att koordinera arbetet bättre och skicka fler patienter och läkare mellan sjukhusen.

– Det är 141 miljoner kronor, ungefär motsvarande vad som hade varit vår del av kömiljarden, säger regionrådet och hälso- och sjukvårdsnämndens ordförande Gilbert Tribo (L).

Sjukhus som klarar målen ska få dela de 141 miljonerna, och ersättningen baseras på sjukhusets storlek. Målen gäller dels vårdgarantin – att patienterna ska få ett första besök inom 90 dagar och operation/åtgärd inom ytterligare 90 dagar – dels andel samordnade patienter.

– Vi har ledig kapacitet på framför allt våra mindre sjukhus som har vårdplatser och sjuksköterskor, men kanske inte har läkare på plats. Då vill vi ge ett incitament att få ut mindre komplicerade ingrepp, som inte behöver vara på Skånes universitetssjukhus, till de mindre sjukhusen.

Jesper Cederberg

Nepi slutar med läkemedelsepidemiologi



Foto: Colourbox

Stiftelsen Nepi – Nätverk för läkemedelsepidemiologi – kommer tills vidare inte att ägna sig åt läkemedelsepidemiologi. Orsaken är Socialstyrelsens inskränkningar i utlämnande av statistik för försäljning av enskilda läkemedel.

– Det är så klart beklagligt, men som läget är nu blir detta arbete i realiteten omöjligt att genomföra. Vi hoppas på en så snabb lösning som möjligt och det är bra att ansvarig minister sagt att man tar frågan på allvar, säger Mikael Hoffmann, läkare och vd för Nepi, till Dagens Medicin.

Tills vidare kommer Nepi fokusera på läkemedelsinformation och läkemedelsekonomi.

Katrin Trysell



Ny dyr behandling ger nytt hopp vid Skelleftesjukan

Två nya genterapier godkändes förra året för behandling vid den genetiska sjukdomen familjär amyloidos med polyneuropati, som i Sverige kallas Skelleftesjukan. Läkartidningen har träffat Ole Suhr, professor i Umeå, som anser att de nya terapierna är ett stort steg framåt.



Foto: Katrin Trysell

Professor Ole Suhr har själv varit svensk huvudprövare i studier med läkemedlet patisiran.

Familjär amyloidos, eller Skelleftesjukan, är en dödlig, ärftlig sjukdom som innebär att transtyretin – ett protein som bildas i levern – klumpar ihop sig och skapar inlagringar som kallas amyloid runt nerver, hjärtat och andra organ.

Hittills har levertransplantation varit den vanligaste bromsande behandlingen. Men förra året godkändes två nya genterapipreparat, inotersen och patisiran, för behandling vid stadium ett och två av sjukdomen i Europa och USA.

Behandlingen – som beskrivits som banbrytande – har visats kunna minska nervskadorna vid sjukdomen. Den har också fått mycket uppmärksamhet eftersom den är den första som bygger på så kallad RNA-interferens, en typ av mekanism som innebär att uttrycket av en gen blockeras.

Ole Suhr har själv varit svensk huvudprövare i studier med läkemedlet patisiran.

– Det är ju väldigt imponerande resultat, med en stor inbromsning av sjukdomen. Vi har bland annat sett att 8 procent av patienterna som fått läkemedlet förbättrat sin gångförmåga efter 18 månader jämfört med placebo, säger han.

Ungefär 350 patienter i Sverige har Skelleftesjukan. Det återstår dock att se vilka som får tillgång till behandlingen, som sannolikt får ett högt pris.

– Vi kan inte förskriva det här ännu, utan inväntar en rekommendation från NT-rådet hos Sveriges Kommuner och landsting. Men vi har ju patienter som vi tycker är lämpliga för behandling, säger Ole Suhr.

Patisiran har ännu inget avtalat pris. Men i den hälsoekonomiska bedömning som nyligen blev klar utgår Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket – utifrån det pris som företaget angett – från en genomsnittlig kostnad på närmare 3,7 miljoner kronor per patient och år.

Troligen kan dock landets regioner få ett rabatterat pris efter prisförhandling med företaget som står bakom läkemedlet.

– Men det blir nog mycket diskussioner om vilka grupper som ska få behandling, säger Ole Suhr.

Katrin Trysell

Fler vårdcentraler i privat regi

Regionerna lägger allt mer pengar på att köpa tjänster av privata aktörer. Och antalet privata vårdcentraler närmar sig antalet offentliga, visar en ny rapport.

Sammanställningen från Sveriges Kommuner och landsting (SKL) visar att andelen köpt privat verksamhet fortsätter att öka inom hälso- och sjukvården.

2017 köpte regionerna tjänster av privata aktörer för 42 miljarder kronor, vilket utgjorde nästan 12 procent av samtliga utgifter. 2008 var andelen 8 procent.

Primärvården står för den största delen av regionernas köp av privat verksamhet. 2017 handlade det om 16,8 miljarder kronor. Det är en ökning med 1,9 miljarder jämfört med året före.

Rapporten visar också att antalet privata vårdcentraler fortsätter att öka. 2017 fanns 492 i landet, vilket motsvarar 43 procent. Det är en stor förändring jämfört med 2006, då de offentliga vårdcentralerna var mer än dubbelt så många som de privata.

Jesper Cederberg



»Barn till EU-migranter hamnar i gråzon«

Barn till EU-migranter hamnar i en gråzon när det gäller rätten till sjukvård. Därmed faller ett tungt ansvar på den enskilde läkaren.

Det menar Kavot Zillén, doktor i medicinsk rätt, som förra veckan kom ut med boken »Barn i välfärdsstatens utkant«.

Vad har den här gruppen för rätt till sjukvård?

– De hamnar i en gråzon. Barn till EU-medborgare, som har rätt att vistas i Sverige tre månader, och saknar EU:s sjukförsäkringskort, har inte laglig rätt till subventionerad vård. Det enda gruppen har rätt till är akut sjukvård, men då mot betalning.

Du har gjort en intervjustudie för att ta reda på vad regionerna har för riktlinjer. Vad visade den?



Kavot Zillén

– Att olika landsting gör på olika sätt. Få har särskilda riktlinjer för gruppen. En del säger att de omfattas av samma regler som vuxna EU-migranter, andra hänvisar till Barnkonventionen och ger barnen sjukvård på samma villkor som alla andra barn.

Vilka konsekvenser får det att regionerna agerar på olika sätt?

– Det blir till exempel oklart för den enskilde läkaren hur situationen ska hanteras och osäkert för dessa barn och familjer vilken vård de har rätt till.

Du har sagt att situationen liknar hur det var för papperslösa barn för några år sedan.

– Då blev det en vattendelare bland läkare: Ska vi ge dem sjukvård för att det känns moraliskt riktigt, trots att de inte har rätt att vara här, eller ska vi neka dem vård? Många läkare gav då uttryck för att barnets bästa alltid måste gå före och att vård därför ska ges på samma villkor till alla barn.

Du vill att boken ska väcka debatt. Vilka förändringar vill du se?

– Vi måste ha en enhetlighet. Det är inte rättssäkert att ha ett system där enskilda vårdgivare gör på olika sätt. Lagstiftaren måste ta tag i detta.

Marie Ström

Läkarförening begär central förhandling om primärvården

Trots ett tillskott på 315 miljoner kronor till primärvården oroar sig Stockholms läkarförening för längre väntetider, fler arbetsuppgifter och försämrad arbetsmiljö. Nu begär man central förhandling.

I budgeten för 2019 har den blågröna majoriteten i Region Stockholm skjutit till 315 miljoner kronor till primärvården. Men Stockholms läkarförening är långt ifrån nöjd.

– Det är mycket pengar, men det är på intet sätt så mycket som krävs för att primärvården ska kunna gå runt. 315 miljoner är 5 promille av regionens sjukvårdsbudget på 71 miljarder. Det är en droppe i havet, säger Gunnar Berglund, distriktsläkare och andre vice ordförande i Stockholms läkarförening, till Läkartidningen.

Enligt honom har ersättningen till primärvården inte räknats upp under de senaste åren.

– Vi har passerat en kritisk gräns, säger Gunnar Berglund.

Läkareföreningen oroas också över att fler uppgifter förs över till primärvården. Enligt Gunnar Berglund handlar det exempelvis om ökat arbete i samband med att patienter skrivs ut från sjukhusen till kommunerna.

Har du någon uppfattning om hur stort tillskottet till primärvården borde vara för att klara uppdraget?

– Det är svårt att säga, men vi pratar inte promille, utan vi pratar procent. Det handlar om många års försyndelser.

Joakim Andersson

I KORTHET

REGERINGEN GÅR VIDARE MED KOSTNADSUTJÄMNINGSFÖRSLAG

▶ Regeringen går nu vidare med Kostnadsutjämningsutredningens förslag och skickar ut det på remiss. De stora vinnarna – om förslaget går igenom – är Region Gotland och ekonomiskt sargade Region Jämtland Härjedalen.

KRY TILL SÖRMLAND – BLIR DYRARE FÖR REGIONERNA

▶ Kry inleder ett samarbete med en vårdcentral i Sörmland och introducerar sjuksköterskor. Det kommer att innebära att deras tjänst kostar mindre för patienten – men notan för regionerna ökar.

LÄKARE RISKERAR ÅTAL EFTER OTILLBÖRLIG RELATION

▶ En överläkare inom psykiatrin åtalsanmäls efter en relation med en patient. Det var 2017 som en misstanke uppstod om att det fanns en »otillbörlig relation« mellan en patient och behandlande läkare. IVO skriver att läkaren är skäligen misstänkt för att i sin yrkesutövning ha begått ett brott för vilket fängelse är föreskrivet.

SAHLGRENSKA STOPPAR BEHANDLINGAR VID KÖNSDYSFORI

▶ Sahlgrenska universitetssjukhuset har sedan sex månader slutat ta emot nya patienter för hormonbehandling vid könsdysfori. Anledningen uppges vara högt tryck och bristfällig finansiering. Det rapporterar SVT Nyheter Väst.

Boehringer Ingelheim

Pradaxa® dabigatranetexilat

Praxbind® idarucizumab

PRADAXA® (dabigatranetexilat) – fortfarande den enda NOAK som har en specifik antidot

PRAXBIND® (idarucizumab) häver omedelbart och fullständigt den antikoagulerande effekten av PRADAXA®[1]

Pradaxa® (dabigatranetexilat), antikoagulantium, Rx, F. **Indikationer:** Prevention av stroke och systemisk embolism hos vuxna patienter med icke valvulärt förmaksflimmer (NVAF), med en eller flera riskfaktorer, såsom tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA); ålder ≥ 75 år; hjärtsvikt (NYHA klass ≥ II); diabetes mellitus; hypertension. Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungemboli (LE), och förebyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna. Profylax av venös tromboembolisk sjukdom hos patienter som genomgått elektiv total protesoperation i höft- eller knäled. **Styrkor och förpackningar:** 60x1 samt multiförpackning 3x60x1, blister. Kapslar 110 mg resp 150 mg. **Varningar och försiktighet:** Njurfunktionen bör bedömas innan behandling påbörjas. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Patienter med svår njurfunktionsnedsättning (kreatininclearance <30 ml/min). Pågående kliniskt signifikant blödning. Organskador med risk för blödning. Spontan eller farmakologisk nedsättning av hemostasen. Nedsatt leverfunktion eller leversjukdom som förväntas påverka överlevnaden. Samtidig systemisk behandling med ketokonazol, ciklosporin, itrakonazol och dronedaron. Mekanisk hjärtklaffprotes. För senaste prisuppgift samt övrig information se **www.fass.se**. Datum för översyn av produktresumén 06/2018.

Praxbind® (idarucizumab), Rx, EF, ATC-kod V03AB. **Indikation:** För vuxna patienter behandlade med Pradaxa® (dabigatranetexilat) när snabb reversering av Pradaxas antikoagulerande effekt krävs: Inför akut kirurgi/brådskande procedurer; Vid livshotande eller okontrollerad blödning. **Styrkor och förpackningar:** 2 injektionsflaskor à 2,5 g/50 ml injektions-/infusionsvätska, lösning. **Varningar och försiktighet:** Känd överkänslighet (tex anafylaktisk reaktion) mot idarucizumab eller något av hjälpämnena eller ärftlig fruktosintolerans är tillstånd som noga måste vägas mot den potentiella fördelen med behandlingen. Genom att reversera dabigatranbehandlingen utsätts patienterna för den risk för trombos som är knuten till deras underliggande sjukdom. För att minska denna risk skall återinsättning av behandling med blodförtunnande medel övervägas så snart det är medicinskt lämpligt. För fullständig förskrivarinformation se **www.fass.se**. Datum för översyn av produktresumén 08/2018.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

Referens: 1. Praxbind® produktresumé, fass.se.

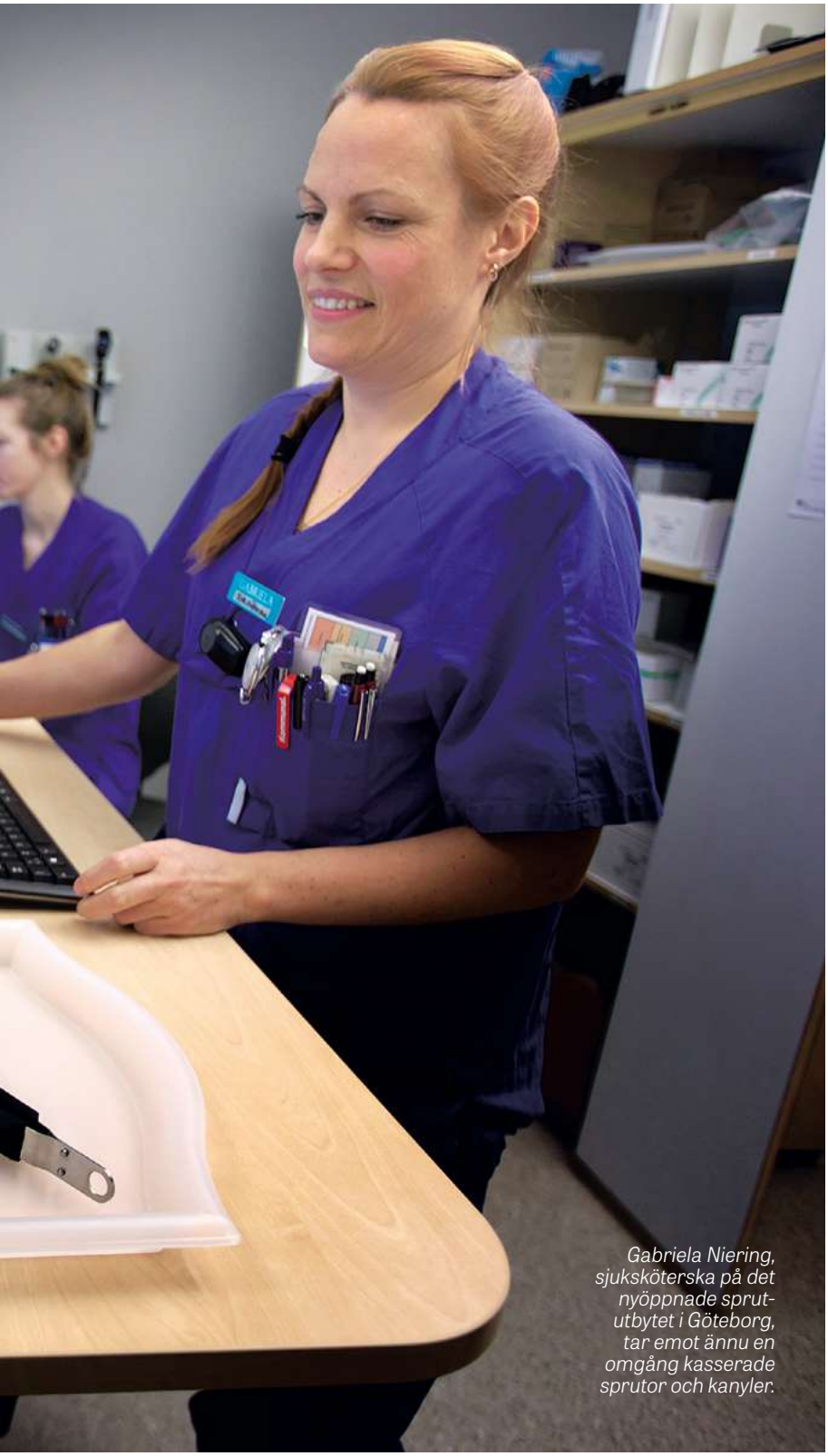
Boehringer Ingelheim AB Box 92008 120 06 Stockholm Telefon 08-721 21 00 www.boehringer-ingelheim.se

PC-SE-100338



Allt fler regioner inför sprututbyte för personer som injicerar droger efter att det kommunala vetot slopats. Även i Göteborg – där det länge funnits ett politiskt motstånd mot att dela ut sprutor till missbrukare – har en mottagning nu öppnat.

Snart rena sprutor i



Gabriela Niering, sjuksköterska på det nyöppnade sprututbytet i Göteborg, tar emot ännu en omgång kasserade sprutor och kanyler.

Foto: Magnus Gotander

hela landet

In från kylan kommer en kille i keps och blå täckjacka. Han kliver fram till luckan, vänder upp och ned på en brun papperspåse och ut på plastbrickan faller ett antal använda sprutor och kanyler, ett knöligt stasband och lite andra grejer.

– Då får du sex nya sprutor och kanyler, säger Gabriela Niering, sjuksköterska på sprututbytet på Östra sjukhuset i Göteborg, när hon räcker över den nya påsen som även innehåller brännkoppar, sterilt vatten och ett gäng spritservetter.

Sedan lagändringen, som slopade kommunernas veto, trädde i kraft i mars 2017 är det fritt fram för regionerna att själva fatta beslut om att införa sprututbyte.

Nu bekräftar Läkartidningens kartläggning att det nya regelverket haft effekt. Innan lagändringen trädde i kraft hade bara 8 av landets 21 regioner tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg, IVO, att bedriva sprututbytesverksamhet. I dag har 14 stycken kommit i gång – och så många som 6 av dem under det senaste året.

När Lund redan 1986 blev först i landet med sprututbyte var det betydligt mer kontroversiellt. Men numera rekommenderas det av såväl Världshälsoorganisationen (WHO) som Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten.

Just i Göteborgs stad fanns länge ett politiskt motstånd mot att dela ut rena sprutor till missbrukare.

Magdalena Ydreborg, infektionsläkare som varit med och tagit fram medicinska riktlinjer för verksamheten, är glad över att sprututbytet i Göteborg till slut har blivit verklighet – långt efter att exempelvis Skåne och Stockholm infört den typen av verksamhet.



Magdalena Ydreborg







Mellan 10 och 30 personer per dag har kommit till sprututbytet i Göteborg, sedan starten i december.

Foto: Magnus Gotander

– Vi har helt klart legat efter. Men vi får vara nöjda med att ha kommit i gång nu, för vi tror ju att sprututbytet kommer att fylla en viktig funktion, säger hon.

Här har drygt 100 personer skrivit in sig sedan starten strax före jul. Men sprututbytesverksamheten – en av fyra i Västra Götalandsregionen – handlar om mycket mer än att dela ut sprutor, enligt Magdalena Ydreborg.

– Syftet är ju att minska risken för blodsmittor som hepatit B och C samt hiv. Men det här är också ett sätt att sänka tröskeln att ta sig till vården för den här gruppen. Det är en utsatt grupp som vi vet inte har så mycket kontakter med sjukvården, men där det finns ett stort vårdbehov, säger hon och tillägger:

– Vi vill att det inte ska finnas så många barriärer, som att man ska boka en specifik tid för att komma hit. Sedan är vi ju medvetna om att det tar tid att bygga upp ett förtroende.

Ytterligare ett syfte med mottagningen är att underlätta kontakten med beroendevården – för den som vill.

Mottagningen screenar för hepatit C och hiv, ger vaccinationer mot exempelvis hepatit B och tar hand om både bölder och hudinfektioner och andra hälsoproblem som patienterna behöver hjälp med. Vid behov slussar personalen vidare till andra vårdinstanser.

Läkare finns på plats flera dagar i veckan, och till mottagningen finns även barnmorska och kurator knutna.

Framöver är tanken bland annat att på plats på sprututbytet kunna erbjuda behandling med de nya läkemedel som revolutionerat behandlingen vid hepatit C och där aktivt missbruk inte längre är en kontraindikation för behandling.

Panos Vasilakis, vårdenhetschef och ansvarig för sprututbytesverksamheten, påpekar dock att patienten måste kunna fullfölja behandlingen, till exempel komma till mottagningen kontinuerligt, för att få ett bra behandlingsresultat.



Panos Vasilakis, vårdenhetschef.

– Vi har några patienter med nyupptäckt hepatit C som är aktuella. Men även patienter med tidigare känd hepatit C, säger han.

TILLSTÅND GÄLLER I TVÅ ÅR

- 2006 infördes en lag om utbyte av sprutor och kanyler för att förebygga spridning av hiv och andra blodburna infektioner hos personer som injicerar droger.
- Regionerna måste ansöka om tillstånd hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO) för att få starta sprututbytesverksamhet. Tillstånd ges för två år.
- Tidigare krävdes en överenskommelse mellan regioner och kommuner kring införande av sprututbyte. Men sedan den kommunala vetorätten slopades den 1 mars 2017 läggs ansvaret för sprututbytesverksamheterna helt och hållet på regionerna. Regioner och kommuner ska dock samråda i frågan.

Snart räknar han även med att kunna börja dela ut överdosmotgiftet naloxon till personer med risk för opioidöverdos – något som rekommenderas starkt i hela hälso- och sjukvården i de nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende som Socialstyrelsen publicerade i slutet av januari.

– Vi har ett nära samarbete med substitutionsmottagningen som finns här intill. De har redan börjat dela ut naloxon till personer med ett intravenöst heroinmissbruk. Jag tror att vi också är i gång inom kort, säger Panos Vasilakis.

I Stor-Göteborg, som är mottagningens upptagningsområde, finns gissningsvis någonstans mellan 900 och 1 200 personer som injicerar droger. Och personalen hoppas att betydligt fler än nu med tiden ska hitta till sprututbytet. Inte minst när mottagningen, som än så länge huserar inne på infektionsmottagningen, flyttar in i egna, nybyggda lokaler i april.

Enligt Läkartidningens kartläggning är det i dag Värmland, Dalarna, Västmanland, Västernorrland, Örebro, Jämtland Härjedalen och Gävleborg som ännu inte börjat erbjuda sprututbyte. Men flera av dem är nu på gång.

Både Värmland och Örebro har planer på att dra i gång redan till sommaren.

– Vi siktar på att sätta i gång i maj, men inget exakt datum är bestämt än, säger Lars Edling, infektionsläkare på Universitetssjukhuset Örebro som just nu förbereder för starten.

Såväl Region Jämtland Härjedalen som Region Västernorrland har redan fått



Foto: Magnus Gotander

Sprututbyte handlar om mycket mer än att bara byta sprutor, enligt Frida Asteberg och Magdalena Ydreborg, sjuksköterska respektive infektionsläkare på mottagningen i Göteborg.

14 REGIONER HAR INFÖRT SPRUTUTBYTE:

- Region Skåne
- Region Stockholm
- Västra Götalandsregionen
- Region Halland
- Region Jönköpings län
- Region Kalmar län
- Region Blekinge
- Region Kronoberg
- Region Norrbotten
- Region Västerbotten
- Region Uppsala
- Region Sörmland
- Region Östergötland
- Region Gotland

tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att bedriva sprututbyte. Och nyligen fattade även Region Dalarna beslut om att ansöka. Där är förhoppningen att komma i gång under året.

Region Västmanland fattade redan 2017 beslut om att ansöka om tillstånd hos IVO – men har ännu inte gjort det, enligt Karin Torberger, primärvårdschef.

– Ansökan till IVO är inte inskickad då den kräver att det finns en lokal, en adress till verksamheten. Vi väntar fortfarande på att få tag i en lämplig lokal innan vi kan gå vidare. Det gör det svårt att säga exakt när vi kan starta, säger hon.

Även Region Gävleborg, som tidigare varit den enda region som sagt sig inte ha frågan på agendan, tycks nu vara med på noterna. Här fick hälso- och sjukvårdsdirektören Göran Angergård nyligen i uppdrag att börja förbereda inför en ansökan till myndigheten.

– Hälso- och sjukvårdsnämnden har ännu inte fattat beslut om att ansöka. Vår plan är att få med det i budgeten för 2020. Om det fattas ett beslut om att ansöka så borde införandet kunna ske under 2020, säger han.

På flera håll där det redan i dag finns sprututbyten är dessutom nya mottagningar på gång. Ett exempel är Stockholm, som nu ska få ytterligare en mottagning, förutom den som redan sedan 2013 finns vid Capio S:t Görans sjukhus. Även Region Blekinge har flaggat för att vilja öppna ytterligare ett sprututbyte.

> **»Syftet är ju att minska risken för blodsmittor som hepatit B och C samt hiv. Men det här är också ett sätt att sänka tröskeln att ta sig till vården …«**
>
> **Magdalena Ydreborg,** infektionsläkare

Under tiden som Läkartidningen befinner sig på sprututbytet i Göteborg droppar det då och då in patienter som vill byta sprutor. Men det blir aldrig fullt i väntrummet, där sju patienter kan sitta samtidigt.

– Tanken är att de inte ska behöva sitta och vänta så länge, utan vi försöker få till ett visst flöde. Väntrummet i våra tillfälliga lokaler är litet och skulle kunna vara anledning till konflikt, även om vi inte haft någon sådan hittills, säger Frida Asteberg, sjuksköterska och sektionsledare, som just sagt hej då till ännu en patient.

Enligt Frida Asteberg jobbar personalen på sprututbytet mycket med att få patienterna att känna sig respekterade och välkomna.

– Det är det allra viktigaste, tycker jag. Vi vill att de ska känna sig så trygga här att de vågar vara öppna med oss, säger hon och fortsätter:

– Vårt mål är inte att alla ska bli drogfria. Men de vi på något sätt kan hjälpa till drogfrihet vill vi försöka hjälpa. Målet är ju primärt att minska risktagandet för dem medan de har sitt missbruk, och då är det väldigt viktigt att tröskeln är låg.

Text: **Katrin Trysell**
Foto: **Magnus Gotander**



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!

▶ Ett nytt rön, **»Antidepressiva associerades med höftfraktur – även före insatt behandling«** (Läkartidningen. 2019;116:FIEE), **har intresserat läsarna.**

Här följer några kommentarer:

»... att de personer som får antidepressiva läkemedel förskrivna i högre utsträckning drabbats av höftfrakturer innan förskrivningen behöver inte alls säga någonting om confounding, utan skulle kunna förklaras på detta enkla sätt.«

»Vi vill ... inte sätta punkt för diskussionen, snarare stimulera till kritiskt granskande och vidare forskning.«

»... det finns en annan viktig aspekt som behöver lyftas fram vad gäller benhälsan och det är SSRI-medicineringens negativa påverkan på benmetabolismen.«

»Hur ska man som läkare då förhålla sig till läkemedelsförskrivning? För egen del försöker jag tillämpa försiktighetsprincipen, vad gäller studier ta de biverkningar som konstaterats på mycket stort allvar och de positiva effekterna med en viss nypa salt.«



Colourbox

Vad tycker du?
Kommentera på Läkartidningen.se

Inför en specialistutbildning

Nedsatt kognitiv funktion förbises inte sällan på grund av kunskapsluckor. Specialistutbildning i kognitiv medicin kan ändra på det.

Lisa Bjartmar, överläkare, med dr, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Ann-Marie Liljeroth, överläkare, Centralsjukhuset Kristianstad, Kristianstad

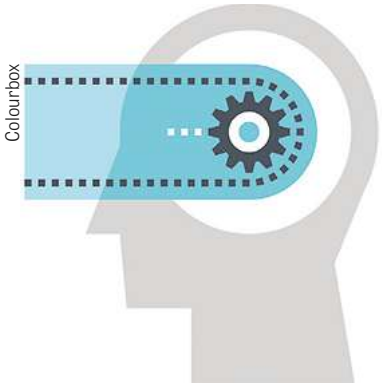
Per Johansson, överläkare, med dr, Skånes sjukhus Nordväst, Ängelholm

Elisabet Londos, överläkare, professor, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Johan Svensson, överläkare, professor, Skaraborgs sjukhus, Skövde

Lars-Olof Wahlund, överläkare, professor em, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge

Anders Wallin, överläkare, professor em, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
● anders.wallin@gu.se



Colourbox

Nedsatt kognitiv funktion (Fakta 1) leder till problem för individen oberoende av ålder, och orsakas av sjukdom, livsstilsfaktorer eller arbetslivsförhållanden. Kognitiv nedsättning är en central faktor vid behandling och vård av multisjuka patienter. Hälso- och sjukvårdens engagemang inom området är begränsat. Problemets storlek illustreras av en studie från Malmö, där man hos 200 patienter inlagda på medicinklinik fann att 73 procent uppvisade en kognitiv svikt som i flera fall var okänd [1].

FAKTA 1

Kognition är en paraplyterm för de bearbetningsprocesser i hjärnan som aktiveras när vi interagerar med omgivningen. Nyckelfunktioner är varseblivning inklusive rumslig funktion, uppmärksamhet, inlärning och minne, språk, exekutiv (målinriktad) funktion och social kognition.

Det är anmärkningsvärt att det saknas specialistutbildning i kognitiv medicin för läkare [2]. Kunskapsfältet är i stället utspritt på flera discipliner: psykiatri, geriatrik, neurologi, intern- och rehabiliteringsmedicin. Undervisningen är på många håll bristfällig eller saknas helt. Det är hög tid att ändra på det. Vi föreslår en specialitet som innefattar grundläggande aspekter av kognition och förvärvad kognitiv nedsättning i relation till ett brett spektrum av sjukdomar, arbetslivsförhållanden och livsstil [2].

I sjukdomspanoramat ingår alzheimer, Lewykroppsdemens, frontotemporal degenerativ sjukdom, huntington och cerebrovaskulär sjukdom, men också tillstånd som inte primärt kopplas samman med kognitiv nedsättning, till exempel hjärtsvikt, infektioner och tumörsjukdomar [3].

Kognitiv medicin föreslås bli en tvärmedicinsk basspecialitet. Förutom sjukdomslära fokuseras på identifiering, prevention, rehabilitering och behandling av sjukdomsrelaterad kognitiv nedsättning. Förslaget (Fakta 2) är en precisering av vad som föreslogs 2008 [4].

58 specialistmottagningar för minnesrelaterade sjukdo-

Enkla åtgärder kan ge AT-läkare ökad

För rationell och säker läkemedelsbehandling krävs att varje läkare som behandlar patienter behärskar det läkemedelsarbete som ingår i yrkesrollen.



Johan Lönnbro, doktorand, Sahlgrenska akademin; specialistläkare i internmedicin, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg



Susanna Wallerstedt, professor i farmakoterapi, Sahlgrenska akademin; överläkare i klinisk farmakologi, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

En ny studie visar att relativt begränsade insatser kan hjälpa läkare tidigt i yrkeslivet att växa in i det ansvar för läkemedelsbehandlingen som följer med förskrivningsrätten [1].

Att behandla patienter med läkemedel är en kärnuppgift för läkare. Läkemedelsbehandlingen behöver vara en integrerad del av arbetet, eftersom den hänger tätt ihop med allt från symtom till kommunikation med patienten. Läkemedelsgenomgångar inklusive läkemedelsberättelser är därför moment som ligger under läkarens ansvar.

En enkel läkemedelsgenomgång innebär i korthet att ta reda på vilka läkemedel en patient ordinerats och använder samt att ordinera lämplig behandling och uppföljning utifrån en medicinsk bedömning av patientens aktuella hälsotillstånd.

Läkemedelsarbete övas under grundutbildningen, men hur trygg man känner sig i

i kognitiv medicin för läkare

mar är anslutna till Svenska demensregistret [5]. Huvuddelen lägger tyngdpunkt på utredning och behandling av alzheimer och relaterade kognitiva sjukdomar. Mottagningarnas tillhörighet varierar, men geriatriska och psykiatriska verksamhetsområden dominerar medan internmedicinsk och neurologisk koppling finns i enstaka fall.

Minnesmottagningarna får huvudrollen vid införandet av den nya specialistutbildningen. Där finns kunskap om hur man testar kognitiva funktioner, avbildar hjärnan, gör genetiska och biokemiska undersökningar samt behandlar kognitiva symtom. Enheter som företräder associerade specialistområden behöver också engageras. Även gedigen teoretisk och praktisk orientering i neuropsykologi och arbetsterapi bör efterfrågas.

»Specialiteten ... har förutsättningar att få stort genomslag och locka fler blivande specialister.«

I översynen av specialistutbildningen 2015 blev äldrepsykiatri tilläggsspecialitet till geriatrik och psykiatri [6]. I äldrepsykiatrin är kognitiv utredning ett viktigt utbildningsmoment, men en stor andel patienter med kognitiva nedsättningar är varken äldre eller uppvisar psykiska symtom. Denna tilläggsspecialitet är därmed för smal.

FAKTA 2

Specialistutbildning i kognitiv medicin (mån = riktvärde).

Tjänstgöring på specialistminnesmottagning med utredning, behandling och uppföljning av kognitiva sjukdomar (24 mån) samt sidotjänstgöring vid

- neurologisk klinik – mottagning med patienter med blandade neurologiska problem (9 mån)
- psykiatrisk klinik med fokus på psykos och affektiva tillstånd (4 mån)
- rehabiliteringsklinik med fokus på hjärnskadesyndrom (4 mån)
- geriatrisk klinik med fokus på multisjuka patienter (6 mån)
- internmedicinsk klinik för diabetes, hypertoni och multisjukdom (3 mån).

Specialiteten kognitiv medicin kan ta ett samlat grepp om kognitiv ohälsa hos vuxna och har förutsättningar att få stort genomslag och locka fler blivande specialister. Många läkare som arbetar på minnesmottagningar efterlyser dessutom en specialisttillhörighet. Den nya specialiteten behövs, då

- mörkertalet för kognitiv nedsättning vid olika sjukdomar är stort
- kognitiv nedsättning är vanlig och leder till funktionshinder i vardagen
- kunskapen om kognitionsmätning är otillräckligt spridd
- kognitiv nedsättning har hälsoekonomiska konsekvenser
- kunskap om kognition krävs för framgångsrika satsningar på äldrevård och personcentrerad vård. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

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





▶ Välj kandidater efter meriter och exkludera inte någon beroende på studieland, skrev Alexandra Munteanu (bilden), **läkarstudent, Cluj-Napoca, Rumänien, i artikeln »Felaktig bild av läkarstudenter i utlandet«.**

Läkartidningen. 2019;116:FH6W

Här följer några slumpvis utvalda läsarkommentarer till artikeln:

»Tiden då en läkare utbildad utanför Norden sågs som en brokig fågel bland gråsparvar är långt sedan gången.«

»Jag har sagt det förut och säger det igen: Examinera mera!«

»Känner igen mig i ditt inlägg. Oroa dig inte. Njut av dina lediga somrar, medan du kan.«

»Det finns alla möjligheter till att bli riktigt bra i Cluj. Tyvärr finns också risken att träffa kollegor som behöver mer stöttning och handledning.«

trygghet i läkemedelsarbetet

detta arbete ställs på sin spets först när man som examinerad läkare har eget ansvar för patienters behandling.

I en randomiserad kontrollerad studie visade det sig att två tretimmarsseminarier med kollegial diskussion kring fiktiva och egna patientfall, lett av en internmedicinare och en klinisk farmakolog, gav AT-läkare ökad trygghet i läkemedelsarbetet.

Vid sexmånadersuppföljningen instämde de 26 AT-läkare som fått interventionen i högre utsträckning i att de kände sig trygga att göra enkla läkemedelsgenomgångar jämfört med de 31 som randomiserats till kontrollgruppen: 4,3 ± 0,9 jämfört med 3,6 ± 1,3 (1 = instämmer inte alls; 5 = instämmer helt; P = 0,034).

Interventionen ökade till exempel läkarnas uppmärksamhet på biverkningar som potentiell orsak till symtom och deras trygghet att sätta in och sätta ut läkemedel.

Även om det finns en viss korrelation mellan upplevd trygghet och faktisk kompetens/färdighet, är den upplevda tryggheten inte nödvändigtvis liktydig med skicklighet i konsten att behandla med läkemedel, något som tar många års patientarbete att tillägna sig. Att känna sig trygg med arbetsmomenten är dock en förutsättning för att de utförs i klinisk vardag, vilket torde vara av godo för patienterna.

Framtida studier behöver fokusera på att utvärdera faktisk kunskap hos läkarna, så som till exempel görs i England före legitimation [2].



Colourbox

Detta blir än mer angeläget i Sverige när läkare efter den nya 6-åriga grundutbildningen får förskrivningsrätt direkt efter examen. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

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

För dig som söker nya utmaningar!

Kostnadsfritt för läkare!

KARRIÄR KVÄLLAR *för läkare*



Välkommen till

Karriärkväll i Stockholm!

Torsdag 21 mars 2019 • kl 17.30–20.45

Bygget konferens

Norrlandsgatan 11, Stockholm

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 utställare på plats för frågor och tips som du kan ha nytta av på din egen väg i karriären.

Program den 21 mars 2019

Moderator: Docent Lena Marions, Södersjukhuset samt med. redaktör på Läkartidningen.

17:30 **Registrering, mat och mingel**

18.30 **Inledning, moderator Lena Marions**

18:40 **Markus Karumo** växte upp med åtta syskon i olika förorter till Stockholm. Föräldrarna invandrade från Finland på 60-talet. Mamma arbetade i hemmet och pappa drev taxiåkeri. Trots goda studieresultat, var han inte alls säker på att han skulle klara läkarlinjen, men militärtjänst med ambitiösa kamrater samt en systers uppmaning att bli läkare fick honom på andra tankar. 2008 blev han specialist i psykiatri, vilket lett honom till arbete i utsatt del av Nya Zeeland, inom akutpsykiatrin i Stockholm samt via Fältsjukhuset i Göteborg och en försvars-psykiaterbefattning på Försvarsmaktens högkvarter till förordnande som chefläkare för Försvarsmakten.

19:05 **Marie Inhammar** är en vanlig tjej från de småländska skogarna som hamnade i Mosul. Hur gick det till? Att arbeta för Läkare utan gränser var ingen barndomsdröm utan en idé som väcktes långsamt när det var svårt att få en ST-tjänst. Nu har hon gjort tre uppdrag för Läkare utan gränser och har en ST-tjänst i pediatrik på Akademiska sjukhuset i Uppsala. Hur ska man veta vad man vill göra? Marie kommer berätta kort om krigssjukvård i Mosul, glesbygdsmedicin deluxe i Sydsudan och om chefskap på ett diftericenter i Bangladesh för att visa hur olika uppdrag kan vara.

19:30 **Fikapaus**

20:00 **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.

20:25 **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 15 mars.

Arrangör

Läkartidningen

Partner

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Kvällens utställare

Folksam · Försvarsmakten · Region Gävleborg · Region Sörmland · Lipus · KRY · Vem tar hand om Doktorn?

Anmäl dig på läkartidningen.se/event

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

»Kanske kunde familjen få hjälp av pappans pappa som kunde sälja en ko.«

VI LÄKARE FÖRVÄNTAS RÄDDA LIV och inge hopp. Men att leva upp till denna uppmaning är inte alltid lätt och självklart. I oktober till november 2018 var jag frivillig läkare för Rotarys läkarbank i Kenya. Många gånger sedan 1999 har jag varit på korta (6 veckor) uppdrag för läkarbanken.

Nu befann jag mig långt ute vid en liten hälsocentral i West Pokot-regionen i västra Kenya, nära gränsen till Uganda och inte så långt från Turkanaregionen. Uppdraget var att tjänstgöra som handledare för personal vid ett litet »sub-county hospital« i staden Kacheliba.

Hälsocentralen ligger vackert på en höjd med milsvid utsikt mot omgivande berg. Här och där skymtar små bostäder, hus byggda av lera och korrugerad plåt. Ganska stora hjordar av getter passerar på grusvägen. Mitt emot kliniken finns en halvbyggd kyrka. Bygget avstannat sedan länge.

SÅ HÄR LÅNGT BORT I VÄRLDEN TRÄFFAR JAG en ung kvinna med en bebis, ca 1 månad gammal. Kvinnan är mycket ung, gissningsvis knappt 16 år, och det är hennes första barn. Men hon berättar med hjälp av tolk att något växer ut på bebisens rygg. Ja, nog förstod jag diagnosen innan hon visade bebisen. Dessutom såg vi tydligt att fontanellen buktade stort. Ryggmärgsbråck.

Hur skulle vi nu göra? Vi fick in pappan till konsultationen. Han var lika ung och lika fattig. Sköterskan på hälsocentralen hade aldrig sett eller hört talas om ryggmärgsbråck, förstod jag.

Jag började försöka förklara handikappet. Ja, bebisen var slapp i båda benen, det hade man märkt. Jag försökte säga att missbildningen inte var någons fel och att den inte var helt ovanlig. Då kom det fram att man varit på motsvarande vårt länssjukhus och fått en del information och fått råd att söka med bebisen på regionsjukhuset i Eldoret. Men nu kom familjen till oss »muzungo«, europeiska doktorer. Man hoppades nog att vi skulle kunna hjälpa.



MEN VÅRA RESURSER VAR NOLL. Jag/vi fick informera att vad som kunde göras kunde göras i Eldoret. Men det är långt dit, flera timmars resa med bil eller mer sannolikt med motorcykel. Man hade inga pengar till resan och än mindre till undersökningar och eventuell shuntoperation. Kanske kunde familjen få hjälp av pappans pappa som kunde sälja en ko. Snälla grannar kanske kunde stötta. Vi skramlade ihop de pengar vi hade med som hjälp till resa. Vi sa att om pappans pappa skulle sälja en ko, skulle han sälja den nu och inte vänta till marknadsdagen. Vår teamledare skulle hålla kontakt med familjen via telefon.

Men var det rätt handlagt? **Hur är prognosen för den lilla flickan? Hur skulle hon klara sig med sitt handikapp? Skulle familjen kunna ha råd med alla uppföljande sjukvårdskontakter?**

En ko mot ett människoliv?

Skulle jag ha haft ett »brytpunktssamtal«? Sagt att tyvärr finns det inget rimligt att göra? Informerat kvinnan om att vid nästa graviditet uppsöka mödravården för att i alla fall få folsyra utskrivet för att minska risk för ryggmärgsbråck? Jag valde att remittera bebisen till det större sjukhuset. Om det var rätt beslut får jag aldrig veta.

Jag blev berörd och nedstämd. Var fattigdom och sjukdom på samma nivå som när jag reste till Kenya för 20 år sedan?

MEN TACK, HANS ROSLING MED TEAM, som visat att barnadödlighet minskar, flickors utbildning med mera blir bättre, sjuklighet i aids minskar. Andelen i världen i extrem fattigdom minskar. Så nu kan jag lyfta blicken och se de små stegen mot förbättrade levnadsvillkor.

Låt oss fortsätta att inspirera till god barn- och mödrahälsovård även i avlägsna trakter. Ge hopp och rädda liv!

Agneta Runbom,
pensionerad geriatriker med specialistexamen i allmänmedicin
agneta.runbom@rjl.se

För dig som söker nya utmaningar!

Kostnadsfritt för läkare!

KARRIÄR KVÄLLAR för läkare



Välkommen till

Karriärkväll i Umeå!

Torsdag 14 mars 2019 • kl 17.30–20.45

First Hotel Dragonen

Västra Norrlandsgatan 5, Umeå

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 utställare på plats för frågor och tips som du kan ha nytta av på din egen väg i karriären.

Program den 14 mars 2019

Moderator: Ylva Böttiger, professor vid Linköpings universitet samt med. redaktör på Läkartidningen.

17:30 **Registrering, mat och mingel**

18.30 **Inledning, moderator Ylva Böttiger**

18:40 **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.

19:05 **Karin Granberg** är specialist i allmänmedicin och företagshälsovård. Fast anställd i primärvården och egen företagare. Mångsysslare inom ramen för sin profession . Läkaryrket är och förblir hennes kall. Stolt mor till fem söner och farmor. ”Karriär? Njae, men en resa i livet och professionen som berikat.”

19:30 **Fikapaus**

20:00 **Per Liljeholm** är 48 år och bosatt i Umeå. Gift och pappa till två pojkar. Läkarutbildning i Umeå samt AT-tjänst i Östersund/Åre. Specialist i Ortopedi, Umeå universitetssjukhus. Startade, driver och är delägare i Sports Medicine Umeå sedan 2009. Stort intresse för idrott och fysisk aktivitet. Tidigare friidrottare på elitnivå. Har parallellt med läkaryrket arbetat med äventyrstävlingar som medicinsk ansvarig i Eventcare. 10 år som medicinsk ansvarig för alpina landslaget med fem VM och två OS i bagaget. Trivs väldigt bra med sitt arbete som läkare och lägger även stor vikt vid fritid och familj för att få en bra och hållbar balans i livet.

20:25 **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 8 mars.

Arrangör

Läkartidningen

Partner

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Kvällens utställare

Folksam · Lipus · region västerbotten · Praktikertjänst

Anmäl dig på läkartidningen.se/event

KLINIK &VETENSKAP

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

5 frågor till

Eva Rask



docent, överläkare, institutionen för medicinska vetenskaper, Örebro universitet och Universitetssjukhuset Örebro, som är en av författarna till en artikel om postprandial hypoglykemi efter överviktskirurgi. Artikeln tar upp bakomliggande mekanismer till denna komplikation, möjlig behandling och en fallbeskrivning.

Varför skrev ni en artikel om just det här fallet?

Vi har själva stött på flera patienter med denna problematik och för just den beskrivna patienten blev det mycket dramatiskt med krampanfall och tandskador.

Ni skriver att den vetenskapliga litteraturen om behandling vid hypoglykemier domineras av fallbeskrivningar och att robusta studier saknas. Varför tror du att det är så?

Antalet patienter per enhet är ändå relativt litet. En välgjord multicenterstudie vore nödvändig, vilket kan vara en stor utmaning för forskande kliniker.

Vad är särskilt viktigt att tänka på när man har hand om patienter med dessa problem?

Att tidigt koppla in dietistkompetens.

Behövs mer information om att gastrisk bypass kan innebära livslång kostanpassning/behandling och kontakt med sjukvården?

Jag tror att det finns med i den initiala processen, men jag vet inte hur stor tyngd sådan information har hos personer som önskar genomgå bariatrisk kirurgi i relation till förhoppningen om bestående viktnedgång. För distriktsläkarkollegorna är problemet sannolikt framför allt att hitta utrymme att följa patienter som opererats, men kanske också att ha den för varje enskild läkare ovanliga diagnosen i åtanke.

Vad forskar du själv om?

Bland annat hypofyssjukdom. ○

Karin Bergqvist

363 Hypoglykemi – problematisk komplikation av överviktskirurgi

356 Alltför många inkluderas i vårdförlopp urinblåsecancer

357 Nya rön

358 Differentialdiagnostik och handläggning vid synkope

366 Låg sannolikhet för cancer i urinorganen vid makroskopisk hematuri och samtidig bakteriuri

Så kan vi få starka och ansvarsfulla lärosäten

DEN NYLIGEN PRESENTERADE Styr- och resursutredningen för högskolan (SOU 2019:6) hade i uppdrag att göra en samlad översyn av universitetens och högskolornas styrning och resurstilldelning. Syftet var att föreslå ett ramverk för att ge lärosätena förutsättningar att ta större ansvar för att utveckla och förmedla kunskap för samhällets långsiktiga utveckling.

FÖR ATT UNIVERSITETEN ska kunna agera långsiktigt och bli mer profilerade föreslår utredningen att andelen stabila basanslag ökas markant. Detta är nödvändigt för att universiteten betydligt mer självständigt ska kunna ta initiativ och göra riktade satsningar. Det skulle kunna gälla rekryteringar av forskare till medicinska forskningsområden där behoven är särskilt stora, som psykisk ohälsa, åldrandets sjukdomar och antibiotikaresistens, eller där nya metoder, som digitalisering, AI och biomarkörer för sjukdom, spelar allt större roll.

Vidare föreslås att uppdraget om livslångt lärande åter explicit slås fast i högskolelagen. Det skulle konkret innebära att medicinska fakulteter åtar sig en tydligare roll vad gäller fortbildning av exempelvis läkare.

»Vidare föreslås att uppdraget om livslångt lärande åter explicit slås fast i högskolelagen.«



JAG ANSER ATT UTREDNINGEN på ett mycket genomgripande sätt adresserar de svagheter som karakteriserar svenska universitet och föreslår ytterst adekvata åtgärder. Nu återstår en politisk process där Finansdepartementet och ytterst regeringen och riksdagen avgör huruvida Sverige ska bli den ledande kunskapsbildande och kunskapsgrundade nation vi borde vara.

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

Alltför många inkluderas i vårdförlopp urinblåsecancer



Sten Holmäng, docent, överläkare, urologmottagningen, Hallands sjukhus, Kungsbacka

● sten.holmang@regionhalland.se



Hans Hedelin, docent, Göteborgs Specialistmottagning urologi



Per-Uno Malmström, professor emeritus, överläkare, institutionen för kirurgiska vetenskaper, urologkirurgi, Uppsala universitet

Regeringen och Sveriges Kommuner och landsting (SKL) kom 2015 överens om att införa standardiserade vårdförlopp för cancersjukdomar. Syftet var »att bidra till en jämlik vård, nöjdare patienter och kortare väntetider« [1].

Tiden till diagnos av blåscancer har varit ca 35 dagar under många år, och först i och med standardiserade vårdförlopp har den gått ner till 25 dagar, vilket är mycket positivt [2]. Enkäter visar att patienterna i stort är nöjda med utredningen inom standardiserade vårdförlopp (www.cancercentrum.se). Fram till 2018 har 1,38 miljarder kronor satsats [1].

Fram till oktober 2018 hade 222 483 patienter inkluderats i något av de 31 cancervårdförloppen, varav flest, 40 518 (18 procent), inom »cancer i urinblåsa och de övre urinvägarna«. Andelen patienter som verkligen hade cancer var 36 procent inom standardiserade vårdförlopp för prostatacancer, 61 procent för njurcancer och i särklass lägst, 12 procent, för urinblåsecancer [1]. Bland kvinnor som ingått i standardiserade vårdförlopp för urinblåsecancer var cancerförekomsten 8,2 procent och bland män 15,5 procent [Johan Ivarsson, Regionalt cancercentrum väst, Göteborg, pers medd; 2019].

Synligt blod i urinen är den helt dominerande orsaken till start av standardiserat vårdförlopp, och utredningen innebär cystoskopi och DT-urografi.

Urologer har traditionellt talat om »tyst« hematuri, vilket innebär att den synliga urinblödningen inte åtföljs av trängningar eller flanksmärtor. Vid utredning av tyst hematuri finner man ca 20 procent blåscancer, och konsensus råder om att tyst hematuri ska utredas skyndsamt.

Synlig urinblödning med samtidiga nytillkomna trängningar talar för infektion (hemorragisk cystit), framför allt om tillståndet går över efter några dagars antibiotikabehandling. Blödning och samtidiga flanksmärtor talar för njur- eller uretärsten, och då borde en DT-undersökning vara första och ibland enda utredningssteget.

Fram till 2015, då standardiserade vårdförlopp för urinblåsecancer startade, cancerutreddes i regel inte kvinnor med hemorragisk cystit eller patienter med synligt blod i samband med njurstensanfall. Tyvärr inkluderar det standardiserade vårdförloppet även dessa vanliga former av hematuri, vilket bidragit till att ett stort antal patienter nu utreds trots att sannolikheten för cancer är mycket låg.

Standardiserade vårdförlopp för prostata och urinblåsecancer medför allvarliga undanträngningseffekter, vilket gör att patienter med dokumenterad blåscancer får sina kontroller senarelagda och att patienter med godartad prostatasjukdom eller njurstenssjukdom får vänta oacceptabelt länge [3]. Vidare innebär DT-urografi en hög stråldos mot bukhålan, och antalet DT-urografier har ökat kraftigt i och med införandet av standardiserade vårdförlopp, vilket är direkt olämpligt.

I detta nummer av Läkartidningen redovisar Oskar Kulander et al resultatet av utredning enligt standardiserat vårdförlopp för 459 patienter i Kalmar län som sökte för synligt blod i urinen. Huvudbudskapet är att endast 1 patient av de 115 med bakteriuri som var under 75 år hade urinvägscancer, och inte en enda av dem hade någon tumör i de övre urinvägarna på DT-urografi. Rapporten överensstämmer väl med en engelsk studie där 1 av 190 patienter som remitterats med bakteriuri och synlig hematuri hade blåscancer [4].

I en västsvensk rapport av standardiserade vårdförlopp fann man 2 blåstumörer hos 273 kvinnor (0,7 procent) med synlig hematuri och samtidiga symtom från urinvägarna [5]. I andra länder utreds inte kvinnor med obehandlad urinvägsinfektion som har blod i urinen [2].

I Kalmarstudien togs urinodling på imponerande 92 procent av patienterna. Ett problem med urinodling är att den sällan tas när patienten söker akut, och om den tas så kan den vara falskt negativ på grund av kort inkubationstid beroende på täta urinträngningar. Även urinsticka är opålitlig.

Artikeln av Oskar Kulander et al pekar tydligt på att standardiserat vårdförlopp för urinblåsecancer borde revideras så att patientgrupper som kvinnor med infektionssymtom och patienter med stensmärtor inte bör inkluderas. En möjlighet kunde helt enkelt vara att enbart inkludera alla över 50 år med tyst hematuri. Många andra med hematuri behöver visserligen utredas men inte inom standardiserat vårdförlopp. En individualiserad bedömning av läkare behövs dock alltid. ○

HUVUDBUDSKAP

- Hos mindre än 1 procent av dem under 75 år som inkluderats i standardiserat vårdförlopp för urinblåsecancer med makroskopisk hematuri och bakteriuri och/eller symtom som vid urinvägsinfektion diagnostiseras en cancer. Det är därför inte motiverat att de inkluderas i standardiserat vårdförlopp.
- Tyst makroskopisk hematuri är däremot ofta orsakat av blåscancer, och det är angeläget att den utreds, speciellt hos dem som är äldre än 50 år.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2019;116:FIEY

Läs mer!
Se även artikeln på sidan 366 i detta nummer.

REFERENSER

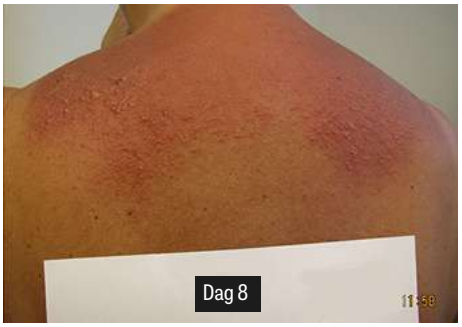
1. Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Artikelnr 2018-11-10.
2. Malmström PU, Haug ES, Boström PJ, et al. Progress towards a Nordic standard for the investigation of hematuria: 2019. Scand J Urol. Epub 14 jan 2019. doi: 10.1080/21681805.2018.1555187.
3. Schelin S. Vem skall ta hand om de sjuka urologpatienterna? Svensk Urologi. 2018;(4):13-5.
4. Vasdev N, Thorpe AC. Should the presence of a culture positive urinary tract infection exclude patients from rapid evaluation hematuria protocols? Urol Oncol. 2013;31(6):909-13.
5. Holmäng S, Hedelin H. Vårdförloppet för blåscancer bör fortfarande omvärderas. Läkartidningen. 2018;115:EYXX.

Toxisk hudreaktion av läkemedel i tidigare solbränd hud

Egenreferat. En 56-årig kvinna diagnostiserades med bröstcancer och genomgick partiell mastektomi med efterföljande kemoterapi. Först fick hon behandling med epirubicin och cyklofosfamid och därefter med docetaxel. Efter tre dagar med docetaxel började patienten få ont i huden på ryggen, och på femte dagen sågs ett utbrett, rodnat hudutslag. Dag 6 uppstod blåsbildning inom rodnaden. Patienten kom till onkologmottagningen dag 8 på grund av svåra smärtor från nacke och rygg. Huden var erytematös med ytlig blåsbildning. Hudutslaget var lokaliserat i nacken och på ryggen. Hudområden som varit täckta av kläder var normala.

Utseendet påminde om en akut solbrännskada, men patienten hade inte varit solexponerad de senaste veckorna. Kvinnan hade feber upp till 38,3 grader och lades in på infektionsklinik då man misstänkte infektion. PCR-test för herpes simplex typ I och II samt varicella-zoster-virus var negativa, liksom blododling. Med tanke på klinisk presentation uppkom misstanke om så »photo-recall phenomenon«, och i anamnesen framkom att patienten hade varit i Vietnam 5 månader tidigare och fått en solbrännskada på samma ställe.











Förloppet av fototoxisk hudreaktion framkallad av docetaxel. Dag 6. Indurerat erytem på tidigare solskadat hudområde, nacken och ryggen, som strikt sparar hudområden som varit täckta av kläder. Dag 8. Progredierande vesikulös dermatit med inslag av större, ytliga blåsor. Dag 9. Vesikulös dermatit med blåsor, erosioner och ytlig fjällning. Dag 11. Postinflammatorisk hyperpigmentering och fjällning på hudområden som tidigare täcktes av blåsor och vesikulär dermatit. Dag 17. Postinflammatorisk hypo- och hyperpigmentering.

Vid bedömning hos hudläkare togs en biopsi som visade en blåsbildande dermatit med interfasförändringar. De histologiska fynden liknade bilden som vid erythema multiforme. Baserat på ovanstående ställdes diagnosen docetaxel-utlöst fototoxisk hudreaktion framkallad 5 månader efter den ursprungliga solskadan. Den läkemedelsutlösta reaktionen var mycket kraftigare än den initiala solbrännskadan. Huden behandlades med kortisonkräm grupp III och förbättrades snabbt. Behandlingen med docetaxel avslutades, och patienten fick i stället paklitaxel.

»Photo-recall phenomenon« är en fototoxisk hudreaktion utlöst av läkemedel som uppstår på hudområden som tidigare brännskadats efter exponering för ultraviolett ljus. Metotrexat är den vanligaste orsaken, men det finns också fall beskrivna efter behandling med gemcitabin, etoposid, cyklofosfamid, docetaxel och paklitaxel. I vårt fall framkallades hudreaktionen av docetaxel 5 månader efter solskadan, vilket är längre än tidigare beskrivet.

Läs mer!
Fler nya rön på Läkartidningen.se

Vi har här beskrivit en ovanlig läkemedelsreaktion, så kallad fototoxisk reaktion, utlöst av docetaxel framkallad 5 månader efter solbrännskada. Eftersom läkemedelsreaktionen har en speciell presentation vill vi uppmärksamma kliniskt verksamma läkare (onkologer såväl som hudläkare) så att de kan känna igen diagnosen även om den är ovanligt förekommande.

Emma K Johansson, med dr, överläkare, hudkliniken, enheten för sexuell hälsa, Södersjukhuset, Stockholm

Hanjing Xie, med dr, överläkare, onkologiska kliniken, S:t Görans sjukhus, Stockholm

Johansson EK, et al. Case Rep Oncol. 2018;11(3):751-55.

Skriv under Nya rön!

Har du blivit publicerad? Har du doktorerat? Hör av dig till: nyaron@lakartidningen.se

Läkartidningen

Differentialdiagnostik och handläggning vid synkope

RISKSTRATIFIERING KAN UNDERLÄTTA HANDLÄGGNINGEN, VISAR NYA RIKTLINJER FRÅN EUROPEISKA KARDIOLOGFÖRENINGEN

Benjamin Kalischer Wellander, ST-läkare, internmedicin, Hudiksvalls sjukhus
● benjamin.kalischer.wellander@regiongavleborg.se

Gustav Mattsson, AT-läkare, Gävle sjukhus

Anders Lundberg, ST-läkare, doktorand, internmedicin, Hudiksvalls sjukhus

Peter Magnusson, överläkare, doktorand, VO kardiologi, Gävle sjukhus; de två sistnämnda avdelningen för kardiologi, institutionen för medicin, Karolinska institutet, Karolinska universitetssjukhuset Solna; samtliga Centrum för forskning och utveckling, Uppsala universitet/Region Gävleborg

Synkope utgör främsta sökorsak vid 1–2 procent av akutmottagningsbesök, varav hälften medför inläggning [1-3]. Den årliga incidensen är 18–40/1 000 för synkope och 6,2/1 000 för förstagångssynkope [4-6].

Synkope definieras som övergående medvetandeförlust till följd av cerebral hypoperfusion [3]. Synkope samordnas med andra tillstånd i det övergripande begreppet »övergående medvetandeförlust« (transient loss of consciousness; TLOC), vilket definieras som ett kortvarigt tillstånd (högst 5 minuter) av medvetandeförlust med abnormal motorisk kontroll och amnesi för perioden av medvetslöshet [3]. TLOC indelas i traumatisk (skalltrauma) respektive atraumatisk. Atraumatisk TLOC delas in efter orsak: cerebral överaktivitet (epilepsi), psykologisk orsak (psykogen medvetandeförlust), cerebral hypoperfusion (synkope) och ovanliga orsaker (t ex subklaviskt stöldfenomen [subclavian steal syndrome] och transitorisk ischemisk attack från vertebrobasilaris-systemet).

För diagnosen synkope krävs dessutom plötslig debut och spontan och fullständig återhämtning. I praktiken utesluts därför tillstånd såsom transitorisk ischemisk attack från vertebrobasilaris-artärerna och cirkulationsstillestånd från synkopekategorin fastän medvetandeförlusten vid dessa tillstånd beror på cerebral hypoperfusion.

Lågt blodtryck som ger cerebral hypoperfusion är den patofysiologiska mekanismen vid synkope [3]. Ett blodtryck på 50–60 mm Hg på hjärtnivå (30–45 mm Hg på hjärnans nivå i upprätt läge) orsakar medvetandeförlust [7]. De huvudsakliga formerna av synkope är

- ortostatisk hypotension
- neurogen synkope
- kardiell synkope.

TRE FORMER AV SYNKOPE

Ortostatisk hypotension

Ortostatisk hypotension beror på autonom dysfunktion, dvs otillräcklig kompensatorisk ökning av hjärtminutvolym och total perifer resistans vid uppresning. Blodvolymen omfördelas till venösa kapacitanskärl nedom diafragma, vilket resulterar i hypotoni [8].

De vanligaste orsakerna är blodtryckssänkande läkemedel, dehydrering eller blödning [3]. Tillståndet kan även orsakas av neurodegenerativa sjukdomar eller sekundär nervpåverkan (diabetes, njursvikt, amyloidos eller paraneoplastisk neuropati). Yrsel, trötthet och syn- och hörselfenomen uppträder ofta före medvetandeförlusten och beror på cerebral eller retinal hypoperfusion; skotom och synhallucinationer indikerar occipital hypoperfusion [7]. Vid klassisk ortostatisk hypotension uppträder blodtrycksfallet inom 3 minuter i stående.

»Lågt blodtryck som ger cerebral hypoperfusion är den patofysiologiska mekanismen vid synkope …«

Tillståndet ger i sig ingen kortsiktig risk men innebär långsiktigt fördubblad risk för död, kranskärlssjukdom, hjärtsvikt och stroke [8, 9].

Posturalt ortostatiskt takykardisyndrom (POTS) innebär inadekvat hjärtfrekvensökning utan blodtrycksfall efter en tids stående (<10 minuter) och drabbar företrädesvis yngre kvinnor. Tillståndet ger samma prodromala symtom som vid ortostatisk hypotension men resulterar sällan i synkope.

Neurogen synkope

Neurogen synkope beror på aktivering av autonoma reflexer. Hjärnstamskärnan nucleus tractus solitarii aktiveras, vilket i sin tur leder till hämmad kronotropi via vagusnerven samt hämmad inotropi och vaso-

HUVUDBUDSKAP

- Synkope definieras som övergående medvetandeförlust utlöst av cerebral hypoperfusion, kännetecknad av snabb insättning och kort duration samt spontan och komplett återhämtning.
- Synkope delas in i neurogen synkope, ortostatisk hypotension och kardiell synkope.
- Det akuta omhändertagandet inriktas på att utesluta andra orsaker till övergående medvetandeförlust och att värdera risken för kardiell orsak.
- Den europeiska kardiologföreningen utkom under 2018 med nya riktlinjer. Ett viktigt tillskott är ett förslag till riskstratifiering utifrån högrisk- och lågrisktecken, vilket styr den akuta handläggningen vid oklar synkope.
- Poliklinisk utredning väljs efter misstanke om orsak och synkopefrekvens.

dilatation genom påverkan på den sympatiska gränssträngen.

Neurogen synkope kan indelas i vasovagal synkope, situationsutlöst synkope och sinus caroticus-syndrom. Vasovagal synkope kan utlösas antingen av emotionella faktorer eller ortostatiskt. Vid ortostatiskt vasovagalt syndrom utlöser cirkulatoriska förändringar efter en längre tids stående den beskrivna reflexen [8]. Vid situationsutlöst synkope utlöses reflexen av fysiologiska händelser (miktion, defekation, sväljning, hosta, nysning). Vid sinus caroticus-syndrom framkallas reflexen på grund av överkänslighet i baroreceptorerna: åtsittande krage, rakning eller huvudrotation.

Illamående, kräkning, blekhet, värmekänsla eller svettningar som följd av autonom aktivering föregår ofta medvetandeförlusten vid neurogen synkope. Yrsel samt syn- och hörselfenomen sekundärt till hypoperfusion förekommer liksom vid ortostatisk hypotension, dock inte på samma sätt eftersom det låga blodtrycket kan föreligga under en längre tid vid ortostatisk hypotension [7]. Medvetslösheten föregås dock inte alltid av prodromala symtom, utan kan uppträda plötsligt [7].

Neurogen synkope är den vanligaste orsaken till synkope hos unga individer och anses godartad [3].

Kardiell synkope

Kardiell synkope orsakas av arytmi och/eller av strukturell hjärtsjukdom, där primär arytmi är den vanligaste orsaken [8]. Både brady- och takyarytmi kan ge upphov till synkope. Strukturella hjärtsjukdomar som kan ge upphov till synkope är bl a hjärtinfarkt, hypertrofisk kardiomyopati, myxom, tamponad och klaffdysfunktion. Även vid förekomst av strukturell hjärtsjukdom anses orsaken företrädesvis vara arytmi [8]. Hjärtfunktionen kan även försämras vid tillstånd som inte är primärt kardiella, t ex massiv lungemboli, aortadissektion och pulmonell hypertension.

Synkope under fysisk ansträngning, i liggande eller vid föregående palpitationer talar för allvarlig underliggande kardiell orsak.

Hereditet för plötslig död före 40 års ålder samt förekomst av strukturell eller ischemisk hjärtsjukdom är riskfaktorer, likaså EKG med förekomst av arytmi eller tecken på underliggande sjukdom.

En missuppfattning är att prodromala symtom inte förekommer vid kardiell genes. Vid t ex ventrikulär takykardi kan dock medvetslösheten uppträda först efter 20–120 sekunder. Hypotonirelaterade prodromala symtom kan då hinna uppträda och registreras i patientens minne [7]. Synkope utan förkänning stärker misstanken om kardiell genes, men detta kan förekomma även vid synkope av mer godartad orsak.

Prognosen vid kardiell synkope är beroende av underliggande sjukdom. Strukturell hjärtsjukdom anses vara den främsta riskfaktorn för död [8].

AKUT HANDLÄGGNING

På akutmottagningen bör frågan ställas om den övergående medvetslösheten är primär eller delfenomen i en akut livshotande sjukdom. Nästa steg är att fråga sig om TLOC föreligger och om denna i så fall fyller kriterierna för synkope. Vid bekräftad synkope blir nästa fråga om bakomliggande diagnos kan fastställas. Kan specifik diagnos inte ställas blir frågan huruvida det föreligger förhöjd risk för allvarliga händelser.

»På akutmottagningen bör frågan ställas om den övergående medvetslösheten är primär eller delfenomen i en akut livshotande sjukdom.«

Den initiala evalueringen bör innefatta följande:

- Anamnes från patient och eventuella vittnen om nuvarande och eventuella tidigare episoder.
- Hjärt- och lungauskultation, värdering av hydreringsgrad, blodtrycksmätning i liggande och stående, eventuellt neurologiskt status.
- EKG.

Utifrån vad som framkommer kan ytterligare undersökningar bli aktuella:

- Omgående EKG-övervakning vid misstanke om kardiell synkope.
- Ekokardiografi i händelse av känd hjärtsjukdom, tecken på strukturell hjärtsjukdom eller synkope med misstänkt kardiovaskulär orsak.
- Sinus caroticus-massage för patienter >40 år.
- Tilttest vid misstanke om ortostatisk hypotension eller neurogen synkope och återkommande besvär.
- Blodprov (blodstatus, elektrolytstatus, troponin, D-dimer).

Föreligger ett underliggande livshotande tillstånd? Övergående medvetandeförlust kan förekomma vid andra tillstånd som kräver skyndsam utredning. Bröstsmärta i samband med insjuknandet ska rikta misstanken mot hjärtinfarkt eller aortadissektion. Dyspné och pleuritsmärta föranleder utredning av lungemboli. Vid svår plötslig huvudvärk måste subaraknoidalblödning uteslutas. Sviktande vitalfunktioner föranleder omhändertagande enligt ABCDE [10].

TLOC eller annan medvetandeförlust? Flera tillstånd som inte är TLOC kan ge övergående medvetandeförlust. Ofta vittnar durationen om huruvida det rör sig om TLOC eller inte. Vid metabola tillstånd som hypoglykemi, intoxikation, hypoxi och hyperventilation med hypokapni pågår medvetandeförlusten längre än vid TLOC. Vid kataplexi föreligger däremot ingen amnesi.

Synkope eller annan TLOC? Med god anamnes kan synkope skiljas från andra former av TLOC i ca 60 procent av fallen [11]. Således måste detaljerad anamnes om insjuknandet och förloppet vid den aktuella händelsen, och eventuella tidigare episoder, inhämtas från patienten och om möjligt från vittnen. Övergående medvetandeförlust, myoklonier, urinavgång och tungbett förekommer både vid generaliserade epilep-

tiska anfall och vid synkope. Epileptiskt anfall är därför ofta en relevant differentialdiagnos.

Vid epilepsi är myoklonierna till antalet 20–100, synkrona och symmetriska eller hemilaterala. Epileptiska myoklonier börjar oftast samtidigt som medvetandeförlusten men kan även föregå medvetandeförlusten om anfallet går från partiellt till generellt. Myoklonier vid synkope är däremot i allmänhet <10, ojämna till amplituden, asynkrona och asymmetriska och börjar efter medvetandeförlusten. Långvarig automatism såsom tuggning eller läppsmackning förekommer vid epilepsi men inte vid synkope. Medvetandegraden återställs inom 10–30 sekunder vid synkope, men det kan dröja flera minuter vid epileptiskt anfall.

Vid komplexa partiella epileptiska anfall och absensepilepsi faller patienten inte ihop som vid synkope eller generaliserade anfall. Vid en transitorisk ischemisk attack från vertebrobasilaris eller subklaviskt stöldfenomen föreligger fokalneurologiska tecken.

RISKSTRATIFIERING

I de fall diagnosen inte kan fastställas blir riskstratifiering vägledande för den fortsatta handläggningen. Riskstratifieringen går ut på att identifiera patienter med låg respektive hög risk för allvarliga händelser. I praktiken innebär detta att skilja patienter som med hög sannolikhet har neurogen synkope eller ortostatisk hypotension från patienter med hög risk för kardiell genes. Anamnesen vägs sedan samman med statusfynd och EKG till en samlad riskbedömning. Fakta 1 och 2 sammanfattar anamnestiska respektive undersökningsmässiga tecken tydande på hög eller låg risk, och Figur 1 visar den fortsatta handläggningen utifrån riskstratifiering.

Enligt nya riktlinjer från den europeiska kardiologföreningen (ESC) [3] kan patienter med enbart lågrisktecken skickas hem från akuten utan särskild uppföljning. I första hand lämnas information och lugnande besked. Poliklinisk utredning kan dock vara motiverad vid återkommande besvär. Patienter med varken hög- eller lågrisktecken bör observeras. Unga patienter utan risktecken har dock mycket låg risk för kardiell synkope [3]. ESC rekommenderar att (framför allt äldre) patienter utan vägledande risktecken observeras på akutmottagningen eller dedikerad synkopeobservationsenhet [3]. De flesta studier rekommenderar upp till 6 timmar på akutmottagningen och upp till 24 timmar i slutenvård. Dock saknas evidens för att gruppen som helhet är betjänt av inneliggande vård [12], varför inläggning huvudsakligen är aktuell först när åtgärdskrävande patologi påvisats under observationstiden.

ESC föreslår att man upprättar speciella öppenvårdsenheter för synkopeutredning dit patienter med oklar diagnos kan remitteras efter att de observerats [3]. Patienter med ett eller flera högrisktecken ska antingen bli inlagda eller observerade. Inneliggande vård anmodas vid behandlingskrävande synkope och vid behov av EKG-övervakning, ekokardiografi, arbetsprov, bedömning av pacemaker eller intern defibrillator eller annan åtgärd som inte kan tillgodoses på annat sätt [3].

FORTSATT UTREDNING

Neurogen synkope och ortostatisk hypotension

Karotismassage. Karotismassage kan utföras vid

FAKTA 1. Riskstratifiering utifrån anamnes

Aktuell händelse

LÅG RISK

- Prodrom som tyder på neurogen synkope (illamående, kräkning, blekhet, värmekänsla eller svettningar)
- Efter plötsligt obehagligt sensoriskt intryck
- Efter långvarigt stående eller på överbefolkade, varma platser
- Under eller efter måltid
- Utlöst av hosta, defekation eller miktion
- Utlöst av olika former av tryck mot halsen eller huvudrotation
- Vid uppresning

HÖG RISK

Allvarliga:

- Nydebuterat obehag i bröstet, dyspné, buksmärta eller huvudvärk
- Synkope under ansträngning eller i liggande ryggläge
- Plötsligt insättande palpitationer som omebelbart följs av synkope

Måttligt allvarliga (hög risk enbart om strukturell hjärtsjukdom eller onormalt EKG även förekommer):

- Ingen eller mycket kort (<10 sekunder) prodrom
- Hereditet för plötsligt hjärtdöd före 40 års ålder
- Synkope i sittande

Tidigare sjukdomshistoria

LÅG RISK

- Lång historia (år) av återkommande synkope med lågriskkaraktär och samma karakteristika för aktuell händelse
- Frånvaro av strukturell hjärtsjukdom

HÖG RISK

Allvarliga:

- Allvarlig strukturell hjärtsjukdom eller kranskärlssjukdom (hjärtsvikt eller tidigare hjärtinfarkt)

(Översatt från den ESC:s riktlinjer 2018 [3].)

FAKTA 2. Riskstratifiering utifrån undersökning och EKG

Undersökning

LÅG RISK

- Normala undersökningsfynd

HÖG RISK

Allvarliga:

- Systoliskt blodtryck <90 mm Hg utan förklaring
- Tecken på mag–tarmblödning vid rektalundersökning
- Persisterande bradykardi (<40 slag/minut) i vaket tillstånd hos otränad patient
- Nyupptäckt blåsljud

EKG

LÅG RISK

- Normalt EKG

HÖG RISK

Allvarliga:

- Tecken på akut koronarischemi (ST-höjning/-sänkning, T-vågsförändringar)
- AV-block II typ 2 och AV-block III
- Persisterande bradykardi (<40 slag/minut) eller upprepade sinoatriella blockeringar eller sinuspauser >3 sekunder i vaket tillstånd
- Grenblock, intraventrikulärt ledningshinder, kammarförstoring, eller Q-vågor som vid ischemisk hjärtsjukdom eller kardiomyopati
- Ihållande eller icke-ihållande ventrikeltakykardi
- Dysfunktion av pacemaker eller intern kardiell defibrillator
- ST-höjningar med typ 1-morfologi i V1–V3 (Brugadamönster)
- Tecken till långt QT-syndrom, QTc >460 ms, eller T-vågsförändringar

Måttligt allvarliga (hög risk enbart om anamnesen talar för kardiell synkope):

- AV-block II typ 1 eller påtagligt förlängt PR-intervall (300 ms)
- Asymtomatisk oförklarlig bradykardi i intervallet 40–50 slag/minut eller långsamt förmaksflimmer (40–50 slag/minut)
- Paroxysmal supraventrikulär arytmi (inklusive förmaksflimmer)
- Tecken till preexcitation (deltavåg, PQ-tid <120 ms)
- Kort QTc (≤340 ms)
- Atypiskt Brugadamönster
- Negativa T-vågor i de högra prekordialavledningarna, epsilonvågor som vid arytmogen högerkammarkardiomyopati

(Översatt från ESC:s riktlinjer 2018 [3].)

anamnes som är förenlig med återkommande reflexutlöst synkope av oklar orsak. Eftersom karotidöverkänslighet är extremt ovanlig bland individer <40 år [13] rekommenderas testet enbart om patienten är äldre än så [3].

Diagnosen sinus caroticus-syndrom kan ställas om testet reproducerar synkope. Vid asystoli ≥3 sekunder och/eller blodtrycksfall ≥50 mm Hg utan symtom ställs diagnosen sinus caroticus-överkänslighet. Testet förutsätter kontinuerlig EKG-övervakning och möjlighet att administrera atropin för att kunna skilja kardioinhibitorisk form från vasodilatorisk (enbart den förra har potentiell pacemakerindikation).

Tilttest. Tilttest utförs med patienten på en tippbräda, och blodtrycket mäts kontinuerligt. Efter en plant liggande stabiliseringsfas lutas brädan 60–70 grader med fotändan nedåt i 20–45 minuter. Därefter kan eventuellt farmakologisk provokation i form av t ex sublingualt nitroglycerin administreras [3].

Testet kan användas för att bedöma neurogen synkope och för att diagnostisera autonom dysfunktion [14] och posturalt ortostatiskt takykardisyndrom [15]. Tilttest bör inte användas för att utreda orsaken till annars helt oklar synkope, eftersom sensitiviteten och specificiteten blir för låg; 45–47 procent av patienterna med arytmiutlöst synkope uppvisar positivt test [16, 17].

Ortostatiskt test. Ett vanligt sätt att utreda ortostatisk hypotension är att mäta blodtrycket med blodtrycksmanschett i sittande läge och upprepade gånger efter aktiv resning till stående. Ett sådant test ska ingå vid initial bedömning av synkope [3]. Klassisk ortostatisk hypotension uppträder inom 3 minuter från uppresning, vilket är rekommenderad tid vid den initiala bedömningen. Utökade testlängder (t ex vid misstanke om fördröjd ortostatisk hypotension eller posturalt ortostatiskt takykardisyndrom) samt kontinuerlig slag-till-slag icke-invasiv blodtrycksmätning (t ex vid misstanke om initial ortostatisk hypotension) kan bli aktuellt.

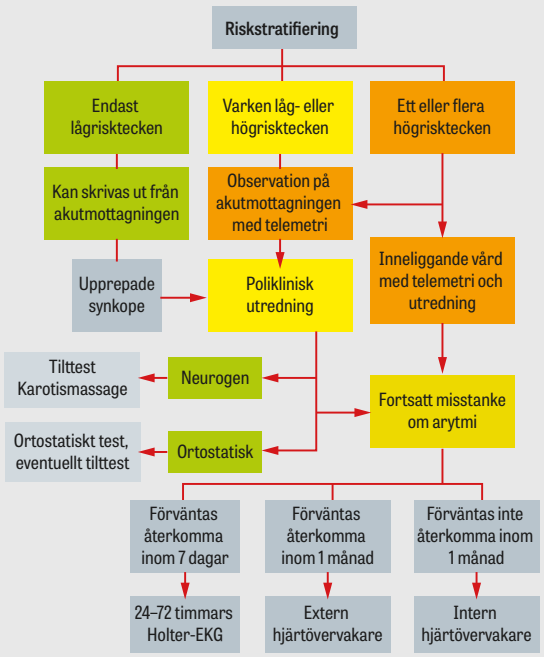
Progressivt och bestående blodtrycksfall ≥20 mm Hg systoliskt eller ≥10 mm Hg diastoliskt samt minskning till systoliskt blodtryck ≤90 mm Hg räknas som patologiskt och innebär positivt test. Om detta blodtrycksfall är symtomatiskt är diagnosen ortostatisk hypotension klar om anamnesen är typisk [3]. Vid asymtomatiskt positivt test är diagnosen ändå trolig vid typisk anamnes [3].

Minskad hjärtfrekvens talar för autonom dysfunktion, medan ökad frekvens talar för hypovolemi. Diagnosen posturalt ortostatiskt takykardisyndrom bör misstänkas vid frånvaro av symtomgivande ortostatisk hypotension, när det samtidigt föreligger ortostatisk frekvensökning >30 slag/minut eller om frekvensen ökar till >120 slag/minut inom 10 minuter från uppresning.

Kardiell synkope

Sjukhusmonitorering. Inneliggande EKG-övervakning är motiverad för att undvika omedelbar risk för patienter med högrisktecken. Diagnos fastställs dock inte i mer än 2–18 procent av fallen [18-20].

FIGUR 1. Fortsatt handläggning utifrån riskstratifiering



Holter-EKG. Holter-EKG (24–48 timmar) kan vara av värde vid frekventa, helst dagliga symtom. Sannolikheten för att fånga ockult arytmi är annars mycket låg. I ett oselekterat patientunderlag kan testandelen som leder till rätt diagnos vara så låg som 1–2 procent [3].

Hjärtövervakare. En hjärtövervakare (loop recorder) analyserar kontinuerligt EKG och sparar arytmirelaterad information som upptäcks enligt predefinierade algoritmer [21]. En hjärtövervakare kan antingen vara extern eller intern. Extern hjärtövervakare medger monitorering upp till 30 dagar [22] och intern hjärtövervakare upp till 3 år [23]. Extern hjärtövervakare har högre diagnostisk utdelning än Holter-EKG och kan vara användbar för patienter med relativt frekvent synkope.

I en studie av patienter med oförklarad synkope hade 25 procent diagnostiskt positiva fynd efter 4 veckor med extern hjärtövervakare, varav merparten var bradyarytmi [24]. Intern hjärtövervakare har ännu högre diagnostisk utdelning; 35 procent av patienterna med oförklarad synkope efter negativ komplett utredning uppvisade synkope med EKG-mässig korrelation på intern hjärtövervakare [23]. Intern hjärtövervakare rekommenderas tidigt i utredningen av återkommande synkope hos patienter utan högrisktecken och hos patienter med högrisktecken där utförlig bedömning inte påvisat etiologin och anses kostnadseffektiv [3].

Elektrofysiologisk utredning. Behovet av invasiv elektrofysiologisk utredning har minskat sedan möjligheterna till förlängd EKG-monitorering förbättrats.

Likväl kan den vara indicerad om icke-invasiv utredning inte påvisat orsak, efter genomgången hjärtinfarkt eller annat ärrbildande tillstånd, vid asymtomatisk sinusbradykardi, vid bifascikulärt block och vid misstanke om takyarytmi (palpitationer).

Ekokardiografi. Ekokardiografi är indicerad vid misstanke om strukturell hjärtsjukdom. Undersökningen är viktig för att såväl bekräfta som utesluta sjukdom samt för riskstratifiering.

Arbetsprov. Synkope under ansträngning är sannolikt kardiell, och synkope kort efter ansträngning är oftast neurogen [25]. Arbetsprov bör utföras i bägge fallen. Om atrioventrikulärt block grad II–III manifesteras under provet betraktas det som diagnostiskt även om synkope uteblir. Neurogen synkope kan diagnostiseras om allvarlig hypotoni och synkope uppträder omedelbart efter ansträngning [3].

BEHANDLING

Behandling vid synkope måste anpassas efter den huvudsakliga patofysiologiska mekanismen och underliggande tillstånd.

Vid neurogen synkope och ortostatisk hypotension är kartläggning av utlösande faktorer, rådgivning och livsstilsförändring viktig. Även om synkope i sig inte behöver vara farlig kan den få konsekvenser för yrkesutövning och körkortsinnehav. Situationen kan också medföra risk, t ex fall från hög höjd eller drunkning.

Vid prodromala symtom ska patienten instrueras att sätta sig ned och utföra mottrycksmanöver (en kontrollerad isometrisk muskelkontraktion som ökar blodtrycket), t ex genom att fatta händerna i varandra och pressa armarna utåt. Övningen är tillämpbar vid både neurogen synkope och ortostatisk hypotension. I enstaka fall kan stimulering (pacing) vara aktuell då en tydlig kardioinhibitorisk mekanism identifierats och ingen annan behandling är möjlig [3].

Vid ortostatisk hypotension ingår att säkerställa adekvat intag av salt och vatten, sätta ut blodtryckssänkande läkemedel och rekommendera stödstrumpor; i undantagsfall ordineras blodtryckshöjande medicinering.

»Behandling vid synkope måste anpassas efter den huvudsakliga patofysiologiska mekanismen och underliggande tillstånd.«

Vid kardiell synkope kan pacemaker respektive intern defibrillator vara indicerad enligt riktlinjer, medan ablationsbehandling kan vara värdefull i särskilda fall [26, 27].

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Peter Magnusson har erhållit föreläsararvoden från Abbott, Boehringer Ingelheim, Medtronic, Novo Nordisk och Pfizer.

Citera som: Läkartidningen. 2019;116:FF4P

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

REFERENSER

1. Blanc JJ, L'Her C, Touiza A, et al. Prospective evaluation and outcome of patients admitted for syncope over a 1 year period. Eur Heart J. 2002;23(10):815-20.
2. Patel PR, Quinn JV. Syncope: a review of emergency department management and disposition. Clin Exp Emerg Med. 2015;2(2):67-74.
3. Brignole M, Moya A, de Lange FJ, et al; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC guidelines for the diagnosis and management of syncope. Eur Heart J. 2018;39(21):1883-948.
4. Olde Nordkamp LR, van Dijk N, Ganzeboom KS, et al. Syncope prevalence in the ED compared to general practice and population: a strong selection process. Am J Emerg Med. 2009;27(3):271-9.
5. Malasana G, Brignole M, Daccarett M, et al. The prevalence and cost of the faint and fall problem in the state of Utah. Pacing Clin Electrophysiol. 2011;34(3):278-3.
6. Soteriades ES, Evans JC, Larson MG, et al. Incidence and prognosis of syncope. N Engl J Med. 2002;347(12):878-85.
7. Wieling W, Thijs RD, van Dijk N, et al. Symptoms and signs of syncope: a review of the link between physiology and clinical clues. Brain. 2009;132(Pt 10):2630-42.
8. Brignole M, Moya A, de Lange F, el al; ESC Scientific Document Group. Practical instructions for the 2018 ESC guidelines for the diagnosis and management of syncope. Eur Heart J. 2018;39(21):e43-80.
9. Ricci F, Fedorowski A, Radico F, et al. Cardiovascular morbidity and mortality related to orthostatic hypotension: a meta-analysis of prospective observational studies. Eur Heart J. 2015;36(25):1609-17.
10. Smith D, Bowden T. Using the ABCDE approach to assess the deteriorating patient. Nurs Stand. 2017;32(14):51-63.
11. van Dijk N, Boer KR, Colman N, et al. High diagnostic yield and accuracy of history, physical examination, and ECG in patients with transient loss of consciousness in FAST: the Fainting assessment study. J Cardiovasc Electrophysiol. 2008;19(1):48-55.
12. Sun BC, McCreath H, Liang LJ, et al. Randomized clinical trial of an emergency department observation syncope protocol versus routine inpatient admission. Ann Emerg Med. 2014;64(2):167-75.
13. Puggioni E, Guiducci V, Brignole M, et al. Results and complications of the carotid sinus massage performed according to the »method of symptoms«. Am J Cardiol. 2002;89(5):599-601.
14. Gibbons CH, Freeman R. Delayed orthostatic hypotension: a frequent cause of orthostatic intolerance. Neurology. 2006;67(1):28-32.
15. Low PA, Sandroni P, Joyner M, et al. Postural tachycardia syndrome (POTS). J Cardiovasc Electrophysiol. 2009;20(3):352-8.
16. Brignole M, Gianfranchi L, Menozzi C, et al. Role of autonomic reflexes in syncope associated with paroxysmal atrial fibrillation. J Am Coll Cardiol. 1993;22(4):1123-9.
17. Leitch JW, Klein GJ, Yee R, et al. Syncope associated with supraventricular tachycardia. An expression of tachycardia rate or vasomotor response? Circulation. 1992;85(3):1064-71.
18. Chiu DT, Shapiro NI, Sun BC, et al. Are echocardiography, telemetry, ambulatory electrocardiography monitoring, and cardiac enzymes in emergency department patients presenting with syncope useful tests? A preliminary investigation. J Emerg Med. 2014;47(1):113-8.
19. Benezet-Mazuecos J, Ibanez B, Rubio JM, et al. Utility of in-hospital cardiac remote telemetry in patients with unexplained syncope. Europace. 2007;9(12):1196-201.
20. Croci F, Brignole M, Alboni P, et al. The application of a standardized strategy of evaluation in patients with syncope referred to three syncope units. Europace. 2002;4(4):351-5.

Hypoglykemi – problematisk komplikation av överviktskirurgi

Eva Rask, docent, överläkare, institutionen för medicinska vetenskaper, Örebro universitet; medicinska kliniken, Universitetssjukhuset Örebro
● eva.rask@regionorebrolan.se

Helga Peters, specialist allmänmedicin, distriktsläkare, Baggängens vårdcentral, Karlskoga

Stefan Jansson, med dr, distriktsläkare, institutionen för medicinska vetenskaper, Örebro universitet; Brickebackens vårdcentral, Örebro

Ett av behandlingsalternativen vid typ 2-diabetes med fetma är överviktskirurgi. Utöver effekt på glukoskontrollen har överviktskirurgi också visats ha god effekt på blodtryck, blodlipider och många av de sjukdomar som är associerade med fetma, såsom fettlever, muskuloskeletala sjukdomar, sömnapné och infertilitet [1]. Det är övertygande visat att överviktskirurgi minskar risken för kardiovaskulär sjuklighet samt räddar liv [2]. I Sverige har antalet opererade per år minskat sedan 2011; år 2017 opererades 5 400 personer med svår fetma (ca 2/3 kvinnor). Personer med typ 2-diabetes utgör ca 18 procent av alla opererade enligt SOReg (Scandinavian obesity surgery registry). Gastrisk bypass har fram till nu (2017) varit den dominerande operationsmetoden, vilken reducerar vikten med ca 28 procent i upp till fem år efter operationen [3].

Mortaliteten vid överviktskirurgi är i Sverige mycket låg (< 0,5 promille). Någon långtidskomplikation, inom 30 dagar till fem år efter operation, uppträder hos 13–15 procent av patienterna som genomgått gastrisk bypass [3]. Det kan röra sig om perforationer och läckage, ileus, malnutrition med vitaminbrist, anemier, ärrbråck eller så kallad dumpning, för att nämna några [4]. Begreppen tidig respektive sen dumpning har mer och mer ersatts av (tidig) dumpning respektive (sen) postprandial hypoglykemi. Dessa har olika bakomliggande mekanismer, även om vissa symtom kan vara gemensamma. Dumpning är snabbt insättande (< 60 min) gastrointestinala symtom med ett sekundärt sympatikuspåslag inkluderande hjärtklappning [5, 6]; postprandial hypoglykemi yttrar sig med symtom på hypoglykemi 1–3 timmar efter måltid [7, 8].

Prevalensen av postprandial hypoglykemi är ofullständigt känd; i en studie av drygt 5 000 patienter som genomgått gastrisk bypass i Sverige 1986–2006 fann man att 0,2 procent av dem hade vårdats på sjukhus för hypoglykemi och att risken för slutenvård med diagnoserna hypoglykemi, svimning och kramper var signifikant högre än för en referenspopulation [9]. En belgisk uppföljning av patienter i genomsnitt 9,4 år efter laparoskopisk gastrisk bypass enligt Roux-en-Y fann att 4 av 77 patienter hade vårdats på sjukhus för hypoglykemiska symtom [10]. Vissa data talar för att så kallad sleeve-gastrektomi, som blivit vanligare i Sverige, inte ger lika allvarliga hypoglykemier, men det är inte heller så väl studerat [2].

Patofysiologi

Hypoglykemi efter måltid hos personer som genomgått gastrisk bypass har beskrivits i ett antal publikationer [8, 9, 11, 12], men vi har ännu inte till fullo förstått mekanismerna [13, 14].

Det är väl känt att patienternas glukosmetabolism förbättras nära momentant efter operationen, det vill säga innan en betydande viktnedgång ägt rum. Detta tillskrivs den förbättrade frisättningen av inkretinhormonerna GLP-1 (glukagonlik peptid 1) och GIP (gastrisk insulinotrop peptid), men även andra hormoner/signalsubstanser som ingår i födointagsreglering påverkas, till exempel glukagon och peptid YY [15-17].

Postprandial hypoglykemi inträder dock inte omedelbart postoperativt; en latens på något till några år tycks vara vanlig [18]. Symtomen utlöses framför allt av intag av kolhydratrik föda, i synnerhet snabba kolhydrater [19]. Kliniska och experimentella studier talar för att den hypoglykemi patienterna erfar 1–3 timmar efter måltid är relaterad till en oproportionerlig insulinfrisättning [20-22], vilken även inkluderar ett lägre svar av motregulatoriska hormoner [23, 24]. Möjligen är också clearance av insulin reducerad hos dessa patienter [25]. Initialt trodde man att postprandial hypoglykemi beror på att pankreas betaceller blir hyperplastiska, så kallad nesidioblastos, baserat på histopatologiska studier av preparat från patienter som genomgått partiell pankreasresektion som behandling av svår postprandial hypoglykemi [26]. Detta har senare ifrågasatts baserat på jämförelse med icke gastrisk bypass-opererade BMI-matchade individer [27]. Utvidgad utredning avseende till exempel fistelbildning och/eller gastroskopi bör övervägas [28].

Vår erfarenhet är också att patienten med tiden inte lika strikt som i början följer råd om måltiders storlek, frekvens och sammansättning.

Behandling

Behandling av postprandial hypoglykemi är i första hand kostförändring, varvid dietisten har en mycket viktig roll [7, 14]. Råden inriktas på att undvika intag av snabba kolhydrater och att låta proteinhaltiga livsmedel stå för en större del av kaloriintaget. Efter en gastrisk bypass-operation bör patienten dela upp födointaget på ca 6 måltider, och måltidsdryck bör intas

HUVUDBUDSKAP

- Bariatrisk kirurgi är ett väldokumenterat bra behandlingsalternativ vid fetma med och utan diabetes mellitus typ 2.
- En av de komplikationer som dokumenterats är postprandial hypoglykemi, vilken kan få allvarliga följder.
- Vi beskriver ett sådant fall, vad som är känt om bakomliggande mekanismer samt möjlig behandling.

PATIENTFALL

Sedan drygt 10 år tillbaka hade en 54-årig kvinna haft kontakt med vårdcentralen. Hon hade hereditet för hjärt–kärlsjukdom och hade med rådgivningsstöd från vårdcentralen slutat röka 2008. Patienten hade sedan 30-årsåldern recidiverande depressioner som behandlats med selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI). Utöver detta hade hon mångåriga ryggproblem och vid ett tillfälle hade också ett diskbråck verifierats. Ryggproblemen hade behandlats konservativt med smärtstillande läkemedel och sjukgymnastik.

Obesitas, typ 2-diabetes och bariatrisk kirurgi. Patienten hade ökat gradvis i vikt och 2006 vägde hon 108 kg och hade ett BMI på 37. Behandling med livsstilsåtgärder och orlistat initierades via vårdcentralen. Initialt hade åtgärderna god effekt med en viktminskning på 11 kg under ett år. Trots dessa behandlingsåtgärder fick patienten typ 2-diabetes 2008; även hypertoni och lipidrubbning diagnostiserades. Läkemedelsbehandling initierades relativt omgående med metformin 2 g/dygn, glipizid 5 mg × 1, enalapril, amilorid/hydroklortiazid och simvastatin. Patientens HbA_{1c}-mål uppnåddes inte (HbA_{1c} < 52 mmol/mol), och med tanke på vikten av att intensivbehandla patienter med nydebuterad typ 2-diabetes, enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer, så remitterades patienten till bariatrisk kirurgi. Kirurgisk behandling var också ett starkt önskemål från patientens sida och hon genomgick gastrisk bypass i slutet av 2010.

Postoperativ period. 2012, två år efter operationen, vägde patienten 86 kg och hade ett BMI på 30. Trots att alla diabetesläkemedel var utsatta hade hon symtom på hypoglykemi med darrighet och orkeslöshet, vilket framkom vid återbesök på kirurgkliniken. Patientens egenuppmätta blodsockervärden var < 3,0 mmol/l vid flera tillfällen. Hon fick då återbesök till dietist. Under 2013 följdes patienten upp av vårdcentralens diabetessjuksköterska, och patientens egenmätningar av blodsocker uppvisade värden mellan 2,6 mmol/l (med symtom enligt ovan) och 13–16 mmol/l; HbA_{1c} var 32 mmol/mol. Patienten hade inga diabetesläkemedel, däremot hade amilorid/hydroklortiazid och simvastatin återinsatts liksom mianserin.

Tre hypoglykemiattacker med synkope och krampanfall. Under perioden oktober 2013 till mars 2014 drabbades patienten av tre hypoglykemiattacker med synkope. Vid det första tillfället hann hon mäta sitt blodsocker, som var 2,7 mmol/l, men hann inte åtgärda detta utan hittades medvetslös hemma på golvet av sonen som larmade ambulans. På sjukhuset bedömde läkaren att den tidigare gastrisk bypass-operationen var orsaken till hypoglykemin med misstänkt krampanfall. Patienten hade skadat flera tänder (och fick remiss till tandläkare), hade bitit sig i tungan och hade också en sårskada i huvudet som fick sutureras. Vid återbesök på vårdcentralen en månad senare togs fasteprov som visade C-peptid 2,1 nmol/l (referensvärde 0,4–1,5 nmol/l) och fS-insulin 46 mE/l (referensvärde < 11 mE/l). Patienten var mycket orolig över allt som hänt, bland annat för att hon dittills kört bil till arbetet. Remiss skrevs till endokrinologmottagning med frågeställning insulinom.

Vid den andra hypoglykemiepisoden fick patienten medvetandepåverkan efter måltid. Hon tog en smörgås men blev ändå kort därefter yr, ramlade och ådrog sig åter en sårskada i huvudet samt slog i vänster sida av torax. Egenuppmätt blodsocker var då 2,8 mmol/l. Patienten fick körförbud. I detta skede beskrev patienten sin situation som ohållbar, då hon trots matintag en gång i timmen drabbades av yrsel och svimningsattacker på grund av hypoglykemi. Hon hade också gått upp ca 7 kg i vikt det senaste halvåret, sannolikt på grund av ökat kaloriintag i samband med hypoglykemierna.

Vid nybesök på endokrinologmottagningen bedömdes hypoglykemierna bero på den tidigare gastrisk bypass-operationen, och därför sågs kostanamnes och kostråd som centrala. Vid dietistbedömning framgick det att det fanns flera justeringar att göra och patienten fick förslag på kostanpassning. Utöver det sattes akarbos 50 mg × 2 in.

Vid den tredje hypoglykemiattacken, en månad efter att akarbos satts in, uppmätte patienten sitt blodsocker till 2,1 mmol/l. Hon var då sannolikt medvetslös en stund och behövde åter uppsöka akutmottagningen.

Utredningen kompletterades efter den tredje hypoglykemiattacken med långtidsregistrering av EKG, 24-timmars blodtrycksmätning samt EEG; alla undersökningar utföll normalt. Neurolog bedömde senare att patienten inte hade epilepsi men behövde avstå bilkörning ytterligare tre månader. Vid patientens telefonuppföljning med endokrinolog ökades akarbosdosen till 50 mg × 1 + 1 + 2 med anledning av den tredje hypoglykemiepisoden. Subjektivt mådde patienten redan bättre trots ett fortsatt lågt HbA_{1c} på 32 mmol/mol, och hon behövde inte äta hela tiden av rädsla för hypoglykemier. Hon försökte parallellt fortsätta med de koständringar dietisten rekommenderat.

Under det följande halvåret hade hon vid tre tillfällen haft låga blodsockervärden på 1,9, 2,4 respektive 2,5 mmol/l men utan någon mer allvarlig medvetandepåverkan.

Patienten har efter en lång sjukskrivning, där rädsla för hypoglykemier bidragit, via arbetsträning kunnat återgå i deltidsarbete på 75 procent trots övriga besvär med hälsan. Patientens vikt är nu 67 kg och HbA_{1c} 30 mmol/mol.

minst 0,5 timme efter maten då samtidigt födo- och vätskeintag tros leda till ännu snabbare passage av föda ner i kvarvarande tarm.

Vid otillräcklig effekt av kostförändring har olika läkemedel prövats; enligt vår erfarenhet har akarbos varit förstahandsmedel [29, 30]. Det hämmar nedbrytning av kolhydrat i tarmen och bromsar därmed gluko- men även insulinstegringen efter måltid [29]. Flera fall med god effekt av GLP-1-analog har beskrivits, vilket kan tyckas paradoxalt, om just en (för) kraftig insulinfrisättning medieras av en förbättrad inkretinutsöndring. Författarna framför i diskussionen att det möjligen hör samman med att även glukagon kan stimuleras av GLP-1, liksom att GLP-1 kan bidra till ett snabbare avklingande av den måltidsstimulerade insulinfrisättningen. Dock har även behandling med GLP-1-receptorblockad beskrivits ha god effekt på postprandial hypoglykemi [25].

Somatostatin har prövats som injektion före måltid, där man framför allt utnyttjar den allmänt hormonhämmande effekt preparatet har [31]. Diazoxid, ett betacelltoxiskt läkemedel med indikation insulinom, har använts [6], liksom kalciumflödeshämmare [8].

Svåra besvär av hypoglykemi har ibland lett till försök att kirurgiskt förändra mag-tarmanatomin på olika sätt, bland annat för att förlångsamma flödet av föda, men även partiell pankreatektomi har varit ett sätt att minska insulinsekretionen [26]. Kirurgisk reversering av ingreppet kan också vara ett alternativ [32, 33]. Den vetenskapliga litteraturen avseende behandlingar domineras av fallbeskrivningar, och robusta studier saknas.

KONKLUSION

Med fallpresentationen vill vi uppmärksamma en troligen ovanlig, men besvärlig komplikation till gastrisk bypass, bakgrund och möjlig handläggning. Sammanfattningsvis innebär en gastrisk bypass-operation många vinster för den enskilda patienten men är inte en isolerad behandling utan en del i en konstant förändring av ätbeteende och medför ett livslångt behov av substitution och sjukvårdskontakt. Alla beslut om

att genomföra fetmakirurgi behöver därför fattas mot bakgrund av patientens önskemål samt en klinisk bedömning av nytta och risk i jämförelse med andra behandlingsalternativ.

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

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Stefan Jansson har erhållit föreläsningsarvode från Novo Nordisk.

Citera som: Läkartidningen. 2019;116:FHFP

REFERENSER

1. Pinkney JH, Johnson AB, Gale EA. The big fat bariatric bandwagon. Diabetologia. 2010;53(9):1815-22.
3. Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg). Årsrapporter.http://www.ucr.uu.se/soreg/
7. Laurenius A, Werling M, Le Roux CW, et al. More symptoms but similar blood glucose curve after oral carbohydrate provocation in patients with a history of hypoglycemia-like symptoms compared to asymptomatic patients after Roux-en-Y gastric bypass. Surg Obes Relat Dis. 2014;10(6):1047-54.
8. Øhrstrøm CC, Worm D, Hansen DL. Postprandial hyperinsulinemic hypoglycemia after Roux-en-Y gastric bypass: an update. Surg Obes Relat Dis. 2017;13(2):345-51.
12. Laurenius A. How can we treat postbariatric hypoglycemia by medical nutrition therapy? Surg Obes Relat Dis. 2017;13(5):896-8.
13. Shantavasinkul PC, Torquati A, Corsino L. Post-gastric bypass hypoglycaemia: a review. Clin Endocrinol (Oxf). 2016;85(1):3-9.
15. Hutch CR, Sandoval D. The Role of GLP-1 in the Metabolic Success of Bariatric Surgery. Endocrinology. 2017;158(12):4139-51.
18. Goldfine AB, Mun EC, Devine E, et al. Patients with neuroglycopenia after gastric bypass surgery have exaggerated incretin and insulin secretory responses to a mixed meal. J Clin Endocrinol Metab. 2007;92(12):4678-85.
19. Kellogg TA, Bantle JP, Leslie DB, et al. Postgastric bypass hyperinsulinemic hypoglycemia syndrome: characterization and response to a modified diet. Surg Obes Relat Dis. 2008;4(4):492-9.
22. Patti ME, Li P, Goldfine AB. Insulin response to oral stimuli and glucose effectiveness increased in neuroglycopenia following gastric bypass. Obesity (Silver Spring). 2015;23(4):798-807.
23. Abrahamsson N, Börjesson JL, Sundbom M, et al. Gastric bypass reduces symptoms and hormonal responses in hypoglycemia. Diabetes. 2016;65(9):2667-75.
25. Salehi M, Gastaldelli A, D'Alessio DA. Altered islet function and insulin clearance cause hyperinsulinemia in gastric bypass patients with symptoms of postprandial hypoglycemia. J Clin Endocrinol Metab. 2014;99(6):2008-17.
26. Patti ME, McMahon G, Mun EC, et al. Severe hypoglycaemia post-gastric bypass requiring partial pancreatectomy: evidence for inappropriate insulin secretion and pancreatic islet hyperplasia. Diabetologia. 2005;48(11):2236-40.
27. Meier JJ, Butler AE, Galasso R, et al. Hyperinsulinemic hypoglycemia after gastric bypass surgery is not accompanied by islet hyperplasia or increased beta-cell turnover. Diabetes Care. 2006;29(7):1554-9.
28. Contival N, Menahem B, Gautier T, et al. Guiding the non-bariatric surgeon through complications of bariatric surgery. J Visc Surg. 2018;155(1):27-40.
30. Valderas JP, Ahuad J, Rubio L, et al. Acarbose improves hypoglycaemia following gastric bypass surgery without increasing glucagon-like peptide 1 levels. Obes Surg. 2012;22(4):582-6.

Läkartidningen arrangerar ett frukostseminarium om

Aktuellt om klimakteriet

Stockholm 19 mars 2019

Sveriges läkarförbund Konferens

Villagatan 5, Stockholm

Sju av tio kvinnor i övergångsåldern har symtom i form av svettningar, värmevallningar och sömnproblem, vilket ofta föranleder besök till såväl allmänläkare som gynekologer. Möt våra experter för att diskutera vem som ska behandlas, hur behandlingen ska påbörjas och kanske hur länge den ska fortgå. Kan alla behandlas? Finns olika alternativ?

Kom och uppdatera dig med aktuell kunskap om detta angelägna ämnesområde!



Program • 19 mars 2019

08:00–08:30 **Registrering, kaffe och smörgås**

08:30–08:35 **Välkommen!**
Docent Lena Marions, gynekolog, Södersjukhuset

08:35–09:00 **Klimakteriesymtom – vem ska behandlas och hur?**
Professor Angelica Linden Hirschberg, Karolinska universitetssjukhuset

09:00–09:25 **Kvinnor med bröstcancer och klimakteriesymtom – vad kan man göra?**
Med dr. Elisabet Lidbrink, Onkologiska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset

09:25–10:15 **Tid för frågor och sammanfattning**

Moderator och programansvarig:
Lena Marions, med. redaktör Läkartidningen

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

Låg sannolikhet för cancer i urinorganen vid makroskopisk hematuri och samtidig bakteriuri

Oskar Kulander, allmänläkare, Blå kustens hälsocentral, Oskarshamn
● oskarkulander@hotmail.com

Johan Johansson, med dr, specialistläkare, kirurgkliniken

Lars Brudin, adjungerad professor, överläkare, fysiologiska kliniken; IMH, Hälsouniversitetet, Linköping; de båda sistnämnda Länssjukhuset i Kalmar

Enligt standardiserat vårdförlopp avseende urinblåse- och övre urinvägscancer [1] ska patienter med makroskopisk hematuri som är 50 år eller äldre skyndsamt remitteras för DT-urografi samt cystoskopi. Denna studie utfördes dock innan revidering av riktlinjerna skedde, och ålderskriteriet var då 40 år eller äldre utom för mångåriga rökare (> 20 års rökningsanamnes) vilka skulle ingå i vårdförloppet oavsett ålder [2]. Syftet med vårdförloppet är att tidigt hitta cancer i urinorganen.

Vi har funnit ett begränsat antal studier där lokalisation och frekvens av cancer i urinorganen vid hematuri i samband med bakteriuri kunnat kartläggas. I en sådan från Storbritannien [3] hade < 1 procent (1/190) av patienter med makroskopisk hematuri och positiv odling cancer. Denna enda tumör var urotelial och lokaliserad till blåsan. Endast ett par procent av de patienter som debuterar med urinblåsecancer har samtidigt en tumör i övre urinvägarna [4].

Syftet med vår studie var att följa upp patienter som utretts enligt standardiserat vårdförlopp avseende cancer i urinblåsa och de övre urinvägarna [2] samt att värdera värdet av DT-urografi på patienter med makroskopisk hematuri i samband med bakteriuri. Det finns inga evidens för att tumörer i övre urinvägarna skulle blöda i samband med bakteriuri [3], och det är dessutom ovanligt med samtidig tumör i övre urinvägarna vid primär blåscancer [4].

Escherichia coli är den vanligaste orsaken till urinvägsinfektion i alla åldrar (> 80 procent), medan Staphylococcus saprophyticus framför allt drabbar kvinnor i fertil ålder. Dessa bakteriearter kan infektera individer som har normala urinvägar [5] och brukar därför benämnas primärpatogener. Ett annat syfte med studien var därför också att undersöka om andra bakterier än dessa var överrepresenterade hos patienter med blåscancer, oberoende av övriga tidigare kända riskfaktorer såsom rökning, ålder och kön.

METOD

Studien är ett ST-projekt för läkare i form av en retrospektiv journalgranskning och genomfördes som ett kvalitetsuppföljningsuppdrag för urologenheterna vid de tre sjukhusen i Kalmar län. Journalerna för samtliga patienter som utretts enligt detta vårdförlopp från 21 sept 2015 till 20 apr 2017 granskades. Samtliga 459 patienter med makroskopisk hematuri som fullföljt utredningen inkluderades (5 patienter exkluderades då dessa avstod utredning). Eftersom studien var ett ST-projekt som dessutom gjordes i kvalitetsuppföljningssyfte var etikprövning inte nödvändig.

För varje patient registrerades ålder, rökningsanamnes, fynd vid cystoskopi, DT-urografi, PAD samt cytologi av blåssköljvätska eller kastad urin och urinodlingssvar vid inremittering. Urinodling var vid inremittering tagen på 420/459 (92 procent) av patienterna och är för samtliga kategoriserade som positiv/ej positiv, där »ej positiv« även inkluderar ej provtaget. Hos patienter där rökningsanamnes inte fanns angiven registrerades denna som negativ. Hos 14 patienter kunde DT-urografi inte utföras; 2 av dessa hade blåscancer och utreddes i stället med ultraljud. Hos en patient utfördes ingen cystoskopi då man vid DT-urografi fann njurcancer, och cystoskopi bedömdes överflödig.

För de statistiska analyserna användes Fischers exakta test, Mann-Whitneys U-test samt logistisk regression. $P < 0,05$ har betraktats som statistiskt signifikant.

RESULTAT

Demografiska data och undersökningsfynd är beskrivna i Tabell 1 med uppdelning på urotelial cancer och odlingsresultat (positiv/ej positiv). Män och kvinnor var väsentligen lika representerade i materialet (238 män [51,9 procent] och 221 kvinnor [48,1 procent]). Urotelial cancer diagnostiserades hos 13,5 procent (62/459) av patienterna. Det förelåg ingen åldersskillnad mellan könen avseende den uroteliala cancern (medianålder 73 år för kvinnor och 75,5 för män; $P = 0,96$), men för patienter utan urotelial cancer var medianåldern signifikant lägre hos kvinnor än hos män (58 respektive 70 år; $P < 0,001$; Mann-Whitneys U-test). Kvinnor hade också bakteriuri i högre utsträckning än män (108/221 [48,9 procent] vs 53/238 [22,3 procent]; $P < 0,001$; Fishers exakta test).

Det prediktiva värdet för urotelial cancer vid makroskopisk hematuri och samtidig bakteriuri var 6,2 procent (10/[10 + 151]) (Tabell 1). Samtliga av dessa tumörer var lokaliserade till blåsan. Det bör också till-

HUVUDBUDSKAP

- Det prediktiva värdet för cancer i urinorganen vid makroskopisk hematuri var signifikant lägre hos patienter med samtidig bakteriuri jämfört med patienter utan bakteriuri.
- Det prediktiva värdet för cancer i urinorganen vid makroskopisk hematuri var < 1 procent hos patienter ≤ 75 år med samtidig bakteriuri.
- Avseende cancer i urinorganen tillförde DT-urografi inget till tumördiagnostiken hos patienter med makroskopisk hematuri med samtidig bakteriuri.
- Bakteriuri med andra bakterier än E coli/S saprophyticus var associerad med tumörfynd i urinblåsan.

TABELL 1. **Bakgrundsdata och undersökningsfynd vid makroskopisk hematuri, uppdelade på patienter med respektive utan cancer samt odlingsfynd.**

	Urotelial cancer		Övriga diagnoser		
Parameter	**Ej positiv odling[1]**	**Positiv odling**	**Ej positiv odling[1]**	**Positiv odling**	**Totalt**
N	52	10	246	151	459
Ålder					
Medel (SD)	72,8 (10,2)	80,1 (6,3)	64,3 (14,6)	62,5 (14,9)	65,0 (14,6)
Median (räckvidd)	74 (41–91)	82 (64–86)	68 (20–98)	63 (22–93)	68 (20–98)
Ålderskategorier, n (procent)					
< 50	3 (6)	0 (0)	41 (17)	39 (26)	83 (18)
50–65	8 (15)	1 (10)	74 (30)	44 (29)	127 (28)
66–75	19 (37)	0 (0)	81 (33)	31 (21)	131 (29)
> 75	22 (42)	9 (90)	50 (20)	37 (25)	118 (26)
Kön, n (procent)					
Kvinna	18 (34,6)	5 (50,0)	95 (38,6)	103 (68,2)	221 (48,1)
Man	34 (65,4)	5 (50,0)	151 (61,4)	48 (31,8)	238 (51,9)
Diagnoser[2], n (procent)					
Ej nyupptäckt cancer	-	-	241 (98)	150 (99)	391 (85)
Klarcellig njurcancer	0 (0)	0 (0)	2 (1)	0 (0)	2 (0)
Urotelial cancer i övre urinvägarna	3 (5,8)	0 (0,0)	-	-	3 (0,7)
Urotelial blåscancer (pTa)[3]	22 (42,3)	2 (20,0)	-	-	24 (5,2)
Urotelial blåscancer (pT1)[3]	15 (28,8)	5 (50,0)	-	-	20 (4,4)
Urotelial blåscancer (pT2) [3]	8 (15,4)	3 (30,0)	-	-	11 (2,4)
Urotelial blåscancer (pT3)	2 (3,8)	0 (0,0)	-	-	2 (0,4)
Urotelial blåscancer (pT4)	1 (1,9)	0 (0,0)	-	-	1 (0,2)
Skivepitelcancer i blåsan	1 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,2)
Övrig cancer	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,2)	1 (0,7)	4 (0,9)
Rökning, n (procent)					
Ickerökare	20 (38)	8 (80)	152 (62)	104 (69)	284 (62)
Rökare/exrökare	32 (62)	2 (20)	94 (38)	47 (31)	175 (38)
Odlingssvar, n (procent)					
Ingen växt	49 (94)	0 (0)	210 (85)	0 (0)	259 (56)
Sekundärpatogener[4]	0 (0)	7 (70)	0 (0)	30 (20)	37 (8)
Primärpatogener[4]	0 (0)	3 (30)	0 (0)	121 (80)	124 (27)
Odling saknas[1]	3 (5,9)	-	36 (14,6)	-	39 (8,5)

[1]Ej positiv odling innefattar även de prov som ej skickades till urinodling.
[2]Klassificering enligt TNM Classification of malignant tumours (UICC).
[3]I gruppen pTa hade 4 patienter synkron CIS (cancer in situ), 2 patienter hade synkron CIS i gruppen T1 respektive T2.
[4]Primärpatogener: Escherichia coli, Staphylococcus saprophyticus. Sekundärpatogener: Proteus mirabilis, Klebsiella pneumoniae, Enterococcus faecium respektive E faecalis

läggas att det bara var 2 av 10 patienter med bakteriuri och samtidig cancer som hade cystitsymtom utöver hematuri. Dessa 2 var en 64-årig kvinna (pTa) med Klebsiella-cystit (trängningar och sveda) och en 83-årig man (pT2) med E coli (urosepsis). Det prediktiva värdet för urotelial cancer vid makroskopisk hematuri med negativ odling (där odling var tagen) var 18,8 procent (49/[49 + 211]). Av dessa hade 3 tumörer lokaliserade enbart till de övre urinvägarna medan 2 andra hade blåscancer med samtidig tumör i övre urinvägar (en med pT4 och en med pT3 i blåsan). I denna grupp fanns även 2 patienter med klarcellig njurcancer. Det förelåg en betydande skillnad avseende frekvens av urotelial cancer mellan patienterna med positiv urinodling: 6,2 procent (10/[10 + 151]) respektive negativ urinodling: 18,8 procent (49/[49 + 211]) (Fishers exakta test; P < 0,001).

Det prediktiva värdet för urotelial cancer vid bakteriuri ≤ 75 års ålder var < 1 procent (1/[1 + 114]), till skillnad från motsvarande åldersgrupp utan positiv odling som var 13,3 procent (30/[30 + 196]); P < 0,001 (Tabell 1). Ingen signifikant skillnad sågs vid motsvarande jäm-

TABELL 2. Riskfaktorer att urotelial cancer diagnostiseras vid makroskopisk hematuri. Analyser utförda med univariat och multivariat logistisk regression.

		Urotelial cancer		Univariat logistisk regression		Multivariat logistisk regression	
Parameter	**Totalantal**	**n**	**(procent)**	**OR (95KI)[1]**	**P**	**OR (95KI)[1]**	**P**
Kön							
Kvinna	221	23	10,4	1,00			
Man	238	38	16,0	1,69 (0,97–2,93)	0,064	-	-
Ålderskategorier							
< 50	83	3	3,6	1,00		1,00	
50–65	127	9	7,1	2,14 (1,57–2,90)		1,95 (1,10–3,45)	
66–75	131	19	14,5	4,57 (2,48–8,43)		3,81 (1,22–11,93)	
>75	118	30	25,4	9,77 (3,90–24,5)	< 0,001	7,43 (1,34–41,2)	0,022
Rökning							
Aldrig	284	27	9,5	1,00		1,00	
Rökare/exrökare	175	34	19,4	2,20 (1,28–3,79)	0,004	2,22 (1,60–3,10)	< 0,001
Bakteriuri							
Nej	259	48	18,5	1,00		1,00	
Ja	161	10	6,2	0,28 (0,14–0,58)	< 0,001	0,34 (0,16–0,70)	0,004

De 39 utan odling är inte med i den univariata analysen men i den multivariata (som »ej positiv«). Det blir emellertid ingen signifikant skillnad om dessa utesluts även ur den multivariata analysen.
[1]95 procents konfidensintervall.

förelse på patienter över 75 års ålder; 19,6 procent (9/[9 + 37]) vs 30,1 procent (22/[22 + 51]); P = 0,284).

Bland patienterna med växt av andra bakterier än E coli och S saprophyticus hade 7 av 37 (19 procent) urotelial cancer, att jämföra med 3 av 124 (2,4 procent) hos patienterna med växt av E coli eller S saprophyticus (Fishers exakta test, P = 0,001). Det förelåg också en signifikant skillnad i medianåldern hos patienter med växt av andra bakterier än E coli och S saprophyticus jämfört med medianåldern hos patienter med växt av E coli och S saprophyticus (77 respektive 60 år; P < 0,001; Mann-Whitneys U-test).

Vid multivariat logistisk regression såg vi, utöver en minskad risk för urotelial cancer vid bakteriuri, en förväntad ökad risk vid rökning och vid hög ålder (Tabell 2).

De 3 patienterna < 50 år med urotelial cancer var alla rökare med negativ odling. Då bakteriuri var vanligt hos unga patienter (50 procent, 39/78, av de patienter < 50 år där odling togs hade bakteriuri) tittade vi specifikt på patientgruppen rökare < 50 år med negativ odling. Det prediktiva värdet för urotelial cancer på denna grupp var 27,3 procent (3/[3+8]).

Samtliga konstaterade tumörer i urinblåsan diagnostiserades vid den initiala cystoskopin. Således kunde inga ytterligare tumördiagnoser ställas vid reskopin som utfördes vid fynd av malignitetsmisstänkt atypi på blåssköljvätska eller kastad urin och samtidig normal initial cystoskopi. Den initiala cystoskopin ingav tumörmisstanke i 6 fall utan att man senare kunde påvisa tumör vid PAD på TURB (transuretral resektion av blåstumör). Den initiala DT-urografin ingav vid journalgranskning tumörmisstanke på 81,8 procent (45/[45+10]) av konstaterade uroteliala tumörer i urinblåsan (2 patienter med blåscancer [båda pTa] hade njurfunktion som ej tolererade DT-urografi).

»Det prediktiva värdet för urotelial cancer vid bakteriuri ≤ 75 års ålder var < 1 procent (1/[1 + 114]) ...«

Hos 3,1 procent av samtliga patienter (14/459) hittade man icke-malign övre blödningskälla som senare behövde åtgärdas. Två procent av patienterna med bakteriuri (3/161) hade icke-malign blödningskälla som behövde kirurgisk intervention. Dessa 3 patienter hade njurstensliknande symtom.

Man fann även 2 fall av hepatocellulär cancer och ett liposarkom (med bakteriuri). Dessa fall är bifynd och av icke-urologiskt ursprung. Det fanns även ett fall av malignt melanom där diagnosen intressant nog sattes efter biopsi av metastas i urinblåsan.

DISKUSSION

Av 161 patienter med makroskopisk hematuri och samtidig bakteriuri hade 10 patienter (6,2 procent) cancer i urinorganen; alla dessa tumörer var urotheliala och lokaliserade enbart till blåsan. Endast en av dessa patienter var ≤ 75 år. Det prediktiva värdet för urotelial cancer vid makroskopisk hematuri hos patienter ≤ 75 års ålder var alltså signifikant lägre om det samtidigt förelåg bakteriuri, jämfört med om det inte förelåg bakteriuri (< 1 respektive 13,3 procent, P < 0,001). Vid motsvarande jämförelse av patienterna > 75 år blev det ingen signifikant skillnad, och bakte-

riuri bör således ej betraktas som en riskreducerande faktor att urotelial cancer diagnostiseras hos den åldrade befolkningen (> 75 års ålder). Hos yngre patienter är det dock rimligt att först behandla en eventuell bakteriell hemorragisk cystit och följa upp eventuellt kvarstående hematuri och symtom inför ställningstagande till fortsatt utredning [6].

Hos den åldrade befolkningen är asymtomatisk bakteriuri vanlig [7]; huruvida hematuri faktiskt var ett symtom på bakteriuri är oklart, då cystitsymtom utöver hematuri saknades hos 8/9 patienter > 75 år där blåstumör diagnostiserades. Vid bakteriuri hos den åldrade befolkningen är också andra bakterier än E coli/S saprophyticus mer frekvent förekommande. Detta är sannolikt orsaken till att vi fann en statistiskt signifikant skillnad i blåscancerfrekvens mellan grupperna med E coli/S saprophyticus respektive annan patogen bakterieväxt. Dessa resultat kan också tolkas som att andra bakterier än E coli/S saprophyticus koloniseras i en urinblåsa med tumörväxt då det normala urinvägsepitelets antibakteriella egenskaper [8] eventuellt går förlorade vid tumörväxt i blåsväggen. Om detta stämde borde man dock sett fler patienter ≤ 75 med sådan bakteriuri och samtidig cancer.

I vår studie bidrog inte DT-urografi till cancerdiagnostiken hos patienter med bakteriuri då samtliga tumörer hos dessa patienter var lokaliserade till urinblåsan. Vi fann inget stöd för att subkliniska pyelonefriter skulle orsaka blödning i tumörer i de övre urinvägarna i samband med bakteriuri. Då endast 1,9 procent (3/161) av våra patienter med positiv odling hade icke malign blödningskälla som behövde åtgärdas fann vi heller inget starkt stöd för screening av dessa patienter med DT-urografi av denna anledning. Dessutom hade dessa patienter en klinisk bild såsom vid njursten. I de europeiska urologiska riktlinjerna ifrågasätts dessutom nödvändigheten av DT-urografi om man redan i den initiala hematuriutredningen identifierat en tumör i urinblåsan [9].

Ett av de tillräckliga kriterierna för »välgrundad misstanke« var vid tiden för vår studie makroskopisk hematuri hos patienter > 40 år utan rökningsanamnes. I vårt material fanns ingen patient < 60 år utan rökningsanamnes med urotelial cancer. I februari 2018 reviderades riktlinjerna för inklusion i vårdförloppet och höjdes till 50 år oavsett rökningsanamnes. Detta utesluter många unga patienter (framför allt kvinnor) med bakteriuri och lågt prediktivt värde för cancer. Det utesluter dock även ett fåtal unga rökare med negativ odling och högt prediktivt värde för cancer (i vårt patientunderlag 27,3 procent, 3/[3+8]). Trots ett litet patientunderlag i detta avseende tyder detta på att makroskopisk hematuri där ingen förklaring såsom bakteriuri föreligger bör utredas på patienter < 50 år, framför allt då det föreligger positiv rökningsanamnes. Vår studie är i överensstämmelse med litteraturen i övrigt, som visar att urotelial cancer ökar med ålder och positiv rökningsanamnes [10, 11].

Cytologisk analys av blåssköljvätska eller kastad urin som diagnostiskt komplement till normal cystoskopi saknade värde i vårt material.

» ...cystitsymtom utöver hematuri saknades hos 8/9 patienter > 75 år där blåstumör diagnostiserades.«

SAMMANFATTNING

Sammanfattningsvis är det prediktiva värdet för cancer i urinorganen vid makroskopisk hematuri med samtidig bakteriuri lågt hos patienter ≤ 75 år. Hos patienter > 75 år är det mer svårvärderat om bakteriuri är en fullgod förklarning till hematuri, varför dessa bör utredas oavsett förekomst av bakteriuri. Indikationen för DT-urografi vid utredning av patientgruppen med bakteriuri och samtidig hematuri kan ifrågasättas, både i syfte att hitta cancer i övre urinvägarna men även för att utesluta icke-maligna blödningskällor.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2019;116:FHMZ

Läs mer!
Medicinsk kommentar på sidan 356. Engelsk sammanfattning på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Regionala cancercentrum i samverkan. Gällande vårdförlopp urinblåsa och övre urinvägar. 27 feb 2018. https://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/urinvagar/urinblase--och-urinvagscancer/vardforlopp/gallande-vardforlopp/
2. Regionala cancercentrum i samverkan. Cancer i urinblåsan och övre urinvägarna. Beskrivning av standardiserat vårdförlopp. 21 dec 2015. https://testepi.incanet.se/globalassets/cancerdiagnoser/urinvagar/urinblase--och-urinrorscancer/vardforlopp/standardiserat_vardforlopp_urinvagarna_20151221.pdf
3. Vasdev N, Thorpe AC. Should the presence of a culture positive urinary tract infection exclude patients from rapid evaluation hematuria protocols? Urol Oncol. 2013;31(6):909-13.
4. Palou J, Rodriguez-Rubio F, Huhuet J, et al. Multivariate analysis of clinical parameters of synchronous primary superficial bladder cancer and upper urinary tract tumor. J Urol. 2005;174(3):859-61.
5. Läkemedelsboken; Sandberg T, Hansson S. Urinvägsinfektioner. 4 maj 2018. http://www.lakemedelsboken.se/g3_nef_urinvaginfekt_2013fm10.html
6. Hedelin H, Holmäng S. Vårdförloppet för blåscancer bör omvärderas. Läkartidningen. 2017;114:EFLD.
7. Rodhe N, Mölstad S, Englund L, et al. Asymptomatic bacteriuria in a population of elderly residents living in a community setting: prevalence, characteristics and associated factors. Fam Pract. 2006;23(3):303-7.
8. Zasloff M. Antimicrobial peptides, innate immunity, and the normally sterile urinary tract. J Am Soc Nephrol. 2007;18(11):2810-6.
9. Babjuk M, Böhle A, Burger M, et al. EAU Guidelines on non-muscle-invasive urothelial carcinoma of the bladder: update 2016. Eur Urol. 2016;71(3):447-61.
10. Silverman DT, Morrison AS, Devesa SS. Bladder cancer. In: Schottenfeld D, Fraumeni JF (editors). Cancer epidemiology and prevention. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1996. p. 1142-55.
11. McLaughlin JK, Blot WJ, Devesa SS, et al. Renal cancer. In: Schottenfeld D, Fraumeni JF (editors). Cancer epidemiology and prevention. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1996. p. 1156-79.



Väntar du också på AT? Du är inte ensam.

□□□ Allmäntjänstgöring, AT, är steget efter avlagd läkarexamen mot läkarlegitimation. En tidsbegränsad anställning som omfattar minst 18 månader av utbildning under handledning. Landstingen ska i regel erbjuda AT-platser efter behov, men SYLF:s *Väntetidsrapport* som publicerades i oktober 2018 visar långa väntetider för AT i landet och en fortsatt brist på antalet AT-platser.

SYLF (Sveriges yngre läkares förening) har i flera år påtalat att AT har blivit en flaskhals i läkares vidareutbildning och väntetidsrapportens syfte är att underlätta dialogen om dimensionering av AT.

AT ska bestå av utbildning samt läkararbete under professionellt ansvar, som ger klinisk träning och introduktion i arbetslivet. En möjlighet till både yrkesmässig och personlig utveckling. Enligt SYLF:s senaste väntetidsrapport tog det i genomsnitt 10,2 månader att få AT-plats år 2018, trots att regionerna enligt lag har skyldighet att tillgodose behovet av plats för nyexaminerade läkare. Trots att resultaten av väntetidsrapporten 2018 visar att AT-platser ökar, så tar inte alla regioner samma initiativ och ansvar för frågan. Kortsiktiga regionala intressen får företräde framför nationellt intresse, visar rapporten.

Varje månad som nybliven läkare i väntan på AT är en potentiell förlorad månad som specialist.

AT är en reglerad och målstyrd utbildningstjänst på minst 18 månader som sker under handledning. Genom att erbjuda en gemensam bas till nyblivna läkare kan hälso- och sjukvården kvalitetssäkras och främja jämlik vård. I dagsläget är väntetiden ett problem för att kompetensförsörjningskedjan ska fungera. Förutom att försöka tillgodose det årliga behovet av AT-platser måste regionerna även numera rikta åtgärder för att ta itu med den inofficiella kö som uppstått på grund av underdimensionering av AT under flera år.

SYLF HAR UTARBETAT fem åtgärder som anses nödvändiga för att kunna vända utvecklingen:

- ✓ Regioner och landsting måste utöka antalet AT-platser för att tillgodose behovet av AT.
- ✓ AT:s längd bör vara 18 månader om den inte kombineras med en särskild inriktning såsom forskning, pedagogik eller ledarskap.
- ✓ Socialstyrelsens Nationella Planeringsstöd behöver utvecklas med högkvalitativ och mer detaljerad statistik som omfattar samtliga karriärstadier för läkare.

- ✓ Socialstyrelsen bör få i uppdrag att tillhandahålla en arena för nationell samordning av regioner och landstings läkarförsörjning däribland dimensioneringen av AT-platser.
- ✓ För att erbjuda en god och patientsäker vård måste arbetsgivarna se till att underläkare innan AT får gott stöd, handledning och utbildning.

Se hela *Väntetidsrapporten 2018* på:
→ **www.lakarforbundet.se/SYLF**



AT-INTERVJU

Jonas Zimmerman

Berätta om dig själv, vem är du?
Jag heter Jonas Zimmerman, är 33 år och bor i Majorna i Göteborg. Jag läste läkarprogrammet i Linköping och sista åren i Göteborg. Som läkare intresseras jag bland annat av akutsjukvård och trivs med att stå i första ledet. Jag är samhällsengagerad och tycker om att analysera och diskutera. På min fritid vistas jag så mycket jag kan hängandes på en bergvägg i Bohuslän eller på havet!

Var gör du din AT?
På Kungälvs sjukhus.

Vad var det svåraste i valet av sjukhus för din AT?
Svårast var valet att antingen flytta från Göteborg för att få AT snabbare eller vikariera tills meriterna förhoppningsvis räckte till. Jag kom fram till att jag inte ville flytta och arbetade ett år på Sahlgrenska innan jag började min AT på Kungälvs sjukhus.

Vilken information om AT tycker du är svår att finna?
Jag saknade mer konkret information om vad utbildningstjänsterna innehåller. Exempelvis hur arbetar man för att utbildningen blir så gedigen och bra som möjligt både gällande den medicinska kompetensen, ledarskapsutveckling och de mellanmänskliga mötena med patienterna. Som det fungerar idag kämpar nog många nyutexaminerade läkare hårt med att nå upp till överdrivna kvalifikationer för att ens få AT och att fråga sig vad man själv tycker är viktigt hamnar inte riktigt i fokus.

Har dina förväntningar på AT uppfyllts?
Efter att jag inte fick mitt förstahandsval var jag först nedslagen och ville absolut inte pendla tre mil enkel väg. Men jag märkte fort att Kungälv var ett sjukhus med kunniga och varma kollegor som verkligen ville att jag skulle ha de bästa förutsättningarna att utvecklas.

Jag får stort ansvar och har en viktig funktion i verksamheten men är alltid uppfångad och omhuldad av mina äldre kollegor. AT-ledningen sätter stort fokus på min upplevelse av tjänsten och är noga med reflektion kring vad jag möter varje dag samt hur jag kan utvecklas både som människa och doktor. I AT-gruppen finns en fantastisk gemenskap och vi åker varje år på en studieresa till ett utvecklingsland. Min AT-tjänst är precis som jag önskade att den skulle bli men inte trodde kunde bli verklighet!

Behöver du jämföra olika sjukhus som erbjuder AT?

AT-guiden från Läkarförbundet och SYLF är ett verktyg som gör det enklare för dig att jämföra information som är viktig för dig när du söker AT-tjänst. Här samlar vi lättöverskådlig information från sjukhusen med kriterier som tjänstgöringslängd och medellön. Varje sjukhus tillhandahåller också fördjupad information, bland annat hur tjänstgöringsavsnitten och utbildningen ser ut just där och rätt kontaktuppgifter till respektive person inom ledningen.

→ **www.lakarforbundet.se/at-guiden**



En utmärkelse för AT-hantering

Bristen på AT-tjänster är en flaskhals i läkarutbildningen som kostar läkarna tid och sänker vårdkvaliteten. SYLF:s utmärkelse Schysst Rekrytering! premierar arbetsgivare med väl fungerande AT-utlysning och urvalshantering.
SYLF strävar efter en så snabb och smidig väg som möjligt från läkarexamen till specialistexamen. Många underläkare upplever att de missgynnas i rekryteringsprocessen och SYLF:s lokalavdelningar arbetar för att förbättra situationen. Sedan 2018 delar SYLF ut utmärkelsen Schysst Rekrytering! till de arbetsgivare som kan visa att deras AT-rekrytering är väl utformad.

Läs mer om Schysst Rekrytering! på SYLF:s webbplats:

→ **www.lakarforbundet.se/SYLF**

SCHYSST! REKRYTERING

Följ oss!

Facebook
facebook.com/lakarforbundet

Twitter
@lakarforbundet

Instagram
lakarforbundet

LinkedIn
Sveriges läkarförbund

YouTube
Sveriges läkarförbund

Sveriges läkarförbund

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		
Medicinskt ledningsansv läkare, Sjukvårdens larmcentral, Västerås	28/2	07
ALLMÄNMEDICIN		
Spec-läkare (bli aktieägare, driv verksamhet inom Praktikertjänst) Odensvi Läkarmottagning , Västerås	1/5	08
Spec-läkare, Din Vårdcentral Bagarmossen, Stockholm		08
Spec-läkare, Familjegruppen Odenplan, Stockholm		07
ANESTESI- OCH INTENSIVVÅRD		
Sekt chef Barnanestesi, VO barnkirurgi & neonatalvård, Skånes Universitetssjukvård, Lund		08
Spec-läkare, Akademiska sjukhuset, Uppsala		07
AT-TJÄNSTER		
AT på tre sjukhus: Nyköpings lasarett, Kullbergska sjh och Mälarsjh, Nyköping, Katrineholm, Eskilstuna.	13/3	08
AT Region Dalarna, Avesta, Falun och Mora	6/3	08
AT Region Gotland	10/3	08
AT Region Gävleborg, Gävle, Hudiksvall	6/3	08
AT Region Norrbotten		06
AT Region Västerbotten, Umeå, Skellefteå, Lycksele	6/3	06
AT Region Västernorrland, Sollefteå, Sundsvall och Örnsköldsvik	6/3	06
AT TioHundra, Norrtälje	10/3	08
AT, Lasarettet i Enköping		08
AT-läkare Region Blekinge		08
AT-läkare, 24 block/2 forskning, Centralsjh & sjukhusen i Karlstad, Arvika, Torsby	6/3	08
AT-läkare? , Västerås	6/3	08
Forskar-AT norra sjukvårdsregionen	6/3	06
Gör din AT i Uppsala eller på Åland	6/3	08
Valfrihet att utforma din AT i Växjö och Ljungby	6/3	06
BARN- OCH UNGDOMSMEDICIN		
Barnhälsovårdsöverläkare, regionövergripande, Reg Kronoberg	3/3	06
Barnläk, Åkersberga barn- & ungdomsmed mott, SLSO, Åkersberga		07
Spec-läkare, Barn- & Ungdomskliniken, Region Kronoberg	3/3	06
BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRI		
Överläkare, BUP, Örnsköldsvik		06
Överläkare, BUP, Sundsvall		06
BEROENDEMEDICIN		
Spec-läkare, Mott alkohol och hälsa Nord, Beroendecentrum, Sthlm	22/2	06
ENDOKRINOLOGI OCH DIABETOLOGI		
Spec-läk/ST-läkare, endokrinologi och diabetologi, Reg Värmland		06
ETABLERINGAR OCH ÖVERLÅTELSER		
Ersättningsetablering Allmänmedicin, Grimsås, Södra Älvsborg	27/3	08
Ersättningsetablering BARN, centralt belägen,, Göteborg	3/3	06
Ersättningsetablering i kirurgi, Norrköping	17/3	07
Ersättningsetablering i Psykiatri, Sophiahemmet , Stockholm	8/3	06
FÖRETAGSHÄLSOVÅRD		
Läkare till företagshälsovård, Gotahälsan, Östergötland och Småland		06
GERIATRIK		
Spec-läkare, Lomma VC, Skånes Universitetssjukhus, Lomma		06
HUD- OCH KÖNSSJUKDOMAR		
Professor (förenad bef spec-läk/ÖL) i yrkesdermatologi, Lunds Univ	1/4	08
Spec-läkare Dermatologi, Hudläkartjänst Stockholm, Stockholm		06
Spec-läkare dermatologi, Region Gotland	24/2	06
ÖL/Spec-läkare, Frölunda Specialistsjukhus, Högsbo, Göteborg		06
INFEKTIONSSJUKDOMAR		
ÖL/Spec-läkare, VO Spec Medicin, Skånes sjh Nordväst, Helsingborg		07
INTERNMEDICIN		
Spec-läkare/ÖL Medicinklin, Avd stroke, Alingsås lasarett	4/3	08
KARDIOLOGI		
Kliniska fysiologer & Kardiologer, Stockholm Heart Center, Sthlm		08
Spec-läkare, HIA och HTA, Skånes Universitetssjukvård, Lund		07
ÖL/Specialistläkare inom kardiologi. Kungälvs sjukhus	20/2	06
KLINISK BAKTERIOLOGI OCH VIROLOGI		
Spec-läkare, Klin mikrobiol & vårdhyg, Akademiska lab, Uppsala		07
KLINISK FYSIOLOGI		
Kliniska Fysiologer & Kardiologer, Stockholm Heart Center, Sthlm		08
Spec-läkare/BÖL/ÖL, Klin Fys, Karolinska Univ sjh, Stockholm	3/3	08
KLINISK MIKROBIOLOGI		
ST läkare alt Spec-läkare, Klinisk mikrobiologi och Vårdhygien		06
KURSER / SYMPOSIER / SEMINARIER		
Precision Medicine in Allergy and Asthma - New Possibilities? Konsul Th C Berghs Stiftelse, Stockholm	18/3	06
Symposium, trombos- & hemostasfrågor, 28–29 mars, Karlstad	4/3	06
LUNGSJUKDOMAR		
Överläkare, Medicinkliniken, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping		08

Alla lediga jobb i Tjänstelistan finns sökbara på Läkarkarriär.se

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

MEDICINSKA NJURSJUKDOMAR

ÖL/Spec-läk/ST-läk, Njurmedicin, Skånes sjh Nordväst, Helsingborg		07

OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI

Gynekolog Storstockholm, Stockholm		07
Gynekolog, Rosa Gynekologmottagning, Hässelby, Stockholm	24/4	07

ONKOLOGI

Spec-läkare/Överläkare, bröst-, prostata- eller colorektal cancer, Capio S:t Görans Sjukhus, Stockholm	3/3	08

ORTOPEDI

Ortoped, Specialistläkarmottagning, Skärholmen, Stockholm		08
Verksamhetschef, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg	6/3	08

PLASTIKKIRURGI

Plastikkirurg till PF Rekonstruktiv plastikkirurgi, Karolinska, Sthlm	17/3	08

PSYKIATRI

Läkare till Rättspsykiatriska regionkliken i Vadstena, Vadstena	1/3	06
Spec-läkare Psyk mott Centrum, Affektivt team, Sahlgrenska, Gbg	6/3	08

RADIOLOGI

Mammografiläkare, Mammografiverksamheten, Reg Kronoberg		07
Spec-läkare/BÖL/ÖL Akut/Trauma/MSK radiolog - Bild & Funktion, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna & Huddinge	3/3	07
Spec-läkare/BÖL/ÖL Buksektionen Bild & funktion, Karolinska, Solna	28/2	07

REHABILITERINGSMEDICIN

Läkare, Smärtrehabilitering, Bragée Rehab, Stockholm	17/3	08
Spec-läkare Rehab.mottag & Rehabprogram, Smärtcentrum i Umeå		08
Överläkare, hjärnskade- & neurorehab, Rehabiliteringsklin, Växjö		06

RÄTTSPSYKIATRI

Läkare till Rättspsykiatriska regionkliken i Vadstena	1/3	06

SMÄRTLINDRING

Läkare, Smärtbehandling, Bragée Rehab, Stockholm	17/3	08

STIPENDIER / ANSLAG / BIDRAG

Anslag, endokrin tumör och sjd, ej diabetes, L & J Grönbergs stiftelse	31/3	07
Bidrag rörande neurol sjd, Linnéa och Josef Carlssons stiftelse	31/3	06
Bidrag, Alzheimierforskning, Hjärnfonden	10/4	07
Bidrag. forskning njurtransplantation, Prof L-E Gelins Minnesfond	12/4	08
Forskningsbidrag, neurovetenskapliga området, Hjärnfonden	1/3	07
Forskningsbidrag,"inom stora forskningsområden", Hjärnfonden	25/4	07

ST-TJÄNSTER

ST - läkare alt Spec-läkare till Klinisk mikrobiologi och Vårdhygien		06
ST-läkare i allmänmedicin, Kvartersakuten Tegnérgatan, Stockholm		07
ST-läkare i allmänmedicin, Stureby Vårdcental, Stockholm	15/3	06
ST-läkare, Urologkliniken, Västerås	28/2	06
ÖL/Spec-läk/ST-läk, Njurmedicin, Skånes sjh Nordväst, Helsingborg		07

ÖGONSJUKDOMAR

Spec-läkare (konsult) Optalux Ögonklinik, Stockholm		07
Spec-läkare/ÖL, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg	27/2	06
ÖL/Spec-läkare, Frölunda Specialistsjukhus, Högsbo, Göteborg		06

ÖRON-, NÄS- OCH HALSSJUKDOMAR

ÖL/Spec-läk, ÖNH-verksamheten, Skånes Univ sjukvård, Trelleborg		07

ÖVRIGA LÄKARTJÄNSTER

Förstahandsvalet för läkare, Skandinavisk Hälsovård AB		06
Professor, kirurgi/ortopedi, fören överläkare, Sahlgrenska sjh, Gbg	28/3	08
Verksamhetschef till Utbildningscentrum, Region Örebro län	17/3	08

ÖVRIGA TJÄNSTER

Kliniskt verksam forskningshandledare, FoU-centrum, Eskilstuna	24/2	06
Sektionschef, Sektion Trauma, Skånes Univeritetssjh, Lund/Malmö		06
Spec-läkare (bli aktieägare, driv verksamhet inom Praktikertjänst) Odensvi Läkarmottagning , Västerås	1/5	08
Verks chef till Barn- och ungdomsklin, Västmanlands sjh, Västerås	18/3	08
Verks chef, VO Obstetrik & Gyn, Skånes sjh Nordost, Kristianstad	13/3	08
Verksamhetschef, Kvinnokliniken, Värnamo sjukhus	24/2	06



Välkommen att söka AT-tjänst i Västernorrland!

”Som AT läkare i Örnsköldsvik är du en viktig kugge i lagarbetet. Du får ta stort ansvar och får göra mycket självständigt. Framförallt på den nybyggda akutmottagningen där AT-läkarna bemannar primärjouren på kirurg/ortoped samt medicin dygnet runt.

Vill du arbeta på ett mindre sjukhus där du inte bara blir en i mängden utan faktiskt blir en viktig kollega och får växa i den rollen, då är Örnsköldsvik en AT-ort för dig.”

/Tobias Filipsson



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

Välkommen med din ansökan **senast den 6 mars 2019**.

Urval sker löpande.

Region Västernorrland

www.rvn.se

Lasarettet i Enköping

Gör din AT hos oss i Enköping!

Välkommen att läsa mer och ansök på:
www.regionuppsala.se/lasarettetenkoping/AT

Region Uppsala

Gör din AT i Norrtälje

Vi är det kompletta vårdbolaget i Roslagen. Sammanslagningen av sjukvård och omsorg i samma företag gör oss unika i Sverige.

Tiohundra samverkar i Norrtäljemodellen som är uppmärksammad såväl här hemma som internationellt, och lyfts fram av socialdepartementet som en förebild att ta efter. Du når oss enkelt med bekväm och wifi-utrustad direktbuss från Stockholm.

Läs mer och sök senast 10/3 på **tiohundra.se/ledigajobb**

Tiohundra

Hälsa, vård och omsorg där du är

Region Gävleborg

AT i Region Gävleborg

Vi söker AT-läkare med tillträde HT 2019 till:

Gävle, 14 block

Hudiksvall, 8 block

Vi erbjuder dig goda utsikter till en spännande karriär i en livskraftig miljö. Hos oss får du bra möjligheter att omvandla dina teoretiska kunskaper till praktiska färdigheter.

Välkommen med din ansökan som ska vara inkommen senast den 6 mars 2019.

Läs mer på **regiongavleborg.se/AT**

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



AT-läkare till Västerbotten

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

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

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

Sista ansökningsdag 2019-03-06.

Läs mer och ansök på
www.regionvasterbotten.se/at

region västerbotten



Vi tror på kunskap och teamkänsla. Håller du med?

Region Blekinge är tillräckligt stort för att bedriva högspecialiserad vård och avancerad forskning, och lagom stort för att knyta kontakter, lära känna medarbetare och få överblick över verksamheten. Dessutom är Blekinge en pärla som boende- och livsmiljö.

Nu söker vi

- **AT-läkare till Blekinge.**

Läs mer på www.regionblekinge.se.

REGION BLEKINGE

Forskar-AT i norra sjukvårdsregionen

Upp till fyra befattningar tillsätts i norra regionen efter att kompetens och forskningsprogram bedömts.

Ange önskemål om vid vilket sjukhus som du vill göra din kliniska tjänstgöring.

Den kliniska forskningen ska vara kopplad till Umeå universitet och ha tydlig patientnytta och relevans för hälso- och sjukvården.

Projektets bedöms efter nytänkande och originalitet, vetenskaplig kvalitet, den sökandes kompetens liksom projektets genomförbarhet.

Välkommen med din ansökan senast 2019-03-06.

Läs mer och ansök på regionvasterbotten.se/at

region västerbotten

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Region Västernorrland

REGION NORRBOTTEN

Livet består av mer än bara jobb.

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

www.norrbotten.se/at



REGION NORRBOTTEN

Välkommen att göra **AT i Dalarna**

Vi söker AT-läkare

med tillträde hösten 2019 till Avesta, Falun och Mora

Som AT-läkare i Region Dalarna kan du välja mellan ett större eller mindre sjukhus, eller både och. Nyfiken? Besök vår hemsida för mer information!

Välkommen att söka AT-tjänst hos oss senast 6 mars!

Dalarna, topp placering i SYLF:s ranking fyra år i rad!

Scanna QR-koden eller läs mer på **regiondalarna.se/atidalarna**

REGION DALARNA



Hos oss kan du välja om du vill göra AT på Centralsjukhuset i Karlstad eller på sjukhusen i Arvika eller Torsby.

Vi har 24 AT-block varav 2 med forskarinriktning. Läs mer på regionvarmland.se/at.

Välkommen med din ansökan senast 6 mars 2019.

Sök jobbet på regionvarmland.se/jobb.

Region Värmland



Hälso- och sjukvårdsförvaltningen söker

8 AT-läkare

Gott arbetsklimat och bra handledning – gör AT på Gotland!

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

Läs mer på
www.gotland.se/jobbahososs
Sista ansökningsdag 2019-03-10

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
www.gotland.se/jobbahososs

Region Gotland



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

AT-läkare?

Lär känna oss och skicka in din ansökan på regionvastmanland.se/jobb senast 6/3.
Det är kanske dig vi söker.

Verksamhet Region Västmanland
Ort Västerås
Ref.nr 20190029

Region Västmanland

at-guiden.se

Dags att välja AT?
Kika in på Läkarförbundets AT-guide.





Kom och jobba hos oss

Hos oss kan du söka AT på tre sjukhus: Nyköpings lasarett, Kullbergska sjukhuset Katrineholm och Mälarsjukhuset Eskilstuna.

Läs mer om våra AT-tjänster på

regionsormland.se/jobbahososs

Region Sörmland

AKADEMISKA SJUKHUSET

Gör din AT i Uppsala eller på Åland

Varje år söker över 700 000 människor vård hos oss. Då har vi inte räknat in anhöriga eller de som kommer hit av andra skäl. Vår vardag handlar om dessa människor – människor som lägger sina liv i våra händer. Det är ett enormt ansvar och vi är stolta över den vård vi ger dem. De tjänster som vi erbjuder kräver mycket, men vi som arbetar här vet att jobbet också ger så mycket tillbaka.

Välkommen att söka till oss senast 6 mars 2019. Har du frågor? Kontakta Christina Asplund på 018-611 31 26. Läs mer om våra tjänster på vår hemsida, sök efter "AT-block".

- **Tio AT-block**
- **Fyra forskar AT-block**
- **Tre AT-block Ålands centralsjukhus**

WWW.AKADEMISKA.SE/ARBETA

REGION UPPSALA

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



VALFRIHET ATT UTFORMA DIN AT I VÄXJÖ OCH LJUNGBY

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

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

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

VILL DU VETA MER?

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

KONTAKTA OSS GÄRNA!

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

AT-BLOCKEN I LJUNGBY:
Örjan Schön, AT-samordnare och HR-specialist, 0767-20 76 44, orjan.schon@kronoberg.se

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

Ansökan sker uteslutande via www.offentligajobb.se där också meritkriterier finns publicerade.
Välkommen med din ansökan senast 6 mars 2019.
Ange referensnummer AT-LL/CLV 1/19.

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

REGION KRONOBERG

Överläkare lungmedicin

Medicinkliniken, Länssjukhuset Ryhov Jönköping

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

Region Jönköpings län

REHABILITERINGSKLINIKEN I VÄXJÖ SÖKER ÖVERLÄKARE

VÄLKOMMEN TILL EN KLINIK SOM KÄNNETECKNAS AV SAMARBETE, ÖPPEN DIALOG OCH ARBETSGLÄDJE!

Vi söker en specialist inom rehabmedicin till områdena hjärnskaderehab och neurorehab.

Läs mer och sök tjänsten på www.regionkronoberg.se

VÄLKOMMEN TILL OSS!

REGION KRONOBERG

GÖTEBORGS UNIVERSITET

38 000 studenter och 6 000 medarbetare gör Göteborgs universitet till en stor och inspirerande arbetsplats. Stark forskning och attraktiva utbildningar lockar forskare och studenter från hela världen. Med ny kunskap och nya perspektiv bidrar vi till en bättre framtid.

Institutionen för kliniska vetenskaper, Sahlgrenska akademin, Göteborgs universitet, söker:

PROFESSOR I KIRURGI ELLER ORTOPEDI

förenad med befattning som överläkare vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Ref nr: PAR 2018/1446

Sista ansökningsdag för anställningen är: 2019-03-28

Anställningen är placerad vid institutionen för kliniska vetenskaper, Sahlgrenska akademin.

För mer information se Göteborgs universitets hemsida:
www.gu.se/omuniversitetet/aktuellt/lediga-jobb

FAMILJELÄKARGRUPPEN ODENPLAN

Specialist i allmänmedicin

Familjeläkargruppen Odenplan, del i Praktikertjänst, är i en expanderande fas och söker ytterligare en allmänspecialist med tillträde enligt överenskommelse.

Vi är belägna högt upp i Läkarhuset Odenplan med fantastisk utsikt över Stockholm. Kommunikationsmässigt centralt läge vid Odenplan med närhet till pendeltåg och t-bana. Lunchrestaurang högst upp i huset.

Vi är sju specialister i allmänmedicin, fem ST-läkare och en AT-läkare. Vi har egen BVC. Vi har i huset laboratorium och ett flertal andra specialistmottagningar samt röntgen.

Vi tror på genuin kontinuitet som en viktig framgångsfaktor inom primärvården. Fortbildning är viktigt och en förutsättning för bibehållande av kvalitet i verksamheten.

Du har själv avgörande inflytande över tidboken med tillhörande frihet och ansvar.

Vänligen kontakta verksamhetschef Kerstin Gustavsson Araya; kerstin.gustavsson@flgo.se **ELLER** tfn 070 441 65 71

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

Professor i yrkesdermatologi

FÖRENAD MED BEFATTNING SOM SPECIALISTLÄKARE/ ÖVERLÄKARE

Ref nr P A 2018/1324
Sista ansökningsdag 2019-04-01

För mer information se
www.med.lu.se/om_fakulteten/jobba_hos_oss

LUNDS UNIVERSITET

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

När tänkte du på dig själv senast?

– Vi tänker på dig under hela din karriär

Läs mer om alla fördelar du har som medlem på **lakarforbundet.se/blimedlem**



Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Vi söker kliniska fysiologer och kardiologer

Vill du vara med och utveckla effektiva och moderna vårdflöden? Vi söker dig med bred kompetens och många års erfarenhet. Du är trygg i din roll, van att fatta snabba beslut och vill nu anta nya utmaningar. Möjlighet till distansarbete finns.

Läs mer och ansök på www.shc.se.

Stockholm Heart Center har avtal inom kardiologi samt ingår i vårdval Stockholm klinisk fysiologi.

STOCKHOLM HEART CENTER

En del av Praktikertjänst | På uppdrag av Stockholms läns landsting

---

Patienten först – tillsammans skapar vi den bästa vården

PLASTIKKIRURG

till PF Rekonstruktiv plastikkirurgi

Information om tjänsten lämnas av:
Inkeri Leonardsson Schultz, tel: 0725-95 72 66

Välkommen med din ansökan senast 2019-03-17

Ref-nr: 160996

KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

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

Hudläkartjänst Stockholm söker:

Specialistläkare i Dermatologi

Hudläkartjänst driver via avtal med SLL en centralt belägen hudmottagning på Klarabergsviadukten, vid T-Centralen i Stockholm. Vi söker nu ytterligare en kollega.

Vår mottagning hanterar såväl allmän dermatologi som avancerad hudkirurgi.

- **Konkurrenskraftig lön, samt fördelaktiga villkor**
- **Goda kommunikationer till/från arbetet**
- **Läs mer på www.hudlakartjanst.se**

Kontaktpersoner:

Mattias Karlqvist:	*Anders Landgren:*
070-643 46 28	*070-208 58 57*

Det går även bra att maila till ***info@hudlakartjanst.se***

Hudläkartjänst

PÅ UPPDRAG AV STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Hudläkartjänst, Klarabergsviadukten 90C, 111 64 Stockholm
www.hudlakartjanst.se • info@hudlakartjanst.se



Vi söker:

VERKSAMHETSCHEF
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Ortopedi
Referensnummer: 2019/828
Sista ansökningsdag: 2019-03-06

SPECIALISTLÄKARE/ÖVERLÄKARE
Alingsås lasarett, Medicinkliniken, Avd stroke
Referensnummer: 2018/7460
Sista ansökningsdag: 2019-03-04

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

VI SKA BLI SVERIGES BÄSTA OFFENTLIGA ARBETSGIVARE
VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Läkarkarriär.se

REGION SKÅNE SÖKER

Sektionschef

Barnanestesi/intensivvård
VO barnkirurgi och neonatalvård
Skånes Universitetssjukvård
Lund

Verksamhetschef

VO Obstetrisk och Gynekologi
Skånes sjukhus Nordost
Kristianstad

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

Gör skillnad. Varje dag.

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

Kvarters Akuten Tegnérgatan

ST-läkare i allmänmedicin

Kvartersakuten Tegnérgatan – en väletablerad mottagning centralt i Stockholm med f n 11 500 listade patienter.

På mottagningen bedrivs sedvanlig husläkarverksamhet, barnavårdscentral samt hemsjukvård.

På hemsidan **www.hlmtegner.nu** kan man läsa mer om oss.

Välkommen med ansökan till per.nilsson@hlmtegner.nu

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



Smärtcentrum i Umeå

Söker Specialistläkare till Rehabiliteringsmottagning och Rehabiliteringsprogram

Du arbetar i samarbete med övriga medlemmar i det multidisciplinära teamet och genomför bedömning och rehabilitering av vuxna patienter med långvarig smärtproblematik. Andra arbetsuppgifter som ingår är undervisning, handledning och utveckling av samarbete med externa aktörer. Verksamheten är förlagd dagtid och ingen jour/beredskapstid ingår i tjänsten.

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

region västerbotten



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

Verksamhetschef till Barn- och ungdomskliniken?

Lär känna oss och skicka in din ansökan på regionvastmanland.se/jobb senast 18/3.
Det är kanske dig vi söker.

Verksamhet Västmanlands sjukhus Västerås
Ort Västerås
Ref.nr 20190160

Region Västmanland

Region Örebro län söker

Verksamhetschef

till Utbildningscentrum

För mer information kontakta FoU-chef Mats G Karlsson, telefon 019-602 10 34

Ansökan senast 17 mars 2019

www.regionorebrolan.se/ledigajobb

Region Örebro län

regionorebrolan.se

Ortoped till privatklinik i Stockholm

Vi expanderar vår verksamhet och välkomnar en ny kollega till vår privata specialistläkarmottagning i Skärholmen, beläget i södra Stockholm.

Arbetet innebär mottagning och polikliniska operationer inom Vårdval ortopedi och handkirurgi.

Välkommen att höra av dig!

Linda Karlsson, tfn 08 710 40 60
Dr Hannu Määtänen, tfn 070 355 43 04

Svar till: ortopedi@klinik4.se **www.klinik4.se**

Bragée kliniker

Läkare Smärtrehabilitering

Bragée Rehab utökar verksamheten och söker två läkare med intresse för multimodal rehabilitering (MMR2) vid långvarig smärta och utmattning.

Vi söker dig med stort intresse för något av områdena och med erfarenhet av teamarbete. Meriterande är specialistkompetens inom smärta eller rehabiliteringsmedicin.
Vi lägger stor vikt vid personlig lämplighet.

Vi erbjuder en trevlig arbetsmiljö och ett omväxlande arbete där du ingår i team tillsammans med psykolog, fysioterapeut, socionom och arbetsterapeut. Totalt finns sex team, varav fyra på Smärtenheten och två på Utmattningsenheten.
Bragée kliniker består av Bragée Rehab och Bragée ME-center och arbetar på uppdrag av Stockholms läns landsting.
Vi finns i Garnisonen på Karlavägen 100 och är drygt 70 anställda.

Läs mer på **http://www.bragee.se/**

Info: Jens Draiby, Läkare/Rehabchef, jens.draiby@bragee.se

Ansökan: Ladda upp CV samt ett personligt brev via https://www.bragee.se/lediga-jobb-2

Sista ansökningsdag 17 mars 2019

Intervjuer sker löpande – tjänsten kan därför komma att tillsättas innan sista ansökningsdatum.

Välkommen med din ansökan!

PÅ UPPDRAG AV STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Din Vårdcentral
BAGARMOSSEN

Specialist i allmänmedicin

till

Din Vårdcentral Bagarmossen

- **Vill du ha möjlighet att kunna påverka jobbet?**
- **Vill du delta i styrning av verksamheten?**

I så fall är du välkommen att jobba hos oss på vår personalägda vårdcentral.

Läs mer om oss och jobbet på vår hemsida

www.dvcb.se

Capio S:t Görans Sjukhus



Onkolog med inriktning på bröst-, prostata- eller colorektal cancer

Vi söker specialistläkare/överläkare i onkologi, gärna med inriktning mot bröstcancer, urologisk eller gastrointestinal cancer.

På Capio S:t Görans Sjukhus arbetar vi tvärprofessionellt över specialitets- och professionsgränser. Vi strävar efter en samlad verksamhet runt patienten, med integrerade enheter där patienten kan erbjudas hela vårdkedjan från screening till sen palliation. Vi arbetar i team och vill minska administration för att utöka tiden till patientvård. Patientens autonomi och kontinuitet är våra ledord.

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

Vill du bli aktieägare i och ansvara för att driva en verksamhet inom Praktikertjänst i Västerås?

Vi söker nu fler läkare och en verksamhetschef till Odensvi Läkarmottagning.
Kvalifikation: Specialist i allmänmedicin.

För mer information
Anna Carin Berglund, TF verksamhetschef
070 946 20 60
Eva Sköldstrand, rekryterare, konceptfrågor, Hälso och sjukvård
072 148 29 92

Ansökan skickas senast 1 maj 2019 till
eva.skoldstrand@ptj.se

Läs mer på www.praktikertjanst.se/karriar

Praktikertjänst

Patienten först – tillsammans skapar vi den bästa vården

SPECIALISTLÄKARE/ BÖL/ÖL

för Funktionsområdet Klinisk Fysiologi

Information om tjänsten lämnas av:
Eva Maret, Funktionsenhetschef tel: 08-51770820

Välkommen med din ansökan senast 2019-03-03

Ref-nr: 160850

KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

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



Psykiatrimottagning Centrum söker:

SPECIALISTLÄKARE

Sahlgrenska Universitetssjukhuset,
Psykiatrimottagning Centrum, Affektivt team
Referensnummer: 2019/794
Sista ansökningsdag: 2019-03-06

Vill du veta mer? Kontakta:
Läkarchef, Antonio Gonzalez 070-764 33 99
Vårdenhetsöverläkare, Flavio Di Leone 076-833 43 86
Verksamhetschef, Mathias Alvidius 076-050 15 07

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

VI SKA BLI SVERIGES BÄSTA OFFENTLIGA ARBETSGIVARE
VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Etableringar och överlåtelser

Ersättningsetablering Allmänmedicin
Södra Älvsborg

Väletablerad mottagning i Grimsås som funnits sedan 1977.
Karl Gumaelius, tfn 070 697 44 40, karl@kindshalsan.se
Anbud och info: Opic.com [HSNG 2018-00164]
Sista anbudsdag 2019-03-27

Ersättningsetablering i kirurgi
Norrköping HSN 2019-65

Info: Thomas Jonsberg, tj.kirurgmott@telia.com
www.regionostergotland.se
Anbud: www.opic.com **Sista anbudsdag 2019-03-17**

Stipendier/Anslag/Bidrag

Forskning om njurtransplantationer

Stiftelsen Professor Lars-Erik Gelins Minnesfond utdelar bidrag till forskning som främjar den aktiva uremivården med inriktning på njurtransplantationer.

Stiftelsen utlyser härmed 600 000 kronor.

Ansökningsformulär och information: www.gelinfonden.org

Sista ansökningsdag: 12 april 2019

Läkartidningen arrangerar ett seminarium om

Stockholm 26 mars 2019

Hållbar sjukvård

Läkarförbundet Konferens
Villagatan 5, Stockholm

För att uppnå klimatavtalet i Paris måste allas åtaganden skärpas betydligt. Avsikten med detta seminarium är att lyfta fram hälso- och sjukvårdens viktiga roll i arbetet för ett hållbart klimat och göra det tydligt att ett sådant arbete går hand i hand med att effektivisera sjukvården. Med exemplet från den engelska hälso- och sjukvården och med deltagare från SKL sker en avslutande diskussion om detta skulle kunna göras på ett mer effektivt sätt och vilken roll läkarkåren kan spela i detta arbete.

Kom och lyssna till intressanta projekt från Västra Götalandsregionen, Region Skåne och National Health Service i England som alla på olika sätt visar hur vårdsektorn kan bidra till minskad konsumtion och minskade utsläpp.

Välkommen till en givande eftermiddag!



Preliminärt program • 26 mars 2019

12:00–13:00	**Lunch och registrering**
13:00–13:05	**Välkommen!**
13:05–13:25	**Strategin för hållbar sjukvård i England.** *Prof. emeritus Björn Fagerberg, Sahlgrenska universitetssjukhuset.*
13:25–13:45	**Sjukvårdens klimatpåverkan.** *Anna Teghammar, miljöstrateg, Västra Götalandsregionen.*
13:45–14:05	**Enkla steg att minska sjukvårdens klimatpåverkan.** *Talare meddelas inom kort.*
14:05–14:25	**Anpassade operationsset är bra för miljön och sjukvården.** *Hanna Sand Lindskog, miljöstrateg, Västra Götalandsregionen.*
14:25–14:50	**Kaffe**
14:50–15:10	**Sjukvården spelar en nyckelroll i anpassningen till klimatförändringarnas nya sjukdomspanorama.** *Sofia Hammarstrand, Sjukhusläkarnas Klimat och hälsa-grupp.*
15:10–16:10	**Paneldiskussion.** *Alla föreläsarna, en representant från SKL samt Karin Båtelson, Sjukhusläkarnas Klimat och hälsa-grupp.*

Moderator: *Prof. emeritus Björn Fagerberg, Sahlgrenska universitetssjukhuset*

Programansvariga: *Björn Fagerberg och Läkartidningen*

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

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



Foto: Shutterstock/TT

Ve och fasa – blir avhandlingarna bara stående i ett arkiv...?

Hur många läser en doktorsavhandling?

I min medelålder befann jag mig plötsligt i slutet av ett avhandlingsarbete där det nu var dags att författa själva ramberättelsen. Att det ens skulle bli så var långt ifrån självklart: ett tidigt forskningsförsök under grundutbildningens första terminer hade till slut landat mig i källaren på patologiska institutionen, där jag tillbringade sommardagar i mörkret vid ett elektronmikroskop. Jag räknade myelinlameller i nervrötter. För hand. När jag emellertid under termin 8 hamnade bland representanterna för den specialitet jag forskade inom, på en så kallad drängkammare (och kände att jag som idrottsointresserad betahanne nog inte skulle vilja ha dessa som framtida kollegor), var beslutet att sluta forska enkelt.

OLIKA OMSTÄNDIGHETER förde mig dock tillbaka till just denna specialitet (och en till förresten, litet finare). Omsider snubblade jag över ett forskningsprojekt som uppfyllde det enda kriterium som kunde få mig att börja forska igen: att det var roligt. Studier startades, data insamlades och jag överlevde den obligatoriska treveckors introduktionskursen utan att uppleva den nitiska närvarokontrollen som alltför kränkande. Dessutom var inte alla kurskamrater 20-åringar med prekliniska molekylära projekt, så jag stod ut.

Jag satt nu på biblioteket i min förort och njöt den oerhörda lyxen att få författa fritt på betald arbetstid. Betydelsen av min kommande avhandling för ämnesområdet – ja, för hela den medicinska vetenskapen, faktiskt – växte för var dag i mitt inre. Det var ju ändå något enastående detta, att skriva en doktorsavhandling, och även om jag inte gjorde en direkt koppling noterade jag att över 60 000 personer hade laddat ner Stephen Hawkings arbete samma dag som det publicerats digitalt [1]. Även om vi nu inte råkade vara inom samma fält, så skulle ju ändå resultatet av mina vedermödor vara ett åtminstone till formen liknande dokument ...

> ... svaret punkterade effektivt min självupptagenhet.

DET VAR I DETTA SJÄLVUPPBLÅSTA TILLSTÅND av vetenskapsmannamässighet som jag gjorde det fatala misstaget att försöka ta reda på i vilken omfattning doktorsavhandlingar i gemen läses. Under en välförtjänt paus från att sätta »p« i texten frågade jag internet just detta, och svaret punkterade effektivt min självupptagenhet. Svaret var mellan 1,6 och 7 personer, handledare och partner inräknade [2, 3].

Nåväl, det där kanske gäller för andras avhandlingar, resonerade jag när chocken lagt sig och bestämde mig för att undersöka detta litet närmare. Om jag infogade en hel mening utan någon som helst relevans mitt i texten borde väl alla uppmärksamma denna och visa att ovanstående inte gällde för just mig? Men att medvetet skriva fel i en doktorsavhandling riskerade förstås att väcka indignation hos någon trätlysten professor, som då kanske skulle lyckas få universitetet att underkänna den retroaktivt. Men som den orädde vetenskapsman jag nu såg mig vara beslöt jag mig för att komma runt detta problem genom att skapa ett forskningsprojekt runt denna inkopierade mening.

Jag författade en forskningsplan (»Few people will read my PhD thesis«), som överlämnades till avdelningens prefekt i god tid före disputationen, och tog sedan helt sonika en mening ur min hustrus kärlkirurgiska avhandling [4] och placerade den på sidan 47 i metoddelen av min [5].

DISPUTATIONSAKTEN BLEV således i viss mening en transportsträcka, åtminstone ur denna studies perspektiv. När frågorna till slut sinade kunde jag vända mig till auditoriet och fråga om ingen möjligtvis noterat något avvikande i avhandlingen? Det hade man inte. Som tur var inrymde studiens design även detta, och efter att medelst powerpoint förklarat studiens upplägg kunde jag ta ett omtag – och då hade ju alla faktiskt uppmärksammat saken!

Tilltaget medförde viss generad munterhet i auditoriet, men det fanns några utfall jag inte inberäknat i studiedesignen. Den engelske professorn som var min opponent var bekymrad och visade mig sitt opponentexemplar där han skrivit ett stort frågetecken vid meningen. Hans fru var ännu mer bekymrad å hans vägnar tills hon såg att han noterat detta och förstod att han besparat mig det av ren välvilja.

Min handledare hade, liksom flera andra faktiskt, också hittat meningen men avfärdat den som irrelevant. Studien hade inte tagit denna möjliga välvilja i beaktande, och efter att ha slätat över det hela i mitt tacktal till universitetet framåt kvällen (och upprättat opponentens heder) kunde jag konstatera att jag ännu har mycket att lära inom forskningsmetodologin ...

Joakim Strömberg,
överläkare, med dr,
Alingsås lasarett
joakim.stromberg@vgregion.se

Läs mer!
Referenslista på Läkartidningen.se

»Mina skämt kan handla om sånt som har hänt mig på riktigt«

Pär Lindström, barnhälsovårdsöverläkare i Region Gävleborg, står ibland på scenen som ståuppkomiker samt är med och driver GASTA, en klubb som också arrangerar utbildning i ståuppkomedi.

Hur går det att kombinera läkarjobbet med ståuppkomedin?

– Väldigt bra. Jag har mitt kontor i centrala Gävle och behöver bara gå över gatan för att komma till vår klubb, en krog som vi disponerar en dag i veckan. Arbetsdagen slutar klockan 17 och strax därefter serveras det personalmat på klubben. En timme senare har vi ställt i ordning ljud, ljus, vimplar, bord, mikrofoner och slår upp dörrarna. Vi kör till klockan 22, och det gör vi varje onsdag i minst 40 av årets 52 veckor. Nu i vår kör vi 17 onsdagar på raken; höstsäsongen är lite kortare och på sommaren och över jul och nyår har vi uppehåll. Men på somrarna har vi komik utomhus i stället för på en krog.

Vilka uppträder?

– En vanlig kväll är tredelad: först uppträder våra lokala komiker, bland dem amatörkomiker som har gått vår kurs i »stand-up comedy«. De kör vanligen fem eller tio minuter var. Vi har en presentatör, eller MC, »master of ceremonies«, som håller ihop det hela. Efter amatörerna kommer tre mer meriterade, kanske till och med kända, komiker som mot gage och reseersättning kommer in och uppträder i 12, 20 respektive 30 minuter. Första kvällen nu efter juluppehållet hade vi Özz Nûjen som affischnamn.

Står du själv på scen?

– Jag ville pröva något nytt och 2016 blev det »stand-up comedy«. Tillsammans med ett halvdussin andra gick jag kursen på Kulturhuset i Gävle i regi av ABF (och GASTA). De slussade sakta in oss på rutinen att uppträda; först fick vi ta dit vänner och bekanta som lyssnade, sedan uppträda inför okänd publik i någon minut, och efter en termins kurs gjorde vi tre minuter var inför betalande publik på vår dåvarande klubb. Efter detta ville jag lägga av och börja med någonting annat nytt, men röster från bekantskapskretsen övertalade mig att fortsätta. Jag kom med i klubbens styrelse och blev senare ordförande.



Foto: Per Erik Jäderberg

Barnhälsovårdsöverläkaren Pär Lindström i rollen som ståuppkomiker. »Vi är många som håller på aktivt med 'stand-up comedy'«, säger han.

PÄR LINDSTRÖM

YRKE: Barnhälsovårdsöverläkare, Region Gävleborg.

ÅLDER: 59 år.

FAMILJ: Sambo, med bonusdotter i tonåren och hund.

BOR: I Gävle, i generationsboende med svärmor och lillebror på övervåningen.

AKTUELL: Ägnar tid åt ståuppkomedi, står på scenen och arbetar med de praktiska sysslorna på stå upp-klubben GASTA på »Hits for you«.

Har du något roligt skämt som du brukar dra?

– Min lärare på kursen sa att man är mänskligast och roligast om man slår ur underläge och kan skoja om sig själv. Jag är en så kallad berättande komiker, och mina skämt kan handla om sånt som har hänt mig på riktigt, vardagshändelser som jag skruvar till ett extra varv. Jag kan prata om när jag friade till min blivande fru, mitt förhållande till den hund hon redan hade, hur torr min hud blir på vintern, vad som hände när min mamma dog och kring hennes begravning och så är jag mycket för ordvitsar. Nu i vår har vi en särskild kväll tillägnad ordvitsarna.

Vad gör du när du är doktor?

– Jag är anställd i Region Gävleborg, på 60 procent, som barnhälsovårdsöverläkare. Tjänsten är huvudsakligen administrativ, men fyra timmar i veckan är avsatta för så kallade teambesök, då jag träffar barn och föräldrar tillsammans med BVC-sköterska. En dag i veckan, under skolans läsår, deltar jag i »Bryggan«, ett samarbete mellan fyra kommuner i Gästrikland och Region Gävleborg. Det gäller barn mellan 4 och 6 år där någon vuxen i deras närhet bedömer att det kanske uppstår problem när de börjar skolan. Barnen träffar då en sjuksköterska, en läkare och en specialpedagog för en skolförberedande bedömning. Vi letar efter barn med neuropsykiatriska funktionshinder, främst ADHD. Den femte dagen i veckan är jag ledig och ägnar en del tid åt vår klubb i »stand-up comedy«.

Gabor Hont

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





Handledarpris till Hanna Abäck (t v) i Malmö och Louise Moberg i Lund.

NYTT OM NAMN

DE ÄR KVINNOKLINIKENS BÄSTA HANDLEDARE I MALMÖ OCH LUND

Hanna Abäck, specialistläkare, och **Louise Moberg,** överläkare på kvinnokliniken i Malmö respektive Lund, Skånes universitetssjukhus, har tilldelats pris för bästa handledare.

Hanna Abäcks pris motiveras så här: »Med sin lugna framtoning lyckas hon alltid, trots en stressig vardag, att förmedla att hon har all tid i världen att hjälpa oss. Efter att man blivit handledd av Hanna är man lite lugnare, lite gladare och betydligt klokare. Dessutom är Hanna ett föredöme avseende patientbemötande.«

Motiveringen till Louise Mobergs utmärkelse: »Louise är alltid lika hjälpsam, vänlig och mån om att förklara, och oavsett tillfälle eller arbetsbelastning så bistår hon alltid med tid, kunskap och goda råd till den som behöver. Det finns inga dumma frågor! Hon ger dessutom ofta spontan feedback till oss ST-läkare i vårt vardagsarbete vilket gör att man växer i sin roll som läkare.«

FYRA NYA FORSKARTJÄNSTER TACK VARE HJÄRT–LUNGFONDEN

Hjärtforskarna **Robin Hofmann,** biträdande överläkare och forskare vid institutionen för klinisk forskning och utbildning, Södersjukhuset, **Alexandru Schiopu,** specialistläkare och docent i kardiologi, Lunds universitet, verksam vid Skånes universitetssjukhus, **Rebecka Hultgren,** docent och överläkare, institutionen för molekylär medicin och kirurgi, Karolinska institutet och **Craig Wheelock,** docent, institutionen för medicinsk biokemi och biofysik, Karolinska institutet, får var sin forskartjänst finansierad under perioden 2019–2021 tack vare Hjärt–lungfondens satsning på svensk hjärt–lungforskning.



Robin Hofmann



Alexandru Schiopu



Rebecka Hultgren



Craig Wheelock

Robin Hofmann studerar effekten av tillförsel av syrgas och betablockerande läkemedel till patienter i samband med hjärtinfarkt. Alexandru Schiopu undersöker molekyler som driver inflammation och reparation i hjärtat i samband med hjärtinfarkt i syfte att utveckla en ny behandling för hjärtinfarktpatienter. Rebecka Hultgrens forskning gäller studiet av aorta- och aneurysmsjukdomar med epidemiologiska, kliniska och molekylärmedicinska metoder och med särskilt fokus på könsaspekter. Craig Wheelocks forskargrupp studerar hur exponering för kost- och miljöfaktorer kan påverka lungsjukdomars utveckling och svårighetsgrad.

NY DOCENTER VID UNIVERSITETEN I LINKÖPING OCH LUND

Ing-Marie Claesson är ny docent i reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa, **Agnetha Gustafsson** ny docent i medicinsk bildvetenskap och radiofysik, **Carl-Oscar Jonson** ny docent i experimentell katastrofmedicin och **Annette Sverker** ny docent i socialvetenskaplig rehabiliteringsmedicin vid medicinska fakulteten, Linköpings universitet.

Joakim Esbjörnsson är ny docent i virologi, **Giuseppe Nicola Giordano** ny docent i folkhälsovetenskap med inriktning epidemiologi och **Anne Wissendorff Ekdahl** ny docent i geriatrik vid medicinska fakulteten, Lunds universitet.

AVLIDNA

Rolf Sandström, Uppsala, 77 år, död 5 december 2018

KALENDARIUM

Göteborgs läkaresällskaps onsdagsmöte: Tema diabetologi
Tid: Onsdag den 27 februari kl 18.00.
Plats: Hörsal Arvid Carlsson, Academicum, Medicinaregatan 3, Göteborg.
Föreläsning: »Risker och möjligheter vid diabetessjukdom« (Katarina Eeg-Olofsson och Araz Rawshani).
● Samkväm, middag (200 kr). För att vara säker på plats till middagen; föranmäl: info@goteborgslakaresallskap.se.

Läs mer!
För ett fullständigt kalendarium se Läkartidningen.se

Etiskt perspektiv på styrningen av sjukvården
Tid: Tisdag 19 mars kl 18.00–19.30.
Plats: Svenska läkaresällskapet, Klara Östra Kyrkogata 10, Stockholm.
● Nätverket mot olämplig styrning av hälso- och sjukvården arrangerar tisdagsdebatten på Svenska läkaresällskapet utifrån ett etiskt perspektiv. Under mötet presenteras en »bör«-bild och en »är«-bild av de etiska förutsättningarna för styrningen av svensk sjukvård. Syftet är att lyfta fram glappet som råder, samt diskutera vad som kan göras för att förbättra situationen.
● För program och mer information se www.sls.se.

Nationell biobankskonferens 2019
Tid: 26–27 mars.
Plats: Svenska mässan, Mässans gata 1, Göteborg.
● Tema: »Biobank Sverige – från idé till verklighet«. Konferensen tar bland annat upp samverkan Biobank Sverige och arbetet med att bygga en nationell biobanksinfrastruktur, digitalisering och de senaste innovationerna inom biobankning, regeringens »life science«-satsning och lagar och regler.
● Info och anmälan: biobanksverige.se/nationellbiobankskonferens/.

Prisföreläsningar: Sjöbergpriset
Tid: Fredag den 29 mars kl 15.00–17.00.
Plats: Biomedicum 1, Karolinska institutet, Solnavägen 9, Solna.
● De officiella föreläsningarna av årets Sjöbergpristagare, cancerforskarna Dennis J Slamon, University of California, Los Angeles och Brian J Druker, Oregon Health & Science University, Portland, USA, hålls på Karolinska institutet.
● Föreläsningarna organiseras av Kungl Vetenskapsakademien och Karolinska institutet, är kostnadsfria och öppna för allmänheten. Ingen föranmälan. Evenemang filmas och publiceras senare på www.kva.se/video.

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
Nyhetschef: Sara Pramsten
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
Medlemstidning: 08-790 35 70
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 22 mars 2019

Äldrepsykiatri

Bygget konferens
Norrlandsgatan 11, Stockholm



Välkomna till eftermiddagens seminarium om äldrepsykiatri. I den årsrika befolkningen ser vi exempel på såväl god hälsa och hög livskvalitet som stort psykiskt lidande, som inte speglas av vårdresurserna. Självmordstalen är höga bland äldre män. Depressioner är mycket vanliga men går att behandla framgångsrikt med såväl läkemedel som psykoterapi. Äldre multisjuka använder mest läkemedel av alla, samtidigt som läkemedelsforskningen i liten utsträckning inkluderar denna grupp.

Kom och uppdatera dig med aktuell kunskap om detta angelägna ämnesområde!

Preliminärt program • 22 mars 2019

12.00–13.00 **Registrering och lättare lunch**

13:00–13:05 **Inledning.**
Docent Margaretha Bågedahl Strindlund, Läkartidningen

13:05–13:35 **Vad skulle svensk äldrepsykiatri behöva?**
Docent Karin Sparring Björkstén, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska institutet

13:35–14:05 **Depression hos äldre är lätt att missa.**
Med dr Mikael Ludvigsson, specialistläkare i geriatrik och ST-läkare i psykiatri, Linköpings universitet

14:05–14:35 **Psykofarmakologi i åldrandet.**
Docent Ingvar Karlsson, AgeCap, Sahlgrenska akademin vid Göteborgs universitet

14:35–15:05 **Kaffe**

15:05–15:35 **Suicid hos äldre.**
Professor Margda Waern, AgeCap, Sahlgrenska akademin vid Göteborgs universitet

15:35–16:05 **Psykoterapi med äldre.**
Fil dr, leg psykolog Lise Bergman Nordgren, Kompetenscentrum för psykoterapi, Inst. för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet och Stockholms läns landsting

16:05–16:30 **Sammanfattning och frågor till panelen**

Moderator: *Jessica Freudenthal, med dr och specialist i allmänmedicin, Kungsholmsdoktorn, Stockholm*

Programansvariga: *Karin Sparring Björkstén och Margaretha Bågedahl Strindlund*

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 28 februari 2019

Sällsynta diagnoser

Ingenjörshuset

Malmskillnadsgatan 46, Stockholm

På Skottdagen, den 28 eller 29 februari vart fjärde år, uppmärksammas Sällsynta dagen i mer är 30 länder över hela världen. Sällsynta diagnoser eller sjukdomar drabbar 3-6 procent av befolkningen. Många av dessa tillstånd är ärftliga och mycket sällsynta; andra är sällsynta men gömmer sig bland de vanliga folksjukdomarna, där vi många gånger är dåliga på att skilja ut dem. Detta kan vara viktigt då det kan finnas en hög risk för släktingar att insjukna, men också att särskilda behandlingar kan finnas tillgängliga. Multiorganproblematiken leder också till att patienten blir bollad mellan olika verksamheter och ingen anser sig ha förmåga eller kunskap att ta ett helhetsansvar.

Med detta seminarium vill vi sprida kunskap om det sällsynta och fästa uppmärksamhet på sällsynthetens dilemma – ett sällsynt tillstånd är ofta dåligt dokumenterat i litteraturen och vårdgivarna har dålig kunskap om det enskilda tillståndet och det är svårt att få fram den information som finns.

Välkommen till en givande eftermiddag!



Preliminärt program • 28 februari 2019

12:00–13:00	**Lunch och registrering**
13:00–13:10	**Välkommen!**
13:10–13:35	**Vad är en sällsynt diagnos?** *Docent Maria Soller, Karolinska universitetssjukhuset.*
13:35–14:00	**Att ha ett barn med en sällsynt diagnos.** *Beata Ferencz, förälder, Riksförbundet Sällsynta diagnoser*
14:00–14:30	**Nya metoder för genetiska undersökningar.** *Professor Anna Wedell, Karolinska universitetssjukhuset.*
14:30–15:00	**Kaffe**
15:00–15:25	**En kardiologs syn på genetisk testning.** *Annelie Svensson, överläkare, Linköpings universitetssjukhus*
15:25–15:50	**Inte bara bröstcancer - om Li-Fraumenisyndromet** Uppföljning efter diagnostik av en sällsynt cancer. *Docent Marie Stenmark Askmalm, Universitetssjukvården, Region Skåne*
15:50–16:15	**Genetisk testning - för vem och av vem?** *Docent Ulf Kristoffersson, Universitetssjukvården, Region Skåne*
16:15–16:45	**Sammanfattning och frågor till panelen**

Moderator: *Ulf Kristoffersson*

Programansvariga: *Ulf Kristoffersson och Läkartidningen*

Utställare

Chiesi
Rare Diseases

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