KLINIK & VETENSKAP
Förmaksflimmer – tidig eller sen konvertering?

MÖTET
Allmänläkaren skrev bok om projektet att bli svensk

#49–50
2019

Läkartidningen

Tidskrift från Sveriges läkarförbund • Sedan 1904 • 4 December 2019 • vol 116 •1977–2036



Allt färre studenter väljer Polen

Läkartidningen arrangerar

Stockholm 7 februari 2020

Cancerscreening
– dåtid, nutid, framtid

Ingenjörshuset • Malmskillnadsgatan 46, Stockholm

Välkommen till ett heldagsseminarium med en bred genomgång av screening för olika cancersjukdomar med tyngdpunkt på Sverige men även i ett globalt perspektiv. På seminariet blir det en genomgång av kriterier för screening, samt för- och nackdelar med screeningverksamhet. Utvecklingen av screeningverksamhet i Sverige avhandlas, hur dagens program ser ut samt hur de kan komma att utvecklas och breddas i framtiden.

Seminariets föreläsare är, på nationell nivå, involverade i vårdprogramsgrupper och utredningar beträffande screening av tumörsjukdomar. Målet är att ha ett interaktivt möte, mellan de olika screeningspecialisterna och med åhörare.

Välkommen till en intressant dag!



Preliminärt program • 7 februari

09:30–10:10	**Registrering och kaffe**
10:10–10:15	**Välkommen! Introduktion till dagens program.** *Med. dr. Hildur Helgadottir, onkolog, överläkare Karolinska universitetssjukhuset.*
10:15–11:00	**Introduktion om screening, screening för tjock- och ändtarmscancer.** *Docent Sven Törnberg, onkolog, f.d. överläkare Karolinska universitetssjukhuset.*
11:00–12:00	**Bröstcancerscreening.** *Docent Sophia Zackrisson, radiolog, överläkare Skånes universitetssjukhus samt professor Per Hall, onkolog, överläkare, Karolinska institutet.*
12:00–12:50	**Lunch**
12:50–13:50	**Livmoderhalscancerscreening.** *Professor Joakim Dillner, infektionsepidemiolog, Karolinska institutet och docent Björn Strander, gynekolog, överläkare, Regionalt cancercentrum väst.*
13:50–14:30	**Prostatacancerscreening.** *Professor Ola Bratt, urolog, överläkare Sahlgrenska universitetssjukhuset.*
14:30–15:00	**Kaffe**
15:00–15:25	**Lungcancerscreening.** *Med. dr. Signe Friesland, onkolog, överläkare och specialitetsansvarig för onkologi, Karolinska universitetssjukhuset.*
15:25–15:50	**Hudcancerscreening.** *Med. dr. Hildur Helgadottir, onkolog, överläkare Karolinska universitetssjukhuset.*
15:50–16:35	**Cancerscreening och överdiagnostik.** *Karsten Juhl Jørgensen, överläkare vid Rigshospitalet i Köpenhamn, direktör för Cochrane Norden.*
16:35–17:00	**Paneldiskussion, avslutande ord.**

För ST-läkare motsvarar symposiet delmål a2, a5 och b2 i SOSFS 2015:8 samt för allmänmedicin c12, för radiologi C1, C5, C11 och c12, för onkologi c7 och c8 och för patologi c9 (för specialitetsspecifika delmål (c) för andra specialiteter får ST-handledare intyga)

Programansvarig och moderator: *Hildur Helgadottir, överläkare, Karolinska universitetssjukhuset.*

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

INNEHÅLL

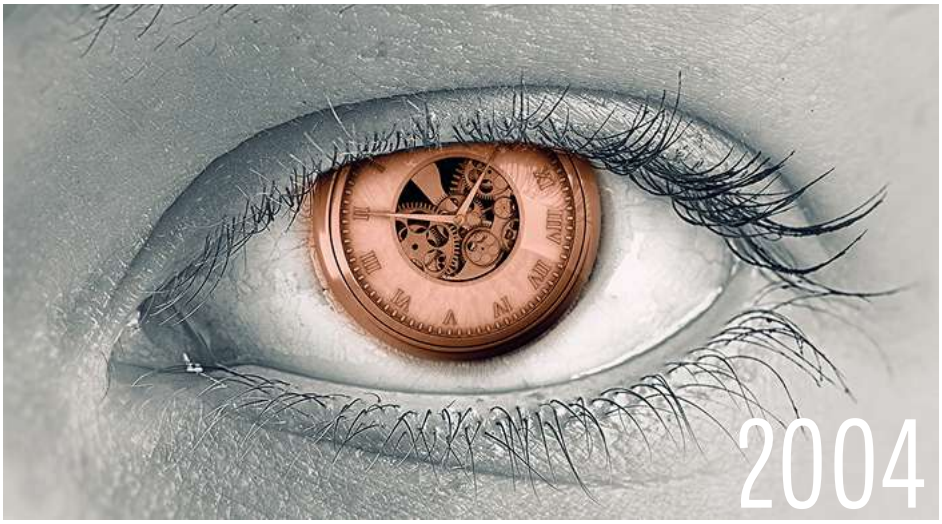


Foto: Mostphotos

Fördröjd vård är den vanligaste avvikelsen inom ögonsjukvården.

#49–50 2019

4 till 17 december



Hanna André och Sanna Mahdi är två av de studenter LT har träffat i Polen.

Foto: Natalia Dobryszycka/ TT

Glömda svenska läkarstudenter behöver hjälp

I DENNA UTGÅVA berättar vi om en grupp blivande svenska läkare som riskerar att hamna i en besvärlig situation.

Läkartidningen har besökt svenska läkarstudenter i Polen (se sidan 1986), som liksom Sverige är ett av få länder i Europa där utbildningen inte leder till legitimation.

Det innebär att det krävs AT för att få legitimation. Denna väljer så gott som alla svenska studenter att göra i Sverige.

Tidigare har det varit en fungerande lösning att förlägga sin AT till Sverige. Men när Sverige på hösten 2021 får en sexårig legitimationsgrundande utbildning ska AT successivt fasas ut. Därför finns en oro bland de svenska läkarstudenterna i Polen för att de inte kommer att kunna få AT i Sverige.

– Vi som studerar här i Polen är väldigt rädda för att bli bortglömda. Ibland tror jag inte Sverige inser hur många vi är, säger Lina Lago, lokalordförande för Sveriges läkarförbund student utland i Bydgoszcz.

JUST NU LÄSER nästan 1 000 svenskar till läkare på tio olika orter i landet.

Lina Lago tycker att det borde ligga i Sveriges intresse att hitta en lösning, både på kort och lång sikt. Förhoppningsvis går det att hitta en sådan. För dessa läkarstudenter bör vara välkomna in i den svenska sjukvården.



Pär Gunnarsson,
chefredaktör

▼ NYHETER

1982 Missnöje med sjukhusvarsel samlar över 14 000 i vården

Han blir doktor på läkaren som patient

1983 Sahlgrenska ska spara 400 tjänster – utan varsel

Prisas för bästa presentationen på 4 minuter

1984 Nytt avtal ger öppen tillgång till vetenskapliga artiklar

Primärvårdsläkare i Västmanland kräver mer pengar

1985 Utsläppen av medicinska gaser i vården minskar

1986 Studenter i Polen: »Många undrar över vad som händer nu«

▼ DEBATT

1992 Genusmedicinsk kompetens måste säkras i nya läkarutbildningen

Så vinner du priset »Bästa handledare«

1994 Biotininterferens kan ligga bakom felaktiga analysresultat

▼ KRÖNIKAN

1995 Jakob Ratz Endler

▼ KULTUR

2028 50 år med koloskopi och polypektomi

2031 Pek till salu!

▼ KLINIK & VETENSKAP

1998 Förmaksflimmer spontankonverterar ofta till sinusrytm. Tidig konvertering är därmed alltmer ifrågasatt Medicinsk kommentar

1997 Det livsviktiga syret

2000 Nya rön: Ökad risk för typ 2-diabetes hos städare, yrkesförare och fabriksarbetare

2001 IBD under barndomen kopplad till lägre skolbetyg

2002 Hög prevalens av borrelia i norrländska taigafästingar

Menscykler och cykelfaser

2004 Originalstudie: Fördröjd vård är den vanligaste avvikelsen inom ögonsjukvården

2009 Fallbeskrivning: Torakal aktinomykos – allvarlig sjukdom och en diagnostisk svår utmaning

2012 Fallbeskrivning: Neonatal purulent parotit ovanlig men potentiellt allvarlig infektion

2014 Rapport: HUVS – sällsynt men inte ofarlig vaskulit associerad med urtikaria



1997 Dalia Merkland, en av författarna till artikeln om fördröjd ögonvård, där 102 Ivo-ärenden har granskats, intervjuas.

ALLTID I LÄKARTIDNINGEN

1981 SIGNERAT Komplementär och alternativ medicin - vad kan vi lära oss?

2018 MEDLEM Information från Sveriges läkarförbund

2020 LEDIGA TJÄNSTER med platsannonser

2033 MÄNNISKOR & MÖTEN

Nästa nummer
av Läkartidningen utkommer den 18 december.

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).

BIKTARVY®
bictegravir 50mg/emtricitabine 200mg
tenofovir alafenamide 25mg tablets
(Rx EF)

THE BEAUTY OF WHAT IS POSSIBLE

BIKTARVY®[1] ▼ (BIC/FTC/TAF) a triple therapy that combines bictegravir, an INSTI*, with FTC/TAF

- **86 % efficacy in treatment-naïve PLWHIV** at Week 96[1]**
- **Zero resistance in phase 3 clinical trials[1]**
- **With or without food[1]**

1. Biktarvy SmPC, Available at: www.ema.europa.eu.



▼ **Detta läkemedel är för närvarande föremål för utökad övervakning.**

BIKTARVY® (biktegravir, emtricitabin och tenofoviralafenamidfumarat), 50 mg/200 mg/25 mg, filmdragerade tabletter. Rx. EF Kostnadsfritt enligt SmL. Virushämmande medel för systemiskt bruk; virushämmande medel mot hiv-infektioner, kombinationer. **Indikationer:** Avsett för behandling av vuxna infekterade med humant immunbristvirus 1 (hiv-1) utan nuvarande eller tidigare tecken på virusresistens mot integrashämmare, emtricitabin eller tenofovir. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot de aktiva substanserna eller mot något hjälpämne. Ska inte ges samtidigt med rifampicin och johannesört. **Varningar och försiktighet:** Biktarvy rekommenderas inte vid beräknat CrCl < 30 ml/min. Rekommenderas inte vid gravt nedsatt leverfunktion. Utsättande av Biktarvy-behandling hos patienter med samtidig hiv- och HBV-infektion kan vara associerad med svåra akuta exacerbationer av hepatit och patienter som avbryter behandling med Biktarvy ska övervakas noggrant åtminstone under flera månader efter avslutad behandling. **Interaktioner:** Ska inte ges samtidigt med läkemedel som innehåller tenofoviralafenamid, tenofovirdisoproxil, lamivudin eller adefovirdipivoxil. Vissa läkemedel rekommenderas inte för samtidig administrering med Biktarvy: atazanavir, karbamazepin, ciklosporin (IV eller oral användning), oxkarbazepin, fenobarbital, fenytoin, rifabutin, rifapentin eller sukralfat. Ska inte ges samtidigt med andra antiretrovirala läkemedel. Bör ges minst 2 timmar före, eller tillsammans med mat 2 timmar efter, syraneutraliserande medel som innehåller magnesium och/eller aluminium. Bör ges minst 2 timmar före järntillskott eller tillsammans med mat. **Graviditet och amning:** Ska användas under graviditet endast om den eventuella nyttan uppväger den eventuella risken för fostret. Ska inte användas under amning. **Biverkningar:** *Vanliga:* Onormala drömmar, depression, huvudvärk, yrsel, diarré, illamående, trötthet. *Mindre vanliga:* Anemi, ångest, sömnstörningar, självmordsbeteende, kräkningar, buksmärta, dyspepsi, flatulens, hyperbilirubinemi, angioödem, urtikaria, utslag, klåda, artralgi. Fall av osteonekros och immunreaktiveringssyndrom har rapporterats. **Innehavare av marknadsföringstillståndet:** Gilead Sciences Ireland UC, Irland. **För information:** Kontakta Gilead Sciences, 08 505 718 00. För fullständig information om dosering, varningar och försiktighet, interaktioner, biverkningar samt aktuell information om förpackningar se fass.se. För pris hänvisas till respektive apotek eller apotekskedja.
Baserad på produktresumé: 06/2019

* Integrase strand transfer inhibitor
** People living with HIV

BIK/SE/19-09/PM/1408 Date of preparation: Sep 2019

Gilead Sciences | Hemvärnsgatan 9, SE-171 54 Solna | Phone: + 46 (0)8 505 71 800 | Fax: + 46 (0)8 505 71 801

GILEAD

Komplementär och alternativ medicin – vad kan vi lära oss?

UNDER SOMMAREN 2019 kom slutbetänkandet med lagförslag i utredningen om komplementär och alternativ vård (KAM). En spännande läsning där utredaren Kjell Asplund skickligt balanserat mellan att inte alls tillåta alternativa metoder och kanske på sikt låta vissa metoder integreras i hälso- och sjukvården. Syftet med förslagen är att skydda patienter från undvikbara vårdskador och allvarliga hälsorisker.

Under studietiden gjorde några kurskamrater och jag en enkel studie av några av de alternativa behandlingsmetoder som då bjöds – vi talar 1960-tal. Vi inkluderade även olika hälsobefrämjande koster i studien. Vi fann en rik flora av metoder och koster som påstod sig kunna bota allt från huvudvärk och varicer till olika cancersjukdomar. En skrämmande upplevelse som redan då övertygade mig om att det måste finnas en klar rågång mellan dessa ovetenskapliga metoder och skolmedicinen.

I skolmedicinen används metoder som varit föremål för vetenskapliga studier och uppföljning, medan alternativmedicinens behandlingar inte genomgått någon egentlig vetenskaplig utvärdering. Inom skolmedicinen känner vi till risker, biverkningar och utsikt till bot, medan de alternativmedicinska behandlingarnas biverkningar är mer eller mindre okända.

Vad talar vi om för risker? En rad biverkningar av både somatisk och psykisk art kan naturligtvis förekomma, men den stora risken är att en alternativ behandling fördröjer eller innebär att en effektiv vetenskapligt grundad behandling åsidosätts. Flera cancerläkare har tyvärr nyligen rapporterat

Kanske är KAM:s popularitet ett tecken på misslyckande hos skolmedicinen? Med stress, svår arbetsmiljö, dålig kontinuitet och tidsbrist finns det inte alltid tid att motivera och förklara och göra patienten så delaktig i vården som patientsäkerhetslagen kräver.

en ökning av andelen patienter som avböjer hela eller delar av den av sjukvården föreslagna cancerbehandlingen som ges i syfte att bota sjukdomen för att i stället välja en alternativ behandling.

Betänkandet betonar att vårdpersonal och vårdmottagare/patienter systematiskt bör informeras om komplementär och alternativ medicin. Det är mycket viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal vet vad alternativa metoder innebär för att kunna föra informerade och vägledande samtal med patienter. Information till allmänheten på 1177 måste dock formuleras på ett sätt som inte legitimerar KAM-metoderna.

I betänkandet föreslås en ny lag, i stället för patientsäkerhetslagen (PSL), där de så kallade kvacksalveribestämmelserna ska återfinnas. Man föreslår bland annat förbud mot att utreda och behandla allvarlig sjukdom – inklusive psykisk sjukdom – med alternativa metoder, liksom ett förbud mot att utreda och behandla sjukdomar relaterade till graviditet och mot att utreda och behandla sjukdomar hos barn under femton års ålder, oavsett allvarlighetsgrad.

Symtomlindrande åtgärder föreslås dock vara tillåtna. Till ledning för att bestämma vad som kan vara allvarlig sjukdom finns bland annat försäkringsmedicinska bedömningar i Socialstyrelsen, men det behövs mer detaljerade texter till stöd. Det behövs också en fördjupad diskussion om av vad som är behandling av sjukdom och vad som är lindring/behandling av symtom. Distinktionen är svår. Symtomlindring går ofta hand i hand med behandling av sjukdom. Tolkningsbekymmer kommer att uppstå.

VARFÖR ÄR ALTERNATIV och komplementär medicin så attraktiv för många? Kan skolmedicinen lära sig något av KAM-utförarna? Kanske är KAM:s popularitet ett tecken på misslyckande hos skolmedicinen? Med stress, svår arbetsmiljö, dålig kontinuitet och tidsbrist finns det inte alltid tid att motivera och förklara och göra patienten så delaktig i vården som patientsäkerhetslagen kräver. Vården blir lätt för teknisk, empatin och läkekonsten kan bli åsidosatt. Detta kan innebära att patienten inte upplever att hen fått tillräcklig tid att sätta sig in i och förstå behandlingen och tappar förtroendet för skolmedicinen. Patienten söker då alternativ eller komplementär behandling.

Flera av skolmedicinens behandlingar har tidigare varit alternativa, men har efter vetenskapliga studier inkorporerats i skolmedicinens arsenal. Ett viktigt budskap till dem som arbetar med alternativa och komplementära metoder är att all behandling bör dokumenteras och resultaten och biverkningarna följas upp. Enligt 6 kap 1 § patientsäkerhetslagen (PSL) ska hälso- och sjukvårdspersonal utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Visst kan vi lära oss av KAM-utövarnas arbetssätt, men patienten måste kunna lita på att läkare aldrig använder metoder som saknar vetenskaplig grund.



Torsten Mossberg
LEDAMOT, FÖRBUNDSSTYRELSEN, LÄKARFÖRBUNDET
torsten.mossberg@slf.se

Sveriges läkarförbund

Sjukvårdsuppropet i Stockholm

Missnöje med sjukhusvarsel samlar över 14 000 i vården

Efter de stora varslen på Stockholmssjukhusen samlar sig nu sjukvårdspersonal för att visa sitt missnöje. På bara några dagar har över 14 000 personer slutit upp. »Det finns en stor desperation«, säger en av initiativtagarna.

På kort tid har varsel om neddragning med hundratals tjänster lagts gällande sjukhus i Stockholm. I början av månaden meddelade Karolinska universitetssjukhuset att 250 läkar- och 350 undersköterskетjänster ska bort. I våras la sjukhuset också ett varsel på 550 tjänster inom administration. Och nyligen meddelade både Södersjukhuset och Danderyds sjukhus med mindre än en timmes mellanrum att sjukhusen kommer att varsla om 100 tjänster vardera.

– Ilskan på vårdgolvet, och bristen på förståelse från ledning och politiker, blir ganska tydlig när man jobbar, säger Laura Björnström, ST-läkare i akutsjukvård på Södersjukhuset.

Det är hon som tillsammans med ST-läkaren Akil Awad startat uppropet. Det gjorde de genom att planera en protestmarsch senare i december och berätta om det i en grupp med namnet »Stockholms sjukvårdsupprop« på Facebook.



Foto: Charlotte Rückl

Laura Björnström, en av initiativtagarna till proteströrelsen mot neddragningarna på akutsjukhusen.

Den gruppen startade den 25 november. Vid Läkartidningens pressläggning en vecka senare hade gruppen samlat över 14 600 personer som är verksamma i vården.

– Vi vill samla alla yrkeskategorier, säger Laura Björnström.

Hon tror att varslen och de stora organisationsförändringarna i Stockholmssjukvården kommer att försämra patientsäkerheten, förlänga vårdköerna och försämra arbetsmiljön. Det är något även Stockholms läkarförening har påtalat. Laura Björnström tror också att de mest sköra och sjuka patienterna kommer att drabbas hårdast.

– Man har prioriterat genom att ta bort resurser från de stora akutsjukhusen, där de mest akuta patienterna ändå hamnar, utan att tillskjuta mer resurser till primärvården först. Vi anser att det är en felaktig prioritering och strider mot hälso- och sjukvårdslagen, säger Laura Björnström.



Facebookgruppen Sjukvårdsuppropet startade den 25 november och samlar allt fler.

Den 14 december klockan 12 på dagen planerar gruppen att hålla en protestmarsch som utgår från Mynttorget i Gamla stan i Stockholm. Dit är både vårdpersonal och befolkningen i största allmänhet välkomna. Laura Björnström och några andra planerar också en debattartikel där de ger uttryck för protestgruppens missnöje och varför de tycker att politiker och sjukhusledning prioriterar fel.

Varför tror du att så många anslutit sig på så kort tid?

– Det finns ett väldigt stort missnöje och en stor desperation. Vi är överens om att ingen är överflödig på akutsjukhusen. Man känner sig missförstådd när ledningen anser att de här varslen är nödvändiga. Vi kan inte förstå hur politikerna resonerar när de säger att det är en ofrånkomlig omställning.

Jesper Cederberg

Han blir doktor på läkaren som patient



Mötet med en svårt cancersjuk läkare gjorde att Jonatan Wistrand – numera ST-läkare i allmänmedicin – började fundera på hur det är för en läkare att själv bli patient. Nu disputerar han vid Lunds universitet med en avhandling på det temat.

I avhandlingen – som har sin akademiska hemvist i medicinsk humaniora – har Jonatan Wistrand tittat närmare på hur läkare med egna ord beskriver sina upplevelser av den dubbla roll som det innebär att vara både läkare och patient i ett antal texter skrivna under 1900- och 2000-talet.



Foto: Olle Dahlbäck

Jonatan Wistrand

Jonatan Wistrand är noga med att betona att han inte kan säga så mycket på allmän basis utifrån sin forskning, eftersom den är av kvalitativ natur. Men han tycker sig ändå se en del mönster.

– Det handlar framför allt om att läkaren i de vittnesmål som är skrivna under tidigt 1900-tal är mer fast förankrad i sin läkaridentitet under hela sjukdomen. Läkaren blir egentligen aldrig patient, säger Jonatan Wistrand och fortsätter:

– I de vittnesmål som är skrivna närmare vår egen samtid är det mycket tydligare så att läkaren har en mer flexibel identitet och kan gå ur sin läkarroll och in i en patientroll.

Han tror att det har att göra



Foto: Marie Ullnert

Sahlgrenska ska spara en halv miljard.

Sahlgrenska ska spara 400 tjänster – utan varsel

400 tjänster ska bort när Sahlgrenska universitetssjukhuset ska spara en halv miljard kronor.

Trots att budgeten ökar 2,5 procent till 18,2 miljarder kronor står Sahlgrenska universitetssjukhuset inför besparingar på en halv miljard kronor nästa år. Större delen ligger på personalsidan, där 400 nettoårsarbetare ska bort. Det ska ske genom naturliga avgångar, såsom pensioner eller vikariat som inte förnyas.

– Det är min absoluta ambition; varsel jobbar vi inte med på Sahlgrenska. Jag kan inte se att vi hamnar i en situation där det blir varsel, säger sjukhusstyrelsens ordförande Henrik Ripa (M).

Redan i år skulle antalet tjänster minska. Sjukhuset har dock inte lyckats så bra som man hoppats. Därför är Ilja Laesser, ordförande i sektionen för Sahlgrenska universitetssjukhuset inom Västra Götalands läkarförening, orolig att man inte lyckas nästa år heller.

– Vi har ju sett att man inte har lyckats att komma ner i bemanningstal så mycket man tänkt i naturliga avgångar det här året. Men det beror också på att man har öppnat avdelningar och anställt personal, säger hon.

Sjukhuset har ökat sin vårdproduktion, något som fortsätter även 2020. Att då minska personalstyrkan tycker Ilja Laesser är fel väg att gå.

– De två områden som går back mest har också ökat produktionen mest och överproducerat kraftigt. Det beror på att vi har patienter som har behov av vård. Det kostar pengar, men de finns inte i budgeten.

Jesper Cederberg

Prisas för bästa presentationen på 4 minuter

▶ Keivan Javanshiri, läkare och forskare inom demenssjukdom, är svensk mästare i att presentera forskning på fyra minuter. Hans tips? Var sparsam med powerpointen och använd gärna rekvisita.



Foto: Erik Cronberg

Keivan Javanshiri vann.

– Det kändes fantastiskt kul! Jag älskar att presentera och stå på scen. Att få göra det när man verkligen ansträngt sig för att banta ner det till fyra minuter är en liten bekräftelse, säger Keivan Javanshiri till Läkartidningen.

Han gör forskar-AT och varvar klinik i Malmö med forskning som doktorand på neuropatologen vid Lunds universitet. Hans forskning handlar om alzheimer och vaskulär demens och huruvida det finns koppling till exempelvis diabetes och hjärt–kärlsjukdom. I det ingår att mikroskopera hjärnor, fastställa vilken demens patienterna har haft och titta på sjukdomshistorik.

Och det här redogjorde han alltså för i tävlingen Forskargrand prix, som gick av stapeln i Stockholm i förra veckan. Det är en tävling i presentationsteknik för forskare, där deltagarna ska presentera sin forskning så pedagogiskt som möjligt på blott fyra minuter. Tävlingen samordnas av föreningen Vetenskap och allmänhet sedan 2012.

Vad har du för tips för en bra presentation?

– Jag tror nyckeln är att utnyttja de här fyra minuterna till att få publiken att lyssna på just dig, att inte distrahera för mycket med powerpoint och så – det tar uppmärksamhet från det du berättar. Man kan tjäna mycket på kroppsspråk och tonläge, det ger en ganska stark effekt på publiken. Och använd rekvisita.

Rekvisitan i Keivan Javanshiris fall var två fikusplantor som fick representera hjärnor. Det var också ett grepp som juryn uppskattade, vilken tyckte att presentationen var metodisk, systematisk och tydlig.

Vad fick dig intresserad för den här forskningen?

– Jag blev tidigt under läkarutbildningen amanuens för obduktionsundervisningen. Sedan gjorde jag mitt examensarbete om just demens. Jag insåg att det var spännande och att det fanns många olösta gåtor. Så jag har haft ett allmänt intresse som blivit ett brinnande intresse under tidens gång.

Jesper Cederberg

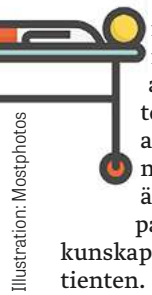


Illustration: Mostphotos

med att läkare numera »är mer vana att hänga av sig stetoskopet och bli något annat på fritiden« och med att vårdpersonal är mer van att möta patienter som har mer kunskap än den gängse patienten.

Men också med att läkare numera är betydligt mer specialiserade än tidigare.

– Man förväntas inte behärska så mycket mer än sitt eget lilla fält.

Det var när han som läkarstudent jobbade som undersköterska på onkologen och mötte en svårt cancersjuk patient – själv läkare – som Jonatan Wistrand på allvar började fundera på de svårigheter det kan innebära att bli patient som läkare.

– Många läkare, nästan alla skulle jag tro, tycker ju att det där är lite svårt. Det är inte helt självklart hur man ska agera, vilken roll eller position man ska inta.

Enligt Jonatan Wistrand kan det rent praktiskt vara svårt att veta vilken väg in i sjukvården man ska välja som läkare när man blir sjuk. Han konstaterar att det finns en mängd informella vägar, som att skriva ut recept till sig själv eller haffa en kollega i förbifarten och fråga om några symtom.

– Men att avvika från de upparbetade kanalerna kan också innebära risker. Ansvarsfördelningen blir otydligare, liksom utredningsgång och uppföljning.

Samtidigt tycker han att det inte finns något givet svar på hur man som läkare ska behandla en patient som själv är läkare.

– Det som tycks funka bäst, och det som jag tror funkar bäst, är om man ganska tidigt uppmärksammar varandra på att man står inför en situation som kanske är lite speciell. Bara genom att göra det outtalade uttalat så tror jag att det kan bli lättare att hitta en väg framåt.

Katrin Trysell

Nytt avtal ger öppen tillgång till vetenskapliga artiklar

Det svenska Bibsamkonsortiet har tecknat ett nytt avtal med förlaget Elsevier. Det innebär att svenska forskare återigen får tillgång till förlagets tidskrifter – och att alla svenska forskningsartiklar kommer att kunna publiceras med öppen tillgång.

Sommaren 2018 sa det så kallade Bibsamkonsortiet upp sitt avtal med Elsevier, världens största vetenskapliga förlag, och forskare och läkare vid svenska universitet och högskolor stod utan direkttillgång till nya artiklar i tidskrifter som Cell och Lancet.

Konflikten, som beskrivits utförligt i Läkartidningen, gällde bland annat kostnader för öppen tillgång till vetenskapliga publikationer, så kallad open access.

Den svenska hållningen var att man ville byta affärsmodell så att man i stället för prenumerationer ska betala för att få vetenskapliga artiklar publicerade och för att allt som publiceras av svenska forskare ska ligga öppet globalt.



Illustration: Mostphotos

Efter en långdragen förhandling har Bibsamkonsortiet nu tecknat ett nytt »transformativt« avtal med förlaget. Det meddelar Kungliga biblioteket i ett pressmeddelande. Transformativa avtal syftar just till att ställa om från prenumerationer till betalning för publicering med öppen tillgång.

– Förhandlingarna har resulterat i att en stor andel av svensk forskning blir öppet tillgänglig och att vi samtidigt får kontroll över de skenande kostnaderna. Det är ett viktigt steg i övergången till öppen vetenskap. Jag är också glad över det stöd och den förståelse vi fått från forskarsamhället under den tid de inte haft åtkomst till de senaste forskningsartiklarna från Elsevier, säger Astrid Söderbergh Widding, rektor för Stockholms universitet, ordförande i förhandlingsgruppen samt Bibsamkonsortiets styrgrupp, i pressmeddelandet.

Det nya avtalet, som är treårigt och börjar gälla den 1 januari 2020, innebär:

- Obegränsad öppet tillgänglig publicering i Science Direct Freedom Collection (inklusive tidskrifter från lärda sällskap), Cell Press och alla öppet tillgängliga tidskrifter.
- En unik pilot som innebär öppet tillgänglig publicering av 100 artiklar i Cell Press hybridtidskrifter, vilket täcker hela konsortiets publicering i dessa tidskrifter.
- Läsrättigheter till Science Direct Freedom Collections cirka 2 000 tidskrifter från 1995, och som tillval Cell Press (14 tidskrifter).
- Publicering med CC-BY-licens (eller annan öppen licens enligt författarens önskemål).

Den 10 december tar universitet och högskolor ställning till om de ska gå med.

Bibsamkonsortiet har även tecknat transformativa avtal med Wiley, Springer Nature, Taylor & Francis, SAGE och Oxford University Press.

Joakim Andersson

Primärvårdsläkare i Västmanland kräver mer pengar

135 primärvårdsläkare har ställt sig bakom en protest mot Region Västmanland. De är kritiska till att riktade statsbidrag inte gått till primärvården.

Protesten, som undertecknats av 135 primärvårdsläkare, riktar sig till politikerna i Region Västmanland. Kritiken handlar till stor del om att de riktade statsbidrag som regionen fick i somras inte hamnat i primärvården.

– Pengarna är borta, säger Rune Kaalhus, ordförande i Distriktsläkarföreningen i Västmanland och initiativtagare till uppropet, till Läkartidningen.

Han menar att ungefär 100 miljoner kronor, inräknat statsbidraget för att stärka den nära vården samt delar av statsbidraget till investeringar i vårdens medarbetare, borde gått till primärvården.

Men dessa pengar har inte synts till, och i uppropet kräver läkarna att de betalas ut till primärvården före årets slut.

Enligt Rune Kaalhus har pengarna försvunnit till projektledare, processöversyn, instruktionsskrivande samt planering av det nya sjukhuset i Sala. Han hänvisar till en redovisning av hur statsbidraget har använts som regionen nyligen skickat till Socialstyrelsen.

– De lägger dit 6 miljoner kronor för att rita på det nya sjukhusbygget i Sala. Man kan allvarligt fundera på vad socialministern tänker om det när de pratar om att man måste satsa på den nära vården, och inte minst vårdcentraler. Det vore väl bättre att satsa på de två vårdcentraler som finns i Sala än att rita på det sjukhusbygget, säger Rune Kaalhus.

Joakim Andersson

Sörmland testar egen digital vård

Sörmland har blivit ett nav för privata nätläkare som Min Doktor och Kry. Men fram till i dag har regionen inte haft en egen digital lösning för primärvården. Nu har ett pilotprojekt sparkat igång.

– Vi ser det som en alternativ väg för patienterna att komma i kontakt med vården. Det är inte alla som vill eller behöver ringa och prata i telefon, säger Eva Neidenström, projektledare och verksamhetsutvecklare inom primärvården i Sörmland.

Pilotprojektet inleds på fem vårdcentraler där patienterna kan komma i kontakt med vården via chatt, till exempel genom 1177 Vårdguiden. Där ställer en så kallad chattbot, ett datorprogram, frågor om patientens tillstånd – en sorts smart triagering.

– Man kan se det som ett alternativ till telefonsystemet. Det handlar om att hitta rätt vårdnivå. I det här fallet är det en bot som egentligen ställer samma frågor som våra sjuksköterskor gör, säger Eva Neidenström.

Den digitala tjänsten bemannas samma tider som vårdcentralerna har öppet, men patienterna kan inleda sina ärenden genom att svara på frågorna när som helst på dygnet. Tanken är att patienterna ska kunna få kontakt med alla yrkesgrupper som finns i den fysiska vården.

– I princip alla kan vara med i det här. Våra medicinska sekreterare kommer att kunna ta en hel del av frågeställningarna som i dag handläggs av sjuksköterskorna, vilket ofta är helt fel kompetens. Det är ganska mycket administrativa frågeställningar som kommer in, säger Eva Neidenström.

Jesper Cederberg



Illustration: Mostphotos



Foto: Mostphotos

Utsläppen av medicinska gaser i vården minskar

Utsläppen av medicinska gaser har halverats sedan 2009. Det visar en ny miljörapport från Sveriges Kommuner och regioner. Alla regioner har minskat sin klimatpåverkan, men det skiljer stort.

Samtliga regioner har som mål att minska sin klimatpåverkan. Östergötland vill exempelvis vara klimatneutrala nästa år, och Stockholm ska 2021 ha minskat utsläppen med minst 50 procent jämfört med 2011. Det visar en miljörapport som ingår i Sveriges Kommuner och regioners (SKR) »Öppna jämförelser«.

Hur och vad regionerna redovisar i sitt klimatarbete varierar dock stort. Exempelvis Östergötland och Kalmar län redovisar avfall och livsmedel, medan Halland och Blekinge inte gör det. Fyra regioner saknar dessutom helt en samlad årlig klimatredovisning, vilket kan göra den egna uppföljningen svårare.

Region Kalmar län gjorde sitt första klimatbokslut 2014. Hållbarhetschef Johanna Schelin framhåller att det är viktigt att analysera resultaten.

– Om ett utsläpp gått upp måste vi veta varför, säger hon i en intervju i SKR:s rapport och nämner läckage av lustgas som en orsak till ökade utsläpp 2017.

Just medicinska gaser är en del av klimat- och miljöarbetet som SKR:s rapport tar upp. Lustgas står för den absolut största delen av klimatpåverkan. Andra gaser kan vara sevofluran, isofluran och desfluran. De här gaserna påverkar klimatet mycket mer än koldioxid. Lustgasen har 265 gånger större klimatpåverkan per viktenhet än koldioxid. Störst påverkan har desfluran – 1 790 gånger koldioxidens.

Totalt har de medicinska gasernas utsläpp mer än halverats mellan 2009 och 2017. Omräknat till så kallade koldioxidekvivalenter har de minskat från 4,8 till 2,3 kilo per invånare och år. Men utsläppen varierar stort mellan regionerna: från 1,3 kilo i Stockholm till 4,9 i Kronoberg. Nio regioner har minskat sin klimatpåverkan på det här området och sex har ökat något.

Den främsta orsaken till minskningen är att flera regioner byggt nya destruktionsanläggningar för lustgas. 2007 installerades den första anläggningen på försök i Region Stockholm. I dag finns det 35 aktiva anläggningar installerade i 14 regioner. Men sju regioner saknar dock destruktionsanläggningar. Hade de också haft tekniken skulle klimatpåverkan ha minskat med ytterligare 13 procent, motsvarande 3 000 ton koldioxid, enligt rapporten.

Jesper Cederberg

I KORTHET

UNDERSKOTTET PÅ AKADEMISKA PASSERAR EN HALV MILJARD

▶ Akademiska sjukhuset räknar med ett underskott på över 500 miljoner kronor i år. Enligt läkarföreningen är prognosen inte förvånande. Samtidigt finns en oro för att varsel likt de som lagts i Stockholm också kan drabba Akademiska.

LEVERANSKAOSET I SJUKVÅRDEN SKA GRANSKAS

▶ De fem regioner som drabbats av leveransproblem av sjukvårdsmaterial har beslutat att tillsätta en extern granskning. Uppdraget går till Toivo Heinsoo, som ska presentera en rapport i juni nästa år.

TLV FÅR NY GENERALDIREKTÖR



▶ Agneta Karlsson (bilden) har utsetts till generaldirektör för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Hon har lång erfarenhet av läkemedelsbranschen och har också jobbat som statssekreterare på Socialdepartementet.

RIKSREVISIONEN: IVO BEHÖVER BÄTTRE FÖRUTSÄTTNINGAR

▶ Inspektionen för vård och omsorg lever inte helt upp till förväntningarna, och det beror delvis på att regeringen inte ger myndigheten tillräckliga förutsättningar, konstaterar Riksrevisionen i en ny rapport.

KAROLINSKA HYR IN LÄKARE PÅ AKUTEN TROTS VARSEL

▶ Trots att Karolinska universitetssjukhuset har varslat 250 läkare fortsätter man att anlita hyrläkare. Nyligen fick läkare på andra sjukhus erbjudande från ett bemanningsföretag om att arbeta som hyrläkare i akutverksamheten.

GÄVLEBORG FÅR SITT FÖRSTA VIRTUELLA HÄLSORUM

▶ Region Gävleborg har öppnat ett virtuellt hälsorum i Svågadalen i Hudiksvall. Där kan patienter få hjälp av sjukvårdspersonal via en videolänk. Faller försöket väl ut vill regionen satsa på fler hälsorum.

POLIS ANMÄLER VÅRDEN EFTER UPPREPAT SJÄLVMORDSFÖRSÖK

▶ Två poliser som kom till akuten efter en kvinnas självmordsförsök fick höra att hon försökt ta sitt liv även föregående dag, men att hon skickats hem efter samtal med läkare. Nu anmäls vårdgivaren till Inspektionen för vård och omsorg.

NYTT KLAGOMÅLSSYSTEM INTE BÄTTRE FÖR PATIENTSÄKERHETEN

▶ Det system för patienters klagomål som infördes 2018 är mer effektivt, men har inte haft så stor betydelse för patientsäkerheten. Erfarenheterna stannar ute i verksamheterna, är slutsatsen från Statskontoret i en ny rapport.

SKL HAR BYTT NAMN TILL SKR

▶ Sveriges Kommuner och landsting har bytt namn. Ordet »landsting« ersätts med »regioner«, efter ett beslut vid kongressen förra veckan.

Den 1 januari i år gick de sista sju landstingen över till att bli regioner, vilket innebär att de också får ansvar för den regionala utvecklingen. Det är mot bakgrund av det som Sveriges Kommuner och landsting (SKL) nu har beslutat att byta namn.

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

Polen är det populäraste utbildningslandet för svenska läkarstudenter utomlands. Men söktrycket har minskat stadigt de senaste åren. Nu avråder Läkarförbundet från att börja en polsk läkarutbildning på grund av risken att hamna i kläm när AT avskaffas.

Text: **Marie Ström** Foto: **Natalia Dobryszycka**



Natalia Dobryszycka/TT

»Många undrar över



Sanna Mahdi och Hanna André läser till läkare i polska Wrocław.

För första gången på ett decennium toppar inte Polen listan över de populäraste studieorterna för svenska läkarstudenter utomlands. I år har nämligen Riga i Lettland gått om den tidigare helt ohotade ettan Gdańsk.

Mycket talar för att trendbrottet kommer att hålla i sig. Läsåret 2015/16 fanns det 1 125 svenska läkarstudenter i Polen. Då kom vändningen. Sedan dess har färre och färre svenskar valt Polen.



Foto: Marie Ström

Utanför entrén till Wrocławs universitetssjukhus står – precis som på många andra platser i Wrocław – en bronsstaty av en vätte. De små figurerna är ett minne av oppositionen mot kommunistregimen under 1980-talet. Här är det förstås en i läkarrock, som lyssnar på en patient med sitt stetoskop.

Polska Wrocław har länge legat på de svenska utlandsstudenternas topplista och är fortfarande den tredje största studieorten. Enligt CSN pluggar 142 svenska läkarstudenter här. För fyra år sedan var det 223 stycken.

Några våningar upp i det polska universitetssjukhusets komplicerade korridorsystem har den svenska läkarstudenten Huseyin Admis urologilektion. En senior professor med vänlig uppsyn leder gruppen med internationella läkarstudenter genom korridoren.

Huseyin Admis får tillåtelse att lämna lektionen för en kort stund. Som ordförande i SLF student utland har han mycket att stå i utöver utbildningen. Särskilt nu.

– I mitt år, år fem, är vi ungefär 30 svenskar. Året under är det 10–15 stycken och åren under det är det ännu färre, säger han och lutar sig mot korridorväggen.

– Det är en tydlig trend i hela Polen. På vissa studieorter finns inga svenska läkarstudenter alls på de tidiga terminerna. Ett annat tydligt exempel på förändringen som sker nu är ju att Riga har gått om Gdańsk.

vad som händer nu«

RIGA LOCKAR FLEST SVENSKA LÄKARTSTUDENTER

Skolort	Land	Antal
Riga	Lettland	394
Gdańsk	Polen	372
Wrocław	Polen	142
Olsztyn	Polen	133
Kaunas	Litauen	112
Sofia	Bulgarien	89
Košice	Slovakien	74
Warszawa	Polen	73
Szczecin	Polen	68
Katowice	Polen	60
Białystok	Polen	49
Prag	Tjeckien	48
Târgu Mureș	Rumänien	45
Cluj-Napoca	Rumänien	41
Odense	Danmark	9

Källa: CSN



»Om man söker till Polen bör man vara beredd på att det kommer att bli svårare och svårare att få tag på AT-platser i Sverige – även om AT kommer att finnas kvar ett tag«, säger SLF student utlands ordförande Huseyin Admis.

Natalia Dobryszycka/TT

SLF student utlands lokalordförande i Wrocław, Alexander Beckert, vittnar om samma sak.

– Vi har sett en rätt stor minskning i antalet svenskar. Alla årskullar över oss har haft runt 80 procent svenskar. Sedan dess har det gått ner. I stället har det blivit fler tyskar.

Ett par dagar tidigare på utlandsstudenternas fackliga kongress, som hålls i just Wrocław, har Läkartidningen samlat honom och fem andra lokalordförande från några polska studieorter. Alla utom en läser termin 9. Under åren i Polen har de sett den vikande trenden på nära håll.

– I Warszawa har vi precis vinkat av en ganska stor årskull med svenskar. I mitt år är vi ungefär tio, och sedan går de successivt neråt, säger Georg von Baumgarten.

Edwin Sagar Gautam, som läser i Poznań, berättar att det inte har börjat någon ny svensk de senaste tre åren.

Lina Lago, som studerar i Bydgoszcz, nickar igenkännande.

– När jag började ettan var det 50 procent svenskar bland sexorna. Från min årskull har det gått ner.

I Bydgoszcz var det dock en liten ökning i år. Fyra nya studenter började. De senaste åren har det annars bara varit enstaka nya svenskar.

– Det blir lite kluvet: »Det är jätteroligt att ni är här, men jag vill inte vara i er situation«, säger Lina Lago.

På många studieorter har det blivit fler tyskar i stället, men i bland annat Gdańsk har tomrummet efter svenskarna fyllts med norrmän.

»Det är en tydlig trend i hela Polen. På vissa studieorter finns inga svenska läkarstudenter alls på de tidiga terminerna. Ett annat tydligt exempel på förändringen som sker nu är ju att Riga har gått om Gdańsk.«

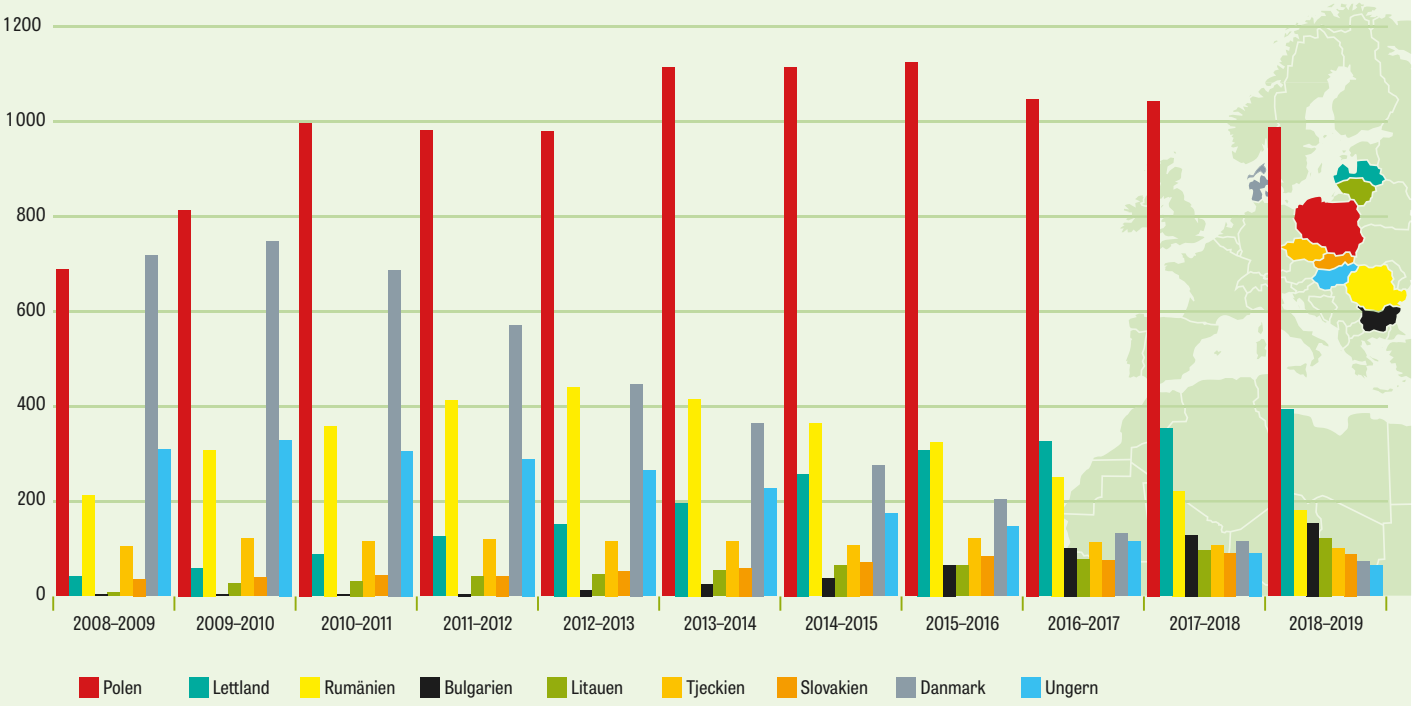
Så varför är det färre svenska studenter som väljer att plugga i Polen? Förklaringen är sannolikt att Polen, liksom Sverige, är ett av få länder i Europa som inte har en legitimationsgrundande läkarutbildning. Där krävs allmäntjänstgöring (AT) för att få läkarlegitimation. I dag väljer i princip alla svenskar som pluggat i Polen att göra AT i Sverige.

Men när Sverige hösten 2021 får en sexårig legitimationsgrundande utbildning ska AT successivt fasas ut. Det påverkar i högsta grad läkarstudenterna i Polen.

– Många känner en rädsla för vad som ska hända när AT försvinner. Om man ska göra AT i Polen krävs C1-nivå i polska, och det är inte det enklaste att uppnå samtidigt som man går en läkarutbildning, säger Huseyin Admis.

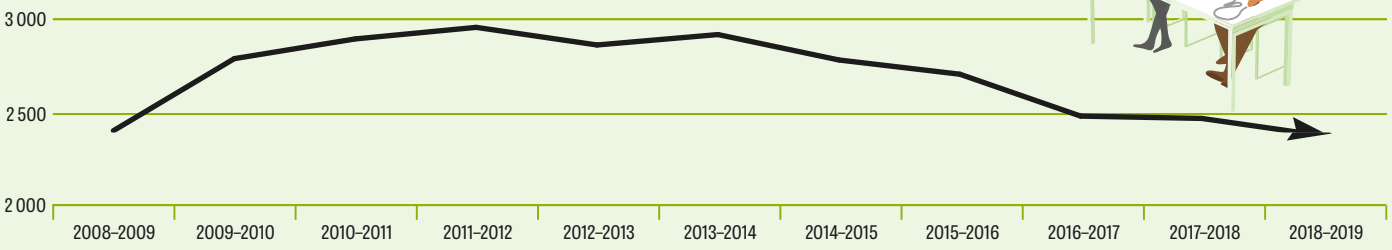
POLEN LIGGER FORTFARANDE I TOPP

Antal svenska läkarstudenter som får studiemedel från CSN för studier i de mest populära länderna



FÄRRE SVENSKA LÄKARSTUDENTER STUDERAR UTOMLANDS

Antal svenska läkarstudenter som får studiemedel från CSN för studier, hela världen





Källa: CSN / Illustration: Jakob Robertsson/Typoform

Underläkarna i Polen har dessutom protesterat mot låga löner, dåliga arbetsvillkor och dålig arbetsmiljö de senaste åren.

De fackliga representanterna på studieorterna får många frågor från oroliga studenter.

– De som går tredje året är oroliga för att de få AT-platserna som finns när de är klara kommer att reserveras för svenska studenter. Jag förstår deras oro och har inga svar att ge till dem, säger Edwin Sagar Gautam från Poznań.

Samtidigt är mycket oklart. Det är till exempel inte bestämt hur länge AT ska finnas kvar.

– Som ordförande har man ett ansvar för de svenska läkarstudenterna på sin lokalort, och jag tycker att det är extremt frustrerande att jag inte kan ge dem några riktiga svar. Jag tycker inte det ska gå till så, säger Oscar Jedenius från Gdańsk.

Han anser att SLF student utland bör starta en särskild insatsgrupp för studenterna i Polen.

Även Huseyin Admis beskriver förvirringen bland utlandsstudenterna som stor.

– Många undrar över vad som händer nu. Jag har till och med personer i min årskurs som fram till nyligen trodde att de ska göra BT, säger han.

Nästa år slutar han som ordförande och lämnar styrelsen, men han tycker att en viktig uppgift för den nya styrelsen är att informera om konsekvenserna av förändringarna i Sverige.

På ett kafé i Wrocław sitter Sanna Mahdi och Hanna André djupt försjunkna i sina studier, trots att det är söndag. De har inte tid att gå på kongressen, som pågår samtidigt i en annan del av staden. De läser andra året på läkarutbildningen vid Wrocław Medical University.

Nästa vecka har de två prov och ska dessutom förbereda en presentation på polska. Studenterna på den engelskspråkiga läkarutbildningen läser polska under de första två åren.

De hade helst velat utbilda sig i Sverige. När de inte kom in på läkarutbildningen där sökte de sig till Wrocław, efter att ha blivit tipsade om utbildningen av andra läkarstudenter. De beskriver det som ett svårt beslut att flytta från familj och vänner.

– Det är nytt land, ett nytt folk, ett nytt språk. Polen ligger nära Sverige, men det



Foto: Marie Ström

Edwin Sagar Gautam, student i Poznań; Georg von Baumgarten, Warszawa; Oscar Jedenius, Gdańsk; Lina Lago, Bydgoszcz; Wera Riesbeck, Szczecin och Alexander Beckert, Wrocław.

är inte alls som i Sverige. Det är mer »old school« här, säger Sanna Mahdi.

I Polen är utbildningen mer auktoritär och hierarkisk. Det är närvarokontroller: läkarstudenterna måste vara på samtliga föreläsningar, och det är många. Och små obligatoriska delprov måste bockas av för att komma vidare i utbildningen.

– Till skillnad från Sverige, där jag upplever ett mer avslappnat förhållningssätt till lärarna, så titulerar vi dem »doktor« här. Det kändes stramt i början, men visar också respekt och är lätt att vänja sig vid, säger Hanna André.

Att gå läkarutbildningen i Wrocław kostar runt 60 000 kronor per termin. Blir man underkänd på en kurs, får kursen betalas på nytt.

– När det gäller det ekonomiska så är det så klart en viss press att klara kurserna, säger Hanna André, som trots allt är väldigt nöjd med utbildningen.

Wrocław Medical University har anor från tidigt 1800-tal. Campus består av en mängd mer eller mindre slitna men vackra tegelbyggnader.

Vi går in genom porten till Collegium Anatomicum, en byggnad som de flesta läkarstudenter har starka minnen ifrån. Här hålls det första årets anatomikurs. Ovanför porten står »Mors janua vitae« – som fritt översatt betyder ungefär »döden är dörren till liv«.

I trapphallen hänger en kopia av Rembrandts oljemålning »Dr Nicolaes Tulps anatomilektion« och i korridorerna sitter och står studenter i vita labbrockar och väntar på att deras lektioner ska börja.

– Här har man haft många nervösa timmar första året. Anatomin är den största och mest tidskrävande kursen, så man vill verkligen inte misslyckas med den, säger Hanna André.

I hennes och Sanna Mahdis årskull är de 13 svenskar. I årskullen under dem är det bara sju. I deras klass dominerar tyskarna.

– Det hade varit roligare om vi var ett större gäng med svenskar. De som började före oss har bättre sammanhållning, säger Hanna André.

– Ja, det är jättetråkigt att vi är så få, fyller Sanna Mahdi i.

Även de tror att reformeringen av den svenska läkarutbildningen är en viktig orsak till det minskade söktrycket.

– Många har nog skrämts upp och backar kanske eftersom det kommer bli färre AT-platser i Sverige. Man tänker kanske att det kommer att bli jättelång väntetid, säger Sanna Mahdi och fortsätter:

– Jag tror det blir lite skakigt för de nya svenskarna som börjar nu. Jag tror att färre kommer att söka sig hit. Man satsar kanske på att göra högskoleprovet i stället och försöka få en plats i Sverige.

De vill göra AT i Sverige och är oroliga för hur utfasningen av AT kommer att påverka deras situation.

– Jag funderar på om jag ska försöka flytta till Sverige och fortsätta utbildningen där i stället efter femte terminen, säger Sanna Mahdi.

Men de avråder inte andra svenskar att komma till Wrocław, tvärtom.



Natalia Dobryszycka/TT

Den engelskspråkiga läkarutbildningen i Wrocław har länge varit populär bland svenskar.



Foto: Marie Ström

Collegium Anatomicum, Wrocław Medical University, har anor från tidigt 1800-tal.

»Som ordförande har man ett ansvar för de svenska läkarstudenterna på sin lokalort, och jag tycker att det är extremt frustrerande att jag inte kan ge dem några riktiga svar.«

Oscar Jedenius, läkarstudent, Gdańsk

I Hanna Andrés och Sanna Mahdis årskull går det 13 svenskar, i årskullen under dem bara sju. Klasserna domineras av tyska studenter.



Natalia Dobryszycka/TT

»Många har nog skrämts upp och backar kanske eftersom det kommer bli färre AT-platser i Sverige.«

Sanna Mahdi,
läkarstudent, Wrocław

– Det skulle vara kul om det kom fler svenskar till skolan. Jag skulle absolut rekommendera svenskar att söka sig hit. Det är väldigt mycket studier, men det är en bra utbildning, säger Hanna André.

På scenen på den pågående utlandskongressen står Läkarförbundets utredare Hampus Carlson och besvarar frågor. 63 procent av deltagarna är svenska Polenstudenter.

– Ska man rekommendera folk att söka till Polen? undrar en tjej.

– Jag tycker att man ska varna för studier i Polen. Säga att det är väldigt, väldigt osäkert. Givet vad vi vet i dag så skulle jag inte rekommendera någon att söka till Polen om man vill jobba i Sverige efter sin utbildning, säger Hampus Carlson.

Han berättar att de svenska tandläkarna haft en liknande situation. Även bland dem har Polen länge varit ett populärt utbildningsland. Men förra året gjordes det polska utbildnings- och praktiksystemet om. Det ledde till att de som gick engelskspråkiga tandläkarutbildningar, och inte kunde polska, plötsligt inte kunde slutföra utbildningen. Då införde den svenska regeringen en möjlighet till praktik och kompletteringsutbildning i Sverige.

– Regeringen vill förstås inte utestänga flera hundra läkarstudenter som pluggat i Polen och som behövs inom svensk hälso- och sjukvård. Men man vet aldrig: det är väldigt mycket osäkerheter, säger Hampus Carlson.

SLF student utland håller med.

– Från och med nästa år tror jag inte man ska söka en läkarutbildning i Polen. Vi vill inte att någon av våra medlemmar ska fastna i Polen, säger Huseyin Admis.

Men Polen är trots allt fortfarande det land som utbildar flest svenska läkare förutom Sverige. Just nu läser nästan 1 000 svenskar till läkare på tio olika orter i landet.

SLF student utland tycker att både Polen och Sverige har ett ansvar för att se till att ingen hamnar i kläm mellan de två utbildningssystemen. Huseyin Admis skulle allra helst se att även den polska läkarutbildningen anpassades till övriga EU.

Utlandsföreningen för en dialog med de största medicinska lärosätena i Polen om konsekvenserna av förändringarna i Sverige. Enligt Huseyin Admis har flera rektorer sagt att de tänker föra fram frågan till ansvariga politiker.

– De svenska utlandsstudenterna är en viktig inkomstkälla för universiteten. På mitt universitet ser de ett behov av en förändring.

Hanna André och Sanna Mahdi tror däremot inte att de polska universiteten är särskilt oroliga över att svenskarna sviker. Platserna fylls snabbt av studenter från andra länder och nya pengar kommer in.

– Jag tror inte de tänker på vilken nationalitet som studenterna har, så länge platserna blir fyllda, säger Sanna Mahdi.

Även lokalordförandena tvivlar på att Polen bryr sig särskilt mycket om de svenska läkarstudenternas situation.

De hoppas mer på Sverige.

– Vi som studerar här i Polen är väldigt rädda för att bli bortglömda. Ibland tror jag inte att Sverige inser hur många vi är, säger Lina Lago, lokalordförande i Bydgoszcz.

Hon tycker att det borde ligga i Sveriges intresse att hitta en lösning, både på kort och lång sikt.

– Det finns så många svenska läkare som är utbildade i Polen. Det är ett fungerande system – vi klarar av att jobba i den svenska sjukvården och blir duktiga läkare. Jag tycker det är synd om man tappar det.

Hon och de andra lokalordförandena nämnder kompletteringsutbildningar som exempelvis KULT (kompletterande underläkartjänstgöring) eller ett kunskapsprov som möjliga lösningar.

– Vi är beredda på att jobba hårt och anpassa oss till det svenska systemet. Men det gäller att vi får en ärlig chans att göra det, säger Georg von Baumgarten.

Text: **Marie Ström**
Foto: **Natalia Dobryszycka/TT**



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!

FUNDAMENTET I LÄKARGÄRNINGEN AVSKAFFAS

▶ Fundamentet i läkargärningen, individuell utredning, diagnostik, behandling och etik, håller på att ersättas med politiskt beslutade utredningspaket och standardiserade vårdförlopp, utan involvering av professionen.

Värdebaserad vård saknade evidens, Boston Consulting Group slängdes ut från Nya Karolinska sjukhuset. Är det rensat i stallet nu? Inte alls. Läkemedelsföretag och svenska institutioner fortsätter att driva värdebaserad vård. Detta kallas i stället standardiserade vårdförlopp.

Mycket talar för att de är en förberedande del till det megalomana »Medilytics big data«, ett projekt (stött av EU) med det uttalade syftet att industrialisera vården. Den vårdsökande (ofta multisjuk, med sammansatta behov) ska mot läkekonstens regel om helhetsomhändertagande brytas ner i diagnosflöden. Läkarförbundet och Läkaresällskapet måste kräva att Sveriges Kommuner och landsting redovisar vilken evidens som finns. Det skriver Stella Cizinsky, Bengt Järhult, Peter Lindell och Hans Wingstrand.

Läkartidningen. 2019;116:FWSC

Läs hela artikeln.
Läkartidningen.se

Genusmedicinsk kompetens

Just nu fastställs kursplaner för den nya sexåriga läkarutbildningen. Genusmedicin måste bli en självklar del av läkarutbildningen.

Styrelsen för Kvinnliga läkares förening: Sofia Zettermark, Sarah Galien, Jenny Andersson, Susanne Bergenbrant Glas, Elizabeth Lichtenstein, Maria Undén Morein, Agnes Andreason, Cypre-Anne Gonzáles, Tua Hallström

Just nu pågår arbetet med att fastställa kursplaner för den nya sexåriga läkarutbildningen. Behovet av ett genusperspektiv inom medicinsk utbildning har erkänts på regeringsnivå [1]. Kvinnliga läkares förening anser att genusmedicin måste bli en självklar del av den framtida läkarutbildningen.

Att läkare kan tillämpa ett genusperspektiv i forskning, behandling och bemötande är essentiellt för att säkerställa en rättvis och jämställd vård. Forskning visar på behovet av att granska och förstå vården ur ett genusperspektiv. Studier visar att män och kvinnor behandlas olika även när det inte är medicinskt indicerat:

- Kvinnor får sämre tillgång till ny dialysteknik och får vänta längre på diagnos på hjärtrytmrubbning [2].
- Män behandlas i högre utsträckning enligt nationella riktlinjer för hjärt-kärlsjukdom, och 75 procent av patienter med sviktpacemaker är män trots att behovet är lika stort hos bägge könen [3].

Behovet av att se vården ur ett större samhälleligt genusperspektiv blir tydligt då gifta kvinnor i högre utsträckning än gifta män beviljas hemtjänst, troligtvis eftersom kvinnliga närstående förväntas ge sina män den omsorg samhället annars skulle ge [4].



Illustration: Mostphotos

Vi ser också att kvinnor gör fler suicidförsök, men betydligt fler män suiciderar, vilket visar på behovet av genusmedveten diagnostik och tillgång till vård [5].

Förvånansvärt nog nämns inte kön eller genus i de nationella målen för läkarexamen [6, 7]. I de lokala målen vid de sju lärosätena är det enbart Umeå och Göteborg som uttryckligen nämner ordet genus [8, 9]. Vid Linköpings universitet har en formulering om att studenterna ska »ha uppnått en genus-

Så vinner du priset »Bästa handledare«

Här levereras tips för den som vill »vinna pris« som bästa handledare.


Oskar Krakau, läkarstudent termin 8, Örebro universitet


Nicole Laszlo, läkarstudent termin 6, Karolinska institutet


Erica Aldenbäck, läkarstudent termin 10, Uppsala universitet

Kliniker är olika duktiga på att lära upp studenter. Vi har under vår utbildning stött på både bra och dåliga exempel och har sammanställt tips som vi sett hos bra handledare. Många knep är väl värda att sprida vidare.

På mottagning. Uppmana till att läsa på om patienterna. Be studenten sköta samtal, status, bedömning (flika in vid behov) och dokumentation. Handledaren bör ta första patienten så ser studenten hur det brukar gå till. Efter besöket är frågor pedagogiskt, exempelvis: »Varför tar hen prednisolon?«, »Vilka differentialdiagnoser är viktiga att beakta?«

På avdelning. Här spenderar studenterna mycket tid, och en god utbildningsmiljö är viktig. Betona att frågor är välkomna. Studenten lär sig mest genom att sköta arbetet kring ett fåtal utvalda patienter. Det inkluderar anteckningar, rond, remisser, telefonkonsulter, MDK, röntgenrond, ordinationer och recept (på din dator under uppsyn). Ge feedback på journalanteckningar. Erbjud studenten att i förväg stämma av vad som ska sägas på rond och i konsultärenden. Konsultärenden görs med fördel på högtalartelefon. Studenten får då öva på att dra patientfall och handledaren missar inte viktig information.

Fyll även ut »dödtid«:

- Låt studenten öva auskultation samt olika undersökningar, till exempel rutinnervstatus.
- Låt studenten tolka EKG och gå igenom tillsammans.
- Ge korta studieuppgifter utifrån patienter: »Varför får leversjuka Per vätska i buken?« eller »Vad säger Strama om antibiotikabehand-

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

måste säkras i nya läkarutbildningen



Brist på genusmedvetenhet hos blivande läkare hindrar utvecklingen av en mer jämställd och jämlik vård, anser Kvinnliga läkares förening.

medvetenhet som kommer till uttryck i det framtida yrkesutövandet« ändrats till »visa kunskap om och förståelse för betydelsen av jämlikhet och lika villkor i samhället« [10]. Vid Karolinska institutet har formuleringen att studenterna ska »dela en allmän värdegrund om människors jämställdhet ur ett genus-, etniskt och kulturellt perspektiv« ersatts av »utvecklat ett förhållningssätt med intresse och respekt för medmänniskor« [11].

Vi uppfattar detta som att tydliga mål gällande genusmedicinsk kompetens helt saknas eller har ersatts med svepande formuleringar som är svåra att grunda undervisningsmoment och objektiv utvärdering på.

Genusmedicin integrerar ett köns- och genusperspektiv i medicinen, där såväl de biologiska som de sociologiska könsskillnaderna spelar roll [12, 13]. Genusmedicin är inte en åsiktsfråga, det är en kunskapsfråga. Detta måste återspeglas i läkarutbildningen.

De flesta svenska läkarstudenter ställer sig positiva till genusundervisning, men det finns också en grupp som uttrycker motstånd och negativa åsikter mot ämnet [14]. Enskilda studenters intresseområden eller motvillighet till viss undervisning är dock inte ett argument som bör ha bäring på utformningen av läkarutbildningen. Utbildningen ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet, där genusmedicin ingår som en självklar del. Lika lite som till exempel ortopedi eller kirurgi kan väljas bort baserat på personlig preferens kan det göras med genusmedicin.

> **»Vi uppfattar detta som att tydliga mål gällande genusmedicinsk kompetens helt saknas ...«**

Undervisningen behöver också kvalitetssäkras och följas upp. I dag lämnas genusundervisningen ofta till studentdrivna intressegrupper, vilket hade varit helt oacceptabelt för andra medicinska kunskapsområden. Det är av stor vikt att kunskap om genusperspektiv inom medicinen implementeras och tydliggörs i både nationella och lokala mål, samt i undervisnings- och tentamensmoment på läkarutbildningen.

Det finns risk för att brist på genusmedvetenhet hos blivande läkare leder till att strukturella problem individualiseras, vilket i förlängningen hindrar utvecklingen av en mer jämställd och jämlik vård. Därmed är det av yttersta vikt att genusmedicinska mål tydligt definieras på såväl nationell som lokal nivå i den nya läkarutbildningen. Universiteten måste ta ansvar för att säkerställa framtida genusmedicinsk kompetens inom läkarkåren. ○

Läs mer! Referenslistan, se webben: Läkartidningen. 2019;116:FW4I



Mostphotos

ling av pneumoni?«. Låt hen redovisa och få möjlighet att befästa kunskaper med kliniska exempel.

- Simulera akutfall genom att diskutera inskrivningsanteckning, initialt status samt differentialdiagnoser. Låt studenten presentera enligt SBAR och ställ frågor som: »Baserat på status, vad hade du velat göra nu?«
- Låt studenten följa med patienter på exempelvis ultraljud, elkonvertering eller pleuratappning.

Vid rond. Välj ut 1–2 patienter som studenten fokuserar på under veckan. Dag 1 rondar handledaren alla patienter. Det ger en uppfattning om strukturen. Dag 2–3 rondar studenten med stöd. Är patienten stabil och på bättringsvägen kan studenten dag 4–5 ronda själv och föreslå vidare handläggning. Finns rondmall för avdelningen? Dela ut den.

På operation. Detta är ett gyllene tillfälle att fortbilda i anatomi. Frågan »Vad händer om vi inte opererar patienten?« är ofta motiverad. Sammanfatta operationen, beskriv de större momenten på förhand och gå igenom röntgenbilder. Det ger studenten möjlighet att orientera sig i förloppet och gör operationen mer intressant. Efterförloppet är viktigt: Fasta? När är hemgång tänkbar?

I primärvård. Låt studenten ta egna patienter på drop in-mottagning, handledaren tar efteråt egen anamnes och undersöker. Saknas studentmottagningsrum? Använd en kollegas rum som är ledigt. Låt studenten gå med en sjuksköterska och se hur triage går till. Erbjud studenterna att öva injektion, provtagning, ventrikelsond etc på varandra.

Handledare som tar extra ansvar sätter guldkant på placeringen. Vi uppskattar:

- »Sängkantsundervisning«.
- »Symtomsafari«. Studenterna läser på om en patient på sin avdelning. Handledaren samlar studenter som är placerade på exempelvis kirurgiska avdelningar. Gruppen går runt (efter samtycke) och drar patientfall enligt SBAR och lär sig av statusfynden. Detta fungerar särskilt väl vid specialiserade placeringar där studenterna annars inte möter olika patientgrupper.
- Mindre seminarium för studenterna, exempelvis tolkning av blodgas, spirometri eller odlingar.
- Sammanställda fallpresentationer som undervisningsmaterial.
- Utvärderingslunch/-fika som skapar ett naturligt avslut. Diskutera placeringen och vad som kan göras bättre.

Avslutningsvis vill vi tacka alla som handleder och lägger energi på att utbilda oss, trots era övriga arbetsuppgifter i den kliniska vardagen. ○

Biotininterferens kan ligga bakom felaktiga analysresultat

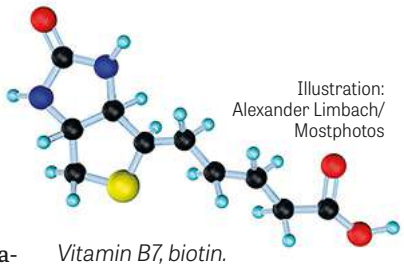


Illustration: Alexander Limbach/ Mostphotos

Vitamin B7, biotin.

Den amerikanska läkemedelsmyndigheten FDA har nyligen varnat för risken för felaktiga analysresultat på grund av biotininterferens. FDA är särskilt oroat för falskt låga troponinresultat.



Anders Larsson, professor, överläkare, klinisk kemi och farmakologi, Uppsala
anders.larsson@akademiska.se

Patienter och läkare är ofta omedvetna om biotininterferens i laboratorieanalyser. Även om läkare är medvetna om denna störning är de förmodligen omedvetna om hur mycket biotin (vitamin B7; ibland vitamin H) enskilda patienter tar. Eftersom patienterna troligen inte är medvetna om att biotininterferens förekommer, kommer de inte heller spontant att berätta för behandlande läkare att de tar tillskott av vitamin B7. De kanske inte ens är medvetna om det själva.

Problemet är att det finns personer som äter mycket stora mängder biotin, och det kan vara svårt att alltid ta höjd för det när man utvecklar laboratorietest. Det dagliga rekommenderade intaget av biotin är 0,03 mg, och den mängden orsakar vanligtvis inte några analysproblem. Det är när patienten självmedicinerar med stora mängder biotin som det uppstår problem.

Det går i dag att köpa tabletter på nätet med 20 mg biotin, och ofta rekommenderas att man tar flera tabletter per dag. Det innebär att man ökat intaget med 1 000 gånger jämfört med det normala. Det finns också möjligheter att ta »hästdoser« av biotin. Priset för en 4-kilosförpackning biotin var nyligen cirka 650 kronor på nätet. Det innebär att biotin är billigt även i extremt stora mängder. Indikationen för häst är i första hand att stärka hovarna. Det kan då vara lätt att tänka sig att preparatet även borde ge starkare/vackrare hår och naglar.

»Det finns också möjligheter att ta 'hästdoser' av biotin.«

Många kosttillskott som enligt annonsering påstås gynna hår, hud och naglar kan innehålla höga nivåer av biotin. Det finns också en del patienter med MS som behandlas, eller behandlar sig själva, med stora biotindoser. Att biotin även benämns vitamin B7 och ibland vitamin H gör det svårare att identifiera patienter som tar stora doser.

Den amerikanska läkemedelsmyndigheten FDA (Food and Drug Administration) har nyligen gått ut med ett varningsmeddelande om biotininterferens. Avsikten är att sprida kunskap om att biotin kan ge felaktiga analysresultat. Oftast ger biotininterferensen upphov till falskt låga resultat i test som är baserade på biotinteknologi. Det är alltså inte alla test som påverkas av biotin. FDA är särskilt oroat för interferens som ger upphov till falskt låga troponinresultat. Här följer rekommendationer i korthet:

Vårdgivare: Fråga dina patienter om de behandlar sig med biotin eller multivitaminpreparat som innehåller biotin. Var medveten om att det i så fall kan störa resultaten av flera laboratorieanalyser. Överväg biotininterferens som möjlig felkälla om ett laboratorietestresultat inte stämmer överens med den kliniska bilden hos din patient.

Provtagningspersonal: I samband med provtagning bör man fråga om patienten tar biotin eller ett biotininnehållande preparat. Det saknas tyvärr information om hur länge man behöver hålla upp med biotinintaget före provtagning för att förhindra felaktiga testresultat.

Patienter: Prata med din läkare om du för närvarande tar eller tänker börja med biotininnehållande preparat. Var medveten om att vissa kosttillskott, särskilt de som anges vara bra för hår, hud och naglar, kan ha mycket höga nivåer av biotin. Tillskott som innehåller höga biotinnivåer kan ge upphov till felaktiga analysresultat som till exempel negativa troponinanalyser.

Delta i debatten!

Har du något viktigt att dela med dig av?
Skriv en debattartikel i Läkartidningen.

Mejla till debattredaktör ewa.knutsson@lakartidningen.se

Läkartidningen

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

»Man kan inte gå från död till födelse så snabbt, inte i huvudet.«

DEN UNGA KVINNAN kommer in med pågående hjärtkompressioner. På hennes bröstkorg sitter en hydraulisk maskin som låter som en pålkran när den rytmiskt trycker ner hennes bröstkorg. Samtidigt som hon rullas in på ambulansbåren leds hennes föräldrar förbi, mamman skriker och sträcker sig efter sin dotter.

När larmet gick om att ambulansen var på väg lämnade jag operationsavdelningen och gick ner till akuten för att hjälpa till. Det är ett litet avlägset sjukhus, och det tar alltid ett tag för ambulansen att komma dit, men jag uppskattar att vara på akutrummet en liten stund innan. Man ser vilka andra det är som jobbar, vilka som kommer från akuten och vilken narkossköterska som kommer med. Ofta hinner vi få lite information om patienten. »Det är en 28-årig kvinna«, säger AT-läkaren i en neutral ton och jag tror först att jag hört fel, att han vänt på siffrorna.

MEN DET ÄR ETT 28-ÅRIGT ansikte som stirrar upp från båren. Någon som bara några timmar tidigare varit uppe och firat, träffat vänner och dansat. Sommarnatten igår var underbart trolsk och jag har själv gått runt i flera timmar. En sådan där natt när man inte vill gå och lägga sig. Jag hoppas att det var detsamma för den unga kvinnan. Att hennes natt var vacker och lycklig.

Slangar, kanyler, provrör, läkemedelsampuller, blodstänk på golvet, larm som piper, kurvorna på monitorerna vacklar, pålkranen bankar på och vi gör allt vi kan.

Efteråt står jag still en kort stund bredvid kvinnan som jag sett för första gången för en timme sedan. Vi har avslutat och hon är död när de söker mig igen från operation.

JAG GÅR UPP DE TVÅ trapporna till operationsavdelningen och stämningen där är helt annan än i akutrummet. Det är ett planerat kejsarsnitt, och jag har fördröjt operationen. De har alla väntat på mig och vet inte vad som just hänt på akuten. Föräldrarna är spända, lite nervösa, fast väldigt lyckliga. Resten av personalen försöker lugna dem. Det är varmt och familjärt, det småpratas lite. Någon skämtar med den blivande fadern.

Jag står vid sidan om och kan inte skaka av mig känslan från akutrummet. Man kan inte gå från död till födelse så snabbt, inte i huvudet. Mitt arbete går på autopilot. Jag säger de saker jag sagt tusentals gånger tidigare. Berättar om vad som kommer att hända, hur bedövningen kommer att ske, hur det kommer att kännas. Att jag kan ta bort känslan för smärta, men inte helt och hållet för beröring. Att jag kommer att kontrollera bedövningen innan kirurgen börjar. **Allt detta säger jag utan att se mamman i ögonen. I mina ögon ser jag bara den döda kvinnans mamma, hör hur hon skriker efter sitt barn.**

MIN MOR BRUKAR säga att hon inte tycker om att flyga för att det går för fort. Att själen inte hinner med att ställa om sig från en plats till en annan under resti-den. Inte heller min själ klarar av det här snabba bytet. Så snart barnet är ute och livmodern är igensydd, stämmer jag kort av med anestesisköterskan och lämnar tyst operationssalen, utan att säga hej då till någon annan. Jag har inte gråtit, inte på något sätt signalerat min sorgsenhet, min börda blir inte lättare av att delas här.

Men det känns märkligt. På något sätt hade jag velat berätta, förmedla någonting, utan att förstöra stämningen. Egentligen vet jag inte vad. Kanske vill jag bara förklara att detta dystra jag inte är mitt vanliga jag. Fast det är det ju. På ett sjukhus vet man aldrig vad någon just varit med om, vilken dörr de just gått igenom eller vad som hände två trappor nedanför.



Foto: Romi Stern

Jakob Ratz Endler,
specialistläkare,
Khayelisha hospital, Kapstaden
jakob.endler@gmail.com



VAD SKULLE DU SKRIVA UT TILL DIG SJÄLV?

ELIQUIS® är den **enda** faktor Xa-hämmaren som vid icke-valvulärt förmaksflimmer visat **både:**

- Signifikant bättre reduktion av **stroke/systemisk embolism** jämfört med warfarin[1*]
- Signifikant bättre säkerhet avseende **allvarlig blödning** jämfört med warfarin[1*]

*Stroke/systemisk embolism p=0,01. Allvarlig blödning p<0,0001

Ref: 1. Produktresumé för Eliquis®

432SE1900132-01 PP-ELI-SWE-1073 feb 2019

Bristol-Myers Squibb Pfizer

Eliquis® apixaban) Rx. F, B01AF02, Filmdragerade tabletter 5 och 2,5 mg. Indikationer hos vuxna: 1. Profylax av venös tromboembolism (VTEp) efter elektiv höft- eller knäledsplastik. 2. Profylax av stroke och systemisk embolism (NVAF) vid icke-valvulärt förmaksflimmer med en eller flera riskfaktorer. 3. Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungembolism (LE), Förebyggande av återkommande DVT och LE. Eliquis® är kontraindicerat vid kliniskt signifikant pågående blödning och vid händelse eller tillstånd som ger betydande risk för större blödning. Eliquis® rekommenderas ej som ett alternativ till ofraktionerat heparin hos patienter med lungembolism som är hemodynamiskt instabila eller som kan komma att genomgå trombolys eller pulmonell embolektomi. Eliquis® rekommenderas ej vid CrCl <15 ml/min, till patienter i dialys eller med mekanisk hjärtklaffprotes. Eliquis® rekommenderas ej vid allvarligt nedsatt leverfunktion. Enligt SPC 18 juni 2018. Fullständig information och pris se fass.se. Bristol-Myers Squibb www.bms.com/se Pfizer www.pfizer.se

5 frågor till

Dalia Merkland



ST-läkare på S:t Eriks ögonsjukhus i Stockholm, som tillsammans med sin kollega Magnus Gjötterberg granskat 102 Ivo-ärenden.

Hur kom det sig att ni gjorde granskningen?

Min seniora kollega Magnus jobbar med försäkringsärenden och har slagits av att det inte finns någon samlad studie av avvikelser inom ögonsjukvården. Man missar möjligheten att lära av andra vårdgivares erfarenheter och kvalitetsarbete. Vi fann att Ivo kunde bidra med underlag.

Något i resultatet som förvånade dig?

Att den vanligaste avvikelsen var fördröjd vård med så allvarliga konsekvenser för patienter med glaukom och våt makuladegeneration. När jag presenterade resultaten på Ögonårsmötet i år var det många kollegor i olika delar av landet som vittnade om långa väntetider för dessa patienter. Patienter med störst behov ska prioriteras. Vi måste prioritera dessa patientgrupper för att undvika blindhet.

Vad hoppas du artikeln ska leda till?

Att vårdpersonal fortsätter att rapportera in avvikelser så att sjukvården får en chans att uppmärksamma problem och vidta förebyggande åtgärder. Jag hoppas även att övriga specialiteter inspireras till liknande studier.

Varför valde du att bli ögonläkare?

Oftalmologin är en specialitet där man kan blanda medicin och kirurgi i en högteknologisk miljö som hela tiden utvecklas. Man arbetar med ett fullt spektrum av vård, där det ingår preventiv medicin, medicinsk hantering och kirurgisk behandling. Möjligheten till att bidra i alla aspekter av patientens vård är väldigt tillfredsställande.

Har du ytterligare studier på gång?

Ja, detta fick upp mitt intresse för avvikelsehantering och patientsäkerhet. Jag kommer att samarbeta med Jonas Nordquist på Karolinska universitetssjukhuset för att göra fler studier av patientsäkerhet och avvikelser.

Elisabet Ohlin

KLINIK &VETENSKAP

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

2004
Fördröjd vård är den vanligaste avvikelsen inom ögonsjukvården

1998
Tidig eller sen konvertering vid förmaksflimmer?

2000
Nya rön

2008
Torakal aktinomykos – allvarlig sjukdom och en diagnostisk svår utmaning

2012
Neonatal purulent parotit ovanlig men potentiellt allvarlig infektion

2014
HUVS – sällsynt men inte ofarlig vaskulit associerad med urtikaria

Det livsviktiga syret

SYRE, ELLER OXYGENIUM PÅ LATIN, är universums tredje vanligaste grundämne med atomnummer 8, ett livsviktigt ämne för alla flercelliga organismer. Syrets upptäckt brukar dateras till de första åren av 1770-talet, då apotekaren Carl Wilhelm Scheele i Uppsala och Joseph Priestley i Leeds oberoende av varandra framställde och beskrev gasen. Priestley publicerade sina upptäckter 1775 och Scheele 1777, varför Priestley ofta ges äran för upptäckten.

UNDER EVOLUTIONENS GÅNG har olika mekanismer utvecklats för att se till att kroppen får tillräckligt mycket syre, bland annat genom att känna av syrgasmättnaden i blodet, som via nervbanor styr vår andningsfrekvens. Denna upptäckt gjordes av Corneille Heymans, som 1938 belönades med Nobelpriset.

OCH PÅ TISDAG ÄR DET DAGS IGEN när Nobelpriset i fysiologi eller medicin i år tilldelas de amerikanska läkarna William Kaelin och Gregg Semenza och britten sir Peter Ratcliffe, för deras forskning om hur celler känner av och anpassar sig till halten av syre.

»Utan anpassningen till syre så skulle det inte finnas några flercelliga organismer ...«

Trion beskriver ett molekylärt maskineri som reglerar geners aktivitet beroende på hur syrehalten varierar. Denna kunskap har också lett fram till lovande strategier för att behandla anemi, cancer och många andra sjukdomstillstånd.

UTAN ANPASSNINGEN till syre så skulle det inte finnas några flercelliga organismer på jorden. Därför gagnas vi människor ständigt av nya grundläggande kunskaper om denna molekyl.



Carl Johan Östgren, medicinsk redaktör
carl.johan.ostgren@lakartidningen.se

Tidig eller sen konvertering vid förmaksflimmer?

EN STOR ANDEL AV PATIENTERNA SPONTANKONVERTERAR TILL SINUSRYTM



Tove Fredriksson, doktorand, ST-läkare
tove.fredriksson@sll.se



Katrin Kemp Gudmundsdottir, doktorand, specialistläkare, sektionsansvarig Hjärtakuten; båda Hjärtkliniken, Danderyds sjukhus samt Karolinska institutet, Danderyds sjukhus

Förmaksflimmer är den vanligaste hjärtrytmrubbningen och drabbar omkring 3 procent av den vuxna befolkningen i Sverige [1]. Sjukdomen är även en vanlig orsak till att patienter söker akutmottagningar i Sverige. På Danderyds sjukhus, ett av de större akutsjukhusen i Sverige, är förmaksflimmer orsaken till 15–20 procent av akutbesöken på hjärtsektionen.

El- (likströmschock) eller läkemedelskonvertering används som behandlingsmetod för att återställa sinusrytm hos symtomatiska patienter med förmaksflimmerdebut < 48 timmar och/eller hos symtomatiska patienter med längre flimmerduration som sedan tidigare behandlas med antikoagulantia. I riktlinjer för behandling av förmaksflimmer från European Society of Cardiology finns en klass IB-rekommendation avseende konvertering till sinusrytm hos symtomatiska patienter som en del av rytmreglerande behandling [1]. Elkonvertering är förstahandsval vid hemodynamisk instabilitet hos patienter med förmaksflimmer för att återställa sinusrytm.

Eftersom förmaksflimmer ofta spontankonverterar till sinusrytm har behovet av tidig konvertering hos hemodynamiskt stabila patienter blivit alltmer ifrågasatt.

Studie om tidig eller sen konvertering

I New England Journal of Medicine publicerades nyligen resultaten från en nederländsk studie av Pluymaekers et al där deltagare som sökt akut på grund av symtomatiskt förmaksflimmer randomiserats 1:1 till tidig eller sen konvertering [2].

Deltagarna i studien var hemodynamiskt stabila, hade symtomdebut < 36 timmar samt frånvaro av symtom talande för kardiell ischemi. De kunde vara tidigare diagnostiserade med förmaksflimmer, men exkluderades om de tidigare haft persisterande förmaksflimmer (> 48 timmar). Totalt inkluderades 437 deltagare i studien, medelåldern var 65 år, 40 procent var kvinnor och 64 procent hade CHA_2DS_2-VASc-poäng ≥ 2.

Deltagarna i tidiga konverteringsgruppen genomgick el- eller läkemedelskonvertering så snart som möjligt vid indexbesöket på akuten. Deltagarna i sena konverteringsgruppen fick i stället frekvensreglerande behandling (betablockerare, kalciumflödeshämmare eller digitalis) för att minska symtomen och sänka hjärtfrekvensen till < 110 slag/minut. Deltagarna i sena konverteringsgruppen bedömdes ånyo så nära 48 timmar efter symtomdebut som möjligt, och de som inte spontankonverterat till sinusrytm el- eller läkemedelskonverterades. Hos alla deltagare med indikation för antikoagulantiabehandling initierades sådan snarast möjligt vid indexbesöket på akutmottagningen. Majoriteten av deltagarna gjorde intermittenta EKG-registreringar hemma, tre gånger dagligen samt vid symtom, under fyra veckors tid från inklusion. Alla kallades för poliklinisk uppföljning och kontroll av EKG efter fyra veckor.

I tidiga konverteringsgruppen återfick 16 procent sinusrytm i väntan på konvertering och 78 procent återfick sinusrytm vid el- eller läkemedelskonvertering. I sena konverteringsgruppen hade 69 procent spontankonverterat till sinusrytm 48 timmar efter symtomdebut, och ytterligare 28 procent återfick sinusrytm efter sen el- eller läkemedelskonvertering. I tidiga konverteringsgruppen var el- och läkemedelskonvertering ungefär lika vanligt förekommande, men i sena konverteringsgruppen elkonverterades de flesta.

Ingen signifikant skillnad efter 4 veckor

Vid 4-veckorsuppföljningen hade över 90 procent av deltagarna i båda grupperna sinusrytm, och det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna, se Figur 1. Antalet deltagare som fick ytterligare förmaksflimmerepisoder under uppföljningstiden var lika i grupperna (cirka 30 procent), och antalet deltagare som besökt akutmottagning ånyo på grund av förmaksflimmer inom fyra veckor var 7 procent i båda grupperna.

Tiden för indexbesöket på akutmottagningen för sena konverteringsgruppen var 30 minuter kortare än för tidiga konverteringsgruppen, men skillnaden i tid inom vården jämnades ut då de förstnämnda hade ett inplanerat mottagningsbesök nästföljande dag. Livskvaliteten skattades lika i båda grupperna. Det fanns ingen signifikant skillnad avseende kardiovaskulära komplikationer vid uppföljning: en person i respektive grupp hade drabbats av stroke/TIA under uppföljningstiden.

Relation till data från tidigare studier

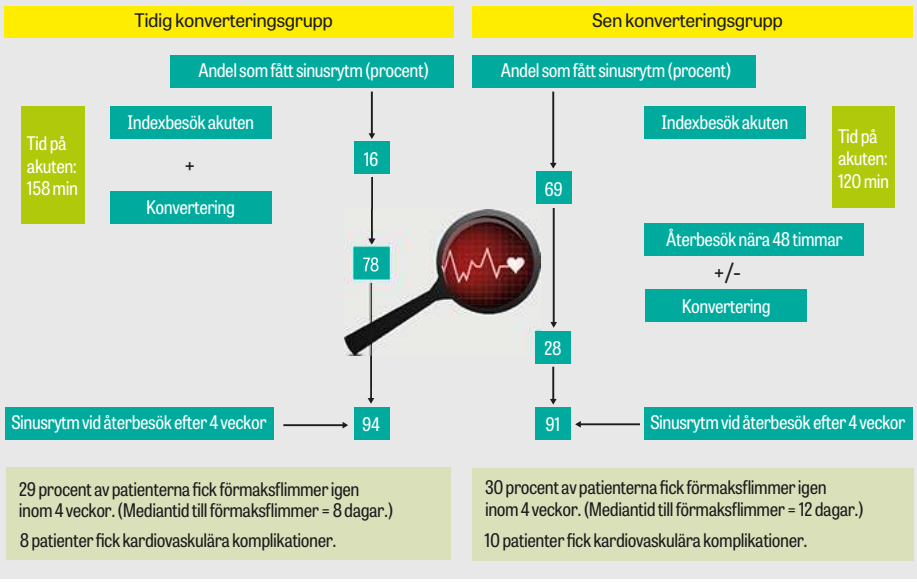
Om det är säkert att konvertera utan föregående antikoagulantiabehandling inom så lång tid som 48 timmar från symtomdebut är omdiskuterat. Andelen patienter som får tromboemboliska komplikationer vid konvertering är liten, men ökar vid fördröjd konvertering, särskilt i närvaro av riskfaktorer för stroke. I Pluymaekers et als studie fanns det ingen skillnad avseende strokeinsjuknande i de två grupperna, men studien hade inte statistisk styrka för denna frågeställning.

I en tidigare studie har man visat att risken för tromboemboliska komplikationer vid konvertering utan föregående antikoagulantiabehandling under minst 3 veckor ökar från 0,3 procent om konvertering görs inom 12 timmar till 1,1 procent om behandlingen ges 24–48 timmar efter symtomdebut [3]. Riskerna vid och efter elkonvertering diskuteras närmare i en

HUVUDBUDSKAP

- Symtomatiska patienter med förmaksflimmer som söker akutmottagningar i Sverige behandlas ofta med akut el- och läkemedelskonvertering för att återställa sinusrytm.
- Nya data visar att en stor andel av patienterna som vanligtvis erbjuds konverteringsbehandling, även utan erhållen behandling, spontankonverterar till sinusrytm inom 2 dygn.

FIGUR 1. Två patientgrupper med tidig respektive sen konvertering



Grafik: LT. Illustration: Mostphotos

nyligen publicerad ABC-artikel i Läkartidningen [4].

Patienter utan antikoagulantiabehandling och med flera riskfaktorer för stroke, i synnerhet hjärtsvikt och diabetes, har 10 procents risk för tromboemboliska komplikationer sekundärt till konvertering även om den utförs inom 48 timmar från symtomdebut [5]. Patienter som uppfyller dessa kriterier ska därför alltid, om de är hemodynamiskt stabila, behandlas med antikoagulantia minst 3 veckor före konvertering [1]. I studien från Pluymaekers et al initierades antikoagulantiabehandling vid el- eller läkemedelskonvertering endast hos deltagare med förhöjd strokerisk enligt CHA_2DS_2-VASc. Enligt riktlinjer ska alla som genomgår el- eller läkemedelskonvertering ha antikoagulantiabehandling under 4 veckor efter genomgången konvertering [1].

Ska vi anamma en mer avvaktande strategi?

Den nypublicerade studien från Pluymaekers et al visade att cirka 70 procent av patienterna, som förvisso aldrig tidigare haft episoder av persisterande förmaksflimmer, spontankonverterade till sinusrytm inom 48 timmar. Efter fyra veckors uppföljning sågs ingen signifikant skillnad mellan den tidiga och sena konverteringsgruppen avseende bibehållen sinusrytm.

Symtomatiska patienter ska i högre grad erbjudas konvertering än asymtomatiska patienter, där frekvensreglering ofta räcker [6]. Kanske är vi för snabba med att konvertera våra förmaksflimmerpatienter med symtom, då det saknas evidens för att tidig konvertering skulle förbättra överlevnad på sikt [7, 8] och behandlingen inte är riskfri. I vissa fall räcker sannolikt frekvensreglering för att minska symtomen.

»Eftersom förmaksflimmer ofta spontankonverterar till sinusrytm har behovet av tidig konvertering blivit alltmer ifrågasatt hos hemodynamiskt stabila patienter.«

Hos äldre personer med höga CHA_2DS_2-VASc-poäng, och särskilt med hjärtsvikt och diabetes, bör akut konvertering sällan utföras med tanke på den höga associerade strokerisken. Åtgärden bör i stället föregås av minst tre veckors behandling med antikoagulantia. Unga patienter med låg strokerisk och utan tidigare episoder med persisterande förmaksflimmer, har samma effekt av tidig eller sen konvertering. Hos dessa tycks det vara säkert att vänta med konvertering upp till närmre 48 timmar efter symtomdebut. Antalet konverteringar som behöver utföras i gruppen halveras då.

En övergång till en mer avvaktande strategi avseende konverteringar förutsätter att vi har möjlighet att boka in återbesök för EKG-kontroll nära 48-timmarsgränsen. Resursåtgången för el- och läkemedelskonverteringar skulle minska, då en betydande andel hinner spontankonvertera till sinusrytm, men huruvida detta kompenserar för det ökade behovet av återbesök skulle behöva utvärderas.

Fördelar och nackdelar

Förutom att eventuellt minska resursåtgången skulle en mer avvaktande behandlingsstrategi ha fördelen att vi med större säkerhet kan veta vilka patienter som faktiskt har persisterande episoder av förmaksflimmer. Strategiskiftet skulle kunna möta motstånd hos personal och patienter, eftersom en snabb lösning ofta önskas. Trots detta tror vi att många patienter, efter noggrann information om avsaknaden av långsiktiga fördelar med tidig konvertering i kombination med riskerna som behandlingen innebär, själva skulle välja att avvakta om en enkel uppföljning i stället fanns bokad. I en nära framtid kan patienternas uppföljande EKG-kontroll sannolikt ske digitalt. Sjukhusen kan behöva se över sin verksamhet gällande akut konvertering av förmaksflimmer.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2019;116:FT34

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

REFERENSER

1. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Europace. 2016;18(11):1609-78.
2. Pluymaekers N, Dudink E, Luermans J, et al; RACE 7 ACWAS Investigators. Early or delayed cardioversion in recent-onset atrial fibrillation. N Engl J Med. 2019;380(16):1499-508.
3. Nuotio I, Hartikainen JE, Grönberg T, et al. Time to cardioversion for acute atrial fibrillation and thromboembolic complications. JAMA. 2014;312(6):647-9.
4. Lundberg A, Mattsson G, Magnusson P. ABC om Elkonvertering och defibrillering. Läkartidningen. 2018;115:E9XU.
5. Airaksinen KE, Grönberg T, Nuotio I, et al. Thromboembolic complications after cardioversion of acute atrial fibrillation: the FinCV (Finnish Cardioversion) study. J Am Coll Cardiol. 2013;62(13):1187-92.

Ökad risk för typ 2-diabetes hos städare, yrkesförare och fabriksarbetare

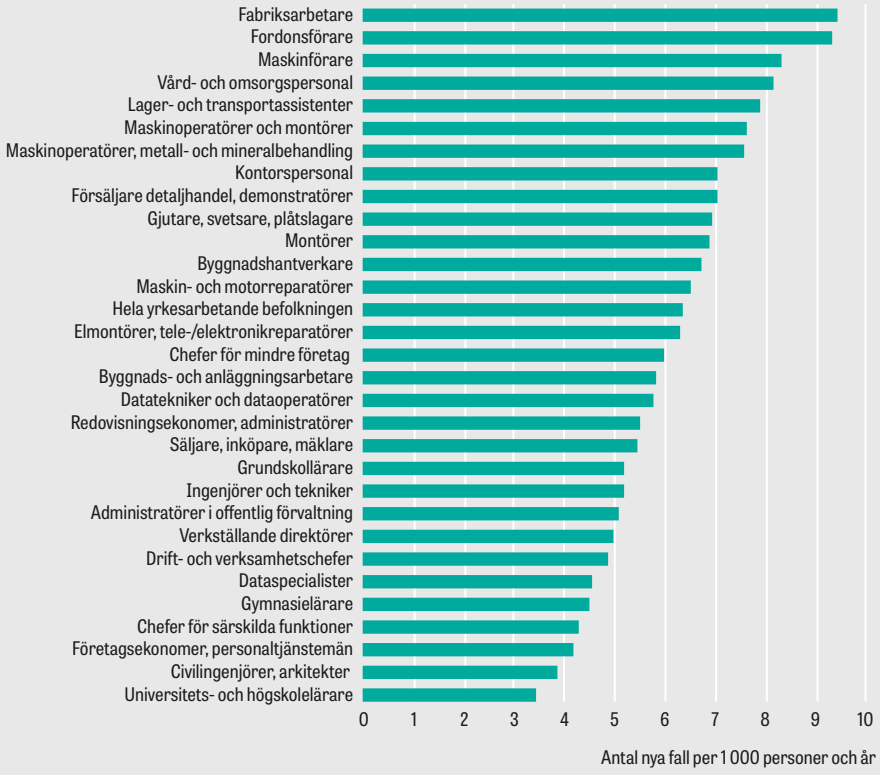
Egenreferat. Sedan tidigare är det känt att personer i yrken med låg socioekonomisk status har en ökad diabetesrisk, men hur risken skiljer sig mellan specifika yrkesgrupper har inte kartlagts. Vi har studerat yrke och risken att utveckla typ 2-diabetes. Studien baseras på registerdata från hela den yrkesarbetande svenska befolkningen.

Totalt följdes 4,6 miljoner yrkesarbetande män och kvinnor under perioden 2006–2015. Via länkning till läkemedels- och patientregister identifierades 202 000 typ 2-diabetesfall. Information om kroppsmasseindex, rökning och kondition inhämtades för män från Mönstringsregistret och för kvinnor från Medicinska födelseregistret. Åldersstandardiserad incidens av typ 2-diabetes beräknades för de 30 vanligaste yrkena bland män respektive kvinnor.

Diabetesrisken var högre bland män än bland kvinnor. För män var risken högst bland yrkesförare, fabriksarbetare och maskinförare och lägst bland universitetslärare. För kvinnor var den högst bland fabriksarbetare, städare och köks- och restaurangbiträden och lägst bland sjukgymnaster och tandhygienister. Yrkesgrupperna med högst risk hade två till tre gånger högre risk än de med lägst risk.

Det fanns stora skillnader i riskfaktorer mellan yrkesgrupperna: till exempel var förekomsten av övervikt redan vid mönstringen fördubblad bland framtida manliga yrkesförare jämfört med bland framtida universitetslärare, och de presterade också sämre på konditionstest. Bland kvinnorna var rökning fem gånger vanligare bland fabriksarbetare än bland sjukgymnaster, och de hade också högre förekomst av övervikt. Det talar för att den höga diabetesförekomst som ses i vissa yrken inte förklaras av yrket i sig utan snarare av en högre förekomst av klassiska riskfaktorer för typ 2-diabetes redan tidigt i livet. Naturligtvis kan yrket i sig medföra ytterligare riskfaktorer i form av ▶

FIGUR 1. Incidens av typ 2-diabetes i de 30 vanligaste yrkena bland svenska män



FIGUR 2. Incidens av typ 2-diabetes i de 30 vanligaste yrkena bland svenska kvinnor





Foto: Mostphotos

I studien undersöktes yrke och risken att utveckla typ 2-diabetes med registerdata från hela den yrkesarbetande svenska befolkningen. Det visade sig att risken för typ 2-diabetes för män var högst bland yrkesförare, fabriksarbetare och maskinförare och för kvinnor bland fabriksarbetare, städare samt köks- och restaurangbiträden.

skiftarbete och stillasittande, men detta kunde inte studeras i föreliggande projekt.

Diabetes är vanligt – 7 procent av den vuxna befolkningen är drabbad och förekomsten ökar. Det går att reducera risken för typ 2-diabetes kraftigt genom livsstilsförändringar som leder till viktminskning och ökad fysisk aktivitet. Vuxna tillbringar en stor del av sin tid på arbetet, och arbetsplatsen är en potentiellt viktig men outnyttjad arena för primärprevention. Den preventiva potentialen är stor: nästan hälften av alla typ 2-diabetesfall skulle försvinna om hela den arbetande befolkningen hade lika låg risk som universitetslärare och sjukgymnaster.

Stora hälso- och produktionsvinster skulle kunna göras om man lyckades förebygga typ 2-diabetes i de yrkesgrupper där risken är som högst.

Sofia Carlsson, docent, institutet för miljömedicin, Karolinska institutet, Stockholm

Tomas Andersson, statistiker, institutet för miljömedicin, Karolinska institutet; Centrum för arbets- och miljömedicin, Region Stockholm

Carlsson S, et al. Diabetologia. Epub 17 sep 2019. doi: 10.1007/s00125-019-04997-5

Läs mer!
Fler nya rön på Läkartidningen.se

IBD under barndomen kopplad till lägre skolbetyg

Egenreferat. Under de senaste decennierna har allt fler barn och ungdomar i Sverige och världen insjuknat i inflammatorisk tarmsjukdom (IBD). IBD som debuterar under barndomen anses vara en allvarligare form av sjukdomen och kan antas påverka barnens möjligheter att klara av skolarbetet. Det har dock saknats större studier om hur IBD påverkar skolbetyg och barnens möjligheter till fortsatta studier efter grundskolan.

I en nationell registerbaserad kohortstudie har vi nu jämfört avgångsbetyg i grundskolan (Elevregistret årskurs 9, Skolverket) för 9 442 barn som insjuknade i IBD mellan 1990 och 2014 (Patientregistret, Socialstyrelsen) och 93 180 matchade barn utan IBD (Registret över totalbefolkningen, SCB).

Barn med IBD hade i medelbetyg 280 poäng, medan kontrollbarnens medelbetyg var 285 poäng på en betygsskala från 0 till 320 poäng. Efter justering för psykosociala riskfaktorer var skillnaden i medelbetyg 4,9 poäng (95 procents konfidensintervall [95KI] −7,1 till −2,6). Vi fann dock inte att barnen med IBD hade en ökad risk för att få underkänd grundskolekurs (oddskvot 1,14; 95KI 0,99–1,31).

Skillnaden i avgångsbetyg var störst för de barn som insjuknat tidigt och de som haft en tyngre behandlingsbörda. Exempelvis hade barn som behövt bukoperation hela 15 poäng lägre medelbetyg än sina friska kamrater.

Genom att använda Flergenerationsregistret (SCB) kunde vi bekräfta våra huvudresultat i analyser där vi jämförde barnen med IBD med deras syskon utan IBD.

Sammantaget visar studien att barn med IBD hade lägre avgångsbetyg än friska jämnåriga och syskon. Skillnaden mellan barn med IBD och kontrollbarnen var dock relativt liten, och de flesta barn med IBD uppnådde nästan lika bra betyg som kontrollgruppen och syskon. Vi kunde inte visa att skillnaden i medelbetyg minskade över studietiden, trots att den medicinska behandlingsarsenalen under tiden kom att utökas med anti-TNF-preparaten.

Även om vår studie måste anses vara uppmuntrande för de flesta barn som insjuknar i IBD, visar den också att insjuknande i allvarligare former av IBD tidigt i livet verkar kunna leda till betydande negativ påverkan på de drabbade barnens möjligheter att klara skolarbetet. Sjukvården och skolan bör gemensamt identifiera dessa riskbarn så att de redan tidigt i sjukdomsförloppet kan erbjudas stödundervisning. Sjukvården bör utforma behandlingar och kontroller så att de så lite som möjligt påverkar barnens möjligheter att delta i skolarbetet.

Petter Malmborg, postdokforskare, överläkare

Ola Olén, senior forskare, överläkare; båda Sachsska barn- och ungdomssjukhuset och Karolinska institutet, Stockholm

Malmborg P, et al. Inflamm Bowel Dis. 2019;25(10):1663-73.

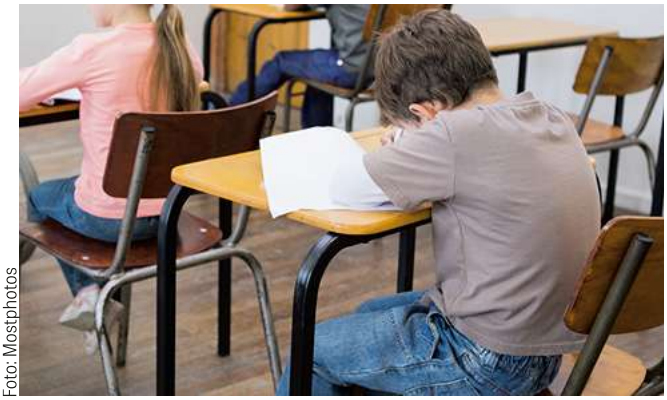


Foto: Mostphotos

En registerbaserad kohortstudie visar att barn med IBD hade lägre avgångsbetyg än friska jämnåriga och syskon. Skillnaden var dock relativt liten, och de flesta barn med IBD uppnådde nästan lika bra betyg som kontrollgruppen och syskon.

Hög prevalens av borrelia i norrländska taigafästingar

Egenreferat. Den vanliga fästingen Ixodes ricinus och taigafästingen Ixodes persulcatus är de viktigaste vektorerna för flera arter av borreliabakterier och >20 andra potentiella patogener, det vill säga sjukdomsorsakande bakterier, protozoer och virus, i den palearktiska regionen. Under 2015 och 2016 fann vi för första gången i Sverige permanenta populationer av taigafästingen, närmare bestämt på öar och halvöar i Bottenviken [1]. De taigafästingar som vi då insamlade har nu analyserats. 262 adulta taigafästingar screenades för Borrelia burgdorferi sensu lato och sex andra sjukdomsorsakande fästingöverförda mikrober med realtids-PCR följt av gensekvensering för artbestämning.

56 procent av de adulta taigafästingarna var borreliainfekterade [2]. Detta är en avsevärt högre prevalens än motsvarande prevalens, 36 procent, för adulta honor och 25 procent för nymfer hos Ixodes ricinus i södra och mellersta Sverige. Hos Ixodes ricinus är det oftast nymferna som överför patogener till människor, men hos Ixodes persulcatus är det nästan alltid de adulta fästinghonorna som angriper människor. Därför är det mest relevant att jämföra prevalensen hos Ixodes ricinus-nymferna (25 procent) med den mer än dubbelt så höga prevalensen hos de adulta Ixodes persulcatus-honorna (58 procent).

»56 procent av de adulta taigafästingarna var borreliainfekterade.«

Hos alla borreliainfekterade taigafästingar var Borrelia afzelii vanligast (46 procent) följd av Borrelia garinii (35 procent). Höga prevalenser av Borrelia garinii och Borrelia afzelii har tidigare påvisats i taigafästingar från Finland, Ryssland och Estland. Det är ändå viktigt att här betona att Borrelia garinii är vanlig i taigafästingar även i norra Sverige. Det är ju denna borreliaart som oftast orsakar neuroborrelios, som ibland kan ge mycket besvärliga symtom. Vilda gäss häckar på några av öarna där taigafästingarna är vanliga. Vi förmodar att fästingarna infekteras med Borrelia garinii när de suger blod av gässen. Det bör påpekas att fästingarna som undersöktes kommer från ett geografiskt tämligen begränsat område, men vi har nyligen funnit att taigafästingen även förekommer längre söderut i Norrland.



Foto: Peter Wilhelmsson, Linköpings universitet

Adult hona av taigafästingen Ixodes persulcatus (längd: 3,5 mm) insamlad på ön Ytterstlandet i Kalix skärgård, Norrbotten.

Thomas GT Jaenson, professor i medicinsk entomologi, institutionen för organismbiologi, Uppsala universitet

Peter Wilhelmsson, adjungerad universitetslektor, forskare, institutionen för klinisk och experimentell medicin, Linköpings universitet; Laboratoriemedicin, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping

Jaenson TG, et al. Parasit Vectors. 2016;9(1):377.
Jaenson TG, Wilhelmsson P. Parasit Vectors. Epub 28 nov 2019.

Menscykler och cykelfaser mer varierade i längd än allmänt känt

Egenreferat. Användningen av mobila applikationer (appar) ger en ny möjlighet att studera menstruationscykeln. En studie har därför genomförts i syfte att beskriva menstruationscykeln utifrån en stor mängd data insamlade via en app och att undersöka menstruationscykelkaraktäristika i relation till cykellängd, ålder och kroppsmasseindex (BMI).

Menstruationscykelparametrar, inklusive menstruation, basal kroppstemperatur och test av luteiniserande hormon, samt ålder och BMI samlades in anonymt från användare av appen Natural Cycles. Totalt 612 613 ovulatoriska cykler från 124 648 användare med en medellängd på 29,3 dagar analyserades. Detta skiljer sig mot den allmänt spridda uppfattningen, som också ofta rapporteras i läromedel, att den genomsnittliga menscykeln är 28 dagar.

Den genomsnittliga follikelfasen befanns vara 16,9 dagar (95 procents konfidensintervall [95KI] 10–30) medan den genomsnittliga lutealfasen var 12,4 dagar (95KI 7–17). Medelcykellängd minskade med 0,18 dagar (95KI 0,17–0,18, R^2 = 0,99) och genomsnittlig follikelfaslängd minskade med 0,19 dagar (95KI 0,19–0,20, R^2 = 0,99) per år från 25 till 45 års ålder. Medelvariationen av cykellängden per kvinna var 0,4 dagar eller 14 procent högre hos kvinnor med ett BMI över 35 jämfört med BMI på 18,5–25.

De beskrivna variationerna i menstruationscykeln kan ha betydande konsekvenser för att identifiera den fertila perioden, men är allmänt dåligt kända. Kvinnor som förlitar sig på att de har ägglossning på dag 14 under sin cykel, och använder digitala hjälpmedel som ger förutsägelser om fertila dagar baserat enbart på cykeldatum, kan helt missa det fertila fönstret.



Foto: Mostphotos

Data insamlade via en app visar att menscykler och cykelfaser är väsentligt mer varierade i längd än vad som tidigare angetts.

En allt större fertilitetsmedvetenhet och stora databaser med fertilitetsdata från »verkliga livet« ger unika möjligheter att undersöka ett stort antal menstruationscykler för att förbättra förståelsen kring fertilitet och reproduktiv hälsa.

Simon Rowland, med dr, f d medicinsk chef, Natural Cycles

Kristina Gemzell Danielsson, professor i obstetrik och gynekologi, överläkare, Karolinska institutet; Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Bull JR, et al. NPJ Digit Med. 2019;2:83.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Simon Rowland är tidigare medicinsk chef vid Natural Cycles. Kristina Gemzell Danielsson är rådgivare till Natural Cycles inom reproduktiv medicin. Natural Cycles betalade vanlig lön enligt nedlagd arbetstid till de artikelförfattare som kom från företaget.

FYSS 2017

650 sidor om fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Ett oumbärligt verktyg för alla som förskriver fysisk aktivitet på recept.

Beställ ditt exemplar i dag!

Om FYSS 2017

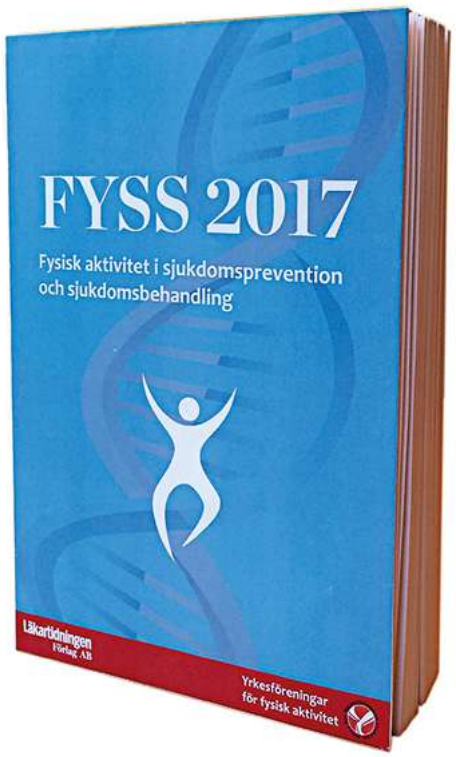
FYSS är en evidensbaserad handbok som beskriver hur fysisk aktivitet kan användas för att förebygga och behandla en mängd olika sjukdomstillstånd. Boken riktar sig i första hand till hälso- och sjukvårdspersonal som ett beslutsstöd vid rådgivning om fysisk aktivitet.
Boken vänder sig också till alla andra som arbetar med att främja fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling och kan med fördel användas som kurslitteratur. Boken är indelad i en allmän del och en diagnosspecifik del.

Del 1 behandlar bland annat:

- Begrepp och definitioner, bedömning och utvärdering av fysisk aktivitet samt metoder för individanpassning
- Biologiska effekter av fysisk aktivitet samt fysisk aktivitet som prevention
- Rekommendationer om fysisk aktivitet för olika grupper (vuxna, barn och ungdomar, äldre, gravida, personer med medfödda hjärtfel samt personer med fysiska eller intellektuella funktionsnedsättningar)
- Fysisk aktivitet vid infektioner, stress, sömnbesvär, muskuloskeletala besvär samt besvär under klimakteriet.

Del 2 ger en evidensbaserad och detaljerad rekommendation om fysisk aktivitet vid 34 olika diagnoser inom ämnesområdena:

- Kardiovaskulära och pulmonella sjukdomar
- Metabola/endokrina sjukdomar
- Neurologiska sjukdomar
- Rörelseapparatens sjukdomar
- Inflammatoriska sjukdomar
- Psykiatriska sjukdomar och beroendetillstånd
- Långvariga utbredda smärttillstånd
- Cancer
- Kronisk njursjukdom, polycystiskt ovariesyndrom och psoriasis.



FYSS 2017 ges ut av Läkartidningen Förlag på uppdrag av YFA, Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet, och finns att beställa på Läkartidningen.se/bocker. Boken är cirka 650 sidor och kostar 290 kr + moms. Frakt tillkommer.

Läkartidningen Förlag AB

ORIGINALSTUDIE

Fördröjd vård är den vanligaste avvikelsen inom ögonsjukvården

GRANSKNING AV 102 IVO-ÄRENDEN INOM ÖGONSJUKVÅRDEN

Dalia Merkland,
ST-läkare
● dalia.merkland@sll.se

Magnus Gjötterberg,
docent; båda S:t Eriks ögonsjukhus, Stockholm

Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) arbeta för en hög patientsäkerhet [1]. Detta innebär att vårdgivaren har en skyldighet att rapportera in risker för vårdskador samt händelser som har medfört en vårdskada. Det övergripande syftet med avvikelsehanteringen är att vidta förebyggande åtgärder. Därmed ökar patientens säkerhet samt vårdens och omsorgens kvalitet (Figur 1).

Vårdgivaren anmäler avvikelser enligt lex Maria om en patient har utsatts för skada eller risk för en sådan. Allvarliga vårdskador ska anmälas enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg, Ivo. Ivo är en statlig myndighet som ansvarar för tillsyn över hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvårdspersonal samt tillståndsprövning[2].

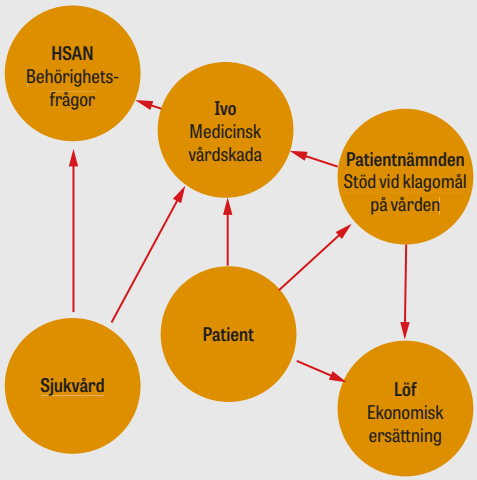
Förutom Ivo finns det andra institutioner som handlägger avvikelser. Patientnämnder är regionalt anknutna opartiska nämnder vars uppdrag delvis går ut på att stödja patienten vid klagomål mot hälso- och sjukvården. De utgör ofta ett led i den första delen av ett klagomål. De gör inga medicinska bedömningar utan har till syfte att hjälpa patienter eller närstående att föra fram sina klagomål och synpunkter till vården samt se till att de blir besvarade. Handlingar kan överlämnas från patientnämnder till Ivo i ett klagomålsärende med samtycke från den som anmält [3].

Om en skada sker i samband med offentlig sjukvård kan patienten få en ekonomisk ersättning för detta enligt patientskadelagen via Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, Löf [4]. Privata vårdaktörer kan vara anslutna till egna försäkringsbolag. Läkemedelsverket ansvarar för att ta emot anmälningar rörande läkemedelshantering och medicintekniska produkter på sjukhus [5].

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN, är en domstolsliknande myndighet som prövar behörighetsfrågor avseende legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Anmälan kommer in från Ivo eller berörd personal. Beslut går att överklaga till Förvaltningsrätten i Stockholm.

Under år 2017 resulterade Ivos arbete i ca 20 000 tillsynsbeslut, ca 3 300 inspektioner samt ca 2 500 beslut som rör tillståndsprövning [6]. Tillsynsbesluten innefattade bl a anmälningar som inkom till Ivo från enskilda patienter/anhöriga samt anmälningar enligt lex Maria eller från verksamhetschef gällande medicintekniska produkter. Inom svensk ögonsjukvård hanteras ca 200 000 patienter årligen, och endast ca 70 av dessa resulterar i ett Ivo-ärende. [7]. Av samtliga inkomna Ivo-ärenden är det ca 2 procent som rör ögonsjuksjukvård. [8].

FIGUR 1. Institutioner som handlägger avvikelser



I Sverige har vi således flera olika vägar för att rapportera in avvikelser som sker i sjukvården. Däremot finns det inget nationellt forum för att diskutera och få återkoppling på avvikelser som sker i verksamheten, vilket försvårar lärande. Lokalt kan det finnas kvalitetssystem som återkopplar inom verksamheten.

Målet med ett system för att rapportera in avvikelser är att minska risken för upprepning. Det är av stor vikt att hantera en avvikelse transparent och att före-

HUVUDBUDSKAP

- Fördröjd vård är den vanligaste anmälda avvikelsen inom svensk ögonsjukvård. Orsaken till den fördröjda vården är oftast resursbrist som orsakar långa väntetider.
- Långa väntetider drabbar glaukompatienter samt patienter med våt makuladegeneration hårdast i form av allvarliga konsekvenser.
- Regelbunden uppföljning och insättning av behandling i rätt tid är helt avgörande för synprognosen hos patienter med glaukom eller våt makuladegeneration. Fördröjd vård kan för dessa patienter leda till irreversibel synnedsättning.

TABELL 1. Avvikelser inrapporterade till Ivo – och konsekvenser.

Avvikelser		Konsekvenser			
Kategori, procent (antal)		Synnedsättning, procent (antal)	Synförlust, procent (antal)	Reoperation, procent (antal)	Övrigt, procent (antal)
● Fördröjd vård	34 (35)	71 (25)	17 (6)		12 (4)
● Diagnosskada	26 (27)	19 (5)	26 (7)	11 (3)	44 (12)
● Behandlingsskada	18 (18)	33 (6)		17 (3)	50 (9)
● Tekнikskada	12 (12)	8 (1)		58 (7)	34 (4)
● Administrations-skada	10 (10)	70 (7)		10 (1)	20 (2)

språka en öppen dialog för att gynna organisationens lärande. Detta tillvägagångssätt är centralt i individens kliniska lärande och kompetensutveckling [9]. En del forskning menar även att den inblandade läkaren är det andra offret. Studier har visat att avvikelser har en negativ påverkan inte bara på den drabbade patienten utan även på den inblandade läkaren, med ångest, depression, utbrändhet och även självmord som en konsekvens. Trots att medicinska avvikelser kan vara förödande för både patient och läkare är det en möjlighet som, om den används på rätt sätt, kan bidra till utveckling [10].

Ögonsjukvård är som andra specialiteter beroende av rätt kompetens. Många sjukdomar kräver regelbunden uppföljning och behandling i rätt tid för att undvika irreversibla skador. Avvikelser från det förväntade vårdförloppet sker oundvikligen, men målet för vården måste vara att minimera antalet avvikelser och ta lärdom av det inträffade så att risken för upprepning kan fås att minska.

Målet med vår studie var att studera avvikelser inom ögonsjukvård som har rapporterats in till Ivo, bakomliggande orsaker till avvikelserna samt huruvida det har uppstått komplikationer till följd av dessa avvikelser och på så sätt åskådliggöra eventuella undvikbara misstag. En sådan studie av avvikelserapportering inom ögonsjukvård har oss veterligen inte tidigare publicerats.

METOD

Vi har tagit del av 102 konsekutiva Ivo-ärenden inom ögonsjukvården från hela landet. Ivo tog besluten under perioden mars 2017 till oktober 2018. Ärenden avseende behörighetsfrågor samt alla ärendeslag där inga beslut ännu tagits har exkluderats från studien. Studien inkluderade barn, vuxna, kvinnor och män. Alla avslutade ärenden granskades avseende vem som gjort anmälan, typ av avvikelse, orsak till avvikelse samt konsekvenserna av avvikelsen. Parametrarna har sammanställts i Excel.

Avvikelserna delades in i fem kategorier: fördröjd vård, diagnosskada, behandlingsskada, teknikskada samt administrationsskada, samma kategorisering som används av Patientnämnden.

Definitionen av orsak till avvikelserna samt konsekvenserna synförlust och synnedsättning är tagna direkt från Ivos utlåtanden.

»Fördröjd vård« innefattar avvikelser där vården fördröjts av olika skäl. »Diagnosskada« innefattar ärenden där symtom har tolkats på ett sätt som avviker från vad som kan förväntas av en erfaren specialist inom området. Detta har i sin tur orsakat en diagnosfördröjning med förlängt eller förvärrat sjukdomsförlopp. »Behandlingsskada« innefattar avvikelser med fel behandling, behandling som inte är medicinskt motiverad eller inte är korrekt utförd. »Teknikskada« innefattar ärenden med fel på instrument, bristande kvalitet på implantat och mänsklig felhantering av maskin eller material. »Administrationsskada« innefattar ärenden där ingen kallelse skickats eller bokningsunderlag inte skapats.

RESULTAT

Granskningen visade att den vanligaste typen av avvikelse var fördröjd vård (35 ärenden, 34 procent), därefter kom diagnosskada (27 ärenden, 26 procent), behandlingsskada (18 ärenden, 18 procent), teknikskada (12 ärenden, 12 procent) och administrationsskada (10 ärenden, 10 procent) (Tabell 1).

De flesta anmälningar i studien gjordes via lex Maria (53 ärenden, 52 procent) följt av patienter (40 ärenden, 39 procent) och verksamhetschef (9 ärenden, 9 procent). I 81 (79 procent) av Ivos bedömningar fick vårdgivaren en anmärkning på en eller flera punkter (Tabell 2).

Fördröjd vård inom ögonsjukvården orsakades till stor del av brist på ögonläkare men även av brist på ögonsjuksköterskor. Konsekvensen av fördröjd vård blev en synnedsättning i 25 (71 procent) av patienterna i materialet (Tabell 1).

Orsaken till avvikelsen diagnosskada var fel diagnos i 15 ärenden (56 procent), dvs att läkaren hade gjort en felaktig bedömning av symtom och kliniska fynd, följt av ofullständig ögonundersökning i 4 ärenden (15 procent) där man missade en diagnos för att man inte undersökte båda ögonen och felaktig remiss i 4 ärenden (15 procent) (Tabell 3). Diagnosskadan medförde konsekvensen synförlust i 7 ärenden (26 procent), därtill synnedsättning i 5 ärenden (19 procent) och reoperation i 3 ärenden (11 procent) (Tabell 1).

TABELL 2. Anmälningsväg till Ivo.

Anmälningsväg Ivo	Procent (antal)
● Lex Maria	52 (53)
● Patienter	39 (40)
● Verksamhetschef	9 (9)

Orsaken till avvikelsen behandlingsskada gällde uteslutande kirurgiska ingrepp: felaktig linsstyrka i samband med kataraktoperation i 4 ärenden (22 procent), operation av fel öga i 3 ärenden (17 procent), bristande operationsteknik i 3 ärenden (17 procent) och kompetensbrist hos kirurgen i 2 ärenden (11 procent). I 3 ärenden (17 procent) ledde behandlingsskadan till en reoperation och i 6 ärenden (33 procent) till en synnedsättning. Övriga noterade konsekvenser var onödig antibiotikabehandling, synfältspåverkan samt onödig anestesi (Tabell 4).

Orsaken till avvikelsen teknikskada kopplades i 6 ärenden (50 procent) till en viss typ av intraokulär lins, Occulentis, som i samtliga ärenden orsakade linsgrumling och medförde en synnedsättning som krävde en reoperation. (Tabell 5). Annan forskning har visat att denna linstyp efter ett antal år har utvecklat en förkalkning med grumlighet som följd. Grumligheten hade inga kopplingar till medicinska, kirurgiska eller oftalmologiska faktorer. Produkten har återkallats från marknaden [14]. Övriga orsaker till avvikelsen var felaktiga operationsinstrument och felaktig hantering av material. Konsekvenser av teknikskador var bland annat synnedsättning, annan reoperation och blödning.

Orsaker till administrationsavvikelse i 3 ärenden (30 procent) var att inget bokningsunderlag skapats, följt av lång skrivkö på diktat i 2 ärenden (20 procent) samt att ingen kallelse skickades i 2 ärenden (20 procent). Denna avvikelse resulterade främst i konsekvensen synnedsättning i 7 ärenden (70 procent) (Tabell 6).

En femtedel av alla patienter i studien hade glaukom som bakomliggande ögonsjukdom. Hos denna patientgrupp var fördröjd vård den vanligaste typen av avvikelse (13 ärenden, 65 procent) . Fördröjd vård hos dessa patienter resulterade i en synnedsättning i 12 ärenden (92 procent) och synförlust i 1 ärende (8 procent) (Tabell 7 och 8).

15 procent av patienterna hade våt makuladegeneration som bakomliggande sjukdom. Även här var fördröjd vård den vanligaste typen av avvikelse (12 ärenden, 80 procent). Fördröjd vård hos dessa patienter resulterade i en synnedsättning i 10 ärenden (83 procent) och synförlust i 2 ärenden (17 procent) (Tabell 7 och 8).

Övriga vanliga diagnoser var katarakt (15 ärenden, 15 procent), hjärntumör (9 ärenden, 9 procent) och näthinneavlossning (8 ärenden, 8 procent). Därutöver var det en jämn spridning mellan andra ögonåkommor med en procent styck.

Synnedsättning visade sig vara den vanligaste typen av konsekvens (44 ärenden, 43 procent). Den vanligaste avvikelsen som orsakat synnedsättning var fördröjd vård (25 ärenden, 57 procent). Synförlust var den näst vanligaste konsekvensen (13 ärenden, 13 procent). Den vanligaste avvikelsen som orsakat denna konsekvens var även här fördröjd vård (6 ärenden, 46 procent).

DISKUSSION

Nya terapier och nya medicintekniska produkter och instrument introduceras hela tiden, och vården blir alltmer avancerad. Det innebär att vi nu behandlar patienter som vi tidigare inte hade möjlighet att omhänderta. I dag kan vi behandla patienter med våt ma-

TABELL 3. Orsaker till diagnosskada.

Orsaker diagnosskada	Procent (antal)
● Fel diagnos	56 (15)
● Ej fullständig ögonundersökning	15 (4)
● Remiss felbedömd	15 (4)
● Övrigt	14 (4)

TABELL 4. Orsaker till behandlingsskada.

Orsaker behandlingsskada	Procent (antal)
● Felaktig linsstyrka	22 (4)
● Fel öga opereras	17 (3)
● Bristande operationsteknik	17 (3)
● Kompetensbrist	11 (2)
● Övrigt	33 (6)

TABELL 5. Orsaker till teknikskada.

Orsaker teknikskada	Procent (antal)
● Implantat: Occulentis lins	50 (6)
● Operationsverktyg	8 (1)
● Mänsklig faktor	8 (1)
● Övrigt	34 (4)

TABELL 6. Orsaker till administrationsskada.

Orsaker administrationsskada	Procent (antal)
● Inget bokningsunderlag	30 (3)
● Lång skrivkö på diktat	20 (2)
● Ingen kallelse skickas	20 (2)
● Bristande rutin på uppföljning	10 (1)
● Övrigt	20 (2)

TABELL 7. Avvikelser hos patienter med glaukom och våt makuladegeneration.

Avvikelser	Glaukom, procent (antal)	Våt AMD, procent (antal)
● Fördröjd vård	65 (13)	80 (12)
● Administration	25 (5)	
● Behandlingsskada	5 (1)	7 (1)
● Diagnosskada	5 (1)	13 (2)

TABELL 8. Konsekvenser av fördröjd vård vid glaukom och våt AMD.

Konsekvenser vid fördröjd vård	Glaukom, procent (antal)	Våt AMD, procent (antal)
● Synnedsättning	92 (12)	83 (10)
● Synförlust	8 (1)	17 (2)

kuladegeneration där vi tidigare inte hade behandlingar att erbjuda. På så sätt blir denna patientgrupp mer resurskrävande i ögonsjukvården, särskilt då de kräver kontinuerlig uppföljning och behandling. Det gäller även glaukompatienter som i dag kan erbjudas operationsmetoder som inte var tillgängliga tidigare. Befolkningen ökar, och ett ökat antal äldre medför att kraven på sjukvården ökar.

Ett tydligt och slående resultat i vår studie är att den vanligaste typen av avvikelse är fördröjd vård. Då fördröjd vård kan få så allvarliga konsekvenser som irreversibel synnedsättning och total blindhet är det ett anmärkningsvärt resultat.

En ögonsjukdom som är beroende av regelbunden uppföljning och att behandling sätts in i rätt tid är glaukom. Det är en kronisk, progressiv sjukdom som kan orsaka bestående synnervsskador och som obehandlad kan leda till blindhet. I dag är glaukom den vanligaste orsaken till irreversibel blindhet i världen. Progressen av sjukdomen bromsas vanligen om ögontrycket hålls under kontroll. I många fall kan kroniskt glaukom föreligga utan värk, och patienten märker därför inte själv försämringen förrän sent i förloppet. Studier visar att glaukompatienter har en sämre livskvalitet med begränsningar av dagliga aktiviteter [11].

Våt makuladegeneration är en annan ögonsjukdom som orsakar synnedsättning. Den drabbar människor från 60 års ålder och uppåt. Sjukdomen skadar makula, det område på näthinnan som ansvarar för vårt skarpseende. Sjukdomen leder inte till total blindhet, men skadar den centrala synskärpan vilket sätter ner förmågan att läsa och känna igen ansikten. Enligt den statistiska prognosen kommer antalet patienter med glaukom och våt makuladegeneration att öka de kommande åren [12, 13].

I vissa fall har den planerade uppföljningen av patienter med glaukom och våt makuladegeneration skjutits upp flera månader. Synen har på grund av den långa väntetiden inte gått att rädda, och patienterna har drabbats av irreversibel synnedsättning.

Vårdköer och väntetider inom svensk sjukvård har sedan länge utgjort ett svårhanterat problem. Politiker har försökt att lösa detta genom att införa en vårdgaranti. Detta är i grunden en positiv åtgärd som i många fall medfört kortare väntetider till ett första läkarbesök och till påbörjad behandling i specialistvården. Den stora nackdelen har dock varit att den leder till omprioriteringar i sjukvården. Vårdgarantin gör att många äldre med komplexa sjukdomar trängs undan av patienter med mindre komplexa sjukdomar vars vårdbehov är enklare att mäta. Det gör att patienter med glaukom och våt makuladegeneration får kraftigt försenade återbesök och förlorar sin syn i onödan. En sådan utveckling kommer i konflikt med de övergripande etiska krav vi har inom sjukvården på att patienter med störst behov ska prioriteras.

För patienter med glaukom och våt makuladegeneration behöver vi en långvarig strategi med rätt prioritering och fördelning av resurser för att undvika blindhet. Man kan införa ett kösystem som tar hänsyn till bakomliggande sjukdom och väger in detta i prioriteringen.

»Vårdgarantin ... gör att patienter med glaukom och våt makuladegeneration får kraftigt försenade återbesök ...«

Den nuvarande strategin att lösa problematiken, genom att skicka patienter till andra regioner eller tillfälligt rekrytera personal, är en tillfällig lösning. Satsningar krävs på utbildning av ögonsjuksköterskor och ögonläkare. En lösning kan vara att behålla äldre ögonläkare till handledning i stället för att låta dem gå i pension.

Det är viktigt att arbetsgivaren skapar en transparent återkoppling av avvikelser ut till verksamheten. Det bör finnas möjlighet till stöd och ventilering bland medarbetarna. Syftet är att minimera risken för upprepning.

Med denna studie hoppas vi på att övriga specialiteter kan inspireras till liknande studier. En svaghet med denna studie är att studiematerialet blir litet när det delas in i subgrupper. Det vore önskvärt att utföra liknande studier med större studiematerial. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

● Gisela Wejde, Stockholm, har bidragit med kategorisering av avvikelser.

Citera som: Läkartidningen. 2019;116:FSMU

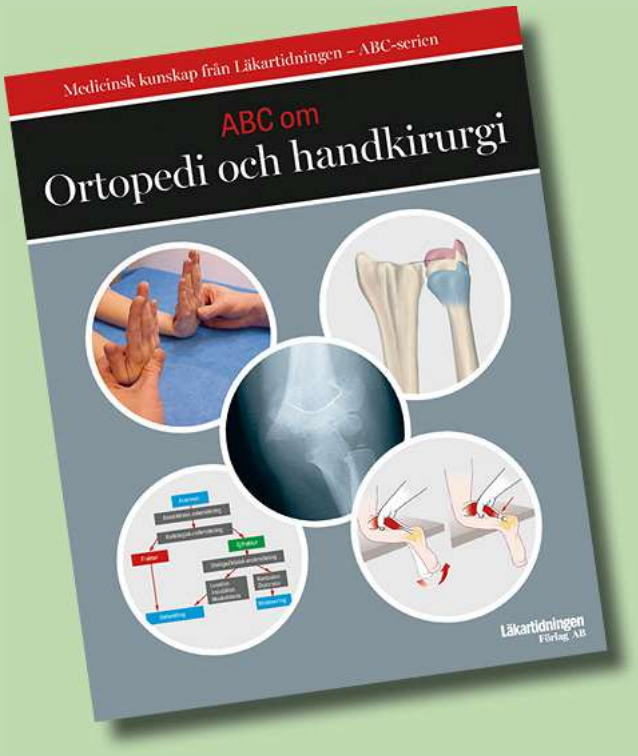
Läs mer!
Engelsk sammanfattning på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. SFS 2010:659. Patientsäkerhetslag.
2. Inspektionen för vård och omsorg (Ivo). Anmäla och rapportera som yrkesverksam. Uppdaterat 26 aug 2019 [citerat 24 apr 2019]. https://www.ivo.se/anmala-och-rapportera/anmala-och-rapportera-som-yrkesverksam/
3. Inspektionen för vård och omsorg (Ivo). Om patientnämnden. Uppdaterat 9 feb 2015 [citerat 24 apr 2019]. https://www.ivo.se/for-privatpersoner/om-patientnamnden/
4. Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (Löf). Om försäkringen [citerat 24 apr 2019]. https://lof.se/patient/om-forsakringen/
5. Läkemedelsverket. Svensk lagstiftning. Uppdaterat 29 dec 2015 [citerat 24 apr 2019]. https://lakemedelsverket.se/overgripande/Lagar--regler/Svensk-lagstiftning/
6. Inspektionen för vård och omsorg (Ivo). Om Ivo. Uppdaterat 19 sep 2019 [citerat 24 apr 2019]. https://www.ivo.se/om-ivo/
7. Socialstyrelsens statistikdatabas. Diagnoser i sluten vård; Diagnoser i specialiserad öppen vård [citerat 24 apr 2019]. https://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas
8. Inspektionen för vård och omsorg (Ivo). Statistik. Uppdaterat 14 mar 2017 [citerat 2019-04-24]. https://www.ivo.se/om-ivo/statistik/]
9. Wears RL, Wu AW. Dealing with failure: The aftermath of errors and adverse events. Ann Emerg Med. 2002;39(3):344-6.
10. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. Arch Intern Med. 2012;172(18):1377-85.
11. Altangerel U, Spaeth GL, Rhee DJ. Visual function, disability and psychological impact of glaucoma. Curr Opin Ophthalmol 2003;14(2):100-5.
12. Tham YC, Li X, Wong TY, et al. Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis. Ophthalmology. 2014;121(11):2081-90.
13. Wong WL, Su X, Li X, et al. Global prevalence of age-related macular degeneration and disease burden projection for 2020 and 2040: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health. 2014;2(2):e106-16.
14. Gurabardhi M, Häberle H, Aurich H, et al. Serial intraocular lens opacifications of different designs from the same manufacturer: clinical and light microscopic results of 71 explant cases. J Cataract Refract Surg. 2018;44(11):1326-32.

Ny bok från Läkartidningen förlag med ABC-artiklar!

ABC om Ortopedi och handkirurgi



Läkartidningens ABC-artiklar är bland tidningens mest uppskattade. De är skrivna och formgivna för att ge handfasta behandlingsrekommendationer på vårdcentraler, akutmottagningar och andra mottagningar.

I den här boken har vi samlat 20 ABC-artiklar om skador och tillstånd i rörelseapparaten. De är uppdaterade och omredigerade, allt i syfte att ge behandlande läkare hjälp att ge sina patienter god och säker vård.

156 sidor (format 19 x 24 cm)

Läkartidningen Förlag AB

Klipp ut och posta!

Ja tack, jag vill gärna beställa Läkartidningens bok ABC om ortopedi och handkirurgi för 320 kr (ord pris) 256 kr för dig som är AT/ST-läkare eller läkarstudent

☐ ANTAL ☐ JAG ÄR AT/ST-LÄKARE/LÄKARSTUDENT

Namn/Referens

Fakturaadress

Postadress

Leveransadress

E-mailadress

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

Läkartidningen

SVERIGE
PORTO
BETALT
PORTPAYÉ

LÄKARTIDNINGEN

SVARSPOST
110 555 202
110 26 STOCKHOLM

Torakal aktinomykos – allvarlig sjukdom och en diagnostisk svår utmaning

MEN MED RÄTT BEHANDLING ÄR PROGNOSEN GOD

Andreas Palm, med dr, överläkare, institutionen för medicinska vetenskaper, Lung-, allergi- och sömnforskning, Uppsala universitet
● andreas.palm@regiongavleborg.se

Johan Isaksson, doktorand, överläkare, institutionen för immunologi, genetik och patologi, Uppsala universitet

Eva Brandén, med dr, överläkare; alla tre Centrum för forskning och utveckling, Region Gävleborg och Uppsala universitet

Gunnar Hillerdal, docent, överläkare; samtliga lungmottagningen, Gävle sjukhus

Aktinomykos är en sällsynt infektionssjukdom som orsakas av långsamt och filamentöst växande, grampositiva, fakultativt anaeroba bakterier tillhörande familjen Actinomycetae. Namnet aktinomykos, på svenska strålsvamp, är missvisande. I mikrobiologins barndom antogs organismen vara en svamp och inte en bakterie. Det grekiska ordet aktinos, stråle, syftar på bakteriekoloniernas mycelliknande växtsätt. Dessa bakterier finns normalt i munnen, gastrointestinalkanalen och, hos kvinnor, urogenitalregionen [1].

En skada på slemhinnan kan leda till att bakterien invaderar lokala strukturer och ger en klinisk infektion. Vanligast är en infektion i käken/ansiktet, där dåligt tandstatus och ansiktstrauma anses vara riskfaktorer [2]. Infektion i buken/lilla bäckenet har setts särskilt hos kvinnor med inlagd spiral. Andra drabbade organ kan vara ben och leder, mag-tarmkanalen, centrala nervsystemet, hud och mjukdelar samt lungor [1]. Den torakala formen svarar för cirka 15 till 20 procent av alla fall [3, 4]. Aspiration av sekret från orofaryngial- eller gastrointestinalregionerna tros ligga bakom den torakala infektionen. Bakomliggande lungsjukdom och även överkonsumtion av alkohol predisponerar [5]. Män är överrepresenterade, och sjukdomen har en ålderstopp i 50- till 60-årsåldern. Symtomen vid sjukdomsdebut är ospecifika med hosta, ökad sputumproduktion, ofta hemoptyser och feber. Sänkereaktionen är ofta förhöjd [2, 6-10].

HUVUDBUDSKAP

- Aktinomykos i toraxregionen är en sällsynt men allvarlig sjukdom.
- Diagnostiken är svår eftersom bakterien kräver specialmedium och lång tid för att växa, och specialfärgningar krävs i biopsier.
- Den vanligaste differentialdiagnosen är en torakal malignitet.
- Långtidsbehandling med antibiotika är nödvändig.

Torakal aktinomykos kan involvera lungor, pleura, bröstkorgsvägg, ryggkotor och även perikardiet [11]. Den radiologiska bilden kan följaktligen variera stort med allt från smärre ospecifika infiltrat, kaviterande tuberkulosliknande förändringar till en bild som vid metastaserad cancersjukdom med överväxt till mediastinum och skelett [1]. PET-DT med det radioaktiva ämnet FDG (fludeoxiglukos) kan precis som vid malignitet eller annan infektion visa ett ökat upptag i lesionerna [12].

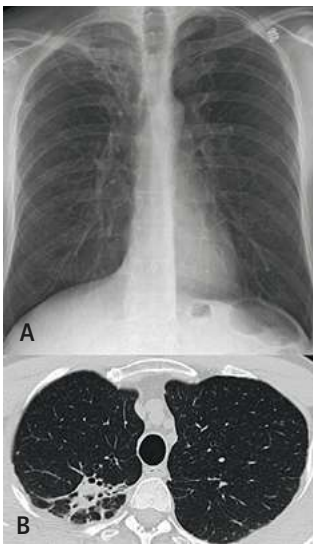
Under den preantibiotiska eran var dödligheten i torakal aktinomykos 75–100 procent, men sedan 1940-talet har behandlingsresultaten förbättrats markant givet att antibiotika ges i tillräckliga doser under tillräcklig tid [8, 10, 13].

Diagnosen ställs antingen med PAD från infekterad vävnad eller med hjälp av bakterieodling. Den typiska PAD-bilden vid aktinomykos visar en granulomatös inflammation med nekroser, filamentöst växande grampositiva bakterier och gulaktiga granulae, som benämns svavelgranulae och utgörs av konglomerat av bakterier [1]. Bakterien är långsamväxande, och en förlängd anaerob odling i specialmedium, som exempelvis chokladblodagar, krävs [1]. Man måste alltså redan när odlingen skickas ha frågeställningen aktinomykos klar för sig. Ett fynd av Actinomyces i en odling från slemhinna, som normalt kan vara koloniserad, har liten signifikans i avsaknad av påvisade svavelgranulae eller typisk klinisk bild av en Actinomycesinfektion. En gramfärgning har högre sensibilitet än en odling, speciellt om patienten har fått antibiotika [1]. Man bör alltså kombinera histologisk och mikrobiologisk analys.

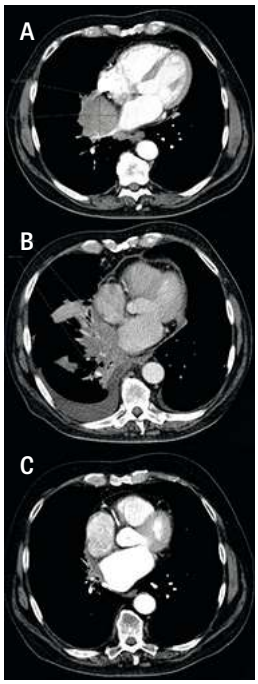
»Man måste alltså redan när odlingen skickas ha frågeställningen aktinomykos klar för sig.«

Incidensen av aktinomykos är inte känd och några moderna uppskattningar om förekomsten finns inte i västvärlden. Det finns uppskattningar från 1970-talet i Cleveland, USA, på 1 fall/300 000 invånare, och från Tyskland och Nederländerna på 1960-talet på 1 fall/1 000 000 invånare [5]. En nyligen publicerad sammanställning av 145 fall av torakal aktinomykos från Kina är baserad på fallrapporter från ett tidsspann mellan 1954 och 2016 [10]. Sjukdomen kan vara vanligare i Sydostasien än i andra delar av världen då de största retrospektiva analyserna av diagnostiserade fall av torakal aktinomykos kommer från Korea [7, 8, 14] och Kina [9], men det finns även ett publicerat icke referentgranskat material från Dresden i Tyskland från 2009 [6]. I dessa rapporter framgår aldrig storleken på sjukhusens upptagningsområden, varför incidensen inte låter sig uppskattas. Ibland handlar det om universitetssjukhus i storstäder som Peking och Seoul, men det rör sig ändå oftast bara om enstaka fall per sjukhus och år.

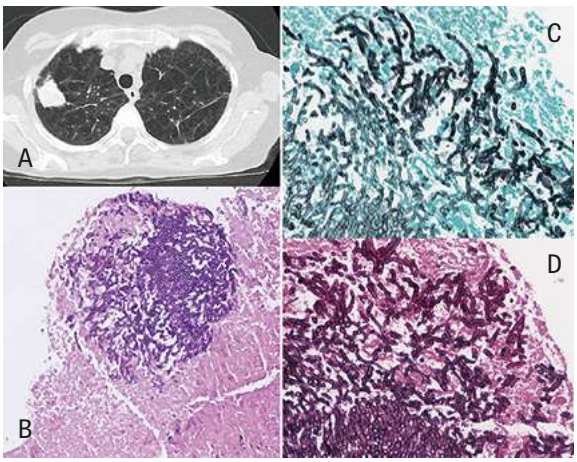
Patienter med torakal aktinomykos har en utmärkt



Figur 1. Patientfall 1. Lungröntgen (A) och datortomografi (B) av det apikala högersidiga lunginfiltratet.



Figur 2. Patientfall 2. Initial bild (A), en bild efter 4 månader (B) respektive en bild efter några månaders antibiotikabehandling (C).



Figur 3. Patientfall 3. DT-bild (A) av den tumörmisstänkta förändringen och PAD-bilder av aktinomykoshärdar med olika färgningar: hematoxylin–eosinfärgning (B), Grocotts silverfärgning (C) respektive PAS-färgning (D) (svampfärgning). Notera de mycelliknande konglomeraten av bakterier.

prognos men kräver förlängd antibiotikabehandling. Höga doser av pcG (bensylpenicillin) intravenöst i 2–6 veckor följt av peroralt pcV (fenoximetylpenicillin) eller amoxicillin i 6–12 månader rekommenderas [1, 13]. I fallserier har 0–22 procent av patienterna varit refraktära mot medicinsk behandling och kompletterande kirurgisk behandling varit nödvändig för att uppnå bot [6-8, 14]. Lungresektion kan behövas som primär behandling vid hemoptysproblematik [7, 8].

Vi presenterar här tre patientfall som illustrerar kliniken och de diagnostiska svårigheterna.

PATIENTFALL 1

En 52-årig tidigare frisk man som aldrig rökt, med hosta och sjukdomskänsla i några månader, remitterades på grund av en lungröntgenbild med ett infiltrat i höger ovanlob (Figur 1). Bronkoskopi × 2 var negativ utan fynd av tumör eller tuberkulos. Direktpunktion visade PAD-bild som vid aktinomykos, och odling visade växt av Actinomyces israeli. Patienten behandlades med penicillin i 9 månader och blev frisk. Lungröntgenförändringarna försvann.

PATIENTFALL 2

En ex-rökande man med hypertoni, förmaksflimmer och måttlig KOL sökte med hosta, subfebrilitet och allmän sjukdomskänsla. Lungröntgen visade malignitetssuspekt förändring (Figur 2A). Under sex månader genomgick patienten tre konventionella bronkoskopier och ytterligare en med endobronkiellt ultraljud (EBUS), tre DT-ledda mellannålspunktioner och en PET-DT-undersökning. Han drabbades småningom av ett suspekt empyem (Figur 2B) och fick behandling med piperacillin/tazobaktam följt av klindamycin i en månad. Den radiologiska bilden och kliniken var väl förenlig med lungmalignitet, och cytostatikabehandling övervägdes trots att ingen definitiv diagnos fanns. Patienten mådde nu mycket bättre och DT-bilden normaliserades sakta (Figur 2C). En eftergranskning av tagna lungbiopsier bekräftade den nu uppkomna misstanken om aktinomykos. Hela utredningstiden från att patienten först kom till lungmottagningen till att diagnos sattes var 14 månader.

PATIENTFALL 3

En 56-årig kvinna, rökare med totalt cirka 25 paketår, KOL stadium 3 samt tidigare cerebrovaskulär lesion med lindriga sequelae insjuknade med hosta, andfåddhet och symtom förenliga med övre luftvägsinfektion med måttlig CRP-stegring. Patienten förbättrades efter exacerbationsbehandling med kortison och tetracyklin, men vid uppföljande lungröntgen sågs en tumörsuspekt förändring, och hon remitterades till lungmottagningen (Figur 3A). Datortomografin visade suspekt malignitet, och utredning gjordes med bronkoskopi och DT-ledd lungpunktion. PET-DT med FDG visade inget fokalt ökat upptag i lungförändringen. I punktionspreparat sågs aktinomykos (Figur 3B–C). Odlingar var negativa. Behandling inleddes med pcG 3 g × 3, och efter avslutad intravenös behandling påbörjades peroral behandling med amoxicillin 750 mg × 3 under 9 månader. Låggradigt förhöjt CRP normaliserades långsamt, men den radiologiska bilden var oförändrad.

DISKUSSION

Utmaningen är att aktivt överväga torakal aktinomykos som differentialdiagnos vid persisterande lunginfiltrat som inte låtit sig förklaras på annat sätt. Dessa tre patienter remitterades till lungmottagningen på grund av ospecifika lungsymtom och en patologisk lungröntgenbild. Utredningarna drog ut på tiden. Det är mycket vanligt vid aktinomykos att tiden mellan symtomdebut och definitiv diagnos överstiger 6 månader [3, 10]. Precis som i våra fall misstolkas patienternas kliniska och radiologiska bild initialt ofta som

sannolik lungcancer, men även tuberkulos är en vanlig preliminär diagnos [7-9]. Ett uttryck för den diagnostiska dröjsamheten är att diagnosen ställs på operationsmaterial i 15–41 procent av fallen i de publicerade större patientkohorterna [7, 8, 10]. En ökad medvetenhet om diagnosen leder till snabbare diagnostik och färre onödiga undersökningar inklusive explorativa torakotomier/lungresektioner. Prognosen

»Det är mycket vanligt vid aktinomykos att tiden mellan symtomdebut och definitiv diagnos överstiger 6 månader.«

vid adekvat behandling är utmärkt, och våra tre patienter svarade också bra på behandling.

Vi föreslår att man, i de fall där bronkbiopsier och PAD från en DT-ledd lungpunktion eller en lungresektion visar benignt fynd, men där den kliniska och radiologiska bilden skulle kunna stämma med torakal aktinomykos, begär granskning och kompletterande färgningar av PAD-preparaten med denna frågeställning.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2019;116:FR6A

Läs mer!
Engelsk sammanfattning på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Valour F, Sénéchal A, Dupieux C, et al. Actinomycosis: etiology, clinical features, diagnosis, treatment, and management. Infect Drug Resist. 2014;7:183-97.
2. Bennhoff DF. Actinomycosis: diagnostic and therapeutic considerations and a review of 32 cases. Laryngoscope. 1984;94(9):1198-217.
3. Weese WC, Smith IM. A study of 57 cases of actinomycosis over a 36-year period. A diagnostic »failure« with good prognosis after treatment. Arch Intern Med. 1975;135(12):1562-8.
4. Mabeza GF, Macfarlane J. Pulmonary actinomycosis. Eur Respir J. 2003;21(3):545-51.
5. Wong VK, Turmezei TD, Weston VC. Actinomycosis. BMJ. 2011;343:d6099.
6. Kolditz M, Bickhardt J, Matthiessen W, et al. Medical management of pulmonary actinomycosis: data from 49 consecutive cases. J Antimicrob Chemother. 2009;63(4):839-41.
7. Song JU, Park HY, Jeon K, et al. Treatment of thoracic actinomycosis: a retrospective analysis of 40 patients. Ann Thorac Med. 2010;5(2):80-5.
8. Kim SR, Jung LY, Oh IJ, et al. Pulmonary actinomycosis during the first decade of 21st century: cases of 94 patients. BMC Infect Dis. 2013;13:216.
9. Sun XF, Wang P, Liu HR, et al. A retrospective study of pulmonary actinomycosis in a single institution in China. Chin Med J (Engl). 2015;128(12):1607-10.
10. Zhang M, Zhang XY, Chen YB. Primary pulmonary actinomycosis: a retrospective analysis of 145 cases in mainland China. Int J Tuberc Lung Dis. 2017;21(7):825-31.
11. Acevedo F, Baudrand R, Letelier LM, et al. Actinomycosis: a great pretender. Case reports of unusual presentations and a review of the literature. Int J Infect Dis. 2008;12(4):358-62.
12. Singla S, Singh H, Mukherjee A, et al. Cervical and thoracic actinomycosis on (18)F-FDG PET/CT. Clin Nucl Med. 2014;39(7):623-4.
13. Bates M, Cruickshank G. Thoracic actinomycosis. Thorax. 1957;12(2):99-124.
14. Park JY, Lee T, Lee H, et al. Multivariate analysis of prognostic factors in patients with pulmonary actinomycosis. BMC Infect Dis. 2014;14:10.

KARO PHARMA

NYHET!

Det första godkända kombinationsläkemedlet med paracetamol och ibuprofen i Norden

Dolerin® 500 mg/150 mg för akut smärtlindring



Snabbare och överlägsen smärtlindring[1,2]
Vs. paracetamol: i viloläge, p<0,007, vid aktivitet, p<0,006.
Vs. ibuprofen: i viloläge, p<0,003, vid aktivitet, p<0,007.

Ett icke opioidbaserat alternativ

Förenklat doseringsschema som medger maximal dygnsdos 4000 mg/1200 mg
Vs. om patienten kombinerar de ingående aktiva substanserna var för sig.

För mer information besök vår hemsida **www.dolerin.se**

För akut smärtlindring
Dolerin®
paracetamol 500mg / ibuprofen 150mg

1. Dolerin® Produktresumé
2. Merry et al British Journal of Anaesthesia 104 (1): 80–8 (2010).

Dolerin® filmdragerad tablett innehåller 500 mg paracetamol och 150 mg ibuprofen. Rx, EF, ATC-kod N02BE51. Vanlig dos av Dolerin är 1–2 tabletter var 6:e timme vid behov, vilket ger en maximal dygnsdos av paracetamol och ibuprofen på 4000 mg respektive 1200 mg. **Indikation:** Dolerin är indicerat för tillfällig lindring av akut smärta förknippad med: huvudvärk (ej migrän), ryggvärk, tandvärk, muskelvärk och halsont. Dolerin är indicerat för feber. Rekommenderas inte till barn under 18 år. Patienten bör kontakta läkare om symptomen kvarstår i mer än 3 dagar eller förvärras, eller om produkten krävs i mer än 3 dagar. **Varningar och försiktighet:** Biverkningar kan eventuellt minimeras genom att använda den lägsta effektiva dosen under kortast möjliga tid, som krävs för att kontrollera symtomen. Dolerin ska inte användas tillsammans med andra NSAID preparat pga. ökad risk för allvarliga gastrointestinala blödningar. Dolerin ska inte användas tillsammans med andra läkemedel som innehåller paracetamol pga. ökad risk för allvarlig leverskada. Dolerin ska ej ges under de tre sista månaderna av graviditeten, till patienter med aktiv alkoholism, patienter med svår leversvikt eller svår njursvikt, patienter med hjärnblödning, annan aktiv blödning, ökad blödningsbenägenhet eller blodkoagulationsstörningar, patienter med svår hjärtsvikt, eller till patienter med överkänslighet mot ingående substanser eller andra NSAID-preparat. För fullständig förskrivarinformation se fass.se. Produktresumé uppdaterad 2019-02-11. Karo Pharma AB, Box 16184, 103 24 Stockholm. SE-DOL-2019-08-6

Neonatal purulent parotit ovanlig men potentiellt allvarlig infektion

GOD PROGNOS MED INTRAVENÖS ANTIBIOTIKABEHANDLING TIDIGT

Ellen Lindell, doktorand, specialistläkare, öron-, näs- och halsenheten, kirurg- och öronkliniken; Göteborgs universitet
● ellen.lindell@vgregion.se

Anders Lundqvist, med dr, överläkare, infektionsenheten; båda Södra Älvsborgs sjukhus, Borås

Inflammation i spottkörtlar under nyföddhetsperioden är ett sällsynt tillstånd där infektion orsakad av bakterier är vanligare i glandula parotis än i glandula submandibularis [1]. Neonatal purulent parotit karakteriseras av svullnad och ömhet över glandula parotis, rodnad i huden framför och under örat samt ibland varig purulent sekretion via spottkörtelns utförsgång i munhålan. De flesta barn som drabbas är från några dagar upp till en månad gamla [2, 3]. Samtidig feber kan förekomma, och ofta sker insjuknandet hastigt inom ett till två dygn. Prematur födsel och dehydrering anses vara predisponerande, och purulent sekretion från körteln är patognomont.

Staphylococcus aureus (S aureus) är den vanligaste bakterien vid neonatal purulent parotit, men även gramnegativa stavar och streptokocker finns beskrivet [4-7]. Tillståndet förkommer företrädesvis unilateralt och är vanligare bland pojkar, enligt tidigare fallrapporter [3, 4, 8].

Prognosen är god om intravenös antibiotikabehandling sätts in tidigt, men komplikationer i form av intraglandulära abscesser, som kräver kirurgiskt dränage, och sepsis finns beskrivna [5, 7].

Neonatal purulent parotit har tidigare beskrivits i ett fåtal fall men vi känner inte till några svenska fallrapporter. Vi beskriver här två fall av neonatal purulent parotit.

FALLBESKRIVNING

Fall 1

En 14 dagar gammal pojke inkom till barnakuten med ett dygns anamnes på svullnad och rodnad i huden framför och under höger öra och temperatur 37,9 °C. Pojken var född i vecka 39+4 med vaginal förlossning efter en komplikationsfri och normal graviditet. Han var nummer två i barnaskaran och hade ammats sedan födseln. Pojkens mamma hade veckan före insjuknandet noterat en sårighet kring en mamill som sedan läkt. Eksem eller andra hudsjukdomar fanns inte i familjen.

Vid undersökning på öron-, näs- och halsklinik konstaterades att pojken hade ett normalt öronstatus men en svullen parotiskörtel på höger sida där pus tömde sig från glandula parotis. Pojken lades in och fick antibiotika intravenöst (kloxacillin) men därutöver ingen extra vätska parenteralt. Mamman rekommenderades att fortsätta amma ofta. C-reaktivt protein (CRP) vid ankomst var 54 mg/l och leukocyter 19,5 × 10^9/l med sjunkande värden följande dagar. Ingen feber uppmättes under sjukhusvistelsen, och svullnaden över parotis gick långsamt i regress men pus tömde sig fortsatt från utförsgången på dag 3 och 4. Ultraljud av körteln dag 3 visade generell svullnad och bild som vid inflammation men ingen avgränsbar abscess (Figur 1). Odling från körtelns utförsgång visade växt av S aureus samt alfahemolytiska streptokocker, medan blododlingen utföll negativ. Patienten kunde skrivas hem efter sex dagar med fortsatt peroral antibiotikabehandling (flukloxacillin). Uppföljning med klinisk kontroll efter fem dagar visade full utläkning av tillståndet.

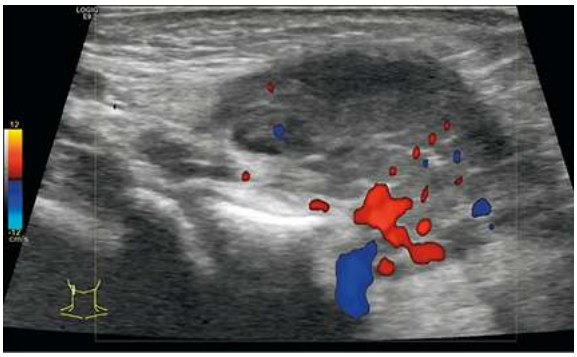
> »Neonatal purulent parotit drabbar ofta tidigare helt friska fullgångna barn under den första levnadsmånaden ...«

Fall 2

En 14 dagar gammal pojke inkom till sjukhuset på grund av svullnad framför höger öra sedan ett halvt dygn samt temperaturstegring till 37,8 °C (Figur 2). Pojken var född i vecka 38+0 med kejsarsnitt och hade vid födseln en vikt på 5 800 g. Då barnet hade lågt B-glukosvärde vårdades han initialt 4 dagar på neonatalavdelning. Han fullmatades sedan födseln med

HUVUDBUDSKAP

- Neonatal purulent parotit är ovanligt och karaktäriseras av svullnad, ömhet och rodnad över glandula parotis.
- Tillståndet drabbar vanligtvis tidigare helt friska barn som är ett par dagar till en månad gamla.
- Staphylococcus aureus är den vanligaste bakterien, men annan etiologi såsom gramnegativa stavar och streptokocker finns beskrivet.
- Smittvägen för infektion är sannolikt via munnen och parotiskörtelns utförsgång.
- Tidig antibiotikabehandling är viktig, och allvarliga komplikationer i form av abscesser och sepsis är sällsynta.



Figur 1. Ultraljud av spottkörteln visade ventralt om örat ett 8 × 3 mm stort område med nedsatt ekogenitet. Ingen ökad dopplersignal eller ekoförstärkning bakom området sågs, talande emot abscess.



Figur 2. Neonatal parotit. Svullnad framför höger öra.

mjölkersättning. Luftvägsallergi för pollen fanns i familjen, men ingen hade eksem eller öppna sår. Pojken hade vid ankomst höga infektionsparametrar med CRP 170 mg/l och leukocyter 25 × 10^9/l. Han inlades och fick initialt behandling med bensylpenicillin intravenöst. Svullnaden över glandula parotis tilltog under de följande två dygnen. Inget pus kunde masseras ut från parotis utförsgång. Blododling och odling från munhåla visade växt av S aureus, varför man bytte till cefotaxim intravenöst. Pojken förbättrades kliniskt och laboratoriemässigt och kunde skrivas hem med peroral antibiotikabehandling efter totalt 11 dygns inneliggande vård och var helt symtomfri vid uppföljning efter 1 vecka.

DISKUSSION

Neonatal purulent parotit är ovanligt och var orsak till inläggning hos 13,8/10 000 slutenvårdade barn i nyföddhetsperioden vid ett italienskt sjukhus [9]. Få större genomgångar av fall har gjorts i litteraturen.

Neonatal purulent parotit drabbar ofta tidigare helt friska fullgångna barn under den första levnadsmånaden, då de akut insjuknar med rodnad och svullnad över parotiskörteln. Den vanligaste smittvägen för infektion är sannolikt via munnen, där bakterier kan ta sig upp till parotiskörteln via utförsgången. Potentiella smittorsaker kan vara sårigheter runt mamiller eller kontaminerad mjölk/mjölkersättning, och tillståndet är vanligare bland ammade barn [4]. Munhålan koloniseras vanligen av bakterier under de första dagarna i livet, och bakteriefloran kan skilja sig mellan barn som ammas och flaskmatas [10]. S aureus är, till skillnad från streptokocker, inte en del av munhålans normalflora. I ett av fallen vi beskriver hade mamman noterat en sårighet i huden kring en bröstvårta. Kolonisation av S aureus hos friska bärare kan dock förekomma helt asymtomatiskt.

Neonatala spottkörtelinfektioner är ovanliga men potentiellt allvarliga och därför viktiga att tidigt identifiera och känna till. Inget av barnen vi beskriver utvecklade feber trots uttalad infektion, men det ena hade bakteriemi vid blododling i samband med ankomst till sjukhus. Vid neonatal sepsis som uppstår efter de första levnadsdygnen är S aureus och gramnegativa stavar frekvent förekommande [11]. Om intravenös antibiotikabehandling sätts in snabbt kan komplikationer i form av sepsis och abscessutveckling oftast förhindras vid neonatal purulent parotit. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2019;116:FSMW

Läs mer!
Engelsk sammanfattning på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Díaz Álvarez M, Acosta Batista B, Rivera Alés L. Neonatal acute suppurative submandibular sialadenitis. Literature reports from 1950-2015 [artikel på spanska]. Bol Med Hosp Infant Mex. 2016;73(5):302-8.
2. Decembrino L, Ruffinazzi G, Russo F, et al. Monolateral suppurative parotitis in a neonate and review of literature. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2012;76(7):930-3.
3. Spiegel R, Miron D, Sakran W, et al. Acute neonatal suppurative parotitis: case reports and review. Pediatr Infect Dis J. 2004;23(1):76-8.
4. Ismail EA, Seoudi TM, Al-Amir M, et al. Neonatal suppurative parotitis over the last 4 decades: report of three new cases and review. Pediatr Int. 2013;55(1):60-4.
5. Zurina Z, Wong HL, Jasminder K, et al. Parotid abscess in a late premature infant: a case report. Med J Malaysia. 2012;67(6):631-2.
6. Dias Costa F, Ramos Andrade D, Cunha FI, et al. Group B streptococcal neonatal parotitis. BMJ Case Rep. 2015;(Jun 10):2015.
7. Boulyana M. Acute neonatal parotitis with late-onset septic shock due to Streptococcus agalactiae. Case Rep Pediatr. 2014;2014:689678.
8. Özdemir H, Karbuz A, Ciftçi E, et al. Acute neonatal suppurative parotitis: a case report and review of the literature. Int J Infect Dis. 2011;15(7):e500-2.
9. Sabatino G, Verrotti A, de Martino M, et al. Neonatal suppurative parotitis: a study of five cases. Eur J Pediatr. 1999;158(4):312-4.
10. Holgerson PL, Vestman NR, Claesson R, et al. Oral microbial profile discriminates breast-fed from formula-fed infants. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2013;56(2):127-36.
11. Håkansson S, Rane A, Nydert P, et al. Neonatal sepsis – bakgrundsdokumentation. Information från Läkemedelsverket. 2013;(3):26-77.

HUVS – sällsynt men inte ofarlig vaskulit associerad med urtikaria

SVENSK STUDIE VISAR EN ÅRLIG INCIDENS PÅ 0,7 FALL PER MILJON INVÅNARE

Christopher Sjöwall, biträdande professor, överläkare, avdelningen för neuro- och inflammationsvetenskap, institutionen för klinisk och experimentell medicin, Linköpings universitet
● christopher.sjowall@liu.se

Lillemor Skattum, med dr, överläkare, avdelningen för mikrobiologi, immunologi och glykobiologi, institutionen för laboratoriemedicin, Lunds universitet

Martin Olsson, överläkare: de båda sistnämnda klinisk immunologi och transfusionsmedicin, Region Skåne, Lund

Anna M Nilsson, doktorand, specialistläkare, avdelningen för neuro- och inflammationsvetenskap, institutionen för klinisk och experimentell medicin, Linköpings universitet

Aladdin J Mohammad, docent, överläkare, Department of Medicine, University of Cambridge, Storbritannien; de båda sistnämnda reumatologi, institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet; reumatologkliniken, Skånes universitetssjukhus, Lund

Hypokomplementemiskt urtikariellt vaskulitsyndrom (HUVS) beskrevs första gången 1973 [1]. Tillståndet har länge betraktats som en separat immunkomplexmedierad autoimmun sjukdom med oklar etiologi, som utöver hudengagemang har potential att engagera leder, njurar, ögon och buk [2]. Därutöver är lungengagemang med spirometriska fynd som vid kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) vanligt förekommande och utgör även en ledande orsak till ökad dödlighet [3-6].

Stansbiopsi från urtikariella lesioner i hud, helst med immunfluorescensmikroskopi för att påvisa depositioner av komplement, är grundläggande i utredningen. Förekomsten av autoantikroppar mot komplementproteinet C1q (anti-C1q) har föreslagits vara »en regel utan undantag« [7].

Kunskapen om sjukdomens förekomst, kliniska manifestationer, prognos och behandling är ännu ofullständig och försvåras av den ibland ospecifika kliniska bilden som kan imitera andra inflammatoriska sjukdomar. Frånvaron av en unik ICD-kod försvårar epidemiologiska studier av tillståndet. Den hittills största studien är en riksomfattande fransk retrospektiv kohortstudie med 57 fall inklusive kliniska data och laboratoriefynd samt medicinsk behandling [6].

År 2018 publicerade vi epidemiologiska och kliniska karakteristika kopplade till HUVS från befolkningen i Skåne och Östergötland med en 16-årig rekryteringsperiod och en medianuppföljningstid av 94 månader [8].

Nomenklatur

Vid 2012 års konsensusmöte i Chapel Hill reviderades indelningen av vaskuliter [5]. Enligt Chapel Hill tillhör HUVS gruppen »immunkomplexmedierade småkärlsvaskuliter«, men termen »anti-C1q-vaskulit« adderades för att understryka betydelsen av denna autoantikropp vid tillståndet. HUVS definieras av ≥6 månaders urtikaria i kombination med låga komplementnivåer samt biopsiverifierad småkärlsvaskulit, glomerulonefrit, artrit, episklerit/uveit eller KOL [3].

Blodprov och biopsifynd

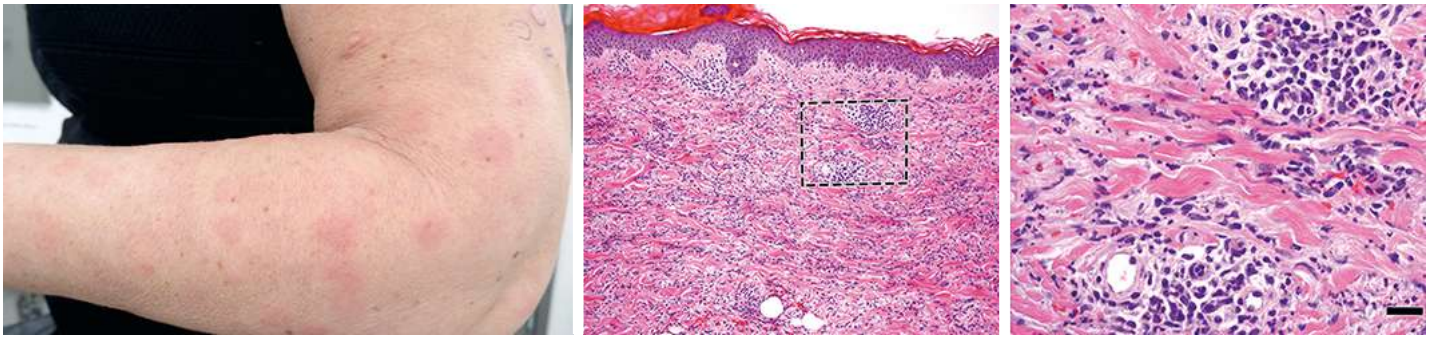
Typiska laboratoriefynd vid HUVS är låga nivåer av komplementproteiner (minst en av C1q, C3 och C4) eller reducerad klassisk komplementfunktion. Anti-C1q kan i regel påvisas. Målantigenet för anti-C1q vid HUVS skiljer sig vanligen från de anti-C1q-antikroppar som påvisas hos ca 30 procent av patienter med systemisk lupus erythematosus (SLE) och vars förekomst ofta är associerad med nefrit [9]. Anti-C1q vid SLE detekteras i regel endast med ELISA-teknik och binder inte separerade C1q-proteinkedjor, till skillnad från antikropparna vid HUVS, som förutom att binda den kollagenlika delen av C1q (ELISA) ofta även binder C1q B- och C-proteinkedjor och därigenom går att detektera med Western blot-teknik [10].

Hudbiopsi är väsentlig när HUVS-diagnosen ställs. Från typiska urtikariella utslag ses histopatologiskt vaskulit som engagerar små blodkärl (dvs kapillärer, venoler eller arterioler), ofta med leukocytoklasi (kärnsönderfall) och perivaskulära, neutrofila infiltrat (Figur 1) [2, 11]. Med immunfluorescensmikroskopi ses komplementkomponenter från den klassiska vägen (C1q, C3 och C4) i vävnad som uttryck för klassisk

»Därutöver är lungengagemang med spirometriska fynd som vid kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) vanligt förekommande och utgör även en ledande orsak till ökad dödlighet ...«

HUVUDBUDSKAP

- Hypokomplementemiskt urtikariellt vaskulitsyndrom (HUVS) är en sällsynt men potentiellt allvarlig immunkomplexmedierad vaskulit.
- Hudbiopsi, inklusive immunfluorescensmikroskopi, är en central del av utredningen, och förekomst av antikroppar mot komplementproteinet 1q (anti-C1q) har hög sensitivitet för HUVS.
- En ny svensk studie visar att den årliga incidensen av HUVS är 0,7 fall per miljon invånare (95 procents konfidensintervall 0,4–1,1). Tillståndet är vanligare bland kvinnor än bland män.
- Allvarligt njurengagemang med glomerulonefrit eller lungengagemang med obstruktiv bild är inte ovanligt och understryker behovet av klinisk vaksamhet för tillståndet, noggrann utredning och vid misstanke kontakt med reumatolog.



Figur 1. Till vänster: Långvarig urtikaria med klåda som kvarstår >24 timmar och inte fullt ut svarar på antihistamin motiverar hudbiopsi. Mitten: Histopatologi i hematoxylin–eosinfärgning visar omfattande purpura (markeringen motsvarar 25 µm). Till höger: Förstoring visar bild förenlig med leukocytoklastisk vaskulit. (Publiceras med tillstånd av Chris Anderson, hudkliniken, och Martin Hallbeck, klinisk patologi, Universitetssjukhuset i Linköping.)

komplementfunktion, vilket ytterligare stärker diagnosen. Histopatologin vid njurengagemang av HUVS går inte att särskilja från den som ses vid proliferativ SLE-nefrit.

Svensk studie av HUVS

Vår svenska studie av HUVS, vars studieprotokoll genomgått erforderlig etikprövning, baseras på data från journaler och laboratorieregister. Samtliga nydiagnostiserade fall av HUVS i Skåne och Östergötland under åren 2000–2015 identifierades via reumatologklinikerna vid Skånes respektive Linköpings universitetssjukhus [8]. Registret vid Klinisk immunologi och Transfusionsmedicin, Lund, där alla C1q- och anti-C1q-analyser för bägge regionerna utförts sedan 1980-talet utgjorde en kompletterande datakälla.

Ur journaler från alla fall med positivt anti-C1q-test under åren 2000 till 2015 inhämtades uppgift om diagnos och kliniska manifestationer. Fall av klinisk SLE-diagnos uteslöts, och endast fall som uppfyllde samtliga nedanstående kriterier för HUVS inkluderades:

- minst ett positivt anti-C1q-antikroppstest (ELISA)
- patienten var mantalsskriven inom en av regionerna vid tidpunkten för HUVS-diagnos
- HUVS-diagnosen var baserad på Chapel Hill-definitionen och/eller typiska urtikariella hudlesioner kombinerade med låga nivåer av klassiska komplementproteiner i cirkulationen och minst två av följande manifestationer: biopsiverifierad hudvaskulit, artrit, glomerulonefrit, episklerit/uveit eller återkommande buksmärta.

Åren 2000–2015 identifierades 16 patienter med HUVS, varav 14 kvinnor (88 procent). Kliniska uppgifter insamlade från diagnosdag fram till den 31 december 2015 (eller död) sammanfattas i Tabell 1. Medianålder för diagnos var 51 år (kvartilavstånd [IQR] 40,7–56,7). Mediantid för uppföljning var 94 månader (IQR 46,5–136,2) och medianålder vid sista uppföljningen (n = 14) var 58 år (IQR 45,0–65,7). Mediantid av diagnosfördröjning, definierat som tid från första symtom relaterat till HUVS fram till diagnos, var 12 månader (IQR 5,0–19,7).

Diagnosen baserades på biopsi (hud eller njure) i majoriteten av fallen (81 procent), och 15 av 16 (94 procent) hade reducerade nivåer av klassiska kom-

TABELL 1. Uppgifter om bakgrund, klinik och laboratoriefynd hos de 16 patienterna med hypokomplementemisk urtikariellt vaskulitsyndrom (HUVS) i Skåne och Östergötland 2000–2015. (IQR = kvartilavstånd; ENA = antikroppar mot extraherbara nukleära antigen.)

Variabel	Data med spridning
● Kvinnor, n (procent)	14 (88)
● Ålder vid diagnos, år, median (IQR)	51 (40,7–56,7)
● Ålder vid sista uppföljning, år, median (IQR)	58 (47,0–67,2)
● Uppföljningstid, månader, median (IQR)	94 (46,5–136,2)
● Diagnosfördröjning[1], månader, median (IQR)	12 (5,0–19,7)
Laboratoriefynd vid diagnos, median (IQR)	
● Hemoglobin, g/l	124,5 (116,5–131,5)
● Leukocyter, partikelkoncentration	7,2 (5,7–11,5)
● Trombocyter, partikelkoncentration	311 (250–451)
● Sänkningsreaktion, mm/h	18,5 (8,5–30,2)
● C-reaktivt protein, mg/l	14 (10–29)
● P-kreatinin, µmol/l	79,5 (57,5–85,0)
● estimerad GFR, ml/min/1,73 m^2	75,5 (65,2–108,2)
Kriterier vid diagnos, n (procent)	
● Låga komplementfaktorer via klassisk väg[2]	15 (94)
● Artrit	14 (88)
● Biopsiverifierad glomerulonefrit	3 (19)
● Episklerit/sklerit	3 (19)
● Återkommande buksmärtor	2 (13)
● Histopatologi till grund för diagnos	13 (81)
Serologiska fynd vid diagnos, n (procent)	
● Anti-C1q-antikroppar	16 (100)
● Låg C1q-nivå	15 (94)
● Antinukleära antikroppar (ANA)	7 (44)
● ENA-positiv[3]	5 (31)
● Anti-dsDNA-antikroppar	0 (0)
● Anti-kardiolipinantikroppar	2 (13)

[1] Definierat som tid från första HUVS-relaterat symtom fram till diagnos.
[2] Hos 1 fall kontrollerades aldrig komplementfaktorer i blod, men tydliga immundepositioner i vävnad förelåg som uttryck för komplementkonsumtion.
[3] Isolerade anti-Ro/SSA-antikroppar i 3 fall; anti-Ro/SSA-antikroppar kombinerade med anti-La/SSB-antikroppar i 2 fall.

plementproteiner i serum eller plasma. Alla patienter testades positivt för anti-C1q med ELISA minst en gång under studietiden, medan Western blot utfördes hos 15 av 16, och bekräftades positivt hos 9 av dem (60 procent).

Kliniska manifestationer. Vid tidpunkten för diagnos var de vanligaste kliniska manifestationerna urtikaria (100 procent) följt av artrit (88 procent), biopsiverifierad glomerulonefrit, episklerit/uveit och dyspné (19 procent vardera) samt återkommande buksmärtor (13 procent). Den ackumulerade frekvensen av organengagemang under uppföljning var följande: urtikaria (100 procent), artrit (88 procent) och lungengagemang (63 procent). Den vanligaste inledande medicinska behandlingen var kortison (88 procent) följt av hydroxiklorokin (56 procent), mykofenolsyra (31 procent) och azatioprin (19 procent). Mediandos prednisolon vid diagnos var 30 mg/dygn (IQR 15–40).

Under uppföljningen diagnostiserades 8 av 16 patienter (50 procent) med KOL (enligt GOLD-kriterierna), varav 6 även med lungemfysem (38 procent). KOL-frekvensen är i linje med vad som tidigare rapporterats [4]. Av de patienter som erhöll KOL-diagnos var 5 rökare vid tidpunkten för HUVS-diagnosen, 2 var före detta rökare och 1 patient hade aldrig rökt.

En exrökande man, diagnostiserad med KOL och lungemfysem, genomgick lungtransplantation 22 månader efter HUVS-diagnosen. 2 patienter med njurengagemang utvecklade terminal njursvikt 36 respektive 49 månader efter att de erhållit HUVS-diagnos. Ingen av de 16 patienterna utvecklade SLE baserat på klassifikationskriterier under uppföljningstiden [12].

2 patienter avled under uppföljningsperioden: en 57-årig kvinna dog till följd av respiratorisk insufficiens, sepsis och njursvikt 52 månader efter sin HUVS-diagnos, och en 72-årig kvinna avled till följd av njursvikt efter 65 månader.

Förekomst. Den genomsnittliga årliga incidensen per miljon invånare uppskattades till 0,7 (95 procents konfidensintervall [95KI] 0,4–1,1) och var signifikant högre bland kvinnor än män (1,3 [95KI 0,6–1,9] mot 0,2 [95KI 0–0,4]; P = 0,003). Incidensen var något högre i Östergötland än i Skåne: 1,3 per miljon invånare (95KI 0,5–2,2) mot 0,5 (95KI 0,1–0,8); P = 0,03. Incidensen per år var stabil under hela studietiden. Vid slutuppföljning var 14/16 patienter fortfarande vid liv, vilket resulterade i en punktprevalens per miljon invånare på 9,5 (95KI 4,5–14,5) för alla patienter: 16,2 (95KI 7–25,4) för kvinnor och 2,7 (95KI 0–6,5) för män; P = 0,007. Prevalensen skiljde sig inte signifikant åt mellan Skåne och Östergötland. Den 1-, 5- och 10-åriga överlevnaden estimerades till 100 procent, 92 procent respektive 83 procent.

Sammanfattning

Våra resultat, baserade på 16 års data av anti-C1q-positiva fall från två svenska regioner med ett totalt upptagningsområde på ca 1,5 miljoner, indikerar att HUVS är ett sällsynt men ibland allvarligt tillstånd [8]. Svårt lung- och njurengagemang med organsvikt observerades i vissa fall.

Hos individer med oförklarat förhöjda inflammationsparametrar kombinerat med långvarig urtikaria bör HUVS uteslutas, gärna i samråd med reumatolog. Särskild uppmärksamhet förtjänar patienter med nytillkommen dyspné och proteinuri. Hudbiopsi, helst med immunfluorescensmikroskopi, utgör en viktig del av utredningen. Sänkt klassisk komplementfunktion, alternativt låga nivåer av komplementproteiner (C1q, C3 eller C4), stärker misstanken om HUVS, och anti-C1q-antikroppar kan i regel påvisas.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2019;116:FR49

Läs mer!
Engelsk sammanfattning på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. McDuffie FC, Sams WM Jr, Maldonado JE, et al. Hypocomplementemia with cutaneous vasculitis and arthritis. Possible immune complex syndrome. Mayo Clin Proc. 1973;48(5):340-8.
2. Davis MD, Brewer JD. Urticarial vasculitis and hypocomplementemic urticarial vasculitis syndrome. Immunol Allergy Clin North Am. 2004;24(2):183-213, vi.
3. Schwartz HR, McDuffie FC, Black LF, et al. Hypocomplementemic urticarial vasculitis: association with chronic obstructive pulmonary disease. Mayo Clin Proc. 1982;57(4):231-8.
4. Wisnieski JJ, Baer AN, Christensen J, et al. Hypocomplementemic urticarial vasculitis syndrome. Clinical and serologic findings in 18 patients. Medicine (Baltimore). 1995;74(1):24-41.
5. Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, et al. 2012 revised international Chapel Hill consensus conference nomenclature of vasculitides. Arthritis Rheum. 2013;65(1):1-11.
6. Jachiet M, Flageul B, Deroux A, et al; French Vasculitis Study Group. The clinical spectrum and therapeutic management of hypocomplementemic urticarial vasculitis: data from a French nationwide study of fifty-seven patients. Arthritis Rheumatol. 2015;67(2):527-34.
7. Kallenberg CG. Anti-C1q autoantibodies. Autoimmun Rev. 2008;7(8):612-5.
8. Sjöwall C, Mandl T, Skattum L, et al. Epidemiology of hypocomplementaemic urticarial vasculitis (anti-C1q vasculitis). Rheumatology (Oxford). 2018;57(8):1400-7.
9. Stojan G, Petri M. Anti-C1q in systemic lupus erythematosus. Lupus. 2016;25(8):873-7.
10. Mårtensson U, Sjöholm AG, Sturfelt G, et al. Western blot analysis of human IgG reactive with the collagenous portion of C1q: evidence of distinct binding specificities. Scand J Immunol. 1992;35(6):735-44.
11. Sjöwall C, Hallbeck M, Sandström P. Clinically suspected recurrence of gastric carcinoid proved to be hypocomplementaemic urticarial vasculitis syndrome with pulmonary involvement. Scand J Rheumatol. 2015;44(4):337-9.
12. Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum. 1997;40(9):1725.

Beställ Läkartidningens kunskapsböcker



EPILEPSI Den vanligaste allvarliga neurologiska sjukdomen, epilepsi, förekommer i alla åldrar och över hela världen. I den här boken ges en aktuell översikt över utredning och behandling av epileptiska anfall och epilepsi.

EKSEM OCH PSORIASIS På senare år har kunskapen om eksemsjukdomar och psoriasis ökat. Här får du uppdaterad kunskap om hur man ska förstå och behandla de olika manifestationerna av dessa sjukdomar.

TYP 2-DIABETES Kunskapen om diabetes har ökat, och med det möjligheterna att kunna påverka utfallet i kardiovaskulär sjukdom och död. Här ges en kunskapsuppdatering om diagnos, behandling, prevention och nya läkemedel.

VERKTYG FÖR KLINISK FORSKNING Målet med den här boken är att inspirera till att forska och att ge tips om allt från studieupplägg till att söka anslag, göra analyser och skriva vetenskapliga artiklar.

OSTEOPOROS Trots en stark utveckling inom osteoporosområdet får många patienter inte optimal vård i dag. I denna bok belyses nya och viktiga aspekter kring utredning, behandling och prevention vid osteoporos och fragilitetsfraktur.

ÅNGESTSJUKDOMAR Cirka var fjärde person drabbas av ångestsyndrom under sin livstid. Medianålder för insjuknande är 11 år. Ofta är tillstånden kroniska. Läkartidningens bok om ångestsjukdomar har relevans för hela läkarkåren.

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

Läkartidningen Förlag AB

Klipp ut och posta!

JA TACK, JAG VILL GÄRNA BESTÄLLA LÄKARTIDNINGENS MEDICINSKA KUNSKAPSBÖCKER.

ANTAL		
☐	**EPILEPSI**	230 kr
☐	**EKSEM OCH PSORIASIS**	230 kr
☐	**TYP 2-DIABETES**	220 kr
☐	**VERKTYG FÖR KLINISK FORSKNING**	230 kr
☐	**OSTEOPOROS**	220 kr
☐	**ÅNGESTSJUKDOMAR**	230 kr
☐	**YRSEL**	245 kr

Namn

Fakturaadress

Postadress

Leveransadress

E-mailadress

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

Läkartidningen

SVERIGE
PORTO
BETALT
PORTPAYÉ

LÄKARTIDNINGEN

SVARSPOST
110 555 202
110 26 STOCKHOLM



NYA FÖRBUNDSSTYRELSEN. *Bakre raden från vänster:* Theodor Lav (adjungerad), Sven Söderberg, Johan Styrud och Torsten Mossberg. *Mitten från vänster:* Lars Rocksén, Marina Tuutma, Rofida Ghazvinian och Erik Dahlman. *Främre raden från vänster:* Saad Rammo, Sofia Rydgren Stale, Heidi Stensmyren, Karin Båtelson, Tina Crafoord, Madeleine Liljegren och Shokoufeh Manouchehrpour.

Läkarförbundets fullmäktigemöte 2019

□□□ Under Sveriges läkarförbunds fullmäktigemöte 2019 var diskussionerna livliga och många när delegaterna samlades för att forma förbundets riktning för det kommande verksamhetsåret.

FOTO: GÖRAN SEGEHOLM

DEN 20–21 NOVEMBER samlades 141 fullmäktigedelegater på Stockholm Waterfront för två intensiva dagar fyllda med mötesförhandlingar och beslut inför det kommande verksamhetsåret. Under mötet behandlades 52 motioner och 7 propositioner. Det var under påverkanstorgen som diskussionerna tog vid, där motioner om läkares ställning och villkor, kompetensförsörjning och underläkarnas situation var heta frågor. Mötesförhandlingarna avslutades med val, med tre ledamöter uppe för omval och med fem nya ledamöter i förbundsstyrelsen som skulle väljas in.

Karin Båtelson omvaldes av fullmäktige till ytterligare två år som förste vice ordförande i förbundet.

Omvalda på två år blev även ledamöterna **Johan Styrud** och **Sven Söderberg**. Johan Styrud är kirurg och ordförande i Stockholms läkarförening. Sven Söderberg är specialist i allmänmedicin och geriatrik och ordförande i Sveriges privatläkarförening.

Fem nya ledamöter

Madeleine Liljegren är ST-läkare i psykiatri och ordförande i Sveriges yngre läkares förening. Hon valdes till ordförande i Sylf tidigare i år efter Jonas Ålebring.

Tina Crafoord är specialist i anestesi och intensivvård och sedan april i år ordförande i Sveriges läkarförbunds chefsförening.

Shokoufeh Manouchehrpour är specialist i gynekologi och obstetrik samt gynekologisk onkologi och överläkare på sektionen för avancerad sjukvård i hemmet vid Sahlgrenska universitetssjukhuset. Hon är ledamot i Sjukhusläkarnas styrelse sedan 2012 och ordförande för Sjukhusläkarna Göteborg samt ledamot i förbundets läkemedelsråd RLIM.

Lars Rocksén, ST-läkare i anestesi och intensivvård i Örnsköldsvik, är ordförande i Ångermanlands läkarförening och i Sjukhusläkarna Ångermanland.

Rofida Ghazvinian, ledamot i Sylf och i Läkarförbundets utbildnings- och forskningsråd, UFO, fyllnadsvaldes på ett år.

Sveriges läkarförbunds hederspriser har delats ut

Sveriges läkarförbunds hederspriser delas ut årligen på Sveriges läkarförbunds fullmäktige, i år den 20 november 2019. Hederspriserna har inrättats för att uppmärksamma medlemmar som gjort extra insatser för läkarkåren eller förbundet.

LÄKARE SOM LEDER tilldelades Anna Bärtås, Region Kronoberg, bland annat för ”ett ledarskap kännetecknat av att leda grundat på medicinsk kunskap, medicinska prioriteringar och med etisk och barnrättslig medvetenhet, för vård på lika villkor”.

SVERIGES LÄKARFÖRBUNDS HEDERSOMNÄMNANDE tilldelades Caroline Asplund, för en lång och förtjänstfull insats för förbundet.

OSBORNE BARTLEYS STIPENDIUM instiftades till Osborne Bartleys 100-årsdag sommaren 2019 och delades ut för första gången i år. Stipendiet tilldelades läkarstudenterna Jesper Sternley och Roy Pekny för att ha visat särskilt engagemang inom fackliga frågor.

SE HELA MOTIVERINGARNA och läs mer om Läkarförbundets hederspriser på:

→ **www.lakarforbundet.se/om-oss/hederspriser**



LÄKARE SOM LEDER:
Anna Bärtås


SVERIGES LÄKARFÖRBUNDS HEDERSOMNÄMNANDE:
Caroline Asplund



OSBORNE BARTLEYS STIPENDIUM:
Jesper Sternley och Roy Pekny



Använd Min sida och slipp vänta!

För att underlätta för dig som medlem, utvecklar vi kontinuerligt våra digitala system och verktyg. Nu finns det självservicetjänster på Min sida.

På Min sida ändrar du själv det mesta som rör dig och ditt medlemskap. Bland annat kan du byta föreningar, ändra dina kontaktuppgifter och se dina tre senaste fakturor.

→ **www.lakarforbundet.se/min-sida**

Du har väl svarat på löneenkäten?

Just nu samlar vi in statistik genom en central löneenkät som går ut till samtliga Läkarförbundets medlemmar. Ditt svar har stor betydelse! Genom att besvara enkäten bidrar du och får tillgång till användbar och pålitlig lönestatistik för läkare. Lönestatistiken är ett viktigt verktyg i vårt arbete för att läkare ska ha en god löneutveckling. Statistiken kan användas både vid centrala och lokala löneförhandlingar och inte minst i ditt eget lönesamtal. Håll utkik i din mejlinkorg efter Läkarförbundets löneenkät!

Följ oss!

Facebook
facebook.com/lakarforbundet

Twitter
@lakarforbundet

Instagram
lakarforbundet

LinkedIn
Sveriges läkarförbund

YouTube
Sveriges läkarförbund

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Läkarkarriär.se

SVERIGES LEDANDE ANNONSFORUM FÖR LEDIGA LÄKARTJÄNSTER

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

	Ansökningstiden utgår	Annons i nr
AKUTSJUKVÅRD		
Ordinarie överläkare, Akutkliniken, Ålands hälso- & sjukvård, Åland	16/12	47
Spec-läkare akutsjukvård, Holbæk Sygehus, Holbæk/Danmark	2/1	49-50
ALLMÄNMEDICIN		
Distriktsläkare eller leg läkare, BrommaAkuten VC, Bromma/Sthlm		47
Geriatriker/allmänläk/internmed, Geriatriska klin, Norrtälje sjh		47
Spec-läk, utredn inom hälso- & sjukvård, Statens haverikommision, Stockholm	12/12	47
Spec-läkare till Försäkringsmottagn, Sophiahemmet, Stockholm	8/12	47
Spec-läkare, Fridhemsplans Vårdcentral, Stockholm		48
Spec-läkare, VC Sjöbo, Region skåne, Sjöbo		49-50
ANESTESI- OCH INTENSIVVÅRD		
Spec-läkare AnOp-sektionen, AnOpIVA, Akademiska sjh, Uppsala		47
Spec-läkare/ÖL med barnkompetens, Sahlgrenska Univ sjh, Göteborg		47
ÖL, AnOpIVA (helikopter- & flygläk-jour), Norrlands Univ sjh, Umeå		48
ARBETS- OCH MILJÖMEDICIN		
Spec-läkare Avonova, Borås/Kristianstad/Stockholm		47
BARN- OCH UNGDOMSMEDICIN		
Spec-läkare, Fridhemsplans Vårdcentral, Stockholm		48
ENDOKRINOLOGI OCH DIABETOLOGI		
Spec-läkare endokrinologi, Region Värmland		49-50
ETABLERINGAR OCH ÖVERLÅTELSER		
Ersättningsetablering Allmänmed överlåtes enligt LoL, Göteborg	12/12	48
Ersättningsetablering Allmänmed, Vällingby Läkarhus, Stockholm	13/1	48
Ersättningsetablering Allmänmed, överlåtes enl nationell taxa, Malmö	9/12	47
Ersättningsetablering Allmänmed, överlåtes, aug 2020, Gävle	20/12	47
Ersättningsetablering Psykiatri, möjligt överta lokal, S-malm/Sthlm		47
Ersättningsetablering ÖNH, enligt nationella taxan, Uppsala	22/12	47
Etablering BARN Göteborg säljes, Göteborg	16/12	47
Spec-läkare, ÖV Sophiahemmet & Hötorget, möjl delägarskap, Sthlm		49-50
GERIATRIK		
Geriatriker/allmänläk/internmed, Geriatriska klin, Norrtälje sjh		47
Spec-läkare, Fridhemsplans Vårdcentral, Stockholm		48
HUD- OCH KÖNSSJUKDOMAR		
Hudspecialistläkare, Luna Hudmottagning, Södertälje		49-50
INTERNMEDICIN		
Docent/Överläkare, Medicinkliniken, Västerås	18/12	47
Geriatriker/allmänläk/internmed, Geriatriska klin, Norrtälje sjh		47
Spec-läkare, Mag-tarmmedicinska kliniken, Östergötland	31/1	48
Spec-läkare, ÖV Sophiahemmet & Hötorget, möjl delägarskap, Sthlm		49-50
KIRURGI		
Överläkare, allmänkirurgi, Gotland	15/1	49-50
Överläkare, VO Kirurgi-Ortopedi-Urologi, Södertälje Sjukhus	31/12	49-50
KLINISK FYSIOLOGI		
Spec-läkare, Hjärt & kärlcentrum fysiologlab Södertälje		47
KLINISK PATOLOGI- CYTOLOGI		
Spec-läkare, två stycken, Region Dalarna	13/12	47
KÄRLKIRURGI		
Spec-läkare/ST-läkare i kärlkirurgi, Sahlgrenska Univ sjukhuset, Gbg	12/12	49-50
MEDICINSK GASTROENTEROLOGI OCH HEPATOLOGI		
Spec-läkare, Mag-tarmmedicinska kliniken, Östergötland	31/1	48
NEUROLOGI		
Docent/Överläkare, Medicinkliniken, Västerås	18/12	47
Spec-läkare Medicinklin i Norrköping, Norrköping	22/12	49-50
ÖL/Spec-läkare, Skånes sjukhus nordväst, Helsingborg		49-50
OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI		
Professor, medicinsk vetensk, inriktn obstetrik & gynek, Örebro univ	6/1	48
Spec-läkare allmängynekologi, Nordic IVF & Gynekologi, Stockholm		49-50
Spec-läkare infertilitet/IVF, Nordic IVF & Gynekologi, Malmö		49-50
Spec-läkare/ÖL Kvinnoklin, Region Örebro län	15/12	48
ONKOLOGI		
Spec-läkare/ÖL, Hallands sjukhus, Halmstad/Varberg		47
ORTOPEDI		
Överläkare, VO Kirurgi-Ortopedi-Urologi, Södertälje Sjukhus	31/12	49-50
PSYKIATRI		
Försvarsöverpsykiater, Försvarsmed centrum, Försvarsmakten, Gbg		49-50
Överläkare Vuxenpsykiatri, Skaraborgs Sjukhus, Lidköping	18/12	48



RADIOLOGI

Bröstradiologer, Roskilde Universitetssjukhus, Roskilde/Danmark	8/12	49-50

STIPENDIER / ANSLAG / BIDRAG

Anslag Allergiforskning (en miljon kr) Konsul TH C Berghs Stiftelse	16/12	48
Anslag Psykiatrisk forskning, Prof Bror Gadelius Minnesfond	15/2	49-50
Stipendier, forskning Human nutrition, H & J Throne-Holsts stiftelse	1/3	49-50

ST-TJÄNSTER

Spec-läkare/ST-läkare i kärlkirurgi, Sahlgrenska Univ sjukhuset, Gbg	12/12	49-50
ST-läkare i Vårdhygien, Region Västernorrland		48
ST-läkare Kvinnokliniken, Region Västmanland, Västerås	15/12	48
ST-läkare, Kardiologkliniken, Sundsvall	5/12	48
ST-läk, gastroentero- & hepatologi, Mag-tarmmed klin, Östergötland	31/1	48
ST-läkare, hälsocentraler & sjukhus, Region Västerbotten		47
ST-läkare, Ögonsjukdomar, Akademiska sjukhuset, Uppsala		48

UROLOGI

Spec-läkare, VO Kirurgi-Ortopedi-Urologi, Södertälje Sjukhus	31/12	49-50

ÖGONSJUKDOMAR

Spec-läkare (konsult) Optalux Ögonklinik, Stockholm		48
Spec-läk/ÖL (3 st) Ögonmottagn, Sundsvall, Sollefteå & Örnsköldsvik		49-50
Spec-läkare/ÖL, Ögonkliniken, ÖV-mott m kirurgisk verks het, Ljungby	15/12	47
Ögonspec, Medsyn Ögonklinik, Tumba/Södertälje/Upplands Väsby		47

ÖRON-, NÄS- OCH HALSSJUKDOMAR

Överläkare, Ålands hälso- & sjukvård, Åland		49-50

ÖVRIGA LÄKARTJÄNSTER

Docent/ÖL, spec Neurol/Interrnmed, Medicinkliniken, Västerås	18/12	47
Forskningsledare Medicin, Medicinkliniken, Ersta Sjukhus, Stockholm	5/1	47
Läkarchef Medicinska specialistklin, Lasarettet i Motala, Motala	6/1	49-50
Läkare,uppdrag över hela landet, Skandinavisk Hälsovård AB		48
Läkare, Mediate Nordic		47
Specialistläkare och överläkare till region Sörmland		47
Spec-läkare (intresse FHV) Avonova, Borås/Kristianstad/Stockholm		47
Spec-läkare eller överläkare, Region Sörmland		49-50
Överläk, främst inom försvar & pollis, Rekryteringsmyndigh, Malmö	16/12	49-50

ÖVRIGA TJÄNSTER

Verksamhetschef Thorax-kärlkliniken, Univ sjh Linköping	2/1	49-50



Välkommen till Läkarkarriär – Sveriges största jobbsajt för lediga läkartjänster!



Läkarkarriär.se är Läkartidningens sajt för dig som söker nytt jobb. Med över 100 lediga tjänster är det Sveriges största jobbsajt för läkare.

Läkarkarriär.se

– Är du specialist i allmänmedicin?
– Vill du jobba i en växande verksamhet i nya lokaler i centrala Stockholm?
– Jobbar du inom slutenvården och vill bli dubbelspecialist?
– Är du geriatriker eller barnläkare och vill jobba inom öppenvården?

Då ska du läsa vidare!

På Fridhemsplans Vårdcentral arbetar, förutom allmänläkare, även specialistläkare inom psykiatri, endokrinologi, gastroenterologi och internmedicin. Vi har för närvarande 10 500 listade patienter. Vår Lättakut bemannas av underläkare som tar hand om patienter med lättare akuta åkommor så att specialistläkarna kan erbjuda kontinuitet till listade patienter med mer komplexa sjukdomsbilder.
Alla patienter som söker för psykisk ohälsa erbjuds direkt tid till någon av våra egna anställda samtalsterapeuter.
Det finns en stabil sköterskegrupp och en växande hemsjukvård som samverkar med äldremottagningen.
Våra medicinska sekreterare ser till att diktaten oftast är klara samma dag.

Låter detta intressant?

Välkommen med din ansökan till: info@fpvc.se

FRIDHEMSPLANS VÅRDCENTRAL



Pontus Netré
verksamhetschef

VI SÖKER LÄKARE TILL MALMÖ

Vi är totalförsvarets rekryteringsmyndighet. Rätt person, på rätt plats, med rätt ansvar. Vi är myndigheten som ser till att de människor som är bäst lämpade får förtroendet att bidra till trygghet i samhället.

I arbetet som överläkare hos oss ansvarar du för medicinska undersökningar och bedömningar av totalförsvarspliktiga och dem som sökt utbildning eller anställning inom främst Försvarsmakten och Polismyndigheten. Vi söker dig som är legitimerad läkare med flerårig yrkeserfarenhet.

Läs mer om arbetsuppgifterna och ansök senast 16 december på rekryteringsmyndigheten.se/jobb

Rekryteringsmyndigheten
Box 31, 651 02 Karlstad, telefon 0771-24 40 00

REKRYTERINGS MYNDIGHETEN

Vi söker:

Överläkare i ortopedi

Överläkare i kirurgi

Specialist i urologi

till VO Kirurgi-Ortopedi-Urologi

För mer information och ansökan online
www.sodertaljesjukhus.se/arbeta-studera

Sista ansökningsdag 2019-12-31

Södertälje Sjukhus

VI ÄR EN DEL AV REGION STOCKHOLM

Missa inte nästa kurs!

Registrera dig till Lipus kursbevakning

Lipus

Hudspecialistläkare

Södertälje

Vi erbjuder dig en plats hos oss på Luna Hudmottagning – en privat mindre mottagning som står under landstinget.

Luna Hudmottagning har sedan 2006 tagit emot patienter från Stockholms län, Södermanlands län och Uppsala län.

Vi är i dagsläget två anställda – en specialistläkare samt en undersköterska. Vi utgör ett mycket väl fungerande team. Nu expanderar vi och söker en kollega som vill vara med och utveckla verksamheten.

Vi söker dig som är specialiserad inom hud. Du ska ha goda kunskaper kring hudsjukdomar och kunna operera bort mindre hudförändringar. Stor vikt kommer att läggas vid personlig lämplighet samt god samarbetsförmåga.

Hudmottagningen ligger i Läkarhuset Luna, centralt beläget i Södertälje, med en kort promenad från pendeltåg och buss.

Mer info; Sam Al Sabori, Hudspecialist, tfn 070 454 09 85
Ansökan; skickas till lunahudmottagning@gmail.com

Välkommen med din ansökan!



Hälso- och sjukvårdsförvaltningen söker

Överläkare
- allmänkirurgi

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 2020-01-15

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
www.gotland.se/jobbahososs

Region Gotland

Distriktsläkare

eller

leg läkare

BrommaAkuten vårdcental

För mer info: Chef-stöd Jasmine Latif, tel 08 505 854 08
Mail: jasmine.latif@brommaakuten.se

Verksamhetschef Hafiz Latif, tel 08 505 854 15
Mail: hafiz.latif@brommaakuten.se

Välkommen med din ansökan!



Spec-akutsjukvård sökes til Holbæk Sjukhus, Danmark

REGION SJÆLLAND – vi er til for dig

Bra arbetsmiljö, hög kvalitet i behandling.

Läs mer på:
https://www.regionsjaelland.dk/job - quicknr. 007845

Statens haverikommission
söker en specialist i allmänmedicin för utredningar inom hälso- och sjukvård

Läs mer om tjänsten på **www.havkom.se**

SHK Statens haverikommission
Swedish Accident Investigation Authority

Livskvalitet i världsklass

Nu söker vi

Specialistläkare i endokrinologi

Se alla våra lediga tjänster på regionvarmland.se/jobb

Region Värmland

REGION SKÅNE SÖKER

Överläkare/ specialistläkare

Neurologi
Neurologsektionen
Skånes sjukhus nordväst
Helsingborg

Specialistläkare

Allmänmedicin
Vårdcentralen Sjöbo
Primärvården
Sjöbo

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.





FÖRSVARSÖVERPSYKIATER.
VILL DU UTVECKLA PSYKIATRIN INOM FÖRSVARSMAKTEN?

Vi söker dig som är disputerad psykiater och vill vara med att utveckla vår hälso- och sjukvård som en del i samhällets totala sjukvårdsresurser. Vi tror att du är en verklighetsförankrad visionär med intresse för forskning och utveckling inom militär psykiatri, katastrofpsykiatri och mental soldat- och veteranhälsa. Du trivs med ett självständigt arbete i en interdisciplinär akademisk miljö.

Befattningen är placerad vid Försvarsmedicincentrum i Göteborg. Du behöver inte ha någon tidigare erfarenhet av att ha tjänstgjort i Försvarsmakten men det är meriterande. Läs mer om tjänsten på **forsvarsmakten.se/ledigajobb**

FÖRSVARSMAKTEN
FÖRSVARSMEDICINCENTRUM



Fortsätt din karriär hos oss!

Specialistläkare eller överläkare?
Fortsätt din karriär hos oss!
Kontakta rekryteringsspecialist Pernilla Egeland, 072-143 13 94

regionsormland.se/jobbahososs

REGION SÖRMLAND



Sahlgrenska Universitetssjukhuset söker:

SPECIALISTLÄKARE/
ST-LÄKARE KÄRLKIRURGI

Verksamheten innefattar all kärlverksamhet från länssjukvårdspatienter till högspecialiserad vård med hela regionen som upptagningsområde. Vi har en stor endovaskulär verksamhet som är under stark utveckling.

Verksamhet och intervention
Referensnummer: 2019/6037
Sista ansökningsdag: 2019-12-12

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

VI SKA BLI SVERIGES BÄSTA OFFENTLIGA ARBETSGIVARE
VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Nordic IVF
& Gynekologi

Vi utökar verksamheten i både Stockholm och Malmö och söker nya medarbetare!

- Stockholm:
  Specialistläkare inom allmängynekologi
- Malmö:
  Specialistläkare inom infertilitet/IVF

Läs mer på www.nordicivf.se och hör av dig med frågor till jobb@nordicivf.se!

INTERNMEDICINARE SÖKES

TILL PRIVATMOTTAGNING

Vill du arbeta privat inom en väletablerad öppenvårdsverksamhet i centrala Stockholm? Vi finns på Sophiahemmet och i Hötorgscity. Pga stundande pensionering finns möjlighet att förvärva delägarskap.
Maila till: peter.lindstrom@medicinmottagningen.se

Ögonspecialist

Stockholm

OPTALUX
PERSONLIG ÖGONKIRURGI

Konsultläkare sökes till Optalux Ögonklinik på Östermalm och Odenplan. Vi är anslutna till Vårdval Stockholm. Vi lägger stor vikt på kompetens och erfarenhet. Se mer på **www.optalux.se**
Info: Michael Tadjer, michael.tadjer@optalux.se eller tfn 0707 63 32 04

Ålands hälso- & sjukvård

Vi söker en ordinarie

överläkare inom öron-, näs- och halssjukdomar

Se mer information om tjänsten:
www.ahs.ax/jobba



Region Västernorrland söker

tre specialistläkare/ överläkare

till Ögonmottagningarna i Sundsvall, Sollefteå och Örnsköldsvik

Läs mer och ansök på www.rvn.se/jobb

Region Västernorrland



Verksamhetschef - Thorax-kärlkliniken

Vill du vara med och utveckla vård i världsklass? Just nu söker Thorax-kärlkliniken på Universitetssjukhuset i Linköping en ny verksamhetschef. Kliniken omfattar högspecialiserad thoraxkirurgi, thoraxanestesi och- intensivvård samt kärlkirurgi. Vi söker dig som tillsammans med medarbetare vill leda och utveckla en högspecialiserad verksamhet med höga kvalitetskrav.

Välkommen med din ansökan senast den 2 januari 2020.

Läkarchef - Medicinska specialistkliniken

Högt rankat sjukhus söker läkarchef.
Vill du vara med och driva samt utveckla sjukvården på Lasarettet i Motala? I så fall, sök tjänsten som läkarchef på Medicinska specialistkliniken. Som läkarchef får du ett spännande arbete på en klinik där god kvalitet och patientsäkerhetsfrågor har stort utrymme och där du bidrar till fortsatt utveckling och förbättringar.

Medicinska specialistkliniken på Lasarettet i Motala har en bred verksamhet som spänner över samtliga vårdformer och många specialiteter.

Välkommen med din ansökan senast den 6 januari 2020.

Specialistläkare - Medicinkliniken

Medicinkliniken i Norrköping söker en specialistläkare/ överläkare med specialistkompetens i neurologi. Vi erbjuder möjligheter till forskning samt att du i viss mån kan få välja inriktning inom det neurologiska området. De vanligaste förekommande neurologiska diagnoserna på vår mottagning är MS, Epilepsi, Parkinson, huvudvärk och patienter med dystoni. På vår slutenvårdsavdelning vårdas patienter med stroke och neurologiska symtom och diagnoser.

Enheten präglas dels av ett gott samarbete mellan olika professioner, dels av att vi är måna om att ta hand om våra läkarstudenter och andra som vi handleder.

Välkommen med din ansökan senast den 22 december 2019.

regionostergotland.se/jobb

Region Östergötland

Bröstradiologer sökes till Roskilde Universitetssjukhus, Danmark

REGION SJÆLLAND – vi er til for dig

Bra arbetsmiljö, hög kvalitet i behandling.

Läs mer på:
https://www.regionsjaelland.dk/job - quicknr. 007821

ÖGONSPECIALISTER

Tumba, Södertälje & Upplands Väsby

Förra året hade vi närmare 35 000 patientbesök och vår expansion fortsätter med bl a utbyggda kliniker.

Av det skälet söker vi nu fler duktiga ögonspecialister.

Vi kan hjälpa till med boende!

MEDSYN ÖGONKLINIK

Mer info: sebastian.desaga@medsyn.se **OCH** medsyn.se

Etableringar och överlåtelser

ERSÄTTNINGSETABLERING ALLMÄNMEDICIN GÖTEBORG/VRG

Överlåtes enligt LoL (nationella taxan) under 2020.
Info & anbud: www.tendsign.com, diarienr HSNG 2019-003173
Mer info: Kjell Marcus 0705-928106 eller kjell.marcus@telia.com

Sista anbudsdag 2019-12-12

Ersättningsetablering Allmänmedicin

Vällingby Läkarhus, Region Stockholm

Överlåtes enligt lagen om läkarvårdsersättning, nationella taxan
Info och anbud: www.tendsign.com **Ref nr:** HSN-2019-1138
Mer info: Håkan Emilsson, 0704 88 80 01 **ELLER** hakan.emilsson@ptj.se

Sista anbudsdag 2020-01-13

Stipendier / Anslag / Bidrag

STIPENDIER FÖR FORSKARE & FORSKARSTUDERANDE

FÖR STUDIER UTOMLANDS INOM HUMAN NUTRITION OCH STIPENDIER FÖR GÄSTFORSKARE

Henning och Johan Throne-Holsts stiftelse bildades 1976 genom en donation från Aktiebolaget Marabou. Stiftelsens syfte är att främja forskning inom **human nutrition och näraliggande vetenskaper** i Sverige och Norge. Stiftelsen delar årligen ut 1–2 miljoner SEK.

Under 2020 utlyser stiftelsen följande stipendier för forskning inom human nutrition och näraliggande vetenskaper:

- Postdoc stipendier för forskning utanför den sökandes eget land. Stipendierna kan beviljas företrädesvis inom 6 år efter disputationen och avser att täcka forskarens kostnader för resa och uppehälle under 1–2 år. Bidrag för medföljande kan även ingå.
- Stipendier till postdocs för kortare vistelse vid utländskt forskningscentrum som den sökande eller hemmainstitutionen har samarbete med för att ge möjlighet att genomföra speciella delstudier eller lära speciell teknik.
- Stipendier till forskarstuderande som behöver studera vid ett internationellt ledande centrum som ett led i sin forskarutbildning. Stipendierna beviljas för en period av 3–12 månader.
- Gästforskarstipendium till internationellt framstående forskare som är villig att arbeta i svenska eller norska forskargrupper under 1–6 månader för att stimulera kvaliteten i gruppens forskning.

Ansökningsformulär och ytterligare information finns på stiftelsens hemsida www.throneholst.org

Kontakt: Marianne Lindblom, tel +46 70 375 38 34 eller e-mail info@throneholst.org

Ansökan för 2020 skall inlämnas senast 1 mars 2020

Stiftelsen Professor Bror Gadelius Minnesfond

Stiftelsen delar ut bidrag till **hjälpbehövande** i öppen psykiatrisk vård och anslag för **psykiatrisk forskning.**

Ansökan för hjälpbehövande skall göras genom personligt brev. Ekonomisk redogörelse inkl kopia av självdeklaration ska lämnas. Observera att motiverande intyg, daterat senaste året, från ansvarig specialist i psykiatri eller intyg från ansvarig kurator/psykolog vidimerat av ansvarig specialist måste bifogas. Vidare anges kontonummer samt till vem medlen skall utbetalas. Bidrag kan ej erhållas två år i följd.
Ansökan med bilagor lämnas i **ett exemplar** och sänds till: Stiftelsen Professor Bror Gadelius Minnesfond, c/o Nordea Stiftelsetjänst, T 644, 405 09 Göteborg **senast 2020-02-15**

Forskningsanslag tilldelas yngre, icke graduerade forskare. I ansökan anges om projektet är godkänt av etisk kommitté. Stiftelsens anslag är inte avsedda för studie- och kongressresor. Beviljat anslag utbetalas till berörd institution efter rekvisition. Ansökningsblankett rekvireras från https://www.stiftelsemedel.se/stiftelsen-professor-bror-gadelius-minnesfond/ alternativt via stiftelsetjanst@nordea.com. Ansökan måste ske på ovanstående blankett.
Ansökan i **sju exemplar** insändes **senast 2020-02-15** till ovanstående postadress. Märk kuvertet "Forskningsansökan".

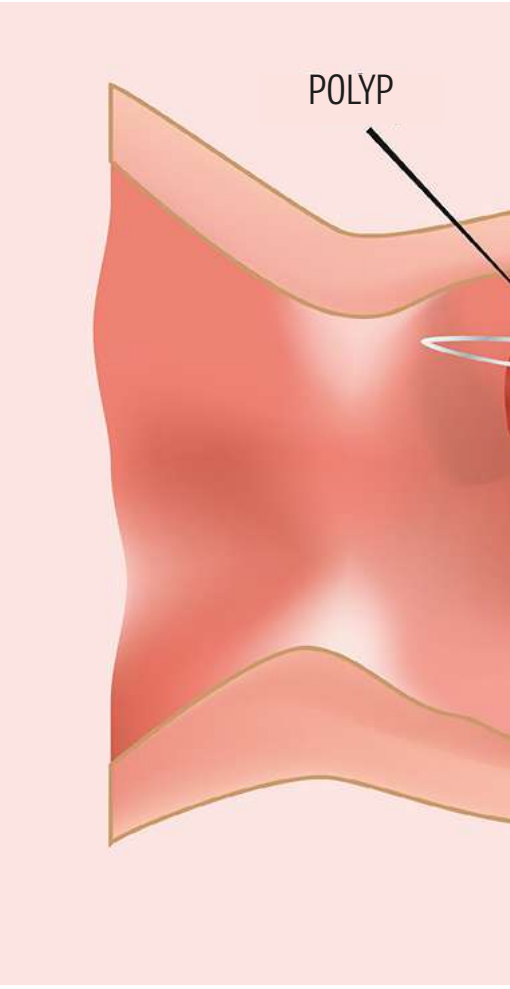
Meddelande om beviljade ansökningar ges senast 15 april 2020

Stiftelsen Professor Bror Gadelius Minnesfond

Stiftelsen behandlar alla personuppgifter i enlighet med EU:s dataskyddsförordning (2016/679, GDPR)

Läkarkarriär.se

I år är det 50 år sedan som man för första gången genomförde en endoskopisk undersökning av hela kolon och tog bort polyper proximalt om rektum. På 1990-talet visade studier att polypektomi skyddar mot insjuknande i kolorektalkancer, vilket blev grunden för införandet av kolorektalcancerscreening.



50 år med koloskopi och polypektomi

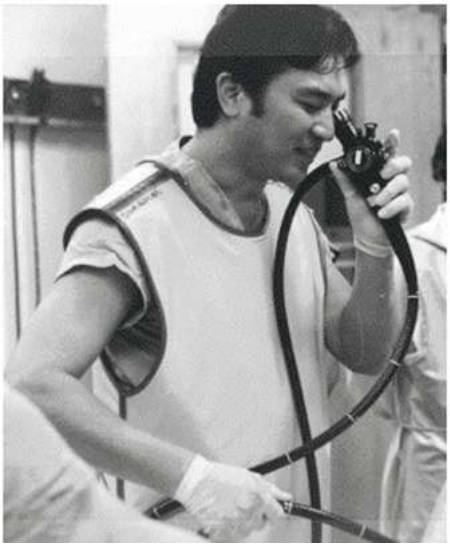
Berättelsen om utvecklingen av en framgångsrik metod

Under se senaste 50 åren har koloskopi och polypektomi blivit några av de vanligaste medicinska ingreppen i världen. Den första moderna koloskopin genomfördes i juni 1969 och följdes upp av den första polypektomin i proximala kolon i september samma år [12]. Bakom de här genombrotten stod två kirurger, Hiromi Shinya och William Wolff, på Beth Israel Medical Center i New York. Dessförinnan diagnostiserades kolonpolyper bara genom tarmblödning och kolonröntgen. Polypers maligna potential var väl känd före 1970, men vid den här tiden var öppen kirurgi den enda tillgängliga behandlingsmetoden. Rutinen var att operera bort alla polyper som mätte mer än 1 cm på kolonröntgen och följa alla mindre polyper med upprepade röntgenundersökningar [2].

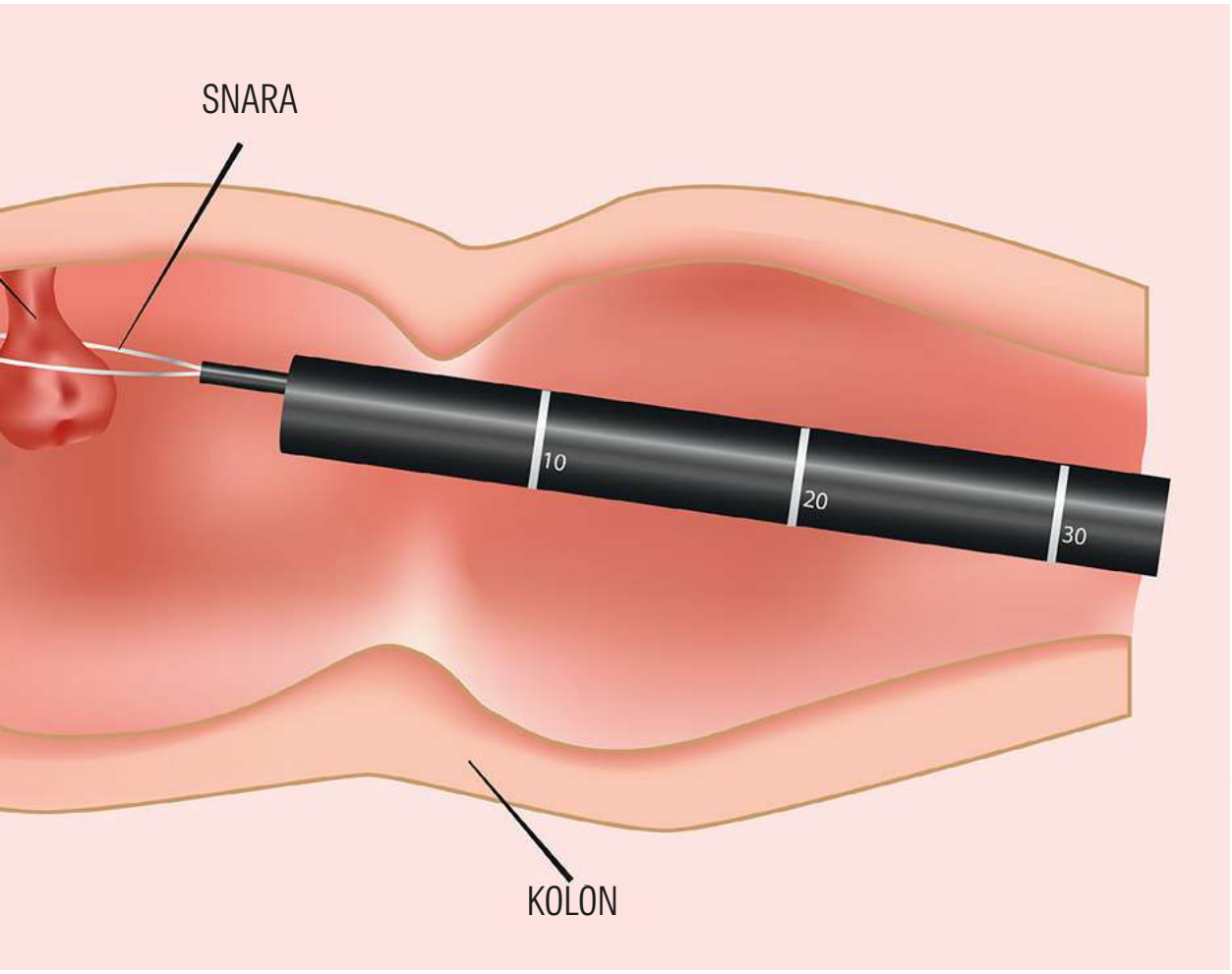
I dag kan det vara svårt att förstå vilken enorm betydelse utvecklingen av koloskopi och polypektomi har haft för att reducera mortalitet, morbiditet och kostnader genom att konvertera inneliggande kirurgisk resektion till poliklinisk endoskopisk resektion. Den här artikeln avser att fokusera på historiska milstolpar som gjort koloskopi och polypektomi till de viktigaste metoderna för diagnostik och behandling av sjukdomar i kolon och rektum.

TIDIGA ENDOSKOPISKA METODER

Redan 1928 visade Hoff att retrograd intubation till cekum var möjligt [3]. Hoff använde en mjuk gummislang som fördes in under genomlysning och samtidig genomspolning med vatten. I Japan använde Matsunaga (1957) och Niwa (1969) den klassiska gastrokameran för att intubera distala delen av sigmoideum [4–5]. Oshiba och Watanabe var först med att beskriva ett flexibelt endoskop för intubation av sigmoideum 1965 [6]. Det fanns till och med metoder att nå kolon genom transintestinal intubation per os. Provenzale och Reginas från Italien beskrev 1969 en metod där patienten svalde en mjuk slang med en blytyngd som vandrade ned genom tarmarna, och när den kom fram till anus användes den som en ledare för att intubera till cekum. Undersökningen tog 4 till 6 dagar och krävde omfattande



Hiromi Shinya, en av föregångarna inom koloskopi och polypektomi.



Ett instrument försett med en »snara« framtill förs upp i kolon för att snärja av och avlägsna den tidigare identifierade polypen med potential att utvecklas till cancer. Tillämpningen i kliniken av koloskopi och polypektomi har haft en enorm betydelse för att reducera mortalitet, morbiditet och kostnader i sjukvården.

Illustration: Shutterstock/TT

röntgenbelysning, vilket förståeligt nog begränsade användningen [7].

MODERN KOLOSKOPI BLIR VERKLIGHET

Shinya var från Japan och skulle egentligen bli neurokirurg, men började 1963 sin specialistutbildning i allmänkirurgi på Beth Israel Medical Center i New York. Här träffade han Wolff som var professor i kirurgi, och tillsammans utvecklade de nya metoder och instrument för koloskopi. I början experimenterade Shinya med ett esofagoskop, och med tiden lyckades han med detta instrument intubera till vänster flexur i hälften av fallen.

En nyckel till framgången var att Shinya var med och gjorde koloskopi i samband med öppna operationer, vilket gjorde att han kunde studera intubationsprocessen och betydelsen av olika manövrar direkt in vivo. Av en slump upptäckte han alfa-loopen vid ett sådant tillfälle. Med tiden utvecklade Olympus ett längre flexibelt koloskop (108 cm) som gjorde att dr Shinya kunde nå cekum i 60 procent av fallen. Detta koloskop blev sedan det första instrumentet i Olympus välkända GIF-serie, som utgjorde den första generationen moderna koloskop. Eftersom många var kritiska och ansåg att koloskopi var onödigt och farligt, var de försiktiga och väntade tills de hade ackumulerat erfarenhet från fler än 100 koloskopier innan de publicerade resultaten 1971 [8].

> I dag är koloskopi ett av de vanligaste och mest spridda medicinska ingreppen i världen.

Under 1970-talet ökade användningen av koloskopi snabbt, även om motstånd kvarstod bland radiologer som hävdade att koloskopi var en onödig, dyr och potentiellt farlig metod [1]. I dag är koloskopi ett av de vanligaste och mest spridda medicinska ingreppen i världen.

FÖRSTA POLYPEKTOMIN FÖRÄNDRAR ALLT

Utvecklingen av koloskopi och polypektomi är intimt förknippade. Shinya var från början uppfylld av tanken på att kunna ta bort polyper endoskopiskt, och utvecklingen av polypektomi var ingen klok eftertanke, vilket bland annat illustreras av de få månader som separerar den första koloskopin och den första polypektomin. Bakgrunden var förstås att öppen kirurgisk resektion av kolonpolyper vid den här tiden var en mycket vanlig operation, och Shinya insåg den stora potentialen med endoskospisk resektion av polyper. Som så många av framstegen inom den endoskopiska utvecklingen blev det ett resultat av samarbetet mellan en kliniker och en ingenjör [9]. 1968 träffade dr Shinya den unge ingenjören Hiroshi Ichikawa från Olympus, och tillsammans

Det är sensationellt att den första prototypen av elektrisk snara som utvecklades 1969 fortfarande 50 år senare är standard för borttagande av kolorektala polyper.

skulle de utveckla den första elektriska polypektomisnaran, som utgör prototypen för alla moderna snaror.

Den första skissen av en snara är från januari 1969. Under några intensiva månader testade de tillsammans många typer av snaror, såsom mono- och multifilament-varianter. Till slut bestämde de sig för att använda samma vajer som styr spetsen av endoskopet, vilken också användes på de första patienterna. Det är intressant att de inte lämnade in någon patentansökan för den första elektriska polypektomisnaran.

1970 presenterade Shinya de första 11 fallen med polypektomi i kolon vid en konferens i New York. 1973 publicerade de sin klassiska studie i New England Journal of Medicine, som innehöll 303 fall med endoskopisk polypektmi i kolon [10]. De kunde visa att metoden var säker – endast en patient fick en signifikant blödning [10]. Den välkände kirurgen Francis Moore kallade detta genombrott »ett kvantsprång för bukkirurgin«, vilket bidrog till att öka acceptansen för endoskopisk resektion av kolonpolyper.



I detta sammanhang ska det nämnas att Peter Deyhle i Tyskland samtidigt utvecklade en egen elektrisk snara och rapporterade sex lyckade fall med endoskopisk resektion av kolonpolyper 1971 [11]. Under 1980-talet var mycket av den endoskopiska forskningen fokuserad på den övre gastrointestinalkanalen, vilket inkluderade ulkussjukdomen och upptäckten av Helicobacter pylori.

På 1990-talet ökade intresset för betydelsen av polyper i kolon och rektum. Med början i en studie av Winawer och medförfattare växte solida kunskaper fram som visade att polypektomi minskade kolorektalcancer [12]. Denna nya kunskap utgjorde basen för införandet av screening för kolorektalcancer världen över.

UTVECKLING TILL EN FÖRSTAHANDSMETOD

Det är sensationellt att den första prototypen av elektrisk snara som utvecklades 1969 fortfarande 50 år senare är standard för borttagande av kolorektala polyper.

Med tiden blev endoskopisk mukosaresektion standard, vid vilken man tar bort polyper med varm snara och koksaltinjektion för att lyfta submukosan bort från muscularis propria [13]. Trenden det senaste decenniet har gått mot att använda kall snara framför allt för borttagande av subcentimeterstora polyper [14]. På senare år har intresset för undervattens-EMR expanderat, vilket möjliggör resektion av polyper upp till 3 cm utan att lyfta submukosan med injektion [15].

Det enda paradigmskiftet efter polypektomisnaran är utveckling av endoskopisk submukosadissektion (ESD) i Japan på 1990-talet, som långsamt men säkert spridit sig västerut [15]. ESD är dock reserverad för mycket stora avancerade polyper och tidig cancer, och majoriteten av kolorektala polyper kommer även fortsättningsvis att kunna tas bort med polypektomisnaran.

50 år efter de banbrytande insatserna av Shinya och Wolff har koloskopi blivit förstahandsmetod för utredning och behandling av flera olika gastrointestinala tillstånd. Endoskopisk polypektomi har besparat miljontals människor onödiga operationer och sparat stora summor pengar för sjukvården. I kombination med fortsatt utveckling och spridning av ESD kommer dessa 50 år gamla bidrag till läkarvetenskapen att göra det sällsynt att patienter med polyper och tidig kolorektalcancer behöver genomgå kirurgisk behandling.

Läs mer!
Fullständig referenslista på Läkartidningen.se

Henrik Thorlacius,
professor, överläkare, kirurgkliniken, Skånes universitetssjukhus, Malmö
henrik.thorlacius@med.lu.se

Jean Cronstedt,
med dr, f d överläkare, medicinkliniken, Trelleborgs lasarett, Trelleborg

Ervin Toth,
docent, överläkare, gastrosektionen, Skånes universitetssjukhus, Malmö

DIKT FRÅN KLINIKEN

Fall av dödliga fall

Av is en fläck
en tant så käck
hon halka på
och det sa knäck

En lårbenshals
delad på två
huggande smärta
från höft till tå

Hon bad en bön
från sin katekes
och ortopeden
satte höftprotes

Men infektion
med streptokock
blev spiken i kistan
i Agdas lock.

Alexander Radkiewicz,
AT-läkare, Stockholm



Illustration: Mostphotos

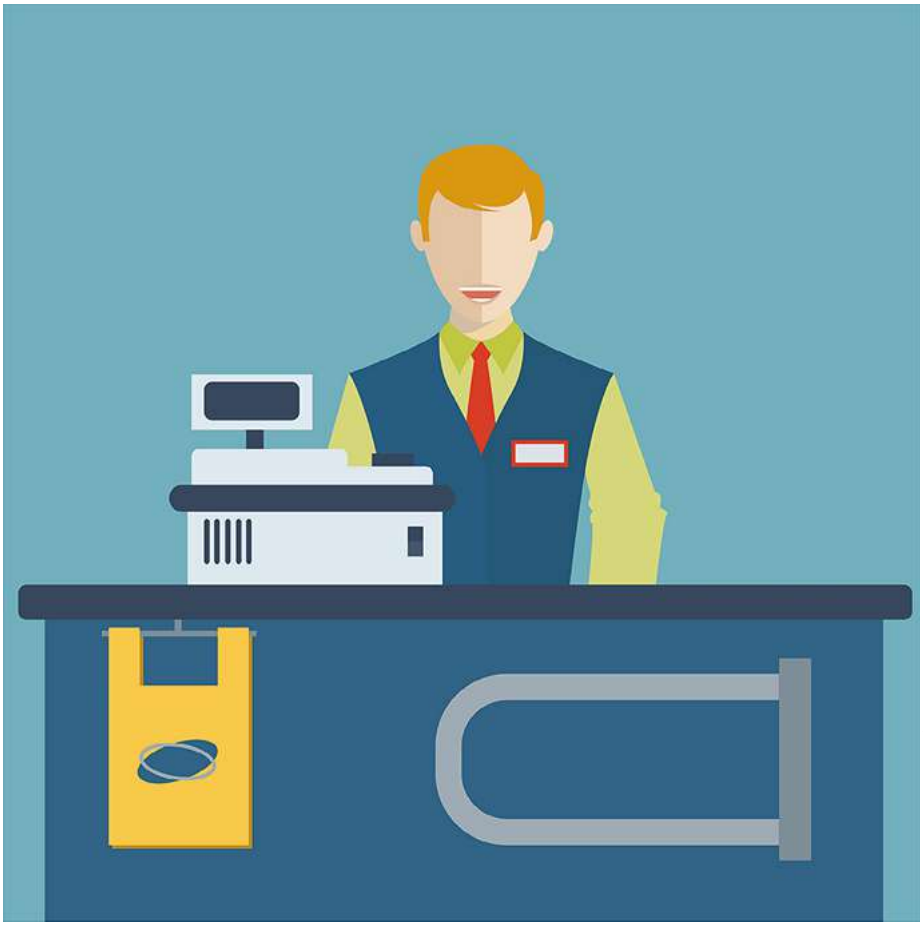


Illustration: Shutterstock/TT

»Du står på mitt pek – jag står på ditt.« Medförfattarskap inom akademisk publicering kan göras upp på vänskapsbasis – men skulle det knipa så lär det finnas en marknad för att köpa sitt namn en plats.

Pek till salu!

»Publish or perish«, heter det ju, och i jakten på publikationsmeriter kan vissa forskare gå till ytterligheter. Redan på hemmaplan är det uppenbart att några medförfattare inget har att göra på avsändarlistan utan har parkerats där av andra skäl än sina akademiska bidrag. På vissa institutioner står chefen ofta med – »för att han är chef«. I andra sammanhang byter man favörer: »Du står på mitt pek, så står jag på ditt.« Trots försök att etablera rutiner för vad som faktiskt kvalificerar för medförfattarskap är gråzonen betydande.

Bakgrunden är naturligtvis att meriteringssystemet bygger på antalet publikationer. Formellt är författarlistan positionsneutral, men i praktiken vet »alla« att det förstås är bäst att stå först. Där finns ofta den påläggskalv som de facto gjort jobbet och därmed faktiskt meriterar för positionen. Chefen brukar stå allra sist och sedan är det mera svävande vad mellanpositionerna betyder, men i princip: ju tidigare i listan, desto bättre.

> ... uppenbart att några medförfattare [...] har parkerats där av andra skäl än sina akademiska bidrag.

Några tidskrifter tillämpade en gång en strikt alfabetisk princip, vilket Andersson älskade men Wiktorson avskydde. Blir man professor och heter Werkö måste man bevisligen ha varit extra duktig! För mig som Rössner var det ju inget vidare system ... Jag skrev en ofta citerad artikel i Journal of Irreproducible Results (som faktiskt existerar) och visade att det i Sverige fanns en överrepresentation av professorer, vars efternamn fanns i första halvan av alfabetet. Då drällde det av medicinprofessorer med efternamn, som började på B.

Multicenterstudier från ett flertal institutioner är numera mycket vanliga. En vettig lösning är att en liten arbetsgrupp står för författarskapet (och författarlistan) medan övriga, som i bästa fall pytsat in några patienter i en sådan multicenterstudie, listas separat. Hur det ska hanteras meritmässigt är oklart.

Sommaren 2019 publicerades en artikel, som visade att en kreativ rysk grupp säljer medförfattarskap. Till pek som är antagna kan man lätt lägga till ytterligare namn, vilket tidskrifterna i allmänhet accepterat utan att reflektera vidare. Om chefen för en forskargrupp meddelar förlaget att han faktiskt glömde att lägga till några kvalificerade medarbetare är det sällan någon som reagerar.

Det lär finns kinesiska universitet som säljer medförfattarskap för över 43 000 US-dollar. Prislistan varierar med positionen: i något sammanhang sålde man till och med förstanamnet för 165 000 US-dollar till en topptidning.

Oblygt konstaterar det ryska företaget att »vi är inte billiga, men vi garanterar 100 procent medförfattarskap«. Annars lär det ha förekommit att liknande företag tagit slantarna men aldrig levererat det utlovade medförfattarskapet.

Sommaren 2019 hittade en kommitté, som arbetar för publikationsetik, 344 artiklar som var till salu. 88 procent av dem hade indexerats i Scopus databas och därmed tagit sig in i finrummet. Försök att kommunicera med företagen som säljer medförfattarskap har resulterat i artiga svar, där man meddelar att man på grund av företagets policy inte kan bidra med ytterligare klargöranden. Men man berättar gärna att verksamheten blommar!

Stephan Rössner,
professor emeritus,
Apple Bay Obesity Research Centre

Vill du skriva en kultur-artikel?

Medicinhistoria. Konst. Läkekonst och levnadskonst. Självupplevt och läsefrukter. Etik, filosofi, egna berättelser. Krumelurer från kliniken.

Mycket får plats på Läkartidningens kultursidor!

Skriv till kulturredaktör gabor.hont@lakartidningen.se

Läkartidningen

RECENSIONER

I Nobelprisets skugga – upptäckare och bortglömda

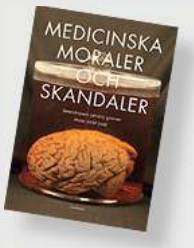


av Gösta Gahrton (Carlsson Bokförlag; 2019, 302 sidor)

Medicinprofessorn och tidigare ordförande i Nobelkommittén, berättar om sin gärning i läkekonstens och forskningens tjänst. Han ger glimtar av möten med medicinarkollegor, legendariska såväl som bortglömda, men alla intressanta.

Anmälare: **Göran Wennergren,** senior professor, avdelningen för pediatrik, Göteborgs universitet; överläkare, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg

Medicinska moraler och skandaler



av Motzi Eklöf (redaktör) (Carlsson Bokförlag; 2019, 256 sidor)

En samling texter av olika författare berättar om medicinska skandaler och moraliska tveksamheter i Sverige – allt från »THX-doktorn« Elis Sandberg på 60- och 70-talen till Paolo Macchiarini i vår omedelbara samtid.

Anmälare: **Kjell Asplund,** professor emeritus i medicin, avdelningen för medicin, institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet

Palliativ vård vid demens



av Johan Sundelöf, Petra Tegman (Gothia Fortbildning; 2019, 206 sidor)

Demenssjukdomarna är obotliga och leder förr eller senare till döden. Den första boken på svenska om palliativ vård vid demens berättar hur man kan optimera livskvaliteten för demenssjuka i livets slutskede.

Anmälare: **Bertil Axelsson,** överläkare, palliativa enheten, Östersunds sjukhus; adj professor, palliativ medicin, institutionen för strålningsvetenskaper, Umeå universitet

En kamp för livet. Sjukvårdens utveckling från medeltid till nutid



av Stig Andersson (Universus Academic Press; 2019, 394 sidor)

En bok med ärende att sammanfatta sjukvårdens utveckling från medeltiden fram till i dag. Perspektiven växlar mellan globalt, nationellt och lokalt, men berättelsen är tillräckligt intressant för att tillfredsställa en medicinhistoriskt nyfiken läsare.

Anmälare: **Magnus Lindberg,** senior professor i dermatologi, Örebro universitet, Örebro

Handen i den digitala världen

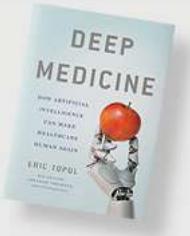


av Göran Lundborg (Carlsson Bokförlag; 2019, 167 sidor)

Hur påverkas händigheten hos »Homo mobilis« i vår nya sköna digitala värld, frågar sig Göran Lundborg, professor emeritus och handkirurg. Många svar på frågan finns i hans nya bok – liksom många frågor.

Anmälare: **Gunnar Svartengren,** specialist i handkirurgi, pensionerad

Deep medicine. How artificial intelligence can make healthcare human again



av Eric Topol (Basic Books; 2019, 400 sidor)

En bok om hur tillämpningen av artificiell intelligens inom sjukvården kan göra arbete och liv lättare för medarbetare respektive patienter – och återinföra förlorad mänsklighet och empati, hoppas Läkartidningens recensent.

Anmälare: **Göran Karlsson,** överläkare, läkarchef LAH, Motala

Läs mer!
För bokrecensioner se Läkartidningen.se/recensioner

»Lyckas man för bra med sin integration blir man lite rotlös«

Arash Sanari, specialist i allmänmedicin, berättar i sin debutbok »Sverigevänner« om sin uppväxt och hur han, enligt sin far, lyckades bli svensk åtminstone till 90 procent.



Foto: Ylva Sundgren

Arash Sanari brinner för utbildningsfrågor och har just skrivit en bok.

Du växte upp i Sverige efter att din familj flytt krigets Iran i slutet av 80-talet. Vad fick dig att skriva boken?

– Jag hittade mina egna och min pappas gamla dagboksanteckningar i samband med att pappa skulle flytta från sitt hus. Både jag och min pappa hade skrivit dagbok på var sitt håll, och jag insåg vilken stark personlig historia dagböckerna berättade genom att följa min och min pappas utveckling parallellt. Vi skrev ju om samma eller nästan samma saker, jag från en 6-årings perspektiv och han från en vuxens. Men medan jag genomgick en förvandling från att känna mig sur, sviken och melankolisk till att bli integrerad, glad och positiv, utvecklades pappa i motsatt riktning: från att vara otroligt positiv, glad och förväntansfull till att bli besviken, desillusionerad och lite bitter. Från början tänkte jag inte göra en hel bok, utan bara renskriva och sammanfatta och ge pappa en 70-årspresent. Men sedan växte arbetet genom att jag skrev ner kommentarer och iakttagelser, och till slut insåg jag att det lika gärna kunde bli bok.

Ger du goda råd om hur man blir integrerad i Sverige?

– Jag var fem år gammal när vi flyttade hit, så jag har aldrig testat att leva ett liv som inte är svenskt. Men det krävs förutsättningar för att en uppväxt ska bli integrerad. Fördelen med att lyckas är att man blir en del av gemenskapen. I Sverige är vi bra på att integrera människor som tänker, pratar och reagerar som vi, däremot väldigt dåliga på att uppskatta avvikande folk som tänker, reagerar och pratar annorlunda. Därför är det »handikappande« att vara invandrare i Sverige om ens uppfostran inte ger en de svenska reflexerna och svenska beteendena och sättet att tala. Nackdelen med att lyckas för bra med sin integration är att man blir lite rotlös, tappar förankringen bakåt.

Hur är den saken för dig?

– I slutet av boken intervjuar jag min pappa och frågar hur många procent svenskar han tycker att vi blev. Han säger 90 procent, vilket förvånar. Jag trodde han skulle säga 50–50 … Intressant, för även som »90 procent svensk« har jag egentligen bara en svensk vän, annars bara kompisar som är andra generationens invandrare.

Och dina 10 procent som inte är svenska?

– Det handlar nog om perspektiv. Positionen att se utifrån och in. Eftersom jag växte upp på det sätt som jag gjorde tittade jag hela tiden på livet i Sverige med ett slags utanförskapsblick. Det tror jag inte att man kan göra om man är 100 procent svensk.

I dag är du läkare – vad siktar du på i din karriär?

– Jag gjorde läkarutbildningen i Uppsala, blev specialist för tre år sedan och jobbar nu på Sophiahemmet. Jag är mycket intresserad av utbildningsfrågor, brinner framför allt för allmänmedicin och för att återupprätta den specialitetens prestige. Jag har släktingar som är allmänläkare i andra länder, i Europa och USA, och jag skäms när jag ser hur mycket utbildning de gör och hur mycket de får lära sig. Min kusin får göra 100 timmar obligatorisk utbildning per år. Om jag får frågan hur mycket utbildning vi gör i Sverige måste jag svara »ingenting«. Jag tycker det är fruktansvärt.

Du gjorde en utbildningsinsats i »Doktorn tipsar« i Aftonbladet tv?

– Det var under min ST, alltför tidigt i min karriär egentligen. Jag blev erbjuden att vara med som läkarspecialist i rutan och svara på frågor. Initialt var det webb-tv, men sedan kom det i nyhetsmorgonprogrammet. Men det jag brinner mycket för är att ge öppenvårdsläkarna incitament till att hålla sig à jour med det som sker inom medicinen.

Gabor Hont

ARASH SANARI

YRKE: Specialist i allmänmedicin, känd från »Doktorn tipsar« i Aftonbladet tv.

ÅLDER: 38 år.

BOR: I Stockholm.

AKTUELL: Debuterar som författare med boken »Sverigevänner. Historien om hur pappa och jag försökte bli svenskast på Tjörn«.

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



László Tabár hedrades för sina insatser och sin mångåriga forskning.

NYTT OM NAMN

LIVSLÅNGT ENGAGEMANG INOM MAMMOGRAFI BELÖNADES

László Tabár, professor emeritus, tidigare medicinskt ansvarig på mammografiavdelningen vid Falu lasarett, hedrades med »Lifetime Achievement Award« av Breast Imaging Society of India vid sällskapets sjunde årliga konferens i Hyderabad, Indien.

Diplomet överlämnades av delstatsguvernören Tamilisai Soundararajan i Hyderabad, dit László Tabár var inbjuden för att hålla två dagars undervisning för 300 av mammografisällskapets medlemmar på temat »Multimodality approach to diagnosis of breast diseases«.

Utmärkelsen motiveras med László Tabárs »omsorgsfulla forskning och originella vetenskapliga artiklar« som har hjälpt sprida budskapet om nyttan med mammografi. Hans arbete »har varit avgörande för etablerandet av standard för mammografiundersökningar i många länder«.

ÅRETS ST-HANDLEDARE – MED STÄNDIGT ÖPPEN DÖRR

Mats Persson, specialist i allmänmedicin och verksam som distriktsläkare på Ersboda hälsocentral i Umeå, är vinnare av årets handledarpris i allmänmedicin i Region Västerbotten. Den lokala SFAM-föreningen i regionen delade ut utmärkelsen den 15 november.

Det är ST-läkarna i allmänmedicin i Umeå- och Skellefteåregionen samt Södra Lappland som nominerat:

»Hos vår handledare Mats står dörren, bokstavligt talat, alltid öppen. Han är stödjande och backar upp dig när du behöver det som mest. Han är hjälpsam och aldrig omöjlig och med ett stort medicinskt kunnande löser han frågor och problem i en handvändning. Med ödmjukhet och tålamod lindrar han din oro och ångest. Han låter dig utvecklas och pröva dina egna idéer. Med sitt lugn och trygghet visar han stort förtroende för sina ST-läkare och värnar alltid om en god arbetsmiljö.«



Foto: Jenny Stattin

Mats Persson, distriktsläkare i Ersboda, årets handledare i Region Västerbotten.

DERAS PATIENTNÄRA FORSKNING GAV NANNA SVARTZ-STIPENDIUM

Inger Gjertsson, professor vid Göteborgs universitet, och **Christopher Sjöwall,** biträdande professor vid Linköpings universitet, är 2019 års mottagare av Nanna Svartz-stipendiet för deras respektive patientnära forskning inom reumatologi.

Inger Gjertssons forskning har bland annat lett till utvecklingen av ett nytt diagnostiskt prototypkit för reumatoid artrit.

Christopher Sjöwalls forskning bidrar till säkrare diagnostik och individualiserade behandlingsstrategier vid systemisk lupus erythematosus (SLE).

Nanna Svartz-stipendiet på 150 000 kronor instiftades för att hedra Sveriges första kvinnliga professor i medicin, som utvecklade ett av världens första anti-inflammatoriska läkemedel mot reumatism.



Foto: Erik Sundin/Reumatikerförbundet

Inger Gjertsson och Christopher Sjöwall belönas med stipendium.

NYA DOCENTER I LUND

Isabella Artner har förordnats som ny docent i utvecklingsbiologi, **Yan Borné** som ny docent i epidemiogi, **Ana Carneiro** som ny docent i onkologi och **João Duarte** som ny docent i neurometabolism vid medicinska fakulteten, Lunds universitet.

AVLIDNA

Agneta Löfqvist Stenqvist,
Kristianstad, 84 år, död 30 oktober

KALENDARIUM



Illustration: Mostphotos

Väst-SÄL:s luciamöte
Tid: Tisdag den 10 december kl 11.00.
Plats: Röhsska museet, Göteborg.
Program: Samling kl 11.00. Guidad tur. 13.00 lunch.
Kostnad: Inträde 100 kr, lunch 100 kr.
- Bindande anmälan senast den 28 oktober till malin.lindh01@gmail.com eller tel 073-801 51 75. Efter anmälan betalning via Väst-Säl:s plusgiro 499486-9, swish 1232459113 eller kontant vid mötet.

Fjärde workshoppen i Narrativ medicin
Tid: 17–18 januari 2020.
Plats: Sahlgrenska universitetssjukhuset, medicinkliniken, Mölndal.
Nationella talare samt praktiska gruppövningar utifrån texter, konst och berättelser.
»Keynote speakers«: Jonna Bornemark: »Det omätbaras renässans«, Nina Cavalli-Björkman: »Att skriva om läkaryrket« och Maciej Zaremba: »Sjukvården i ett vägskäl«. Medverkar gör också Astrid Seeberger och Valdemar Erling.
På fredagskvällen är det fest på Musikens hus: mingel, mat samt berättelser och musik av Daniel Lemma.
- Program och anmälan: www.narrativmedicin.se.

Vänder sig till läkare, sköterskor och alla som arbetar i vården, men också till den som intresserar sig för berättelsens betydelse.
Narrativ medicin är ett forum för medicin och humaniora.
- Arrangör: Svensk förening för narrativ medicin i samarbete med Sahlgrenska universitetssjukhuset; medicinkliniken Mölndal, Sjukhuskyrkan Kungälvs sjukhus och Columbia University, New York.

Läs mer!
För ett fullständigt kalendarium se Läkartidningen.se

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
Redaktion: Joakim Andersson, Jesper Cederberg, Sara Holfve, Gabor Hont, Ewa Knutsson, Elisabet Ohlin, Marie Ström, Madeleine Ramberg Sundström, Katrin Trysell, Birgit Wilhelmson
Marknadsavdelning/administration: Veronica Brishagen, Hélène Engström, Inga-Maj Lagerholm, Eva Larsson
annonser@lakartidningen.se
Korrektur: Lennart Werner
Grafik: Typoform (om inget annat anges)
Medlemstidning: 08-790 35 70
medlem@slf.se
Prenumerationer: Hélène Engström 08-790 33 41
pren@lakartidningen.se
Läkartidningen Förlag AB
Hans Dahlgren (vd)
TS-kontrollerad upplaga: 44 900 ex
ISSN: 0023-7205 (pappersutgåva) 1652-7518 (webbupplaga)
Tryckeri: V-TAB
Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

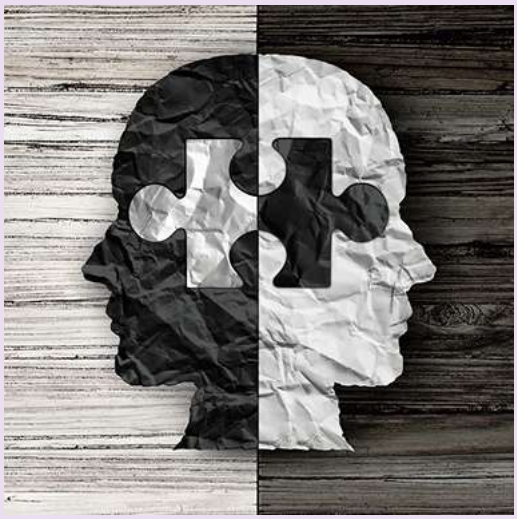
Läkartidningen arrangerar

Inbjudan till symposium

Transkulturell psykiatri

INGENJÖRSHUSET, MALMSKILLNADSGATAN 46, STOCKHOLM, 15 JANUARI 2020

Flyktingar har en ökad risk att drabbas av psykisk ohälsa. Sättet att kommunicera psykiska symtom kan ibland vara svårtolkade. Hur kan vi möta dessa personers vårdbehov på ett bra sätt nu när 20 procent av vår befolkning är utlandsfödda? Detta belyses i symposiet, och du får aktuell kunskap om den psykiska sjukligheten i dessa grupper, hur god interkulturell kommunikation skapas och om internationella konventioner som ligger till grund för svensk hälso- och sjukvård.



PRELIMINÄRT PROGRAM DEN 15 JANUARI, 2020

12.00–13.00	**Registrering och lunch**
13.00 –13.05	**Inledning** Docent Margaretha Bågedahl Strindlund
13.05–13.15	**Vad är transkulturell psykiatri?** Docent, överläkare Sofie Bäärnhielm, Transkulturellt centrum, Region Stockholm
13.15–13.45	**Hur migration kan påverka den psykiska hälsan** – epidemiologiska perspektiv Med dr, leg psykolog Anna Clara Hollander, institutionen för Folkhälsovetenskap, Karolinska institutet.
13.44–14.15	**Psykiatrisk vård bland utrikesfödda – finns det skillnader jämfört med svenskfödda – och i så fall varför?** Professor, överläkare Christina Dalman, institutionen för Folkhälsovetenskap, Karolinska institutet
14.15–14.45	**Kaffe**
14.45–15.15	**Interkulturellt bemötande** Docent, överläkare Sofie Bäärnhielm, Transkulturellt centrum, Region Stockholm
15.15–15.45	**Flyktingvänlig vård – aktuell metodutveckling** Leg psykolog Frida Johansson Metso, Transkulturellt centrum, Region Stockholm
15.45–16.15	**Internationella åtaganden om vård för migranter** Socionom Elis Envall, Elis Envall Konsult & Analys AB, Stockholm
16.15–16.30	**Paneldiskussion**

Moderator: Sofie Bäärnhielm
Programansvarig: Margaretha Bågedahl Strindlund, Läkartidningen

Välkommen till en intressant eftermiddag!

Läs mer och anmälan ► **Läkartidningen.se/event**

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

Läkartidningen arrangerar ett seminarium om

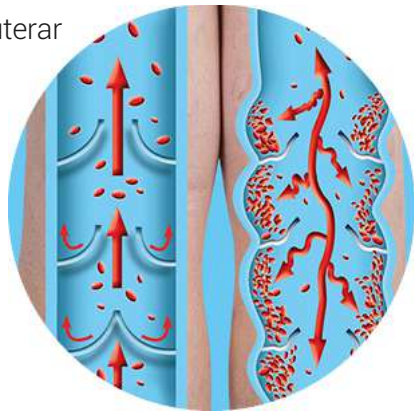
Stockholm 10 december 2019

Lymfödem efter cancerbehandling
– en sjukdom i skymundan

Ingenjörshuset
Malmskillnadsgatan 46, Stockholm

Förbättring av cancerbehandling under de senaste decennierna har lett till att fler överlever cancer. Detta innebär att större fokus måste riktas mot de biverkningar som behandlingen ger då dessa påverkar livskvaliteten negativt. Lymfödem är en känd biverkan efter kirurgisk cancerbehandling. Kunskapsläget är trots detta fortfarande begränsat och många patienter utreds och behandlas inte optimalt.

Välkommen till en spännande eftermiddag där vi ger en uppdatering och diskuterar kunskapsläget om lymfödem och vården efter kirurgisk behandling av cancer.



Preliminärt program • 10 december 2019

12.00–12.45	**Registrering och lunch**
12:45–12.55	**Välkommen!** *Preben Kjölhede, adj. professor, Universitetssjukhuset i Linköping*
12.55–13.10	**Vad är lymfödem?** *Docent Leif Perbeck, Conturkliniken*
13.10–13.30	**Hur stort är problemet efter gynekologisk cancerbehandling?** *Madelene Wedin, specialistläkare, Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset i Linköping*
13.30–13.50	**Hur stort är problemet efter behandling av bröstcancer och malignt melanom?** *Docent Leif Perbeck, Conturkliniken*
13.50–14.10	**Hur stort är problemet efter behandling av urologisk cancer?** *Med.dr. Henrik Kjölhede, Verksamhet Urologi, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg*
14.10–14.40	**Utredning av lymfödem – vilka metoder är evidensbaserade?** *Docent Karin Johansson, Lunds universitet*
14.40–15.00	**Kaffe**
15.00–15.30	**Prevention och konservativ behandling.** *Docent Karin Johansson, Lunds universitet*
15.30–16.00	**Nya metoder för att minska risken för lymfödem efter cancerbehandling.** *Med.dr. Barbara Geppert, Kvinnokliniken, Skånes universitetssjukhus, Lund*
16.00–16.45	**Kirurgiska metoder och utveckling av behandling av lymfödem.** *Docent Håkan Brorson, Skånes universitetssjukhus*
16.45–17.00	**Avslutning och frågor till panelen**

Moderator: *Preben Kjölhede, Linköping*

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