ORIGINALSTUDIE

Högre prevalens vårdrelaterade infektioner i svensk mätning

NYHETER

Varsel och besparingar kan slå hårt mot underläkarna

Läkartidningen

#4 2020

Tidskrift från Sveriges läkarförbund • Sedan 1904 • 22 Januari 2020 • vol 117 • 69–128



Nya möjligheter för migränvården

Läkartidningen arrangerar

Inbjudan till seminarium

Hjärtarytmier i primärvården

18 MARS 2020, INGENJÖRSHUSET, MALMSKILLNADSGATAN 46, STOCKHOLM

Många patienter drabbas av hjärtklappning och arytmier i olika former. Det kan orsaka oro, ge besvär och tidvis ha en allvarlig prognos. En majoritet av primärvårdsläkarna handlägger patienter med hjärtproblem och arytmi. För att ge stöd i handläggningen av dessa tillstånd arrangerar vi detta seminarium. Välkommen till en spännande eftermiddag med fokus på praktisk handläggning, där vi ger en uppdatering av utredning och behandling av patienter som söker primärvården med arytmikänsla.

PRELIMINÄRT PROGRAM DEN 18 MARS, 2020

12.00–13.00	**Registrering och lunch**
13.00–13.05	**Inledning**
13.05–13.25	**Arytmikänsla och extraslag. Hur utreder jag och när är det dags att remittera?** Med dr Johanna Sjöblom, Danderyds sjukhus
13.25–13.45	**Supraventrikulära takykardier, nya behandlingsriktlinjer** Talare meddelas inom kort
13.45–14.05	**Ventrikulära takykardier, utredning och behandling** Med dr Viveka Frykman, Danderyds sjukhus
14.05–14.25	**Patienten svimmar. Hur differentierar jag från benign till malign synkope?** Överläkare Veronica Morris Zamora, Danderyds sjukhus
14.25–14.55	**Kaffe**
14.55–15.15	**POTS – en modern diagnos som blir vanligare** Docent Arthur Fedorowski, Skånes universitetssjukhus, Malmö
15.15–15.35	**Förmaksflimmer, utredning och behandling** Med dr Emma Svennberg, Karolinska universitetssjukhuset
15.35–15.55	**Val av antikoagulantia vid förmaksflimmer. Skräddarsydd behandling** Talare meddelas inom kort
15.55–16.15	**Frågor till panelen**



Moderator och programansvarig: Med dr Viveka Frykman, överläkare vid Hjärtkliniken, Danderyds sjukhus

Välkommen!

Läs mer och anmälan ► Läkartidningen.se/event

INNEHÅLL





Magnetisk resonanstomografi av laterala malleolen hos patient 1 (till vänster) samt knäleden hos patient 2 (till höger). Läs fallbeskrivningen om synovialt sarkom.

▼ NYHETER

74 Skyddsombudet: »Vi arbetar halvt ihjäl oss«

Hot och våld: Växjö begränsar antalet anhöriga på akuten

75 Östergötland tar bort tak för pensionsålder

Gräddfiler i sjukvården ska utredas

76 Bakslag för mobilt äldreteam

Få kliniker har resurser för fler igångsättningar

77 Fler med stroke ska behandlas med trombektomi

78 »Jag har väldigt svårt att se hur det ska gå ihop«

83 »Det känns som om man drar undan mattan för oss«

▼ DEBATT

86 Vårdrelaterade infektioner både kan och ska förebyggas

Kliniskt och ekonomiskt gynnsamt att låta patienterna mäta ögontrycket själva

▼ KRÖNIKAN

89 Tina Vilhelmsson

▼ KULTUR

122 Idolf var bara förnamnet ...



Vasaorden

▼ KLINIK & VETENSKAP

92 Blodtryckssänkande till natten – fler resultat bör inväntas innan ordinationen ändras Medicinsk kommentar

91 Reflexion: Individanpassning kräver flera perspektiv

94 Nya rön: Ökad risk för död i kolorektal cancer vid ulcerös kolit

Litiuminducerad hypotyreos oftast reversibel efter avslutad litiumbehandling

95 Ny diabetesmekanism identifierad i studier av gastrisk bypass

96 Arbetsförmågan vid cykelarbetsprov – en stark prognostisk markör

97 Översikt: Ny behandling vid migrän kräver bättre vårdstruktur

108 Fallbeskrivning: Dystrophia myotonica typ 1 ovanlig orsak till bradykardi hos unga

111 Läkemedelsfrågan



101 Pontus Nauclér har tillsammans med kollegor gjort en studie som visar att prevalensen av vårdrelaterade infektioner var högre än i en mätning enligt ECDC:s definitioner.

ALLTID I LÄKARTIDNINGEN

73 SIGNERAT Var rädd om din tid – särskilt din övertid

44 MEDLEM Information från Sveriges läkarförbund

46 LEDIGA TJÄNSTER med platsannonser

125 MÄNNISKOR & MÖTEN

Nästa nummer av Läkartidningen utkommer den 29 januari.

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).

#4 2020

22 till 28 januari



Ny behandling vid migrän kräver bättre vårdstruktur.

Foto: Shutterstock/TT

Arbetsmarknaden viker – då krävs det nya åtgärder

VARSEL OM UPPSÄGNINGAR. Anställningsstopp och vakanta tjänster som dras in. Färre ST-tjänster som tillsätts. Det finns flera faktorer som pekar på att läkares arbetsmarknad har blivit tuffare.

Karin Rhenman, tidigare chefsförhandlare på Sveriges läkarförbund, håller med om detta: se artikel på sidan 78.

– Det blir en arbetsmarknad mer lik den som andra akademikergrupper har haft längre, så att säga, säger hon.

Att Region Stockholm varslat att minst 275 läkartjänster ska bort ser hon som historiskt och menar att ett så omfattande läkarvarsel inte förekommit under de senaste decennierna.

Från andra regioner rapporteras om stora besparingar som väntas leda till att antalet läkartjänster minskar. Den samlade bilden blir att situationen är oroande för läkarkollektivet. Sveriges yngre läkares förening (Sylf) varnar till exempel för att underläkarna kan råka särskilt illa ut.

– Det finns så många underläkare. Och arbetsgivaren anser kanske inte att de är oumbärliga. Det är svårare att göra sig av med en specialist, säger Madeleine Liljegren, ordförande i Sylf.

Det är svårt att tro att det skulle finnas alldeles för många läkare inom vården. Därför krävs det nu åtgärder som möjliggör för regionerna att upprätthålla en acceptabel läkarbemanning. Ett ekonomiskt tillskott från staten kan vara en sådan åtgärd.



Pär Gunnarsson,
chefredaktör

Läkartidningen arrangerar

Stockholm 5 mars 2020

Neurodegenerativa sjukdomar

Ingenjörshuset • Malmskillnadsgatan 46, Stockholm

De neurodegenerativa sjukdomarna med progredierande förlamningar och demensutveckling är fruktade av allmänheten, mångfacetterade kliniska och diagnostiska utmaningar för sjukvården. Det är ett område där sjukdomsmodifierande behandlingar har saknats, men som nu börjar skönjas vid horisonten.



Välkommen till ett halvdagssymposium som sammanfattar den kliniska, diagnostiska och terapeutiska kunskapen samt forskningsfronten kring de viktiga neurodegenerativa sjukdomarna.

Boka plats nu, till en intressant eftermiddag!

Preliminärt program • 5 mars

12.00–13.00	**Lunch och registrering**
13.00–13.05	**Välkomna och introduktion!** *Professor Sten Fredrikson, Karolinska institutet och Karolinska universitetssjukhuset*
13.05–13.40	**Parkinsons sjukdom – orsak, diagnostik och behandling.** *Professor Per Svenningsson, Karolinska institutet och Karolinska universitetssjukhuset*
13.40–14.15	**Ataxier – heterogent och en klinisk utmaning.** *Med dr Martin Paucar, Karolinska universitetssjukhuset*
14.15–14.40	**ALS i ett kliniskt perspektiv.** *Med dr Caroline Ingre, Karolinska universitetssjukhuset*
14.40–15.05	**ALS i forskningsfronten.** *Professor Peter Andersen, Umeå universitet och Norrlands universitetssjukhus*
15.05–15.25	**Kaffe**
15.25–15.50	**Huntingtons sjukdom.** *Med dr Martin Paucar, Karolinska universitetssjukhuset*
15.50–16.25	**Alzheimers sjukdom och andra demenstillstånd – när kommer behandlingen?** *Professor Nenad Bogdanovic, Karolinska universitetssjukhuset*
16.25–16.45	**Diskussion och sammanfattning**

Programansvarig och moderator: *Professor Sten Fredrikson, Karolinska institutet och Karolinska universitetssjukhuset*

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

Var rädd om din tid – särskilt din övertid

FRÅGAN OM ÖVERTID är ständigt aktuell. Vid senaste avtalsrörelsen tog vi upp frågan och lyckades då få bättre skrivningar i våra avtal kring hanteringen. Bland annat måste arbetsgivaren numera tydliggöra varför man vill skriva bort rätten till övertidsersättning: det går inte längre att slentrianmässigt lägga fram ett avtal utan diskussion med läkaren om till exempel högre lön.

Övertid är arbetstid som arbetsgivaren måste beordra om, eller alternativt godkänna i efterhand, om du till exempel fastnar i en arbetsuppgift som inte hinner avslutas på din ordinarie arbetstid. Övertid får bara användas när särskilda skäl råder och aldrig schemaläggas. När övertid beordras kan det enbart ske med kort varsel, och man är som anställd skyldig att utföra arbetet. Normalt regleras dock övertiden i kollektivavtal och du har i så fall rätt till övertidsersättning.

Oavsett om man har rätt till ersättning eller inte måste dock all arbetstid registreras. Denna skyldighet är lagstadgad och det finns inga gråzoner eller tolkningsutrymmen. Hur detta görs varierar en hel del, har det visat sig. På vissa håll fungerar det bra och är okomplicerat, men vi har också fått signaler om att det på många håll upplevs som krångligt, om ens möjligt. Regelverken säger att arbetsgivaren ska ha kontroll över personalens arbetstid och att det ska finnas rutiner och system för detta. Rutinerna behöver bli både bättre och smidigare. Problemen blir extra tydliga i samband med hanteringen av så kallad ”flextid”.

Övertid handlar om mer än bara ersättningen. Det handlar om hållbara arbetsförhållanden.

Flextid innebär att du som anställd kan vara flexibel i hur du planerar din arbetstid i början och slutet av arbetsdagen. Många gånger används flextid dock som en sorts regulator, i stället för övertid. Särskilt tydligt är detta för dem som inte har rätt till övertidsersättning. Viktigt att tänka på då är att inte tid fryser inne, vilket kan inträffa när flexramen inte räcker till. Läkarförbundets inställning är att arbetad tid aldrig kan gå förlorad utan ska kompenseras i tid eller annan ersättning. Flextid är tid som du själv avgör om du vill använda eller inte.

Eftersom det är arbetsgivarens beslut om arbete som utförs är övertid eller inte är det viktigt att lokala parter har en dialog om arbetsbelastningen och vilka arbetsuppgifter som ligger inom ramen för den ordinarie arbetstiden. Kom ihåg att du har rätt till ersättning när du beordras arbeta övertid, om inget annat har blivit överenskommet. Det är viktigt att betona att alla undantag som görs ska handla om gemensamma överenskommelser. Arbetsgivaren kan inte på egen hand meddela att du inte får övertidsersättning. Ändå sker det i många fall i samband med tillträde till en ny tjänst.

Efter det att förhandlingen om lön och villkor är klar och man ska skriva på är det inte sällan arbetsgivaren ensidigt i anställningskontraktet har kryssat i en ruta där det står ”Jag avstår övertidsersättning”. Haja till om ni läser det. Ni ska inte ge bort er rätt till ersättning genom att acceptera en förkryssad ruta. Ersättning för övertid är en del av förhandlingen om villkor. Om arbetsgivaren vill förhandla om ersättningen för övertid behöver detta kompenseras i övriga villkor, till exempel i grundlönen.

ÖVERTID HANDLAR OM MER än bara ersättningen. Det handlar om hållbara arbetsförhållanden. Sjukvården har länge kunnat förlita sig på att läkare ställer upp i alla väder. Traditionellt har det förväntats av den enskilde läkaren att jobba på så länge det behövs. Den tiden är förbi. Även läkare behöver ett modernt arbetsliv, annars kommer sjuktalen till följd av arbetsrelaterad stress att öka. Detta är en tendens som syns inom stora delar av arbetsmarknaden, och statistiken visar att unga kvinnliga läkare är bland dem som oftast drabbas av arbetsrelaterad stress.

Läkarförbundet kommer fortsatt att bevaka frågan i kommande avtalsrörelse under våren, och har övertid med som en särskild del av yrkandet. Med andra ord: var rädd om dig själv och din tid, och betänk att arbetstidslagar och kollektivavtal finns av en anledning – som ett skydd mot ohälsa!



Heidi Stensmyren
ORDFÖRANDE, LÄKARFÖRBUNDET
ordforande@slf.se

Sveriges läkarförbund

Skyddsombudet: »Vi arbetar

Rapporterna om det mycket tuffa läget inom sjukvården i Stockholm har duggat tätt den senaste tiden. Nu överväger Tora Borén, ST-läkare och skyddsombud på Södersjukhusets akutmottagning, att vidta åtgärder.



Tora Borén, skyddsombud på Sös-akuten. Foto: Sara Björkegren

Det tuffa läget för sjukvården i Stockholm har fått mycket uppmärksamhet under de senaste veckorna. Krislarmen från både patienter och vårdpersonal har avlöst varandra.

Bland annat skrev läkaren Uffe Hylin ett mycket uppmärksammat inlägg på Facebook om platsbristen på Södersjukhuset. I inlägget, som publicerades förra söndagen, skrev han att Sös var helt fullbelagt, samtidigt som det fanns 17 patienter på akuten som behövde läggas in.

Han har arbetat på sjukhuset i mer än 20 år, men beskriver att vårdplatssituationen försämrats under de senaste åren.

– Förr var det aldrig så att det inte gick att lägga in för att det inte fanns vårdplatser. Nu är det så hela tiden, säger Uffe Hylin till Läkartidningen.

Värst var läget under trettonhelgen. En bidragande orsak var två IT-haverier som skedde efter nyårshelgen. Det medförde att en del ambulanstransporter styrdes från Huddinge till andra vårdgivare. På Södersjukhuset blev trycket väldigt stort.

Men Tora Borén, ST-läkare i akutsjukvård och skyddsombud på Södersjukhusets akutmottagning, säger samtidigt att trettonhelgen inte var unik.

– Så ser det ut såväl helg som vardag. Det saknas vårdplatser. Jag vet inte riktigt om det var någon exceptionell helg egentligen. Så har det sett ut länge.

Tora Borén uppger att verksamhetsområde akut fortfarande arbetar enligt ett nedbantat sommarschema och att det är stora svårigheter att bemanna arbetspassen, inte minst vad gäller omvårdnadspersonal.

Hon berättar också att sjukhuset inte kommer att förlänga avtalen med tio läkare som vikarierar före ST, och att det osäkert hur många av dessa som får fortsätta på en ST-tjänst.

> »Det finns ingenstans det skulle behövas mindre personal.«

Samtidigt har man på kort tid tappat två ST-läkare. Den ena sa upp sig på stående fot under trettonhelgen. Enligt den information Tora Borén fått kommer enbart en av dessa läkare att ersättas.

– Där förlorar vi en kollega, och ovanpå allt detta ligger ett varsel som för oss ter sig mer och mer idiotiskt. Vi arbetar halvt ihjäl oss. Det finns ingenstans det skulle behövas mindre personal.

Tora Borén berättar att hon tillsammans med fackliga ombud nu överväger att lämna in en så kallad 6:6a-framställan till arbetsgivaren med begäran om åtgärder.

– Vi planerar också att tillsammans med arbetsgivaren

Hot och våld: Växjö begränsar antalet anhöriga på akuten

För att minska risken för hot och våld har chefen på akuten i Växjö beslutat att testa ett par nya åtgärder. Dörrar ska låsas kvällstid, och bara en anhörig ska få följa med patienten.



Foto: Mostphotos

– Jag tror de flesta accepterar det, säger Clas Hjertqvist, verksamhetschef på akutkliniken på Centrallasarettet i Växjö, till Smålandsposten.

Att begränsa antalet anhöriga som följer med in på akutmottagningen förekommer även på andra håll i landet. Åtgärden infördes exempelvis i Västerås för några år sedan.

I Växjö kommer dessutom dörrarna mellan väntrum och mottagning att låsas kvälls- och nattetid. Sedan tidigare finns även ordningsvakt närvarande under de tiderna.

Mängden hot och våld på Växjös akutmottagning har ökat över tid. Enligt Clas Hjertqvist är den ökade arbetsbelastningen en bidragande orsak. Antalet patienter har ökat, och under en femårsperiod har handläggningstiden för patienterna ökat med 40 procent.

Enligt statistik från Region Kronoberg som Smålandsposten har tagit del av har antalet anmälda incidenter ökat kraftigt på länets båda akutmottagningar de senaste åren. 2008–2011 rörde det sig om en handfull, totalt sett. 2016 och 2017 var det tiotalet per år. Men 2018 rapporterades 32 incidenter och 2019 var siffran 40.

Jesper Cederberg

halvt ihjäl oss«

se till att vi skriver fler avvikelserapporter. Som det ser ut nu så orkar man inte det när man jobbat sitt pass, även om det egentligen skett ganska många avvikelser, exempelvis patienter som väntar på vårdplats och som legat mer än en timme på akutmottagningen. Det är ett sätt att påverka, att det syns.

Södersjukhusets vd Mikael Runsiö uppger för Läkartidningen att läget, både vad gäller det akuta flödet och vårdplatserna, nu har normaliserats.

Vad gäller varslen, som omfattar totalt 100 tjänster, framhåller Mikael Runsiö att det är lagt på hela sjukhuset och inte bara gäller akuten.

– Vi tittar över all den vård vi bedriver och så får vi se var vi kan göra det här så att det inte påverkar vården av våra patienter på ett negativt sätt.

Mikael Runsiö säger att sjukhuset »gör vad man kan« för att hålla vårdplatser öppna. Det handlar bland annat om att skapa särskilda dagvårdsplatser för att avlasta akuten.



Foto: Nicklas Gustafsson

Mikael Runsiö

– Det är ett sätt, att hitta nya vårdformer som inte är slutenvård. Vi har också försökt förtydliga våra rutiner kring hur vi ska få upp patienter på avdelningarna så att det ska ske smidigare, men i mångt och mycket hänger det på hur väl vi kan få samarbetet med framför allt geriatriken och den kommunala omsorgen att fungera.

Finansregionrådet Irene Svenonius (M) kommenterade situationen i förra veckan. I en intervju med Aftonbladet uppgav hon att vårdsituationen var under god kontroll.

I fredags kallade hon dock till sig gruppledarna för samtliga partier i Region Stockholm med anledning av det pressade läget. Vid mötet deltog också chefläkaren.

– Det är mycket bekymmersamt att det blev som det blev, och jag tar oerhört allvarligt på berättelser från både anställda och patienter. Vi måste klara av även den här typen av händelser, sa Irene Svenonius till nyhetsbyrån TT efter mötet.

Oppositionsregionrådet Aida Hadzialic (S) deltog också på mötet.

– Tjänstemännen beskrev att man inte kunnat garantera patientsäkerheten på våra sjukhus. Samtidigt är det prat utan handling från det moderatledda styret. Det var ett Bagdad Bob-möte, sa hon till TT.

Joakim Andersson

Foto: Madeleine Ramberg Sundström

Östergötland tar bort tak för pensionsålder

Region Östergötland avskaffar taket i pensionsåldern. Anställningar kommer inte att avslutas automatiskt vid 68 år – i stället får medarbetaren själv bestämma.

Den 1 januari i år höjdes den övre åldersgränsen för pension i lagen om anställningsskydd från 67 till 68 år. 2023 höjs gränsen ytterligare, då till 69 år. Men nu har Region Östergötland beslutat att ta bort den övre gränsen. Orsaken är att man vill behålla fler äldre medarbetare i vården.

– Vi vill värna de medarbetare som vill vara kvar och jobba. Allt fler är allt piggare längre upp i åldrarna, här finns en oerhörd kompetens, säger regionens hr-direktör Zilla Jonsson till P4 Östergötland.

Beslutet innebär att anställningar inte kommer att avslutas per automatik när en medarbetare fyller 68 år. I stället är det fritt fram att själv, i dialog med chefen, bestämma hur länge man vill jobba kvar.

– Vi kanske tar ut händelserna lite i förväg, men i och med att vi vet att pensionsåldern kommer att höjas 2023 så ser vi ingen anledning att sätta ett datum till på vägen, säger Zilla Jonsson.

I december 2019 hade Region Östergötland 174 anställda som var 66 år och äldre. Bland dem fanns 40 läkare, 31 sjuksköterskor och 25 undersköterskor. Och enligt Fredrik Nyström, professor och överläkare i internmedicin, bidrar de äldre till att vården kan gå runt.

– Jag har så mycket kollegor från 40-talet som jobbar fullt ut och ser mycket mer patienter än vad 30-åringarna gör. Det är mycket som hålls på axlarna av det så kallade köttberget, säger han till radion.

Sara Pramsten

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

I KORTHET

SKÅNE SKROTAR KRITISERAD PLAN PÅ VÅRDVAL

▶ Efter kritik backar det borgerliga styret i Region Skåne nu från planen att införa vårdval inom ÖNH-vård. Däremot ska man satsa på ett vårdval för öppen barn- och ungdomspsykiatri.

KONKURRENSVERKET SÄGER NEJ TILL STIERNSTEDTS FÖRSLAG

▶ Konkurrensverket sågar flera förslag i Göran Stiernstedts utredning. Myndigheten vänder sig emot att patienter som inte gör ett aktivt val ska listas på närmaste vårdcentral och att regionerna ska få sätta listningstak.

APOTEKET BLIR DELÄGARE I DOKTOR 24

▶ Statliga Apoteket AB går in som minoritetsägare i den digitala vårdgivaren Doktor 24. Enligt ett pressmeddelande köper Apoteket AB 20 procent i bolaget. Planen är att utveckla nya vård- och hälsotjänster tillsammans.

LÄKARE HADE 10 KILO CANNABIS – RISKERAR LEGITIMATIONEN

▶ En läkare som dömts till fängelse för innehav av 10 kilo cannabis riskerar nu att mista sin läkarlegitimation. Brottet påverkar förtroendet för läkaren, menar Inspektionen för vård och omsorg.

Gräddfiler i sjukvården ska utredas

Socialminister Lena Hallengren (S) ger Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppdraget att utreda om patienter med privata sjukvårdsförsäkringar får företräde i sjukvården. I en debattartikel i Aftonbladet skriver hon att regeringen under mandatperioden också ska lägga förslag som hindrar »gräddfiler«.

Lena Hallengren skriver vidare att regeringen »tar signalerna om att försäkringspatienter i vissa fall går före offentligt finansierade patienter på största allvar«.

Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2020.

Jesper Cederberg



Illustration: Mostphotos

Jönköping:

Bakslag för mobilt äldreteam

Tillgång till ett mobilt geriatriskt team förhindrade inte inläggning på sjukhus hos multisjuka äldre mer effektivt än vad vanlig vård gjorde, enligt en ny studie i Jönköping. Nu har teamet lagts ned.



Foto: Mostphotos

I studien i Jönköping randomiserades sammanlagt 62 multisjuka äldre som haft tre eller fler sjukhusinläggningar det senaste halvåret till antingen mobilt geriatriskt team eller vanlig vård.

– Patienterna var väldigt nöjda, men lite förvånande såg vi ju att det här var en hälsoekonomiskt dyrbar lösning, säger Örjan Skogar, överläkare i geriatrik och en av forskarna bakom fynden.

Det var 2013 som Länssjukhuset Ryhov i Jönköping införde ett mobilt geriatriskt team med läkare och sjuksköterskor som skulle ge multisjuka äldre med hög och återkommande slutenvårdskonsumtion avancerad sjukvård i hemmet – en modell som det finns varianter av på andra håll i landet.

Ett viktigt syfte med konceptet är att förhindra inläggning på sjukhus. Men enligt den nu aktuella studien, som så vitt forskarna vet är den första på området som faktiskt haft en kontrollgrupp, var alltså tillgång till det mobila geriatriska teamet inte mer effektiv än vanlig vård i det här avseendet.

– Vi såg ingen skillnad mellan grupperna. Konsumtionen av slutenvård minskade i gruppen med mobilt geriatriskt team – men det gjorde den även i kontrollgruppen, vilket jag blev lite förvånad över, säger Örjan Skogar och fortsätter:



Örjan Skogar

– Det visar ju på att konsumtionen varierar mycket från ett år till ett annat även hos de här sköra patienterna. En lärdom är att man behöver ta höjd för det och även för den höga mortaliteten hos patienterna när man utvärderar insatser till den här patientgruppen.

Örjan Skogar utesluter inte att han och hans medarbetare skulle ha kunnat se positiva effekter på slutenvårdskonsumtionen om man följt fler patienter och under längre tid.

– Men det vet vi ju inte säkert, säger Örjan Skogar.

Nu har det mobila geriatriska teamet i Jönköping lagts ned.

– I den här formen finns det inte kvar. Jag hoppas att det är vår utvärdering som har haft den effekten på beslutsfattarna, säger Örjan Skogar.

I studien randomiserades sammanlagt 62 multisjuka äldre som haft tre eller fler sjukhusinläggningar det senaste halvåret till antingen mobilt geriatriskt team eller vanlig vård under 2015.

Patienterna följdes sedan i ett år med avseende på bland annat antal sjukhusinläggningar, vårdtid och antal besök på akuten och i öppenvård. De intervjuades också om hur de upplevt vården.

Örjan Skogar tycker att studien pekar på hur viktigt det är att utvärdera nya modeller och metoder vetenskapligt innan de införs på bred front i sjukvården, och att man då »använder sig av erkänd forskningsmetodik så långt det bara är möjligt«.

– Hade vi inte haft en kontrollgrupp så hade ju varje politiker och tjänsteman kunnat säga: titta så bra det är med mobila geriatriska team. Punkt.

Katrin Trysell

Få kliniker har resurser för fler igångsättningar

Snart får förlossningsvården nya riktlinjer för igångsättning av förlossning vid överburenhet. Få kliniker har dock resurser att klara av ett ökat antal induktioner, enligt en kartläggning.

Det är efter att den svenska studien Swepis visat på ökad risk vid induktion i vecka 42 i stället för i vecka 41 som nya riktlinjer nu är på gång.

I 19 av landets regioner rekommenderas i dag igångsättning i vecka 42. Många av dem kommer få svårt att klara av det ökade antal induktioner som tidigare igångsättning skulle innebära, enligt en kartläggning som tidningen Vårdfokus gjort.

Bara Region Gotland och Region Värmland anser att de med säkerhet kommer att klara av fler igångsättningar med de resurser de har i dag. Mer än hälften – tio stycken – uppger att de saknar tillräckliga resurser. Sju regioner anger att de är osäkra eller att de just nu ser över organisationen.

Region Dalarna och Region Uppsala har redan ställt om sina rutiner till induktion i vecka 41.



Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) räknar med att ytterligare cirka 10 000 förlossningar per år i landet skulle behöva sättas i gång med ändrade rutiner.

Som Läkartidningen tidigare berättat har en arbetsgrupp fått i uppdrag att ta fram ett förslag till rekommendationer till SFOG:s verksamhetsmöte i slutet av januari.

Den svenska studien Swepis tittade närmare på om det är säkrare för mor och barn att förlossningen sätts i gång i vecka 41 i stället för i vecka 42. Studien avbröts dock i förtid efter att sex barn i gruppen där man avvaktat dött, men inget i gruppen där förlossningen satts i gång i vecka 41.

Katrin Trysell

Illustration: Mostphotos

Fler med stroke ska behandlas med trombektomi

Tidsfönstret för behandlingsmetoden trombektomi utvidgas till 24 timmar hos vissa patienter. Det är en av nyheterna i de uppdaterade nationella riktlinjerna för vård vid stroke.



Foto: Mostphotos

Våren 2018 presenterades den senaste versionen av de nationella riktlinjerna för strokevård, men eftersom det kommit ny forskning på området kommer redan nu en ny version.

En viktig nyhet är alltså att fler ska få behandling med så kallad trombektomi, en metod där man mekaniskt avlägsnar stora blodproppar i hjärnan med hjälp av ett metallnät.

Metoden lyftes in i riktlinjerna första gången 2018, och hittills har rekommendationen varit att ge behandlingen upp till sex timmar efter akut stroke.

– Nu vet vi att vissa patienter kan bli hjälpta av metoden upp till 24 timmar efter insjuknandet, säger Johanna Kain, utredare på Socialstyrelsen, i ett pressmeddelande.

Enligt riktlinjerna ska patienter med ocklusion av hjärnans främre stora kärl och räddningsbar hjärnvävnad 6 till 24 timmar efter insjuknandet erbjudas behandling. Åtgärden får högsta prioritet.

Högsta prioritet får även ett strukturerat omhändertagande före ankomst till sjukhus respektive inne på sjukhus i den här gruppen, för att göra trombektomi möjlig.

För att avgöra om en patient har räddningsbar hjärnvävnad rekommenderas DT-perfusion som tillägg till DT-angiografi. Även i det här fallet ges åtgärden högsta prioritet.

Genom att behandla fler patienter kan man förhindra svåra funktionsnedsättningar hos uppemot 200 personer per år i Sverige, enligt Socialstyrelsen.

Myndigheten påpekar dock att den här nyheten inte ska tolkas som att det nu går bra att vänta i 24 timmar med att ge behandling till patienter som kommer med tidiga symtom på akut stroke.

Utgångspunkten är alltid att trombektomi bör genomföras så snart som möjligt.

Ytterligare en nyhet i riktlinjerna är robotträning. Enligt Socialstyrelsen kan sjukvården i undantagsfall erbjuda elektromekanisk arm- eller handträning i kombination med annan träning vid måttligt nedsatt rörelseförmåga efter stroke.

Katrin Trysell



En historisk läkarvarselvåg sveper över Stockholm – samtidigt som många regioner står inför rekordbesparingar och ska krympa kostymen. Mycket pekar på att underläkarna kommer att drabbas hårt. En del varnar till och med för en förlorad generation av läkare.

TEXT: **Joakim Andersson, Marie Ström**

»Jag har väldigt svårt att se hur det ska gå ihop«

Det var i början av november förra året som Karolinska universitetssjukhuset släppte bomben: 350 undersköterskетjänster och 250 läkartjänster ska bort.

– Jag blev förvånad. I dagsläget jobbar vi väldigt hårt med en hög arbetsbörda. Jag har svårt att se hur det ska gå ihop. Många läkare jobbar redan övertid och har svårt att få ut sin jourkompledighet, säger **Jim Alkas**, specialist i intermedicin och ST-läkare i njurmedicin.

Yvonne Dellmark, ordförande för läkarföreningen på Karolinska, håller med.

– I dag finns det ingen som rullar tummarna. Alla gör mer än vad de borde göra och på tid som inte registreras. Att ta bort 250 läkare är som att ta bort ett helt tema eller funktion. Vad är det vi inte ska göra? säger hon och slår ut med armarna.

När Läkartidningen besöker Nya Karolinska Solna har det gått drygt två månader sedan varslet. När beskedet kom fanns en påtaglig oro bland de flesta av kollegorna, berättar Jim Alkas, som sedan årsskiftet också är ledamot i läkarföreningens styrelse.

– Det var flera som undrade om de skulle behöva söka nytt jobb, säger han.

Och oron finns kvar, bland annat eftersom ingen ännu vet hur varslet kommer att slå. Hittills finns inga besked om inom vilka verksamheter läkartjänster ska bantas bort. Några förhandlingar med facket har inte heller påbörjats.

– När varslet kom så var den omedelbara tanken: »Varför kommer det här just nu?«.Vi har ett varsel på administrativ personal som lades i maj som vi fortfarande hanterar. Varslet som lades i november har vi fortfarande inte sett något underlag till, vilket är förbluffande. Varför var det så bråttom?

Störst oro finns bland de läkare som går på vikariat och timanställningar.

– Vi vet att det finns fler visstidsanställda än 250, och ett skäl till att de är oroliga är att de kan få sluta väldigt fort. De drabbas inte bara av varsel utan av andra besparingar också. Många av dem är helt nödvändiga för verksamheten. Speciellt våra seniora läkare, som ofta producerar absolut mest, säger Yvonne Dellmark.



Foto: Anders G Warne

Yvonne Dellmark

Enligt sjukhusledningen är anledningarna till varslet att man nu har ett mer avgränsat och högspecialiserat uppdrag med färre patientbesök och att vård för nästan en miljard kronor flyttat ut från sjukhuset. Samtidigt har antalet anställda ökat. Det har lett till ett skenande underskott. För 2019 beräknas det landa på 1,6 miljarder kronor.

Varslet av vårdpersonal är inte den enda åtgärden som sjukhuset vidtagit för att minska kostnaderna. I maj varslades 550 tjänster inom administration. Samtidigt infördes anställningsstopp med ett centralt dispensförfarande för anställningar.

Men det är inte bara på Karolinska universitetssjukhuset som läkare riskerar att bli av med jobbet. Kort efter beskedet från Karolinska varslade även Danderyds sjukhus och Södersjukhuset (Sös) vårdpersonal. Totalt handlar det om 200 tjänster.

På Sös rör det sig om 25 läkartjänster, och enligt sjukhuset bottnar varslet i den dåliga ekonomin, men sjukhuset pekar också på att regionen under lång tid arbetat för att flytta ut vård närmare patienterna.

Beskedet fick **Kristin Wennmo Zuk**, biträdande överläkare på kvinnokliniken på Sös, att reagera. Hon skrev ett uppmärksammat inlägg på Facebook där hon riktade kritik mot politikerna i Region Stockholm.

»Politikerna verkar tro att de genom att försämra sjukhusvården skulle få mig eller en gynekolog från Karolinska att söka oss till primärvården eller vårdval. Att från en dag till en annan plötsligt bli en fullfjädrad allmänläkare som plötsligt



Jim Alkas, specialist i internmedicin och ST-läkare i njurmedicin, är orolig för att arbetsbördan blir orimlig när Karolinska universitetssjukhuset ska dra ner på antalet läkare.

Foto: Anders G Warne

skulle söka tjänst i Norrlands inland på en vårdcentral och därmed lösa Sveriges allmänläkarbrist«, står det att läsa i inlägget.

– Det var en allmän frustration. Jag tror inte alltid att allmänheten förstår det som rapporteras i medier om sjukvården. Det kan låta jättebra med god och nära vård och att man flyttar på doktorer till öppenvården, men då känner jag ibland ett ansvar att förklara varför det här inte är ett fungerande sätt att göra det på.

Hur var stämningen bland kollegorna på sjukhuset när beskedet om varsel kom?

– Vi var chockade. Vi jobbar väldigt hårt på kvinnokliniken. Jourbördan är tung. Det finns inga som sitter och gömmer sig i ett rum, och man förstår inte hur det ska gå till. Man tappar också tron på arbetsgivaren, och känner sig inte så uppskattad för det arbete man gör.

Kristin Wennmo Zuk berättar att två specialistläkare redan lämnat kvinnokliniken, och hon tror att varselbeskedet var en bidragande orsak. Hon tror däremot inte att det kommer att bli några direkta uppsägningar av läkare på kliniken.

– Man jobbar väldigt hårt, men man får väldigt lite uppskattning för det. Dokto-



Foto: Joakim Andersson

»Vi jobbar väldigt hårt på kvinnokliniken. Jourbördan är tung.Det finns inga som sitter och gömmer sig i ett rum, och man förstår inte hur det ska gå till«, säger Kristin Wennmo Zuk.

rerna kommer att säga upp sig och lämna skeppet, och de kommer inte att ersättas med nya. Detsamma gäller för pensionsavgångar. Det löses på det viset.

Varselvågen i Stockholm, som alltså rör minst 275 läkartjänster, är historisk.

Karin Rhenman har arbetat på Läkarförbundet sedan 1976, och 2008–2018 var hon dess förhandlingschef. Hon kan inte dra sig till minnes ett så omfattande läkarvarsel under de senaste decennierna.

– Jag pratade med den som jag efterträdde som chefsförhandlare, och han har samma uppfattning. Det här har vi inte varit med om tidigare. Det var väl lite uppsägningar på 1990-talet. Främst var det även då undersköterskor och läkarsekreterare som man drog ner med. Det var väl några läkartjänster också, men det slutade nog egentligen med att ingen läkare behövde gå, säger Karin Rhenman till Läkartidningen.

Närmast i omfattning på senare år kommer möjligen en neddragning av läkare på Akademiska sjukhuset i Uppsala. 2003 meddelade dåvarande sjukhusdirektören att kostnaderna för läkare var för höga och att motsvarande 100 läkare skulle bort.

Något formellt varsel lades aldrig, men genom att tidsbegränsade tjänster inte förlängdes eller ersattes lyckades sjukhuset nå målet om sänkta läkarkostnader motsvarande 100 tjänster.

Karin Rhenman menar att det är just universitetssjukhusen som riskeras att drabbas hårdast av neddragningar på personal.

– Länssjukhus i landet är mycket mer tajt bemannade från början. Ofta har universitetssjukhusen lite bättre bemanning eftersom de har de här tre uppdragen med utbildning, forskning och sjukvård.

Samtidigt poängterar hon att ingen vet exakt hur det blir med varslen i Stockholm.

FLERA REGIONER SKA KRYMPA PERSONALSTYRKAN

Flera regioner har fattat beslut om att dra ner på antalet anställda i hälso- och sjukvården nästa år. Fortfarande är det bara Stockholm som varslat om uppsägningar – men på flera andra håll ska man banta antalet medarbetare genom naturlig avgång och indragna tjänster.

● Region Stockholm

I november varslades 250 läkartjänster vid Karolinska universitetssjukhuset och 25 vid Södersjukhuset. Även Danderyds sjukhus har varslat: totalt handlar det om 100 tjänster, men det är oklart i vilken utsträckning läkarna berörs. Alla tre sjukhusen har infört anställningsstopp – det gäller också vid sjukhusen i Södertälje och Norrtälje.

● Region Uppsala

Förra veckan beslutade Akademiska sjukhuset att införa ett omedelbart anställningsstopp för läkare, handläggare och administrativ personal. Under året ska sjukhuset spara 280 miljoner kronor i personalkostnader. Av dessa miljoner gäller 220 den egna personalen och 60 hyrpersonal.

● Västra Götalandsregionen

Sahlgrenska universitetssjukhuset ska spara en halv miljard kronor nästa år. Större delen ligger på personalsidan, där 400 nettoårsarbetare ska bort. Förhoppningen är att det ska ske genom naturliga avgångar, såsom pensioner eller vikariat som inte förnyas.

– Nu vet vi ju inte var det här kommer att sluta, men det brukar ju oftast inte bli så många som man säger från början. En del kan ske naturligt genom pensionsavgångar, till exempel.

Men om det faktiskt blir så att ett stort antal läkare sägs upp skulle det innebära en ny situation. På Läkarförbundet har man redan vidtagit åtgärder.

– Vi har satt igång med att arbeta fram checklistor om hur man hanterar arbetsbrister som uppstår, eftersom det är en ganska ny företeelse för förbundet, säger **Ove Rang**, chef för förbundets avdelning för arbetsliv och juridik.

Man har också arbetat med att förbereda medlemsrådgivningen på frågor om arbetsbrist samt tagit kontakt med lokalföreningarna för att de ska kunna bistå med stöd lokalt.

I november ökade också antalet samtal till medlemsrådgivningen. Men enligt Ove Rang handlade de flesta samtalen inte specifikt om varslen. I stället har det varit vanligare med frågor kring situationer där läkare blivit lovade tjänster, men dessa sedan inte tillsatts, exempelvis på grund av anställningsstopp eller neddragningar.

– Men den vanligaste kommentaren är: »Jag trodde aldrig den här dagen skulle komma, jag är ju inte med i a-kassan.«

Om det finns läkare som känner en oro för att hamna i en situation där man kan behöva a-kassa uppmanar Ove Rang dem att gå med.

– Är man inte med i a-kassan så har man heller inte rätt till förbundets förmåner med inkomstförsäkring och sådant. Det kan bli kännbara ekonomiska effekter.

Varslen i Stockholm kommer i ett läge där sjukhusen i Stockholm redan är hårt pressade, inte minst på grund av bristen på vårdplatser.

Den kärva situationen för sjukvården är dock inte isolerad till Stockholm. Flera av regionerna i norra Sverige brottas med ekonomiska underskott och har aviserat neddragningar på personal.

På Akademiska sjukhuset i Uppsala växte underskottet under förra året. Förra veckan infördes ett anställningsstopp, sjukhusledningen utesluter inte varsel framöver.

På Sahlgrenska universitetssjukhuset ska 400 tjänster tas bort. Det har inte sagts något om hur många läkartjänster det handlar om, men sjukhusledningen anser att det finns för många läkare i dagsläget. Västra Götalands läkarförening håller inte med.

»Vi har exempel på kliniker som inte kunnat täcka sina jourscheman för att de fått göra sig av med tre underläkare som de just har anställt.«



Foto: Privat

Ilja Laesser,
ordförande för läkarföreningens sektion, Sahlgrenska universitetssjukhuset

– Det finns arbetsuppgifter till alla anställda doktorer. Det här har inget med belastning eller behov att göra utan är en rent ekonomisk åtgärd som arbetsgivaren vidtar för att de inte har möjlighet att spara in på något annat när kostnaderna för exempelvis nya läkemedel ökar kraftigt, säger **Ilja Laesser**, ordförande för läkarföreningens sektion vid Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Det har inte lagts några varsel. Däremot ersätts inte läkare som går i pension i en del verksamheter, och timanställningar och vikariat har avslutats. Sparbetingen drabbar främst timanställda läkare som uppnått pensionsåldern och underläkare, enligt Ilja Laesser.

– En del kliniker har också sagt att de inte har råd att behålla fast anställda ST-läkare som blir färdiga specialister trots att de ligger i schemat och man har behov av dem, säger Ilja Laesser, som varnar för att universitetssjukhusets attraktivitet som arbetsgivare kommer att sjunka.

För läkarna som jobbar kvar påverkas också arbetsmiljön.

– Vi har exempel på kliniker som inte kunnat täcka sina jourscheman för att de fått göra sig av med tre underläkare som de just har anställt. Och ST-läkargruppen kan plötsligt stå med många fler jourer för att en kollegas vikariat har avslutats, säger Ilja Laesser.

Samma sak gäller på Södersjukhuset. På kvinnokliniken har man sagt upp avtalen med fyra vikarierande underläkare före AT som inte kommer att ersättas, berättar Kristin Wennmo Zuk. Hon tror att besparingar och varsel kommer att slå hårdast mot underläkare.

● Region Skåne

Skånes universitetssjukhus ska spara 590 miljoner kronor nästa år. Den största delen av besparingarna, 364 miljoner kronor, ska göras på personalkostnader. Men sjukhuschefen Björn Ekmehag har sagt till Läkartidningen att han inte vill göra några större förändringar i personalstyrkan. Det är inte aktuellt med varsel eller uppsägningar.

● Region Västerbotten

Region Västerbotten ska spara en halv miljard de kommande tre åren. I höstas beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden att 160 tjänster inom vården ska bort. Vilka enheter som berörs är oklart. Förhoppningen är att lösa merparten av nedskärningen via naturliga avgångar. I år har regionen bantat ned antalet AT-platser från 71 till 56.

● Region Jämtland–Härjedalen

Personalkostnaderna inom regionen ska minska med 90 miljoner under 2020.
Det innebär att 160 till 180 tjänster ska bort. En del av detta ska lösas genom naturlig rörlighet. Men i december flaggade regionen för att det sannolikt också kommer landa i varsel och uppsägningar på grund av arbetsbrist.

● Region Norrbotten

Anställningsstopp i all verksamhet infördes i september förra året. Tidigare har det slagits fast att Region Norrbotten behöver spara 700 miljoner kronor fram till 2022. De senaste kalkylerna blickar ännu längre fram i tiden och visar att kostnaderna måste minska med 1,1 miljarder kronor fram till 2025.

– De riskerar att bli av med jobbet, men de som blir kvar får gå mer jour, så det slår mot alla. Och det blir så klart ingen besparing heller. Det blir dyrare, eftersom specialister kommer gå primärjour i större utsträckning.

Kristin Wennmo Zuk hoppas att politikerna ska tänka om och att de ska inse att vård kostar pengar.

– Vi behöver fler vårdplatser, och man måste låta professionerna styra mer. Ska man ha kvar vårdval så måste man skriva in ett utbildningsansvar i avtalen med de aktörerna. Det måste satsas pengar på primärvården också, och den måste göras attraktiv.

På Karolinska råder ett liknande läge som på Sös. Anställningsstoppet har redan inneburit att timanställda läkare försvunnit, och eftersom det är svårare att bemanna jourlinjer måste den fasta personalen rycka in. Då blir det mindre tid till vårdproduktion på mottagning, forskning och annat.

Försvinner ännu fler innebär det bland annat risker för arbetsmiljön, menar Jim Alkas.

– Det riskerar att orsaka en orimlig arbetsbörda på övriga kollegor. Det kan i sin tur leda till ökad stress och sjukfrånvaro. Det andra är att undervisning och forskning blir lidande och tappar i kvalitet.

Oron bland underläkarna märks tydligt också på Karolinska.

– Jag har fått höra från flera yngre vikarierande underläkare att det dels finns en oro över att man inte kommer att få jobba inom den specialiteteten man brinner för, och dels att den turbulens som funnits har gjort att somliga överväger att byta specialitet, säger Jim Alkas.

Sveriges yngre läkares förening (Sylf) är bekymrad över utvecklingen. »Aj, det här kan drabba Sylfs medlemmar« var det första som **Madeleine Liljegren**, ordförande i Sylf, tänkte när hon hörde om läkarvarslen.

– Det finns så många underläkare. Och arbetsgivaren anser kanske inte att de är oumbärliga. Det är svårare att göra sig av med en specialist. Jag befarar att arbetsgivarna ser underläkarna på golvet mer som »arbetsmyror«.

> **»Det finns så många underläkare. Och arbetsgivaren anser kanske inte att de är oumbärliga. Det är svårare att göra sig av med en specialist.«**
>
> **Madeleine Liljegren,** ordförande, Sylf



Foto: Sara Björkegren

Konkurrensen om jobben är redan i dag hård för underläkarna och lär förvärras, enligt Madeleine Liljegren. Samtidigt tror hon att yrket kommer att bli mindre populärt bland toppstudenter.

– Varför ska en skarp student på gymnasiet med massa drömmar och ambitioner välja läkaryrket? De hör om låga löner, att de riskerar att bränna ut sig före 30 och tvingas gå ner i arbetstid för att orka.

Hon ser varslen och neddragningarna på andra håll i landet som kortsiktiga och varnar för ett stort kompetenstapp.

– Snart går många seniora specialister i pension. De måste hinna lära upp de yngre kollegorna – men då måste de unga läkarna släppas in.

Både Madeleine Liljegren och **Niki Shams**, ordförande i Sveriges läkarförbund student (SLF student), märker av en ökad oro bland medlemmarna. De får bland annat mer frågor om alternativa karriärvägar.

– Det är inte troligt att de kommer att varsla överläkare, utan de kommer att varsla oss underläkare. De kommer att sluta anställa oss på vikariat och de kommer inte att förlänga befintliga vikariat, säger Niki Shams och tillägger:

– Det leder till att våra medlemmar får minskad jobberfarenhet, minskade meriter och patienterfarenhet och att AT-flaskhalsen kvarstår.

När konkurrensen om jobben hårdnar ser de en risk att det uppstår schismer mellan olika läkargrupper. Men de betonar bägge vikten av att undvika det.

– Vi tjänar inte på att bråka internt, tvärtom. Det är bara arbetsgivaren som tjänar på det. Vi är en läkarkår och måste samla oss, säger Madeleine Liljegren.

Besparingar, varsel, svaga ingångslöner och stora kullar nyutbildade läkare ger sammantaget en dyster bild av läkares arbetsmarknad. När ordföranden Heidi Stensmyren inledningstalade under Läkarförbundets fullmäktigemöte i slutet av november förra året sa hon att det är »tuffare än någonsin där ute« och att läget för läkare är det sämsta sedan 1990-talet.

Karin Rhenman håller med om att det är en hårdare arbetsmarknad för läkare.

– Det blir en arbetsmarknad mer lik den som andra akademikergrupper har haft längre, så att säga. Det är ju en tuffare arbetsmarknad, absolut. Men det är väl kanske främst koncentrerat till universitetsorterna. Det är klart, man blir ju lite orolig för hur det ska gå med utbildningsuppdraget och forskningsuppdraget, säger Karin Rhenman.

Yvonne Dellmark är inte lika bestämd i sin uppfattning om läkares arbetsmarknad.

– Det är svårt att veta eftersom arbetsmarknaden inte riktigt är prövad ännu. Jag upplever inte att det är svårt för specialister att få jobb. Det är fortfarande brister i många specialiteter.

Du tror att specialisterna klarar sig bättre?

– Ja, så här långt. Det är vägen dit som är svårare. Det är tufft för yngre läkare. De fördröjs i sin utbildning och har en mycket osäker arbetsmarknad i dag före sin specialistkompetens. Många specialiteter har en åldersprofil där en stor del går i pension inom en tioårsperiod. Där kanske man inte riktigt får till den rekryteringsbas man behöver, och det finns risk för brister om utbildningen inte fredas från besparingar.

Vad vill du säga till oroliga vikarierande underläkare som arbetar på Karolinska?

– Håll ut. Ni är viktiga och ni behövs.

Text: **Joakim Andersson, Marie Ström**



Foto: Daniel Olausson

Hur ska det gå med läkarbemanningen i framtiden? Det undrar Ida Regnér (bilden) och Carolina Rajala, som båda gör AT i Gällivare.

»Det känns som om man drar undan mattan för oss«

Under 2020 väntar rekordstora sparpaket i flera glesbygdsregioner. För de yngre läkarna är det tydligt att arbetsmarknaden har hårdnat. Färre ST-tjänster tillsätts, och det har blivit vanligare att muntliga löften om ST-tjänster bryts.

I Gällivare är AT-läkarna **Ida Regnér** och **Caroline Rajala** inne på det avslutande primärvårdsblocket. Läkarlegitimationen är inom räckhåll.

Trots det känner de sig uppgivna. Finns det jobb inom sjukvården för dem framöver? Och under vilka förhållanden kommer de i så fall att jobba?

Före jul fick AT-läkarna i Region Norrbotten veta att AT-lönerna – som de senaste åren årligen räknats upp – kommer ligga kvar på 2019 års nivå i år. Det har skapat stor ilska och besvikelse.

– Det känns som om man drar undan mattan för oss, säger Ida Regnér och påpekar att majoriteten av de nuvarande ST-läkarna började som AT-läkare i regionen.

En annan sak som sticker i ögonen på dem är att HR-chefen gått ut i lokala medier och sagt att regionen tänker satsa på att locka varslade Stockholmsläkare till Norrbotten.

– Det känns som om de sågar av grenen. Hur ska det gå med läkarbemanningen i framtiden? De verkar inte måna om att vi ska vara kvar, säger Caroline Rajala.

Samtidigt hör de ST-läkarna och de nyblivna specialisterna berätta om en allt

»Det är extremt kortsiktigt tänkt. Det märks kanske inte direkt, men det kommer att straffa sig. På fem, sex år tror jag att vi börjar se konsekvenserna, och det kommer att leda till ökade stafettkostnader.«



Foto: Jesper Cederberg

Cecilia Nordenson,
överläkare, Kirurgicentrum, Norrlands universitetssjukhus; ordförande, Västerbottens läns läkarförening

»De som kommit hit utan någon koppling väljer att flytta om arbetsvillkoren försämras. Och jag är också orolig över att vi som är kvar riskerar att bli sjuka när vi är för få.«



Foto: Göran Segeholm

Anne Liljedahl,
ordförande, Sylf Norrbotten

»Att göra dessa besparingar och tro att allt vårdutbud ska fortgå som vanligt är vansinnigt. […] Osthyveln fungerar inte.«



Foto: Privat

Annika Östling,
ordförande, Jämtlands läns läkarförening

tuffare arbetsbelastning i kombination med mindre inflytande och sämre löner. Enligt läkarföreningen har de nyblivna specialisternas ingångslöner gått ner med en dryg tusenlapp på ett och ett halvt år. Region Norrbotten har dock en annan uppfattning om hur lönestatistiken ska tolkas.

En konsekvens av sparbetingen är att fler beslut tas centralt, allt längre från verkligheten på sjukhusgolvet.

– Det finns väldigt lite spelrum för individuell lönesättning. Det är tarifflöner över hela linjen och chefer säger att de inte har något mandat utan hänvisar hela tiden till HR, säger **Peter Johansson**, som är ordförande i läkarföreningen Norrbotten.

Region Norrbotten har sagt att en dryg miljard kronor måste sparas in fram till 2025. Sedan september förra året råder anställningsstopp. Enligt läkarföreningen har det resulterat i färre ST-tjänster. Inom slutenvården finansieras inte ST-tjänsterna centralt, utan av klinikerna.



Peter Johansson, ordförande, Norrbottens läkarförening.

– Arbetsgivaren själva säger att de varit återhållsamma, och vi har hört flera medlemmar som har blivit lovade en ST-tjänst men sedan inte fått någon, säger Peter Johansson.

Han tror att de kommande åren blir tuffa. Men han ser inte läkarvarsel och uppsägningar som troliga, med tanke på att Norrbotten har relativt få läkare per invånare.

– Jag tror det blir svälta räv. Man bantar ner och tar inte in folk i stället.

Peter Johansson är mest oroad över de unga kollegornas inträde på arbetsmarknaden.

– De riskerar att stanna upp i karriären, och en del kanske aldrig lyckas komma in. Jag tror det blir kärvt.

Anne Liljedahl, ordförande Sylf Norrbotten, vittnar om en växande oro bland de unga läkarna. Sylf får in fler frågor än vanligt.

– Bland annat om AT och AT-löner, men också runt ST-tjänster. De har blivit svårare att få ST. Det är allmänt svårare och tuffare.

På frågan vad hon är mest orolig för svarar hon:

– Att folk ska flytta. De som kommit hit utan någon koppling väljer att flytta om arbetsvillkoren försämras. Och jag är också orolig över att vi som är kvar riskerar att bli sjuka när vi är för få.

I Västerbotten står regionen också inför rekordbesparingar. En halv miljard ska sparas in på tre år. Regionen har minskat antalet AT-platser med 20 procent i år. Våren 2019 infördes hårda restriktioner för nyanställningar, och i slutet av förra året fattades ett beslut om att 160 tjänster inom hälso- och sjukvården ska tas bort. Men man har sagt att det kan bli fler än så.

Cecilia Nordenson, överläkare på Kirurgicentrum vid Norrlands universitetssjukhus och ordförande i Västerbottens läns läkarförening, berättar att möjligheten att tillsätta klinikfinansierade ST-tjänster har tagits bort. Enligt henne fyller de centralt finansierade ST-tjänsterna bara hälften av behovet – och nu varnar hon för ett utbildningsunderskott.

– Det är extremt kortsiktigt tänkt. Det märks kanske inte direkt, men det kommer att straffa sig. På fem, sex år tror jag att vi börjar se konsekvenserna, och det kommer att leda till ökade stafettkostnader.

Cecilia Nordenson förutspår att det blir hårdare konkurrens om ST-tjänsterna, mer gråblockande och en ökad risk att icke-specialister blir utnyttjade framöver.

Som allmänkirurg på Norrlands universitetssjukhus, där hon jobbar mycket med regionsjukvård, är hon även bekymrad över en annan konsekvens: att sjukhuset ska förlora sin universitetssjukhusstatus. Hon beskriver läget på flera kliniker som skört bemanningsmässigt.

– Vi är ett litet universitetssjukhus, och det är svårare för oss att rekrytera.

I Region Jämtland–Härjedalen väntar också neddragningar. Den hårt skuldsatta regionen fick nyligen höra att det kommunalägda Kommuninvest vägrar att låna ut mer pengar till dem. I slutet av förra året beslutade politikerna att personalkostnaderna inom hälso- och sjukvården ska minskas med 90 miljoner kronor i år. Det innebär ungefär att 160–180 befattningar ska tas bort. Varsel kan inte uteslutas, enligt hälso- och sjukvårdsnämndens ordförande.

Det stora sparpaketet förvånade den lokala läkarföreningen. Dels med tanke på att regionen får mer pengar av staten i



Foto: Daniel Olausson

»Jag tror att vi riskerar att få en ny förlorad läkargeneration«, säger Ida Regnér, AT-läkare i Gällivare.

»Ska man ens vara läkare? Var ska man jobba? Var får man en dräglig arbetsmiljö? Det är ett återkommande samtal på många raster och luncher.«

år genom det nya skatteutjämningssystemet, dels för att man just gått igenom ett ekonomiskt stålbad med en neddragning av 100 tjänster.

Läkarföreningen är bekymrad över att regionen »sparar genom osthyvelprincipen igen« och menar att underläkarna kommer att drabbas hårdast initialt. Vikariat förlängs inte och ST-tjänster tillsätts inte – trots att de behövs. Alla nya anställningar behovsprövas väldigt hårt, och läkarföreningen får allt fler frågor från klinikombuden.

– Att göra dessa besparingar och tro att allt vårdutbud ska fortgå som vanligt är vansinnigt. Det påverkar tillgänglighet, väntetider och vårdutbud. Osthyveln fungerar inte, säger **Annika Östling**, ordförande i Jämtlands läns läkarförening.

Hon jämför dagens läge med 1990-talet. Då var det också svårt att få in en fot i sjukvården, även om det inte gick så långt som till läkarvarsel. Själv blev hon varnad för att börja läkarutbildningen 1995.

– Vi har nästan ingen 60-talistgeneration med läkare här i primärvården i Jämtland. Jag tror att vi riskerar att få en ny förlorad läkargeneration.

Plötsligt känns framtiden osäker för de unga läkarna.

– När jag började läkarutbildningen tänkte jag inte ens tanken att jag i framtiden skulle få svårt att få jobb, säger Ida Regnér och fortsätter:

– Ska man ens vara läkare? Var ska man jobba? Var får man en dräglig arbetsmiljö? Det är ett återkommande samtal på många raster och luncher.

Själv har Ida Regnér, som egentligen drömmer om att bli gynekolog, börjat fundera på alternativa karriärer för att ha en »plan B«.

– Jag vet att jag älskar arbetsuppgifterna som läkare. Men jag är rädd att det slutar med att jag ändå vantrivs för att jag inte har någon möjlighet att påverka min arbetssituation och att jag blir slutkörd av arbetsmiljön.

Även Caroline Rajala börjar vackla i sitt yrkesval.

– Jag har aldrig ifrågasatt mitt val av yrke förrän det senaste året. Men arbetsbelastningen är så hög. Man går aldrig hem och är nöjd med sin insats. Är det värt att jag känner mig otillräcklig och ibland inte kan sova om nätterna?

Text: **Marie Ström**
Foto: **Daniel Olausson**



Mer debatt på nätet

▶ På Läkartidningen.se hittar du fler debattartiklar, tips och råd för debatt. Med en läsarkommentar kan du direkt göra din röst hörd. Välkommen!

Slutreplik:

GLÄDJANDE ATT SLS FÖRSTÅR RISKERNA MED STANDARDISERADE VÅRDFÖRLOPP

▶ **Vi gläder oss åt att Svenska läkaresällskapet förstår riskerna med standardiserade vårdförlopp och finner det oroande att de ska breddas till fler diagnoser. Att professionsföreträdare deltar i arbetet betyder inte att professionen som helhet vill ha standardiserade vårdförlopp i nuvarande form, skriver Stella Cizinsky och medförfattare.**

Läkartidningen. 2020;117:FX74

BRISTANDE KOMPETENS OM ACG-SYSTEMET SKA ÅTGÄRDAS

▶ **Daniel Alexandersson och medförfattare verkar komma till ungefär samma slutsatser som vi avseende ACG-systemets förtjänster och begränsningar, skriver Emil Johansson med flera vid koncernstab beställning och produktionsstyrning av hälso- och sjukvård, VG-regionen.**

Läkartidningen. 2020;117:FX7Z

ORGANISATORISK KUNSKAP OM VÅRDEN BÖR BEAKTAS

▶ **Interdisciplinära samarbeten för att tackla välfärdsutmaningar behöver bygga på en ömsesidig förståelse av hur olika typer av kunskap kan användas. Det skriver tankesmedjan Leading Health Care i en replik till Måns Rosén.**

Läkartidningen. 2020;117:FXP4

Vad tycker du?
Kommentera på Läkartidningen.se

Vårdrelaterade infektioner

Ny kunskap om vårdrelaterade infektioner ökar kraven på svensk sjukvård. Antalet infektioner minskar inte i önskad takt, vilket har så stor påverkan på mortalitet, morbiditet och livskvalitet att det kan anses som ett folkhälsoproblem.

Birgitta Lytsy, specialist i vårdhygien, överläkare, Uppsala län

Anders Johansson, docent i infektionssjukdomar, överläkare, vårdhygien; ordförande, Svenska hygienläkarföreningen

Hans Rutberg, tidigare adjungerad professor i patientsäkerhet; ordförande, Svenska läkaresällskapets kommitté för säker vård

Vårdrelaterade infektioner är den vanligaste vårdskadan i Sverige. Årligen drabbas cirka 60 000 patienter [1]; i Europa totalt cirka 2,6 miljoner patienter/år [2]. Om fler vårdrelaterade infektioner förebyggs minskar antibiotikaanvändningen, vilket är önskvärt för att behålla antibiotikas behandlingseffekt.

Sedan 2008 gör Sveriges Kommuner och regioner (SKR) punktvisa prevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner i slutenvården. Sedan 2013 används också markörbaserad journalgranskning. Metoderna mäter förekomsten på olika sätt. De nationella databaserna är en viktig kunskapskälla när det gäller förekomsten, konsekvenserna av och kostnaderna för vårdrelaterade infektioner.

En rapport från SKR [1] visar att prevalensen enligt de punktvisa prevalensmätningarna de senaste sex åren varit cirka 9 procent. Nivån i den markörbaserade journalgranskningen är lägre. Cirka 1,3 miljoner vuxna patienter vårdas årligen inom somatisk slutenvård. Baserat på markörbaserad journalgranskning drabbas cirka 60 000 patienter av en vårdrelaterad infektion varje år. Antalet dödsfall där infektionen anses ha bidragit bedöms vara cirka 1 300/år. Internationell forskning visar att cirka 37 000 EU-medborgare/år dör på grund av en vårdrelaterad infektion [3].

SKR:s rapport visar att incidensen av vårdrelaterade infektioner är hög hos äldre patienter som genomgått ett kirurgiskt ingrepp. Förbättringar krävs därmed av pre-, per- och postoperativa processer. Inte minst vården av äldre på vårdavdelningar behöver förbättras. Tidig mobilisering, hjälp med munhygien och snabb diagnos är exempel på åtgärder som är avgörande för att förebygga vårdrelatera-

»... cirka 37 000 EU-medborgare/år dör på grund av en vårdrelaterad infektion.«

Kliniskt och ekonomiskt gynnsamt att

Ögontryckmätning i hemmet upptäcker trycktoppar utanför mottagningstid, engagerar patienter med glaukom och är kostnadseffektiv.



Enping Chen, docent, överläkare, klinik 1, S:t Eriks ögonsjukhus, Stockholm



Laurence Quérat, FoUU-handläggare, klinik 2, S:t Eriks ögonsjukhus, Stockholm

Syftet med glaukombehandling är att bromsa sjukdomens utveckling genom att sänka ögontrycket.

Vanligtvis mäter vi ögontrycket under några få sekunder en eller två gånger per år på mottagningstid. Vi vet dock inte hur mycket trycket varierar hos patienten vid andra tidpunkter, till exempel tidigt på morgonen eller sent på kvällen. Tidigare lades patienten in på sjukhus för att mäta ögontrycket under ett dygn, vilket i dag knappast är möjligt. Tack vare den tekniska utvecklingen finns det nu möjlighet för patienterna att själva mäta sitt ögontryck [1, 2] med en tryckmätare som de får med sig hem efter en kort träning.

Trycket mäts fyra-fem gånger om dagen med jämna mellanrum i tre dagar. Patienten instrueras att skriva upp aktiviteter som pågick under tryckmätningen, till exempel promenad eller arbete. De flesta patienter (även äldre) kan hantera apparaten och få tillförlitliga resultat [1, 3, 4].

Våra resultat visar att ungefär 20 procent av trycktoppar i ögat förekommer utanför mottagningstid [1, 2]. Tryckvariationerna uppvisar olika mönster under olika dagar, och varierar även mellan ögonen. Detta stödjer att ögontrycksmätning ska ske flera gånger per dag under flera dagar.

För närvarande använder vi ögontrycksmätning i hemmet

både kan och ska förebyggas

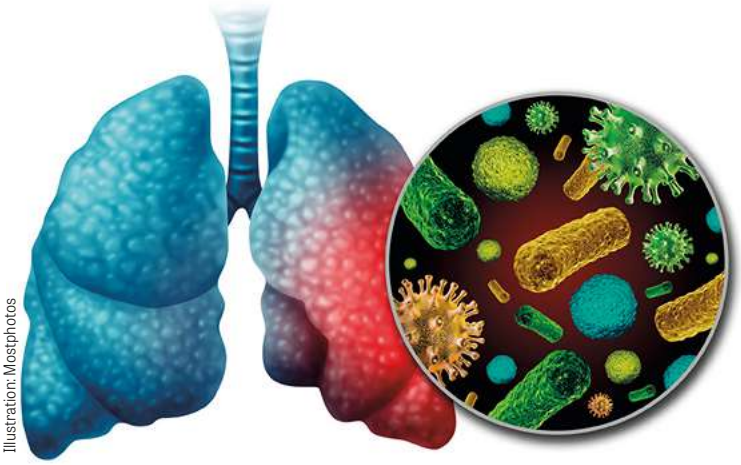


Illustration: Mostphotos

Vårdrelaterade pneumonier orsakar många av dödsfallen. Tidig mobilisering, hjälp med munhygien och snabb diagnos är exempel på förebyggande åtgärder.

de pneumonier, som orsakar många av dödsfallen [4].

Data från markörbaserad journalgranskning visar att en vårdrelaterad infektion förlänger vårdtiden med cirka sju dagar. Detta gäller även mindre allvarliga infektioner (exempelvis urinvägsinfektion). Vårdrelaterade infektioner står för cirka 400 000 extra vårddagar/år till en kostnad av omkring 4,4 miljarder kronor.

En internationell översikt (2018) visar att 35–55 procent av infektionerna kan förebyggas genom systematiska preventiva strategier [5]. Detta gäller med stor sannolikhet även i Sverige. 2015 publicerade SKR en rapport där åtta framgångsfaktorer för att minska antalet vårdrelaterade infektioner identifierades. I de regioner som lyckas bäst sker samverkan mellan professionen och de operativa samt högsta strategiska ledningsnivåerna. Samverkan behövs för att skapa en kultur där medarbetarna får förutsättningar för att utföra ett patientsäkert arbete.

2016 identifierade WHO evidensbaserade nyckelfaktorer för framgångsrikt arbete mot vårdrelaterade infektioner [6]. Dessa faktorer gäller dels på nationell nivå, dels på sjukhus, primärvårdsinrättningar samt inom kommunal vård och omsorg:

- Övergripande strategier och handlingsprogram för att förebygga vårdrelaterade infektioner
- Tillämpning av evidensbaserade styrande och stödjande dokument
- Utbildning och träning
- Övervakning och registrering
- Multimodalt arbetssätt för implementering
- Systematiskt kvalitetsarbete – mätning och uppföljning av strukturer och processer
- Adekvat bemanning, arbetsbelastning och beläggningsgrad
- Vårdlokaler och utrustning med god hygienisk standard.

Det är alltså väl känt vilka slags vårdrelaterade infektioner som förekommer och vad som behöver göras för att minska antalet skador hos patienterna. Nu måste engagemanget och intresset för det förebyggande arbetet öka. Resurser behöver avsättas för systematisk implementering av WHO:s nyckelfaktorer för att förebygga vårdrelaterade infektioner.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Författarna har deltagit i arbetet med SKR-rapporten.

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

låta patienterna mäta ögontrycket själva



Foto: Eva Tov

Patienterna kan själva mäta sitt ögontryck med en tryckmätare som de får med sig hem efter en kort träning.

mest för patienter som har synfältsförsämring, men där vi inte ser något högt tryck vid mottagningsbesöket. Justering av glaukombehandling kan motiveras vid upptäckt av trycktoppar. Ett annat användningsområde är att utesluta högtrycksattacker hos patienter som regelbundet har ögonvärk.

Kostnaden för ögontrycksmätning i hemmet under tre dagar är enligt våra beräkningar inte högre än om patienten kommer in för för tryckkurva på mottagningen [5]. Om vi dessutom tar hänsyn till andra kostnader som tillkommer vid mätning av tryckkurva på ögonmottagningen (förlorad arbetsinkomst, påverkan på jobbet, transport till och från sjukhus etc) blir ögontrycksmätning i hemmet ännu mer lönsam.

Glaukomsjukvården lider av resursbrist och långa väntetider. Samarbete med motiverade glaukompatienter kan spara resurser och vara gynnsamt både för patienterna och vården. Många glaukompatienter har redan skaffat en apparat för hemtryckmätning på eget initiativ. Vi tycker att det är självklart att vi ska vara med och leda detta arbete.

Ögontrycksmätning i hemmet kan lämpa sig väl i glesbygd, där patienterna ofta har långt till närmaste ögonmottagning. I framtiden kan man eventuellt placera ögontrycksmätare på vårdcentraler, eller skicka apparaten via post eller drönare till patienten.

»Detta stödjer att ögontrycksmätning ska ske flera gånger per dag under flera dagar.«

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

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

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

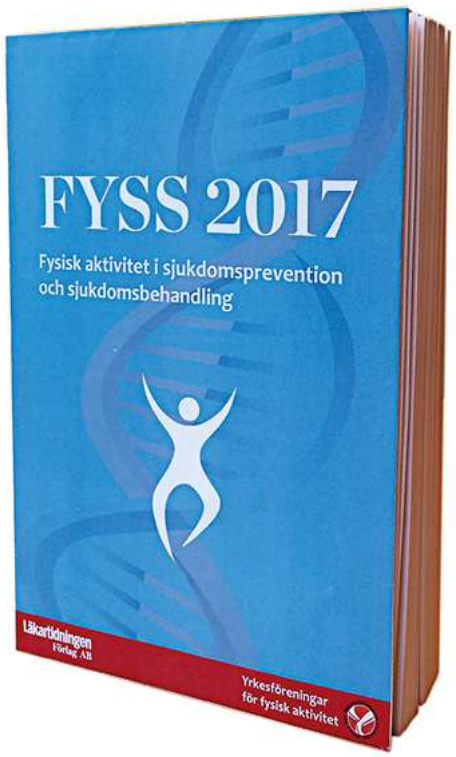
FYSS är en evidensbaserad handbok som beskriver hur fysisk aktivitet kan användas för att förebygga och behandla en mängd olika sjukdomstillstånd. Boken riktar sig i första hand till hälso- och sjukvårdspersonal som ett beslutsstöd vid rådgivning om fysisk aktivitet.
Boken vänder sig också till alla 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

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

»Att gråta inför mina patienter när jag vill vara stark och professionell känns som ett svårt nederlag.«

JAG MINNS KÄNSLAN AV BESVIKELSE, den där djupa besvikelsen som slår fäste i bröstet likt en hård klump, som spränger och smärtar, som inte får plats men till slut lägger sig till rätta i magen, som en molande värk. Jag är innerligt och djupt besviken på mig själv. **Mentalt är det svårt att arbeta vidare under den resterande delen av dagen men jag tvingar mig själv att gå vidare.**

Tidigare samma morgon hade jag blivit larmad till akuten efter endast någon timmes sömn. Min trötthet gav snabbt vika för det adrenalinpåslag som sker vid ett larm. Min narkoskollega var redan i akutrummet. Framför oss ligger ett barn, det är livlöst, och jag ser min kollegas pågående arbete. Mina inlärda handgrepp sitter, och tryggheten som kommer med det är min räddning i denna svåra stund. Vi arbetar tyst, lugnt och metodiskt. Återupplivningsåtgärderna pågår under lång tid, det känns så med den anspänning som finns både mentalt och kroppsligt. Men inget fanns att göra. Tiden liksom stannar upp och jag blundar. Huvudet bultar. Jag börjar känna av mina jourtimmar, kroppen är trött.

DET ÄR MIN UPPGIFT att tala med de anhöriga och meddela det mest otänkbara. Jag sätter mig bredvid dem, vi säger inget just nu. Tystnaden blir en hjälpsam tillflykt, den blir en vän, och det är skönt att våga vila i den vänskapen.

Efter en kort tid som känns som en oändlighet beslutar vi, efter min fråga, att gå in till det döda barnet. Rummet är mörkt. Jag håller föräldrarna i händerna, och vi sätter oss ned. Efter en stund för jag min hand över barnets huvud och lyfter upp det i min famn. Jag håller det tätt intill mig och går tillbaka och sätter mig intill föräldrarna. Vi blir sittande så en stund. Jag räcker över barnet till föräldrarna. De gråter, tårarna faller stora och tunga, insikten når dem sakta men säkert. Jag känner sorgens uppenbara förtvivlan, och min trötthet når gränser som jag inte känner igen. Jouren det gångna dygnet känns som ett cementblock runt min hals. Jag gråter, mina tårar faller tungt och utan ett ljud. Jag låter dem falla, jag kan inte hejda dem.

Jag känner mig så trött, så ohjälpligt trött. Min känsla av att vara misslyckad i min profession är bedövande. Att gråta inför mina patienter när jag vill vara stark och professionell känns som ett svårt nederlag. Jag försöker förlåta mig själv genom att intala mig att det var en mycket svår situation att förhålla sig till, men det hjälper inte. Jag är djupt besviken på mig själv.

De kommande dagarna ägnar jag åt att reflektera över min yrkesroll. Jag bearbetar det jag har varit med om och mitt förhållningssätt till det otänkbara. Jag känner mig tveksam till min förmåga att verka som läkare, och det tynger mig.

TVÅ VECKOR EFTER händelsen möter jag föräldrarna i korridoren. Vi möts i tystnad, vi kramar varandra. De har kommit för att tacka mig. Tacka för att jag vågade vara med dem i sorgen och möta dem i allt det svåra. Återseendet blev kort, intensivt och mycket känsloladdat.

Stunden, känslorna och mötet blev betydelsefullt för mig. Besvikelsen över mig själv blev ett steg i att utveckla mig och min självtillit. Att lita på mig själv och min förmåga att lösa de situationer som uppkommer. **Professionalism byggs utifrån personliga möten och kan inte bestämmas utifrån ett speciellt handlingsmönster.** Att våga mötas, att våga se och att våga finnas i det svåra bygger broar mellan oss människor. Tårar kan utgöra empatins mest synliga del, en svaghet för somliga och en styrka för andra.

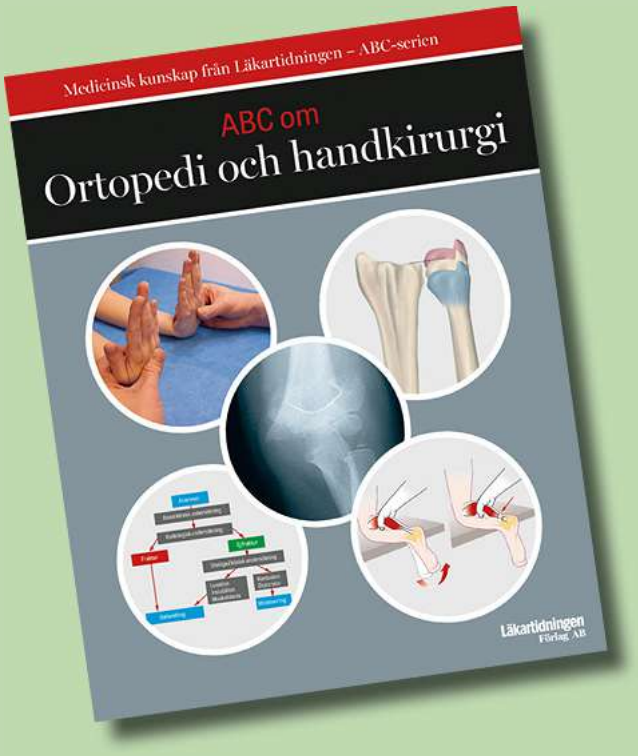


Foto: Model House Stockholm

Tina Vilhelmsson,
med dr, specialist i urologi och arbetsmedicin, Försvarshälsan, Livgardet i Kungsängen

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
Privatpersoner betalar via swish.

Läkartidningen

SVERIGE
PORTO
BETALT
PORTPAYÉ

LÄKARTIDNINGEN

SVARSPOST
110 555 202
110 26 STOCKHOLM

5 frågor till

Pontus Nauclér



docent och specialistläkare, institutionen för medicin, Karolinska institutet, som tillsammans med kollegor gjort en studie som visar att prevalensen för vårdrelaterade infektioner enligt den svenska punktprevalensmätningen var högre än i en mätning enligt ECDC:s definitioner.

Hur fick ni idén till studien?

De svenska definitionerna för vårdrelaterade infektioner skiljer sig från europeiska ECDC:s definitioner. Vi var intresserade av att undersöka hur det påverkar prevalensen av vårdrelaterade infektioner på svenska sjukhus, speciellt som Sverige inte bidragit med data till de senaste europeiska punktprevalensmätningarna.

Blev du förvånad över något i resultaten?

Att kvaliteten på data är så starkt beroende av kunskapen om vårdrelaterade infektioner hos den som rapporterar vilken typ av infektion en patient har.

Vad tycker du är den viktigaste lärdomen av studien?

Att korrekt definiera vad som är en vårdrelaterad infektion är svårt, det kräver expertkunskap.

Har du något annat forskningsprojekt på gång?

Den här studien är en del av ett större Vinnova-finansierat nationellt projekt som heter »VRI-proaktiv«, som verkar för att utveckla nya innovativa sätt, inklusive IT-stöd, för att minska risken för och förbättra handläggningen av vårdrelaterade infektioner. Vi forskar bland annat om automatiserad övervakning av vårdrelaterade infektioner, baserad på analys av text i journaldata, vilket kan göra det möjligt att kontinuerligt och standardiserat mäta vårdrelaterade infektioner.

Varför blev du just infektionsläkare?

Det är en dynamisk specialitet i ständig förändring på grund av interaktionen mellan värd, patogen och samhälle.

Karin Bergqvist

101 Prevalensen av vårdrelaterade infektioner högre i svensk mätning

92 Blodtryckssänkande till natten – komplement men inte praxis

94 Nya rön

97 Ny behandling vid migrän kräver bättre vårdstruktur

106 Synovialt sarkom – en högmalign tumörsjukdom

108 Dystrophia myotonica typ 1 ovanlig orsak till bradykardi hos unga

111 Läkemedelsfrågan

KLINIK &VETENSKAP

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

Individanpassning kräver flera perspektiv

ATT PATIENTER REAGERAR OLIKA på en och samma sjukdomsbehandling kan ha många orsaker. Utöver de patienter som får en önskad effekt av en läkemedelsbehandling, får många antingen en mycket liten eller utebliven effekt. Andra får biverkningar av olika slag och svårighetsgrad. Utöver onödigt lidande är kostnaderna för samhället stora. Därför skulle en mer individanpassad behandling vara av stort värde.

SKÄLEN TILL SKILLNADER mellan olika patienter är många. Inom forskning och industri ligger i dag ett starkt fokus på farmakogenetiska skillnader. Till dessa hör att ett läkemedel kan metaboliseras i olika grad. Detta kan bland annat bero på olika genetiska varianter av leverenzymer, exempelvis i cytokrom P450-familjen. Det kan även föreligga genetiska skillnader mellan individer vad gäller de proteiner som utgör ett läkemedels måltavla. Den vanligaste måltavlan är G-proteinkopplade receptorer (GPCR), exempelvis betareceptorn. Enzymer och jonkanaler är andra exempel på läkemedelsmåltavlor.

»Det kan även föreligga genetiska skillnader mellan individer vad gäller ... ett läkemedels måltavla.«

UTÖVER GENETISKA ANALYSER finns redan i dag principellt enkla och kostnadseffektiva åtgärder för individanpassning. Med olika former av motiverande samtal skulle andelen patienter som får önskade effekter av läkemedel öka. För att minska oönskade biverkningar skulle fastställande av njurfunktion och en mer genomgripande analys av läkemedelsinteraktioner göra störst nytta i dagsläget.

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



Blodtryckssänkande till natten – komplement men inte praxis

METODOLOGISKA PROBLEM I HYGIA-STUDIEN GÖR ATT FLER RESULTAT BÖR INVÄNTAS INNAN ORDINATIONEN ÄNDRAS



Mattias Brunström, med dr, ST-läkare kardiologi, institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet
● mattias.brunstrom@umu.se



Per Svensson, docent, universitetslektor/överläkare, institutionen för klinisk forskning och utbildning, Södersjukhuset, Karolinska institutet

Högt blodtryck är den enskilt viktigaste orsaken till kardiovaskulär sjukdom i Sverige och världen i dag [1]. Läkemedelsbehandling mot högt blodtryck för att förebygga komplikationer är synnerligen väldokumenterad för flertalet läkemedelsklasser, och många patienter behöver behandlas med mer än ett läkemedel för att uppnå målnivåer [2]. Det saknas i dag tydliga riktlinjer om när på dygnet läkemedel ska intas. I klinisk praxis ordineras de flesta blodtryckssänkande läkemedel på morgonen, ofta alla vid ett tillfälle.

Blodtryck kan mätas på olika sätt och i olika situationer. De vanligaste mätmetoderna i svensk sjukvård i dag är manuella mätningar vid vårdbesök, automatiska mätningar i hemmet eller så kallad ambulatorisk blodtrycksmätning över 24 timmar. Ambulatoriska mätningar ger inte bara ett dygnsmedelvärde, utan också medelvärden under vakentid respektive sömn samt olika mått på variabilitet över dygnet. Särskild uppmärksamhet har ägnats åt blodtryck nattetid, där ett så kallat »non-dipping«-mönster – att blodtrycket inte sjunker nattetid – är associerat med såväl diabetes och hjärtsvikt som incident aterosklerotisk hjärt–kärlsjukdom [3].

Huruvida blodtryck som inte sjunker nattetid även är en behandlingsbar riskfaktor har diskuterats. Flera särskilt framgångsrika studier av blodtryckssänkande behandling har använt sig av dosering till natten, vilket väckt hypoteser om att medikamentellt återställande av den fysiologiska blodtryckssänkningen nattetid skulle vara gynnsamt [4-6]. Det finns också mekanistiska resonemang om att renin-angiotensinsystemet (RAS), som är viktigt för utvecklingen av såväl hypertoni som hjärt-kärlsjukdom, är mest aktivt under de tidiga morgontimmarna och att behandling med RAS-blockad till natten därmed skulle ha en bättre effekt. Den blodtryckssänkande effekten av antihypertensiva läkemedel beror också på tiden sedan föregående dos. För vissa blodtryckssänkande läkemedel kan den kvarstående effekten inför nästa dos vara så låg som 50 procent av den maximala effekten. Behandling med flera läkemedel samtidigt på morgonen kan därför bidra till en utslätning av den normala dygnsvariationen och därmed inducera att blodtrycket inte sjunker nattetid. Utifrån detta resonemang ter det sig rimligt att sprida ut olika läkemedel mellan morgon och kväll. Det finns också visst stöd för att nattlig dosering kan ge en bättre blodtryckseffekt inte bara till natten utan över hela dygnet [7].

Frågan när blodtryckssänkande läkemedel ska tas har aktualiserats sedan resultaten från Hygia-studien (Hygia chronotherapy trial) publicerades i slutet av oktober 2019 [8]. I studien undersöktes effekten av att inta ett eller flera läkemedel till natten jämfört med morgondosering. Totalt inkluderades närmare 20 000 spanska primärvårdspatienter som följdes under drygt sex år. Dagligt medelblodtryck var lika i grupperna, men kvällsgruppen hade 3/2 mm Hg lägre blodtryck nattetid, trots ett lägre antal blodtryckläkemedel, jämfört med morgongruppen. Effekten på hårda utfall var häpnadsväckande, med en 45-procentig relativ riskreduktion av det primära utfallet, komposit hjärt-kärlsjukdom, och en lika stor effekt på total mortalitet. Detta har givetvis väckt intresse från såväl kollegor som patienter, som nu undrar om blodtryckläkemedel regelmässigt ska intas till natten.

Studien bör tolkas med försiktighet

Även om resultaten från Hygia-studien är intressanta finns flera anledningar att tolka dem med försiktighet. Den presenteras som en PROBE (prospective randomized open blinded end-point)-studie, men hur randomiseringen gått till, och huruvida läkarna som inkluderade patienter var ovetande om vilken grupp patienterna skulle hamna i, framgår inte. Bortfall rapporteras överhuvudtaget inte, och flera av de utfall som prespecificerades i metodarbetet utelämnas från rapporten. Vidare presenteras inte hur många deltagare i varje grupp som drabbats av respektive utfall, utan endast resultaten från en Cox-modell, justerad för 9 olika kovariater. Detta är ett tydligt avsteg från rekommendationerna för hur kliniska studier ska rapporteras: såväl antal som ojusterade modeller bör presenteras för att resultaten ska vara möjliga att granska [9, 10]. Slutligen innebär den anmärkningsvärda effekten på totaldöd, tillsammans med den rapporterade effekten på kardiovaskulär död, att behandlingen måste haft en påtaglig effekt också på icke-kardiovaskulär död. Sådana effekter är fysiologiskt osannolika i en blodtrycksstudie och bör i första hand inge misstanke om någon form av bias.

Intressant att notera är också de skill-

»Bortfall rapporteras överhuvudtaget inte, och flera av de utfall som prespecificerades i metodarbetet utelämnas ...«

HUVUDBUDSKAP

- Blodtryck nattetid är en viktig prognostisk markör för hjärt–kärlsjukdom.
- Hygia-studien (Hygia chronotherapy trial) fann lägre risk för hjärt–kärlsjukdom om blodtryckssänkande läkemedel intogs till natten i stället för på morgonen.
- Då studien är behäftad med en rad metodologiska problem bör den tolkas med försiktighet, och resultaten av kommande studier bör inväntas innan praxis ändras.

nader som förelåg mellan grupperna i fördelning av olika blodtryckssänkande läkemedel. I kvällsgruppen var behandling med kalciumantagonister överrepresenterad och i morgongruppen fanns en överrepresentation av diuretika, medan olika former av RAS-blockad var den vanligaste behandlingen i båda armarna. Här finns vissa likheter med ACCOMPLISH-studien, där kalciumantagonister visade sig vara överlägsna diuretika som tillägg till ACE-hämmare [11]. Likaså var betablockerare överrepresenterade i morgongruppen. Denna läkemedelsklass är inte längre förstahandsalternativ vid behandling av högt blodtryck på grund av en sämre påvisad effekt att förebygga komplikationer [12, 13]. Ytterligare en faktor som sannolikt bidrar till skillnaden mellan grupperna avseende kardiovaskulär sjukdom är den lilla men signifikanta skillnaden i sänkning av LDL-kolesterol som observeras under uppföljningstiden. Denna skillnad diskuteras inte närmare av författarna och är därför svårvärderad.

Skulle den positiva effekten ändå kunna förklaras av den förändrade dygnsrytmen av blodtrycket som observerades i studien? I genomsnitt var blodtrycket 9 procent lägre nattetid än dagtid i morgongruppen, medan kvällsgruppen hade 12 procent lägre tryck nattetid, en skillnad mellan grupperna på tre procentenheter. I en metaanalys av 10 kohortstudier med över 17 000 patienter med högt blodtryck jämfördes insjuknande i kardiovaskulär sjukdom i fyra grupper med olika sänkning av blodtryck nattetid: normal nattlig sänkning av blodtryck med 10–20 procent, extrem sänkning med > 20 procent, minskad sänkning med 0–10 procent och omvänd sänkning med ökat blodtryck nattetid [14]. I gruppen med minskad sänkning förelåg en 37-procentig relativ riskökning jämfört med normalgruppen. När dygnsvariationen studerades som en kontinuerlig variabel var skillnader på en standardavvikelse, motsvarande 8 procentenheters sänkning av blodtrycket nattetid, förenade med en 20-procentig ökning av relativ risk. I Hygia-studien skiljer det alltså bara 3 procentenheter mellan grupperna i nattlig sänkning, vilket skulle motsvara 7,5 procent relativ riskreduktion enligt den tidigare metaanalysen. De positiva effekterna som rapporteras står alltså inte i paritet med vad som kan förväntas från tidigare studier.

Studien utmärker sig även genom att alla deltagarna har följts med upprepade 48-timmars ambulatoriska blodtrycksmätningar, medan 24-timmarsmätning är det vanligaste i klinisk praxis. Detta motiveras av att man vill öka tillförlitligheten i mätningen av dygnsvariationen.



Foto: Mostphotos/Arne Trautmann

Om man önskar fördela läkemedlen över dygnet kan RAS-blockad och kalciumflödeshämmare med fördel intas kvällstid, och diuretika och betablockerare på morgonen, utifrån såväl fysiologi som biverkningsprofil.

Det är ovanligt och en styrka i studien, som ger högre precision i skattningen av blodtrycksnivåer, blodtrycksvariation över dygnet och även av interventionens effekter på blodtrycket. Detta bör också beaktas när man ska översätta hur mycket de påvisade blodtryckseffekterna kan förklara de positiva effekterna på utfallet.

Så kallad »regression dilution bias« är en mekanism där ett slumpmässigt mätfel eller annan variation i exponeringen (som blodtryck) försvagar sambandet med utfallet [15]. Genom upprepade mätningar hos samma individ förbättras precisionen i mätningen och detta fenomen motverkas. I Hygia-studien har man alltså mätt extra noggrant, och en blodtrycksskillnad på 3/2 mm Hg betyder alltså mer för skillnad i risk än en motsvarande skillnad av ett enstaka blodtryck mätt på mottagning. Å andra sidan är värdet intuitivt svårvärderat, då tidigare epidemiologiska och interventionella studier antingen har använt mottagningsblodtryck eller i bästa fall medelblodtrycket under 24 timmar.

Kvällsintag – ett komplement

Sammanfattningsvis finns en hel del data som talar för att blodtryckssänkande läkemedel till natten är ett alternativ, eller ett komplement, till morgonintag. Många patienter behandlas i dag med samtliga läkemedel på morgonen, med en utslätad blodtrycksprofil över dygnet som följd. Om man önskar fördela läkemedlen över dygnet kan RAS-blockad och kalciumflödeshämmare med fördel intas kvällstid, och diuretika respektive betablockare på morgonen, utifrån såväl fysiologi som biverkningsprofil. Resultaten från Hygia-studien bör dock inte ligga till grund för ett paradigmskifte, där samtliga blodtrycksmediciner ordineras kvällstid. I skrivande stund pågår åtminstone två ytterligare randomiserade kontrollerade studier med detta som frågeställning, den kanadensiska BedMed-studien och den engelska TIME-studien. TIME-studien har rekryterat färdigt och resultaten väntas till våren/försommaren 2020. Säkerhetskommittén som kontinuerligt övervakar studien har bedömt resultaten av Hygia-studien och förordat att TIME-studien inte ska avbrytas [Amy Rogers, Dundee, pers medd; 2019]. Vi förordar att invänta resultaten från dessa båda studier innan klinisk praxis ändras. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Mattias Brunström är vetenskaplig sekreterare i Svensk förening för hypertoni, stroke och vaskulär medicin (SVM). Per Svensson är tidigare vetenskaplig sekreterare i SVM.

Citera som: Läkartidningen. 2020;117:FXFE

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

REFERENSER

3. Parati G, Stergiou G, O'Brien E, et al; European Society of Hypertension Working Group in Blood Pressure Monitoring and Cardiovascular Variability. European Society of Hypertension practice guidelines for ambulatory blood pressure monitoring. J Hypertens. 2014;32(7):1359-66.
6. Svensson P, de Faire U, Sleight P, et al. Comparative effects of ramipril on ambulatory and office blood pressures: a HOPE substudy. Hypertension. 2001;38(6):E28-32.
8. Hermida RC, Crespo JJ, Domínguez-Sardiña M, et al; Hygia Project Investigators. Bedtime hypertension treatment improves cardiovascular risk reduction: the Hygia Chronotherapy Trial. Eur Heart J. Epub 22 okt 2019. doi: 10.1093/eurheartj/ehz754.
9. Higgins JPT, Altman DG, Gøtzsche PC, et al; Cochrane Bias Methods Group; Cochrane Statistical Methods Group. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. BMJ. 2011;343:d5928.
14. Salles GF, Reboldi G, Fagard RH, et al; ABC-H Investigators. Prognostic effect of the nocturnal blood pressure fall in hypertensive patients. Hypertension. 2016;67(4):693-700.

Ökad risk för död i kolorektal cancer vid ulcerös kolit

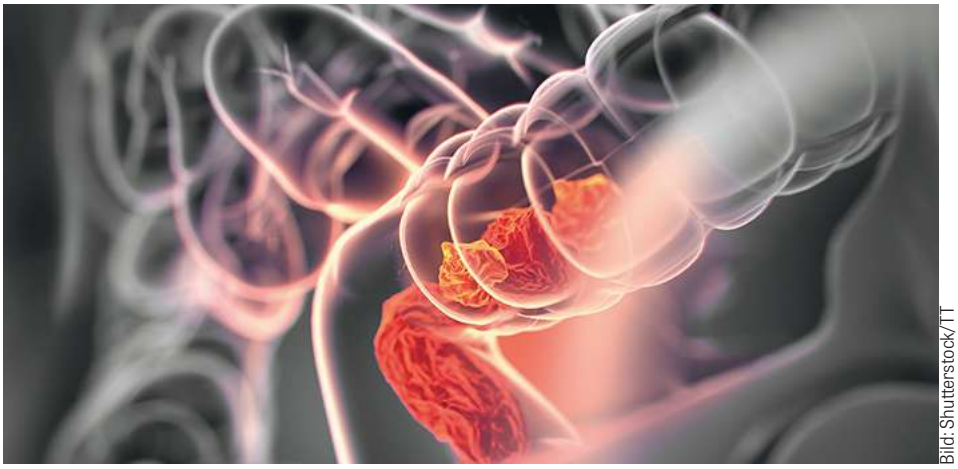


Bild: Shutterstock/TT

Den relativa risken för kolorektal cancer verkar ha minskat under senare år, men fortfarande ses en överrisk för såväl insjuknande som död i kolorektal cancer hos patienter med ulcerös kolit.

Egenreferat. Tidigare forskning har visat en ökad risk för kolorektal cancer hos patienter med ulcerös kolit [1], vilket är bakgrunden till nuvarande screeningrekommendationer med endoskopi av patienter med ulcerös kolit. Värdet av äldre studier hämmas dock av att de ofta begränsats till specialiserade centrum, svårt sjuka patienter samt osäkra definitioner av ulcerös kolit.

Tillsammans med danska kollegor har vi studerat risken för kolorektal cancer samt dödsfall på grund av kolorektal cancer hos 96 447 patienter som diagnostiserats åren 1969–2017, jämfört med tio gånger så många matchade referensindivider från normalbefolkningen [2].

Under uppföljningstiden fick 1 336 patienter (1,29/1 000 personår) och 9 544 referensindivider diagnosen kolorektal cancer (0,82/1 000 personår), vilket motsvarar en riskökning på 66 procent (95 procents konfidensintervall [95KI] 1,57–1,76). Under samma tid dog 639 patienter med ulcerös kolit (0,55/1 000 personår) och 4 451 (0,38/1 000 personår) referensindivider i kolorektal cancer. Den relativa risken för död i kolorektal cancer var +59 procent vid ulcerös kolit (95KI 1,46–1,72). I genomsnitt var upptäckt kolorektal cancer vid ulcerös kolit mindre avancerad (P < 0,001), men när vi tog hänsyn till tumörstadium så löpte patienterna med ulcerös kolit en fortsatt förhöjd risk att dö i kolorektal cancer (hazardkvot 1,54; 95KI 1,33–1,78).

Den relativa risken för kolorektal cancer har sjunkit fram till i modern tid, men även under studiens sista femårsperiod (begränsad till svenska data) var risken att få en diagnos +38 procent (95KI 1,20–1,60), vilket motsvarar 1 extra fall av kolorektal cancer per 1 058 patienter med ulcerös kolit). Risken att dö i kolorektal cancer under femårsperioden var +25 procent (95KI 1,03–1,51), vilket motsvarar 1 extra dödsfall per 3 041 patienter med ulcerös kolit.

I vår studie valde vi att koncentrera oss på dödlighet i kolorektal cancer samt att justera resultaten för tumörstadium för att minimera risken att våra beräkningar skulle påverkas av att man aktivt letar kolorektal cancer vid ulcerös kolit och därigenom ofta upptäcker tidiga former av kolorektal cancer, ibland till och med i samband med ulcerös kolit-diagnosen. Den stora betydelsen av tidssambandet mellan ulcerös kolit och kolorektal cancer utgjorde ett viktigt argument för att komplettera data i Patientregistret (där inläggning ibland görs först flera månader eller år efter insjuknande) med biopsidata för att bättre fastställa tidpunkten för insjuknande i ulcerös kolit.

Vår studie bekräftade tidigare rapporter om att den relativa risken för kolorektal cancer verkar ha minskat under senare år. Men fortfarande ses en klar överrisk för såväl insjuknande som död i kolorektal cancer bland de grupper av patienter med ulcerös kolit där vi i dag rekommenderar screening.

Ola Olén, senior forskare, överläkare, Sachsska barn- och ungdomssjukhuset

Jonas F Ludvigsson, professor, överläkare, Örebro universitetssjukhus; båda Karolinska institutet, Stockholm

1. Castano-Milla C, et al. Aliment Pharmacol Ther. 2014;39(7):645-59.
2. Olén O, et al. Lancet. Epub 9 jan 2020.



Foto: Shutterstock/TT

Studiens resultat talar för att läkare i större utsträckning bör försöka seponera substitutionsbehandling av litiumassocierad hypotyreos.

Litiuminducerad hypotyreos oftast

Egenreferat. Litium är ett effektivt läkemedel för underhållsbehandling av bipolär sjukdom och kan förebygga både akuta affektiva insjuknanden och suicid. Litiumbehandling kan dock medföra biverkningar. Det är sedan länge känt att litium kan påverka sköldkörtelns funktion och orsaka hypotyreos. Huruvida sköldkörtelfunktionen återhämtar sig efter litiumutsättning har tidigare varit okänt.

I vår studie undersöktes därför om litiumassocierad hypotyreos är reversibel hos patienter efter avslutad litiumbehandling. Studien var en del av LiSIE (Lithium study into effects and side effects), en stor retrospektiv kohortstudie i Norrbotten som undersöker effekt och biverkningar av litium och andra stämningsstabiliserande läkemedel.

I studien inkluderades 90 patienter med litiumassocierad hypotyreos vilka behandlades med tyroxin och senare avslutade sin litiumbehandling. Genomsnittstid mellan initiering av litium och tyroxinsubstitution var 2,3 år. Dokumenterad uppföljning av sköldkörtelfunktionen efter

Ny diabetesmekanism identifierad i studier av gastrisk bypass

Egenreferat. Glukagonlik peptid-1 (GLP-1) är ett hormon som produceras av enteroendokrina celler i tarmslemhinnan. GLP-1 bidrar till mättnad och att kontrollera sockernivåerna i blodet i samband med måltid. Frisättningen är av oklara skäl hämmad vid fetma med typ 2-diabetes, vilket misstänks bidra till dessa sjukdomstillstånd. Roux-en-Y är en metod för gastrisk bypass som effektivt sänker kroppsvikten. Redan någon dag postoperativt, innan någon väsentlig viktminskning hunnit ske, förbättras sockerläget avsevärt och samtidigt ökar GLP-1-frisättningen vid födointag [1].

För att utreda mekanismerna bakom den gastriska bypasskirurgins snabba viktoberoende effekter på typ 2-diabetes initierade vi denna studie. Med global proteomikanalys på prov från tunntarmsslemhinnan från patienter före och efter gastrisk bypass eftersträvade vi att identifiera nya mekanismer som operationen verkar igenom. Vi gjorde även studier på möss och i cellkulturer med enteroendokrina celler från jejunum.

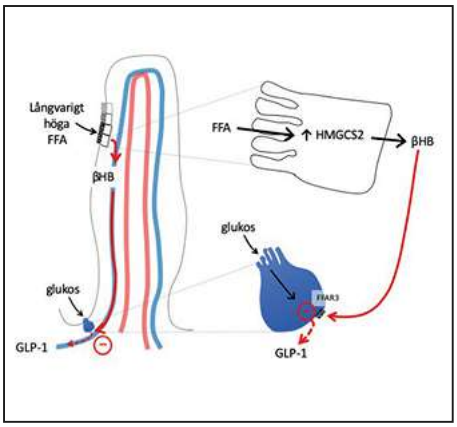
Det har visat sig att tunntarmsslemhinnan kan börja producera ketonkroppar (t ex β-hydroxibutyrat) vid långvarigt intag av fet mat. Såväl det ketonkroppsbildande enzymet, mitokondriellt HMG-CoA-syntas (mHMGCS), som ketonkroppar finns i höga nivåer i slemhinnan hos obesa patienter före en gastrisk bypass. Ketonerna fungerar lokalt i tarmen som signalsubstanser, som hämmar de enteroendokrina cellernas GLP-1-frisättning (Figur 1). Efter gastrisk bypass hämmas mHMGCS-uttrycket med mer än 70 procent och ketonkroppsproduktionen minskar. Troligen sker detta som en följd av omkopplingen av mag-tarmkanalen (Figur 2). Härmed försvinner »bromsen« på GLP-1. Detta kan bidra till att förklara den snabbt ökade GLP-1-frisättningen och den förbättrade blodsockerregleringen efter operationen [2].

Normalt produceras ketonkroppar i levern vid svält och är livsviktiga för överlevnad, till exempel för hjärnan, som är beroende av ketonkroppar vid långvarig svält. Bildningen av ketonkroppar i tarmen, så kallad intestinal ketogenes, är ett nyupptäckt fenomen som inträffar vid intag av kost med hög fetthalt under längre tid och alltså verkar ha en annan funktion: att hämma mättnadssignaleringen. Kanske har syftet varit att öka förmågan att äta när födotillgången har varit god. I dagens samhälle bidrar mekanismen i stället till övervikt och diabetes. Förhoppningen är nu att denna upptäckt ska möjliggöra en ny typ av framtida läkemedel som kan efterlikna effekterna av gastrisk bypass på diabetes och övervikt.

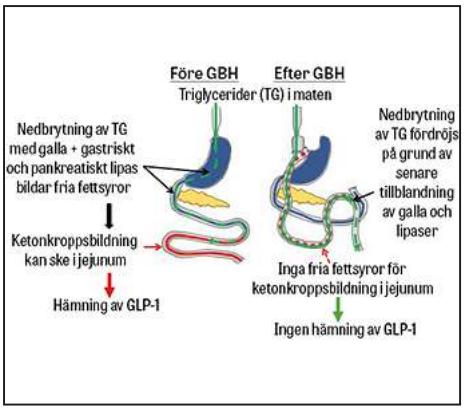
Ville Wallenius, docent, överläkare i kirurgi, Sahlgrenska universitetssjukhuset/Östra

Lars Fändriks, professor; båda avdelningen för gastrokirurgisk forskning och utbildning, institutionen för kliniska vetenskaper, Sahlgrenska akademin, Göteborgs universitet

1. Wallenius V, et al. Obes Surg. 2018;28(6):1461-72.
2. Wallenius V, et al. Gut. Epub 21 nov 2019. doi: 10.1136/gutjnl-2019-319372



Figur 1. Schematisk presentation av högfettinducerad intestinal ketogenes och dess effekt att hämma GLP-1-frisättningen från enteroendokrina celler, troligen via en receptormedierad effekt på FFAR3 (free fatty acid receptor 3), som är en fettsyra- och ketonreceptor på enteroendokrina celler i tunntarmen. (Från [2] med tillstånd från Gut.)



Figur 2. Hypotetisk bild av hur omkopplingen av tarmen vid gastrisk bypass (GBP) minskar tillgängligheten av fria fettsyror (FFA) för ketonkroppsbildning i den del av tunntarmen, jejunum, där det ketogenproducerande hormonet mHMGCS uttrycks vid långvarigt intag av kost med hög fetthalt.

reversibel efter avslutad litiumbehandling

litiumutsättning fanns hos 85 av dessa patienter. I 35 av fallen sattes tyroxin ut efter avslutad litiumbehandling. Tyroxin återinsattes senare hos bara sex av dessa patienter, varav endast en hade klinisk hypotyreos.

»Huruvida sköldkörtelfunktionen återhämtar sig efter litiumutsättning har tidigare varit okänt.«

Sammanfattningsvis visade studien att litiumassocierad hypotyreos tycks vara reversibel hos de flesta patienter efter avslutad litiumbehandling. Fyndet talar för att läkare i större utsträckning bör försöka seponera substitutionsbehandling av litiumassocierad hypotyreos. Utsättningsförsök av tyroxin bör ske några veckor efter litiumutsättningen så att sköldkörteln fått tid till återhämtning. I enlighet med studiens begränsade evidens kan man förvänta sig att hypotyreos återkommer tidigt efter tyroxinutsättning, om det alls återkommer. Därför bör sköldkörtelfunktionen övervakas några månader efter tyroxinutsättning.

Ingrid Lieber, doktorand, AT-läkare

Ursula Werneke, docent, överläkare, Fellow of the Royal College of Psychiatrists (FRCPsych); båda institutionen för klinisk vetenskap – psykiatri, Umeå universitet och Sunderby sjukhus, Luleå

Lieber I, et al. J Psychopharmacol. Epub 31 okt 2019. doi: 10.1177/0269881119882858

Arbetsförmågan vid cykelarbetsprov – en stark prognostisk markör

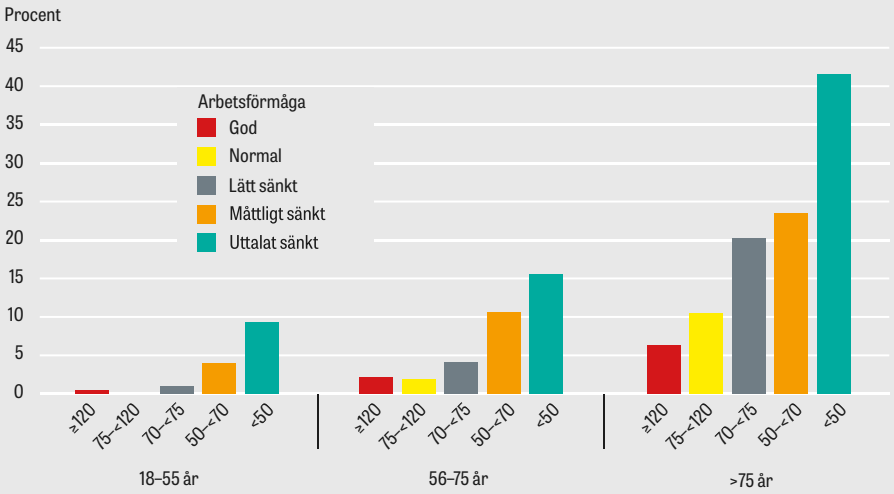
Egenreferat. Standardiserat cykelarbetsprov är ett väletablerat diagnostiskt test som används vid exempelvis ansträngningsutlöst bröstsmärta eller andfåddhet, klaffsjukdom, arytmibesvär eller som preoperativ utredning inför stor kirurgi. Arbetsförmåga vid arbetsprov bär stark prognostisk information. 2014 rekommenderade Svensk förening för klinisk fysiologi användning av ett nytt referensmaterial för arbetsförmåga och 2019 tillkom rekommendationer om hur arbetsförmågan bör graderas (procent av förväntad): god (≥120; normal 75–<120; lätt sänkt 70–<75; måttligt sänkt 50–<70; uttalat sänkt <50.

13 387 patienter som genomfört arbetsprov vid fysiologiska kliniken i Kalmar mellan 2004 och 2016 följdes upp under lång tid avseende död/kardiovaskulär död (t o m 30 apr 2019), samt tillkommande ischemisk hjärtsjukdom/hjärtsvikt och sjukhusvård för dessa diagnoser (t o m 30 dec 2017), genom samkörning med Socialstyrelsens dödsorsaksregister och Nationella patientregistret. Under uppföljningstiden (median 7,7 år [interkvartilomfång 5,6–11,4]) dog 1 809 patienter, varav 546 av kardiovaskulär orsak. 3 143 patienter diagnostiserades med ischemisk hjärtsjukdom och 1 697 respektive 1 133 patienter vårdades inneliggande för ischemisk hjärtsjukdom eller hjärtsvikt. Jämfört med normal arbetsförmåga var sänkt arbetsförmåga associerad med en progressivt ökande risk för död eller kardiovaskulär död för varje ytterligare grad av sänkning. Lätt sänkt arbetsförmåga var associerad med en trefaldig riskökning, måttligt sänkt arbetsförmåga med en mer än fyrfaldig riskökning och uttalat nedsatt arbetsförmåga med mer än åttafaldig riskökning för död. Liknande samband sågs för kardiovaskulär dödlighet, både för patienter med och utan tidigare känd hjärt-kärlsjukdom.

Bland patienter med minst 5 års uppföljningstid ökade 5-årsmortaliteten exponentiellt med minskande arbetsförmåga (Figur 1). Jämfört med normal arbetsförmåga var nedsatt arbetsförmåga associerad med en ökad risk för nyinsjuknande i ischemisk hjärtsjukdom samt för sjukhusvård av ischemisk hjärtsjukvård eller hjärtsvikt.

Sammanfattningsvis kan de nyligen rekommenderade graderingsintervallen för arbetsförmåga således anses vara högst kliniskt relevanta och bär stark prognostisk information, vilket torde vara till nytta för klinikern i handläggning av patienter som genomgått standardiserat cykelarbetsprov.

FIGUR 1. Mortalitet uppdelad efter arbetsförmåga



▶ 5-årsdödlighet uppdelad efter grad av arbetsförmåga (procent av förväntad). Dödligheten ökar för varje grad av nedsatt arbetsförmåga och är mycket betydande vid uttalat nedsatt arbetsförmåga.

Läs mer!
Fler nya rön på Läkartidningen.se

Thomas Lindow, doktorand, överläkare, klinisk fysiologi, Centrallasarettet Växjö; klinisk fysiologi, institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet; FoU Kronoberg, Region Kronoberg

Lindow T, et al. Clin Physiol Funct Imaging. Epub 7 nov 2019. doi: 10.1111/cpf.12606

Skriv under Nya rön!

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

Skriv till nyaron@lakartidningen.se

Läkartidningen

Ny behandling vid migrän kräver bättre vårdstruktur

90 PROCENT BLIR HJÄLPTA I PRIMÄRVÅRDEN – FÅTALET BEHÖVER INSATSER AV SPECIALIST

Anna Sundholm, doktorand, biträdande överläkare, sekreterare, patientflöde huvudvärk, tema neuro, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge
● anna.sundholm@sll.se

Anna Steinberg, med dr, överläkare, styrelseledamot, patientflöde stroke, tema neuro, Karolinska universitetssjukhuset, Solna; båda företräder Svenska huvudvärkssällskapet

Migrän är en kronisk neurologisk sjukdom med återkommande huvudvärksepisoder och varierande fria intervall. Huvudvärken är vanligen lokaliserad till ena tinningen och är av pulserande karaktär. Smärtan är oftast sidoväxlande. Associerade symtom är illamående, kräkningar och ökad känslighet för ljus och ljud [1]. Migrän rankas som den tredje mest invalidiserande sjukdomen bland alla sjukdomar globalt i åldern 25–40 år [2]. Sjukdomen är associerad med signifikant sjuklighet och avsevärd negativ inverkan på livskvaliteten [3].

Prevalensen av migrän i Sverige uppskattas till 13 procent [4] och prevalensen av kronisk migrän till ca 1–2 procent [5]. Variationen i svårighetsgrad är stor. De individer som har lindrig migrän drabbas kanske bara några gånger per år av anfall. I bästa fall kan dessa anfall kuperas av svagare analgetika som paracetamol, acetylsalicylsyra och NSAID, som kan köpas receptfritt. Många människor har dock betydligt svårare besvär (≥4 anfall per månad) och behöver kontinuerlig förebyggande behandling för att minska besvären [6]. Ytterligare en grupp individer lider av s k kronisk migrän, som innebär att de har minst 15 huvudvärksdagar/månad, varav minst 8 dagar utgörs av migrän [1].

Kronisk migrän är allvarligt invalidiserande och förknippad med funktionsnedsättning, minskad livskvalitet och ökat utnyttjande av hälsovårdsresurser [7]. Men även patienter med högfrekvent episodisk migrän, som inte uppfyller kriterierna för kronisk migrän, kan uppvisa likartad invalidisering och är i stort behov av adekvat hjälp för att förhindra utveckling till svårare, kronisk migrän.

Tillgång till behandling – stora skillnader i landet

Migrän är således mycket vanligt förekommande och skapar stort lidande. Det rapporteras också stora skillnader avseende tillgång till behandling för migränpatienterna över landet. Patientföreningen Huvudvärksförbundet har genomfört en undersökning som visar på stora brister när det gäller att få rätt hjälp från sjukvården för sin sjukdom. Så många som 61 procent upplevde sig felbehandlade, 70 procent upplevde att migränen påverkade vanligt arbete och 88 procent att sjukdomen hindrade dem att uppnå sin fulla potential [8].

Just nu sker mycket inom migränområdet med introduktion av nya terapier som öppnar möjligheter för bättre omhändertagande av denna patientgrupp. Med denna artikel vill vi belysa de nya möjligheter dessa behandlingar medför men också ge en uppdatering av det basala omhändertagandet av patienten med migrän.

Primär handläggning

För att stärka kunskap om och handläggningsrutiner vid den vanligaste svåra huvudvärkssjukdomen, migrän, har Svenska huvudvärkssällskapet under 2018 utgivit »Behandlingsplan för migrän vid första linjens sjukvård« [9] (Tabell 1). Behandlingsplanen ska ses som en vägledning för framför allt primärvården. Om man följer behandlingsplanen uppfylls en stor del av den basala sjukvård som bör erbjudas alla migränpatienter. Då har också de första behandlingsstegen och utvärdering av behandlingar genomförts, vilket medför att de flesta patienter får adekvat utredning och behandling inom primärvården och att rätt patienter, dvs de med svårast migrän eller oklar diagnos, remitteras vidare och får möjlighet att träffa en specialist och tillgång till mer avancerad behandling.

Hos specialisten finns möjlighet till flera behandlingsmetoder, såsom flertalet tablettbehandlingar mot migrän med varierande evidensgrad, fysioterapi

»Just nu sker mycket inom migränområdet med introduktion av nya terapier som öppnar möjligheter för bättre omhändertagande av denna patientgrupp.«

HUVUDBUDSKAP

- Huvudvärk är den vanligaste neurologiska sjukdomen under yrkesverksam ålder. Den vanligaste svåra huvudvärkssjukdomen, migrän, ger stor påverkan på patientens hälsa och välbefinnande och medför stora samhällskostnader.
- Ett nytt läkemedel, en monoklonal antikropp mot CGRP (kalcitoningenrelaterad peptid), finns på marknaden och ger nya möjligheter för migränvården.
- I artikeln sammanfattar vi det basala omhändertagandet av patienter med migrän samt beskriver riktlinjerna för hur det nya läkemedlet ska förskrivas. Vi belyser också hur införande av nya avancerade behandlingar kräver en välorganiserad vårdkedja.

TABELL 1. Behandlingsplan för migrän vid första linjens sjukvård (modifierad från [9]). (ICHD = International Classification of Headache Disorders.)

● **Säkerställ korrekt diagnos och kartlägg huvudvärkssituationen**	Anamnes	Beskrivning av anfall. Har patienten flera huvudvärkstyper? Vad sker under ett anfall (längd, symtom m m)? Uppfylls migränkriterier? Det finns ett 100-tal huvudvärksdiagnoser, konsultera ICHD-3 (Cephalalgia 2018) eller Svenska huvudvärkssällskapets webbplats, www.huvudvarkssallskapet.se
	Huvudvärksdagbok	Hur ofta kommer huvudvärken? Hur svår är den? (Grad 1–3 motsvarar lindrig, måttlig, svår huvudvärk.) Underlag för huvudvärksdagbok kan hämtas på www.huvudvarkssallskapet.se
	Diagnos	Klassifikation: migrän med och utan aura (www.huvudvarkssallskapet.se)
	Atypisk	Vid ny huvudvärk eller avsevärd förändring: Utredning med DT/MR, blodprovstagning. Remiss till specialistläkare om patienten inte svarar på initiala behandlingsförsök och diagnosen fortsatt är oklar (atypiska anfall, förändrad anfallssituation, debut efter 50 års ålder, svår migrän under graviditet)
● **Akutbehandling vid migränanfall**	Vila	Vila i mörkt och tyst rum. Eventuellt kyla på pannan
	Verksamma smärtstillande läkemedel (observera att smärtstillande läkemedel med kodein/morfin ska undvikas)	Behandling i olika steg beroende på svårighetsgrad och hur patienten svarar på behandlingen: Steg 1 = Enkla receptfria smärtstillande läkemedel (paracetamol, acetylsalicylsyra, NSAID) Steg 2 = Receptbelagda antiinflammatoriska smärtstillande medel (naproxen, diklofenak) Steg 3 = Triptaner (sumatriptan, zolmitriptan, rizatriptan m fl). (Observera att dessa läkemedel är kontraindicerade/att försiktighet krävs vid hjärt–kärlsjuklighet) Addera eventuellt med läkemedel mot illamående (t ex metoklopramid) Välj administrationssätt (tabletter, stolpiller, nässprej, injektionspenna) beroende på symtombild
● **Andra faktorer som bidrar till högfrekvent migrän**	Analysera migränsituationen	Utgå från huvudvärksdagboken. Vad är huvudproblemet? Vad brukar utlösa migrän? Försök åtgärda dessa faktorer Eventuell samsjuklighet som bör behandlas (depression, ångest, sömnrubbning osv) Yttre faktorer som kan påverkas, t ex slarv med matintag (blodsockersvängningar), oregelbunden sömn Tydligt hormonellt driven migrän (nästan bara runt menstruation och ägglossning) Annan samtidig huvudvärk som förvärrar, t ex spänningshuvudvärk eller läkemedelsutlöst huvudvärk
● **Förebyggande behandling vid migrän >3 dagar/månad**	I första hand	Betablockerare (metoprolol, propranolol), kandesartancilexetil, amitriptylin
	I andra hand	Topiramat
	Utvärdera behandling efter 3 månader	Effektiv behandling bör reducera antalet migrändagar med 50 procent och göra anfallen lindrigare/lättare att behandla. Remiss till specialistläkare (neurolog/huvudvärksspecialist) om patienten inte svarat på försök med minst två förebyggande läkemedel eller om dessa är kontraindicerade
● **Kronisk migrän (huvudvärk >15 dagar/månad, varav minst 8 dagar med migrän) under minst 3 månader**	Förebyggande behandling	Pröva om möjligt minst två olika förebyggande läkemedel enligt ovan. Dokumentera i journalen
	Avgifta	Avgifta vid högfrekvent läkemedelsanvändning (www.huvudvarkssallskapet.se)
	Utvärdera behandling efter 3 månader	Om utebliven behandlingseffekt efter 3 månader ska patienten remitteras till specialist för bedömning och behandling. Utöver olika tablettbehandlingar finns möjlighet att behandla med botulinumtoxin enligt speciellt migränschema eller behandla med antikropp mot kalcitoningenrelaterad peptid (CGRP). Andra möjligheter är t ex neuromodulatoriska behandlingar som stimulering liknande TENS i pannan (Cefaly), blockader, fysioterapeutiska behandlingar (kroppskännedom, akupunktur), stresshantering (t ex kognitiv beteendeterapi), fysisk träning osv

och neuromodulatoriska behandlingar. Vid kronisk migrän finns i dag också möjlighet till behandling med botulinumtoxin samt numera även behandling med monoklonal antikropp mot CGPR (kalcitoningenrelaterad peptid).

Utveckling av specifik behandling riktad mot CGRP

Den första kunskapen om neurotransmittorn CGRP och sambandet med sjukdomarna migrän och Hortons huvudvärk kom redan i början av 1980-talet [10]. Det visade sig ganska snart att CGRP var en magnifik vasodilator av den cerebrala cirkulationen [11]. Man har visat att CGRP är signifikant förhöjd i vena jugularis under pågående migrän- respektive Horton-attack [12, 13]. Frisättningen av CGRP är en del av den s k trigeminovaskulära reflexen, som är involverad i patologin vid migrän [14, 15].

Flera behandlingsstudier med monoklonala antikroppar mot CGRP-molekylen eller CGRP-receptorn har visat sig ha effekt som förebyggande behandling hos migränpatienter [16]. Fyra olika behandlingar med monoklonala antikroppar har utvecklats:

- erenumab
- galcenezumab
- fremanezumab
- eptinezumab.

De tre första av dem har under det senaste året godkänts av den europeiska läkemedelsmyndigheten EMA. Från första januari i år ingår den första behandlingen med monoklonal antikropp mot CGRP-receptorn, erenumab, i läkemedelshögkostnadsskyddet med begränsad subvention.

Rekommendationer om förskrivning av erenumab

Vi på Svenska huvudvärkssällskapet har på vår webb-

FAKTA 1.

Behandling och uppföljning vid förskrivning av erenumab

FÖRE BEHANDLING

Innan behandling startas ska patienten ha fört huvudvärksdagbok under minst 4 veckor. Även HIT-6 ska gärna fyllas i som komplement.

- Nationellt rekommenderas att Svenska neuroregister (delregistret Svår neurovaskulär huvudvärk) används. Patienten fyller själv i huvudvärksdagbok och HIT-6 via sms-registrering och egen inloggning i patientdelen före besök/vid uppföljning.

VID BEHANDLINGSSTART

Om patienterna uppfyller kriterierna ovan och beslut fattas om behandling med erenumab skrivs recept för 3 månader (3 sprutor).

- Det är fördelaktigt att första sprutan tas med instruktion på mottagningen, om möjligt av huvudvärkssjuksköterska.

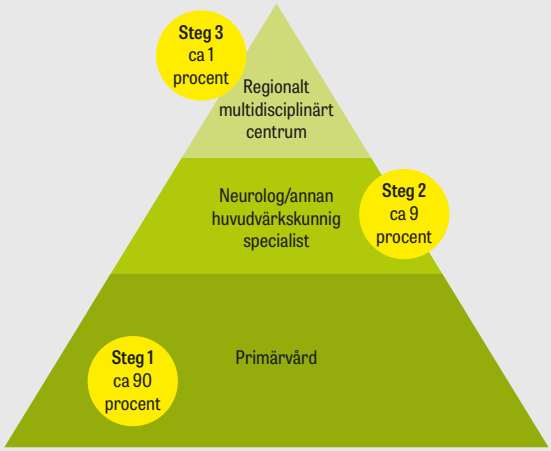
UPPFÖLJNING

Uppföljande återbesök/telefonkontakt 1–2 gånger under de första 3 månaderna.

- Huvudvärksdagboken utvärderas, gärna även HIT-6 (objektiv utvärdering av behandlingseffekt är ett krav för fortsatt behandling).
- Vid uppföljning efter 3 månader tas ställning till
  – fortsatt behandling om god effekt
  – doshöjning (dubbla dosen) om partiell effekt
  – utsättning av erenumab om ingen effekt uppnåtts.

(HIT-6 [headache impact test] = frågeformulär som mäter funktionshinder/påverkan av huvudvärk.)

FIGUR 1. Organisation av huvudvärksvården



▶ Svenska huvudvärksällskapets rekommendationer för huvudvärksvårdens organisation. Procentsiffrorna anger andel av migränpopulationen.

»Patienter med svår migrän eller annan oklar eller svår huvudvärkssjukdom behöver dock specialistvårdens resurser.«

plats (www.svenskahuvudvarkssallskapet.se) lanserat riktlinjer för hur vi anser att man bör tolka Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) begränsade förskrivningsrätt. För att förskrivning av erenumab ska falla under läkemedelsförmånen gäller

- att patienten uppfyller diagnoskriterierna för kronisk migrän
- att patienten har prövat minst två evidensbaserade profylaktiska behandlingar mot migrän ur olika läkemedelsgrupper i tillräcklig dos och tid för att kunna utvärdera behandlingseffekt. (Vi rekommenderar som minimum att betablockerare alternativt kandesartan och gärna ett antiepileptikum [t ex topiramat] ska ha prövats om det inte föreligger kontraindikationer.)
- att förskrivaren är neurolog/läkare verksam vid neurologklinik eller läkare på enhet specialiserad på behandling av patienter med kronisk migrän.

EMA har godkänt att behandlingen ges till patienter som inte uppfyller kriterierna för kronisk migrän men som har måttlig till svår migrän >4 dagar per månad. I Sverige ingår dock sådan förskrivning inte i läkemedelssubventionen. Recept får då skrivas utan förmån, dvs patienten står själv för hela kostnaden (ca 5 000 kronor/mån).

TLV anser att det är viktigt att effekten av erenumab följs upp med huvudvärksdagbok i Svenska neuroregister (delregistret Svår neurovaskulär huvudvärk) i enlighet med behandlingsrekommendationer. Se Fakta 1 för Svenska huvudvärkssällskapets rekommendation av rutiner vid behandling och uppföljning.

Svenska huvudvärkssällskapet anser att det är acceptabelt att under insättning parallellt behålla annan tablettbehandling, som kan sättas ut när behandlingseffekt uppnåtts. Dock rekommenderas i dag ännu inte kombinationen monoklonal CGRP-antikropp och botulinumtoxin, men terapibyte kan ske direkt utan att invänta behandlingsuppehåll. Enstaka patienter bedöms sannolikt behöva fortsatt kombinationsbehandling med tillägg av profylaktisk tablettbehandling (kombinationsbehandling som vid svårare migrän) om behandling med monoklonal CGRP-antikropp visats ge bra men otillräcklig effekt.

De vanligaste beskrivna biverkningarna vid erenumabbehandling är förstoppning och lättare kronisk bakgrundshuvudvärk. Uppskattningsvis upplever ca 20–25 procent av studiepatienterna otillräcklig effekt eller till och med förvärrad migrän; dock saknas publicerad analys av icke-respondenter.

Behandlingseffekt bedöms föreligga om patienten uppnår minst 30 procents reduktion av antalet migrändagar, dvs det krävs minst 30 procents anfallsreduktion för fortsatt behandling. Om patienten har

exceptionellt god behandlingseffekt (dvs helt/nästan helt huvudvärksfri) bör behandlingen ändå fortgå minst 12–18 månader. Vid ställningstagande till avslutning rekommenderas i första hand att glesa ut behandlingen till 1,5 månaders intervall, därefter 2 månaders intervall. Pröva därefter att sätta ut läkemedlet. Om patienten får förvärrad migrän vid utsättnings-/utglesningsförsök återupptas den ursprungliga doseringen av den monoklonala CGRP-antikroppen.

Behandling med monoklonal CGRP-antikropp är kontraindicerad om patienten utvecklar överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Inga säkerhetsstudier finns på unga <18 år, varför behandling till personer <18 år inte rekommenderas. Behandlingen rekommenderas inte heller under graviditet och amning på grund av avsaknad av data. På grund av läkemedlets långa halveringstid rekommenderas ett uppehåll på 6 månader före graviditet. Djurstudier har dock inte visat reproduktionsskadliga effekter. Uppgifter om huruvida läkemedlet överförs till bröstmjölk saknas.

Rätt vård till rätt patient

Eftersom migrän är en mycket vanlig sjukdom kan inte alla patienter med denna diagnos träffa neurologspecialist. Patienter med svår migrän eller annan oklar eller svår huvudvärkssjukdom behöver dock specialistvårdens resurser. Svenska huvudvärkssällskapet har utifrån europeiska rekommendationer [17, 18] utarbetat en rekommendation om hur huvudvärksvården i Sverige bör organiseras för att möjliggöra bättre resursfördelning.

Europeiska hälsoekonomiska beräkningar har visat att migrän orsakar stora samhällskostnader, med slutsatsen att förbättring av huvudvärksvården är möjlig samtidigt som det samhällsekonomiskt kan vara kostnadsbesparande [19]. Majoriteten av migränpatienterna (ca 90 procent) kan skötas via primärvården med första linjens behandling (Tabell 1); när denna inte fungerar krävs mer specialiserad hjälp (Figur 1).

Steg 2 i pyramiden innebär remiss till neurolog men kan eventuellt också innebära annan huvudvärkskunnig läkare med annan grundspecialitet (t ex smärtläkare). Dennes uppgift kan vara allt från vidare utredning av diagnos till att pröva mer avancerade migränbehandlingar. Vid kronisk migrän kan behandling med botulinumtoxin enligt speciellt migränschema och de nya injektionsbehandlingarna med monoklonala antikroppar mot CGRP vara aktuella. De flesta patienter bedöms kunna få tillräcklig hjälp på steg 2 (Figur 1).

Ett fåtal patienter behöver remitteras vidare för bedömning av huvudvärksteam med huvudvärksspecialist. Detta gäller patienter som trots omfattande utredning har fortsatt oklar huvudvärk eller som har ovanliga primära eller sekundära huvudvärkstillstånd eller av andra skäl behöver remitteras vidare. Även patienter med behandlingsrefraktär huvudvärk kan behöva remitteras till huvudvärksteam. På steg 3 i vårdkedjan för huvudvärk (som bör finnas inom varje sjukvårdsregion i landet) ska det finnas ett specialiserat multidisciplinärt huvudvärksteam.

Det förekommer att patienter har så svår behandlingsresistent huvudvärk att man trots många olika försök till behandling ändå inte kommer vidare utan att det krävs överväganden om mer ovanlig behandling, t ex kirurgisk intervention (ganglion sphenopalatinum-stimulering [SPG], occipitalnervsstimulering [ONS], djup hjärnstimulering [DBS]), eller att det behövs ett diskussionsforum för de mest ovanliga/komplicerade patientfallen. Vi hoppas att telemedicinska möjligheter i framtiden kan utnyttjas för att underlätta kommunikationen om de svåraste patientfallen för att möjliggöra bästa möjliga jämlika vård. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Anna Sundholm är medicinsk expert åt Allergan (föreläsningar, utbildning om kronisk migrän och botulinumtoxin) och Novartis (rådgivande kommitté, föreläsningar).

Citera som: Läkartidningen. 2020;117:FTS7

Läs mer!
Engelsk sammanfattning på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Headache Classification Committe of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.
2. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016;388(10053):1545–602.
3. Bigal M, Serrano D, Reed M, et al. Chronic migraine in the population – burden, diagnosis, and satisfaction with treatment. Neurology. 2008;71(8):559-66.
4. Dahlöf C, Linde M. One-year prevalence of migraine in Sweden: a population-based study in adults. Cephalalgia. 2001;21(6):664-71.
5. May A, Schulte LH. Chronic migraine: risk factors, mechanisms and treatment. Nat Rev Neurol. 2016;12(8):455-64.
6. Silberstein SD. Current management: migraine headache. CNS Spectr. 2017;22(S1):1-13.
7. Blumenfeld A, Varon SF, Wilcox TK, et al. Disability, HRQoL and resource use among chronic and episodic migraineurs: results from the International Burden of Migraine Study (IBMS). Cephalalgia. 2011;31(3):301-15.
8. Huvudvärksförbundet. www.huvudvarksforbundet.se
9. Svenska huvudvärkssällskapet. Behandlingsplan för migrän vid första linjens sjukvård. 2 okt 2018. http://www.huvudvarkssallskapet.se/upload/fil_45.pdf
10. Edvinsson L. The journey to establish CGRP as a migraine target: a retrospective view. Headache. 2015;55(9):1249-55.
11. Edvinsson L, Fredholm BB, Hamel E, et al. Perivascular peptides relax cerebral arteries concomitant with stimulation of cyclic adenosine monophosphate accumulation or release of an endothelium-derived relaxing factor in the cat. Neurosci Lett. 1985;58(2):213-7.
12. Goadsby P, Edvinsson L, Ekman R. Vasoactive peptide release in extracerebral circulation of humans during migraine headache. Ann Neurol. 1990;28(2):183-7.
13. Goadsby P, Edvinsson L. Human in vivo evidence for trigeminovascular activation in cluster headache. Neuropeptide changes and effects of acute attacks therapies. Brain. 1994;117(Pt 3):427-34.
14. McCulloch J, Uddman R, Kingman TA, et al. Calcitonin gene related peptide: functional role in cerebrovascular regulation. Proc Natl Acad Sci U S A. 1986;83(15):5731-5.
15. Edvinsson L, Jansen Olesen I, Kingman TA, et al. Modification of vasoconstrictor responses in cerebral blood vessels by lesioning of the trigeminal nerve: possible involvement of CGRP. Cephalalgia. 1995;15(5):373-83.
16. Scuteri D, Adornetto A, Rombolà L, et al. New trends in migraine pharmacology: targeting calcitonin gene-related peptide (CGRP) with monoclonal antibodies. Front Pharmacol. 2019;10:363.
17. Steiner TJ, Antonaci F, Jensen R, et al; European Headache Federation; Global Campaign against Headache. Recommendations for headache service organisation and delivery in Europe. J Headache Pain. 2011;12(4):419-26.
18. Steiner TJ, Gobel H, Jensen R, et al; European Headache Federation and Lifting The Burden: the Global Campaign against Headache. Headache service quality: the role of specialized headache centres within structured headache services, and suggested standards and criteria as centres of excellence. J Headache Pain. 2019;20(1):24.
19. Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ, et al. The cost of headache disorders in Europe: the Eurolight project. Eur J Neurol. 2012;19(5):703-11.

Prevalensen av vårdrelaterade infektioner högre i svensk mätning

OMGRANSKNING AV JOURNALER GAV BÄTTRE ÖVERENSSTÄMMELSE MELLAN SVENSK PUNKTPREVALENSMÄTNING OCH ECDC-DEFINITIONER

Azadeh Ehyaie, ST-läkare, Patientområde infektion, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Anders Johansson, överläkare, Vårdhygien Västerbotten; lektor, institutionen för klinisk mikrobiologi, Umeå universitet

Eva Aufwerber, biträdande överläkare, Patientområde infektion, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Anna Frej, sjuksköterska, Patientområde gastro, hud och reuma, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Monica Eneslätt, hygiensjuksköterska, Vårdhygien, Region Västerbotten, Umeå

Lena Lindberg, hygiensjuksköterska, Vårdhygien, Region Västerbotten, Skellefteå

Pontus Nauclér, docent, specialistläkare, infektion, institutionen för medicin, Karolinska institutet, Stockholm

● pontus.naucler@ki.se

En vårdrelaterad infektion (VRI) definieras enligt följande av Socialstyrelsen: »Infektion som uppkommer hos person under sluten vård eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg, eller som personal som arbetar inom vård och omsorg ådrar sig till följd av sin yrkesutövning.« Drygt en tredjedel av alla vårdskador i Sverige utgörs av vårdrelaterade infektioner [1]. Förutom stort lidande uppskattas dessa infektioner årligen orsaka ca 750 000 extra vårddagar till en kostnad av ca 6,5 miljarder kronor [2].

Det är av värde att ha en standardiserad och säker metod för mätning av vårdrelaterade infektioner för att kunna följa förekomst över tid och mäta effekten av utförda förebyggande åtgärder. Dessutom är det värdefullt att kunna jämföra prevalensen av vårdrelaterade infektioner internationellt [3, 4]. Årligen bjuder Sveriges Kommuner och regioner (SKR) in svenska sjukhus att utföra punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner. Definitionerna av vårdrelaterade infektioner är framtagna av SKR och skiljer sig från de europeiska definitionerna utfärdade av ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) [5, 6]. ECDC-definitionerna är baserade på strikta kriterier medan de svenska har en högre grad av subjektivitet (Fakta 1). Sverige har inte deltagit med heltäckande data i prevalensmätningarna av vårdrelaterade infektioner som ECDC organiserar vart femte år i EU/EES, och det saknas studier som jämför förekomst av vårdrelaterade infektioner baserade på svenska respektive ECDC:s definitioner [3, 4].

I den här studien var syftet att jämföra prevalensen av vårdrelaterade infektioner enligt den svenska punktprevalensmätningen med prevalensen baserad på ECDC:s definitioner på tre svenska sjukhus.

METOD

Studiepopulationen var patienter i somatisk slutenvård som ingick i punktprevalensmätningen i oktober 2017 på Karolinska universitetssjukhuset, Norrlands universitetssjukhus i Umeå och Skellefteå lasarett. Studien gjordes inom ramen för kvalitetsarbetet hos respektive vårdgivare och krävde inte etikgodkännande.

På Karolinska universitetssjukhuset utfördes punktprevalensmätningen olika dagar, beroende på enhet, under vecka 42–43 2017. I Region Västerbotten gjordes mätningen den 18 oktober 2017. Av verksamhetschefen utsedd ansvarig läkare och sjuksköterska på respektive enhet registrerade alla patienter, inskrivna klockan 08.00 det aktuella dygnet, avseende förekomst av vårdrelaterade infektioner enligt svenska definitioner, antibiotikabehandling och riskfaktorer. Riskfaktorer som registrerades var centrala kärlinfarter, urinvägskatetrar, mekanisk ventilation, aktuella kirurgiska ingrepp och immunsuppression. I Västerbotten utförde hygiensjuksköterskor en enklare kvalitetskontroll av data från alla enheter. Misstänkt felaktiga data kontrollerades och rättades. Sjuksköterskorna rådfrågade vid behov hygienläkare och personal på berörd enhet. På Karolinska universitetssjukhuset skedde ingen sådan kvalitetskontroll.

Prevalensmätningen baserad på ECDC-definitioner utgick från beläggningslistor klockan 08.00 samma dag som den svenska mätningen utfördes. Läkare vid infektionskliniken på Karolinska universitetssjukhuset och Vårdhygien i Region Västerbotten granskade patientjournaler retrospektivt för att avgöra om patienterna uppfyllde kriterier för vårdrelaterade infektioner enligt ECDC [5]. Mätningen var blindad, läkarna kände inte till resultaten av den svenska punktprevalensmätningen och tog endast i beaktande information som var tillgänglig vid tidpunkten för mätningen. Därefter jämfördes resultaten från den svenska mätningen med resultaten från ECDC-mätningen för alla vårdrelaterade infektioner och utvalda diagnosgrupper. För att kunna jämföra olika diagnoser trots de två mätningarnas olikheter i klassifikation av infektionerna skapade vi dia-

HUVUDBUDSKAP

- Prevalensen av vårdrelaterade infektioner var högre i den svenska punktprevalensmätningen än i en mätning baserad på definitioner enligt ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) i samma patienturval.
- Överensstämmelsen mellan resultaten enligt den svenska mätningen och den med ECDC-definitioner var bättre på Norrlands universitetssjukhus i Umeå och Skellefteå lasarett än på Karolinska universitetssjukhuset. En lokal rutin med kvalitetskontroll av data i den svenska mätningen i Västerbotten kan förklara den bättre överensstämmelsen.
- ECDC-definitioner av vårdrelaterade infektioner utgår från mer precist beskrivna kriterier än svenska definitioner.
- Studien visar att expertkunskap om vårdrelaterade infektioner och kvalitetskontroll är viktig för att få tillförlitliga data.

FAKTA 1. Viktiga skillnader mellan ECDC:s definitioner och de svenska definitionerna för vårdrelaterade infektioner

- I den svenska punktprevalensmätningen görs mätningen, och oftast även inmatningen av data, av lokalt ansvarig läkare och sjuksköterska, medan det för ECDC-mätningarna rekommenderas att både lokalt ansvarig personal och vårdhygienpersonal involveras. Inmatningen av ECDC-data görs av ett expertteam per sjukhus.
- De svenska definitionerna använder 18 diagnosgrupper vårdrelaterade infektioner medan ECDC använder 13 huvuddiagnosgrupper uppdelade på 56 diagnosgrupper. ECDC:s klassificeringsregler för diagnoser är mer omfattande och mätningen klassificerar även mikrobiologiska fynd, vilket inte görs i den svenska mätningen.
- Infektioner som kliniskt bedöms vara kateterrelaterade (CVK- eller urinvägskateterinfektioner) är alltid vårdrelaterade i svensk mätning. Enligt ECDC:s definitioner är infektionen vårdrelaterad om den uppstår dag 3 eller senare under en sjukhusvårdsepisod eller när den uppstår tidigare för att kateter sattes dag 1 eller dag 2.
- Enligt svenska definitioner är neutropen feber alltid vårdrelaterad, medan infektionen enligt ECDC är vårdrelaterad endast om den uppstått dag 3 eller senare under en sjukhusvårdsepisod (eller i anslutning till utskrivning från sjukhus).
- Enligt svenska definitioner anses en postoperativ infektion vara vårdrelaterad upp till ett år efter kirurgi med implantat, men enligt ECDC är tidsgränsen 90 dagar.
- Infektion med Clostridioides difficile (tidigare Clostridium difficile) räknas alltid som vårdrelaterad enligt svenska definitioner, men enligt ECDC ska infektionen ha uppstått inom 28 dagar efter sjukhusvistelse för att anses vara vårdrelaterad.

gnosgrupper enligt definierade kriterier som redovisas i Tabell 1. Efteråt gjordes en omgranskning av journaler för alla patienter med vårdrelaterade infektioner i den svenska mätningen men inte ECDC-mätningen och vice versa för att undersöka orsaken. Deskriptiv analys och Cohens kappa genomfördes.

RESULTAT

Patientpopulation. Totalt inkluderades 707 patienter på Karolinska universitetssjukhuset i studien, 52 procent kvinnor och 52 procent 60 år eller äldre (Tabell 1). På grund av flytten till Nya Karolinska Solna genomfördes inte den svenska punktprevalensmätningen inom tidsramen för mätningen (enligt genomgång av beläggningslistor) vid 18 vårdenheter, varför dessa exkluderades från studien (totalt 263 patienter). Andelen som vårdades inom medicinsk specialitet var 61 procent och inom kirurgisk specialitet 33 procent; 66 procent hade minst en riskfaktor och/eller behandlades med antibiotika. Vid Karolinska universitetssjukhuset var andelen som vårdades på intensivvårdsavdelning lägre (1 procent) jämfört med både Norrlands universitetssjukhus (9 procent) och Skellefteå lasarett (5 procent). Från Västerbotten inkluderades totalt 540 patienter. På Norrlands universitetssjukhus inkluderades 409 patienter, 50 procent kvinnor och 62 procent 60 år eller äldre (Tabell 1). Andelen som vårdades på enheter med medicinsk specialitet var 53 procent och med kirurgisk specialitet 40 procent; 68 procent hade minst en riskfaktor och/eller behandlades med antibiotika. På Skellefteå lasarett inkluderades 131 patienter, 53 procent kvinnor och 80 procent 60 år eller äldre (Tabell 1). Andelen som vårdades på enheter med medicinsk specialitet var 63 procent och med kirurgisk specialitet 37 procent. Prevalensen av riskfaktorer var lägre på Skellefteå lasarett jämfört med de två andra sjukhusen, 53 procent hade minst en riskfaktor och/eller antibiotika. I Västerbotten visade genomgången av beläggningslistor bortfall begränsat till endast en kardiologisk utredningsavdelning med 9 patienter vid Norrlands universitetssjukhus. I Skellefteå deltog samtliga vårdenheter.

Prevalens enligt de olika definitionerna. På Karolinska universitetssjukhuset hade 9,3 procent vårdrelaterade infektioner enligt den svenska mätningen jämfört med 7,4 procent enligt ECDC-mätningen. Motsvarande prevalenser i Västerbotten var 11,1 respektive 9,3 procent. De vanligaste diagnosgrupperna i den svenska och ECDC-mätningen var infektioner i operationsområdet, urinvägsinfektioner, primär sepsis och pneumonier (Tabell 1).

På Karolinska universitetssjukhuset var överensstämmelsen mellan patienter klassificerade enligt ECDC och den svenska mätningen måttlig (kappavärde 0,41), Tabell 2. Av 66 patienter med vårdrelaterade infektioner i den svenska mätningen var det endast 27 patienter som fick diagnosen vårdrelaterad infektion enligt ECDC-definitioner. För 38 av de 39 patienter som hade en vårdrelaterad infektion enligt den svenska mätningen men inte uppfyllde ECDC:s kriterier omgranskades journalerna. Av dessa bedömdes 18 vara felklassificerade i den svenska punktprevalensmätningen: 7 hade avslutat behandling för en vårdrelaterad infektion vid mättidpunkten, för 4 uppkom vårdrelaterad infektion efter mättidpunkten, 4 hade endast antibiotikaprofylax men inte vårdrelaterad infektion, 1 var felregistrerad med vårdrelaterad infektion och 2 hade duration från operation till infektion som överskred svenska definitioner. För de övriga 20 bedömdes diskrepansen bero på skillnader mellan svenska och ECDC:s definitioner av vårdrelaterade infektioner: 7 patienter lades in på sjukhus med neutropen feber, 6 bedömdes ha postoperativa infektioner men uppfyllde inte ECDC:s kriterier, 4 hade misstänkt pneumoni eller UVI men uppfyllde inte ECDC:s kriterier, 2 var transplanterade och hade infektioner och 1 hade en central kärlinfartsinfektion, där den centrala infarten var satt vid det föregående vårdtillfället. Av 52 patienter med vårdrelaterad infektion enligt ECDC:s definitioner var det 25 som inte fick den diagnosen enligt den svenska mätningen. Vid omgranskning av journaler uppfylldes diagnosen enligt svenska definitioner för 23 av dessa 25 patienter, men de hade av vårdpersonalen troligen bedömts ha samhällsförvärvade infektioner och därför inte registrerats. De resterande 2 var 1 patient med samhällsförvärvad pneumoni som återinlagts på grund av försämring av tidigare pneumoni och 1 där omgranskning inte kunde göras då åtkomst till förlossningsjournalen sakna-

TABELL 1. Bakgrundsdata och vårdrelaterade infektioner (VRI) enligt svenska punktprevalensmätningen (PPM) och ECDC-definitioner

	Karolinska universitetssjukhuset			Norrlands universitetssjukhus			Skellefteå lasarett		
	Studie-deltagare N = 707, % (antal)	VRI enligt PPM N = 66, % (antal)	VRI enligt ECDC-definitioner N = 52, % (antal)	Studie-deltagare N = 409, % (antal)	VRI enligt PPM N = 56, % (antal)	VRI enligt ECDC-definitioner N = 43, % (antal)	Studie-deltagare N = 131, % (antal)	VRI enligt PPM N = 4, % (antal)	VRI enligt ECDC-definitioner N = 7, % (antal)
Åldersgrupper									
● 0–18	15 (106)	20 (13)	12 (6)	9 (38)	7 (4)	2 (1)	5 (6)	0 (0)	0 (0)
● 19–39	15 (104)	3 (2)	8 (4)	12 (47)	2 (1)	0 (0)	6 (8)	0 (0)	0 (0)
● 40–59	18 (127)	18 (12)	17 (9)	17 (69)	25 (14)	26 (11)	9 (12)	0 (0)	14 (1)
● 60–79	34 (242)	47 (31)	46 (24)	35 (144)	48 (27)	51 (22)	41 (54)	25 (1)	29 (2)
● > 79	18 (128)	12 (8)	17 (9)	27 (111)	18 (10)	21 (9)	39 (51)	75 (3)	57 (4)
Kön									
● Kvinnor	52 (367)	44 (29)	54 (28)	50 (205)	48 (27)	63 (27)	53 (69)	50 (2)	43 (3)
Typ av vård*									
● Kirurgisk	33 (234)	39 (26)	44 (23)	40 (163)	38 (21)	51 (22)	37 (49)	25 (1)	29 (2)
● Medicinsk	61 (428)	61 (40)	54 (28)	53 (217)	59 (33)	51 (22)	63 (82)	75 (3)	71 (5)
● BB/förlossning	6 (45)	0 (0)	2 (1)	3 (13)	0 (0)	0 (0)	5 (6)	0 (0)	0 (0)
● Intensivvård	1 (9)	3 (2)	4 (2)	9 (37)	13 (7)	9 (4)	4 (5)	0 (0)	0 (0)
Pågående antibiotikabehandling	44 (310)	86 (57)	94 (49)	40 (163)	95 (53)	100 (43)	28 (37)	100 (4)	100 (7)
Riskfaktorer för VRI									
● Centrala infarter	21 (147)	55 (36)	42 (22)	27 (112)	70 (39)	67 (29)	8 (11)	0 (0)	0 (0)
● Urinvägskateter	22 (158)	42 (28)	46 (24)	27 (111)	38 (21)	35 (15)	17 (22)	0 (0)	14 (1)
● Immunsuppression	13 (89)	26 (17)	17 (10)	15 (62)	41 (23)	37 (16)	5 (6)	0 (0)	0 (0)
● Genomgången kirurgi	31 (222)	52 (34)	54 (28)	35 (142)	55 (31)	63 (27)	28 (36)	75 (3)	29 (2)
● Mekanisk ventilation	4 (27)	12 (8)	17 (9)	5 (19)	7 (4)	7 (3)	2 (3)	0 (0)	0 (0)
Diagnosgrupp VRI**									
● Urinvägsinfektioner	–	18 (12)	21 (11)	–	21 (12)	26 (11)	–	25 (1)	29 (2)
● Pneumonier	–	11 (7)	13 (7)	–	9 (5)	14 (6)	–	0 (0)	29 (2)
● Hud- och mjukdelsinfektioner	–	3 (2)	8 (4)	–	0 (0)	0 (0)	–	0 (0)	0 (0)
● Led och skelettinfektioner	–	6 (4)	2 (1)	–	12 (7)	14 (6)	–	25 (1)	14 (1)
● Clostridioides difficile-/gastrointestinala infektioner	–	6 (4)	6 (3)	–	5 (3)	2 (1)	–	25 (1)	14 (1)
● Primär sepsis	–	12 (8)	25 (13)	–	21 (12)	21 (9)	–	25 (1)	0 (0)
● Infektioner i operationsområdet	–	23 (15)	19 (10)	–	20 (11)	21 (9)	–	0 (0)	14 (1)
● Övrigt	–	21 (14)	6 (3)	–	11 (6)	2 (1)	–	0 (0)	0 (0)

* Patienter kan ingå i mer än en vårdtyp.
** Indelning i diagnosgrupp VRI används enligt följande för att parvis jämföra infektionstyper mellan svensk och ECDC-mätning (svensk mätning; ECDC-mätning): Urinvägsinfektioner: pyelit, cystit; UTI-A, UTI-B. Pneumonier: pneumoni; PN1-5, LRI-BRON, LRI-LUNG. Hud- och mjukdelsinfektioner: hud- och mjukdelsinfektioner, ej postoperativa (VRI-typ 2–4); SST-SKIN, SST-DECU, SST-BURN, SST-BRST. Led- och skelettinfektioner: led och skelett; BJ-BONE, BJ-JOINT, BJ-DISC. Clostridioides difficile-infektioner/gastrointestinala infektioner: läkemedelsrelaterade (VRI-typ 3), gastrointestinalkanalens smittsamma sjukdomar samt nedre gastrointestinalsjukdomar; GI-CDI, GI-GIT. Primär sepsis: sepsis; BSI, CRI1-3-CVC, SYS-DI, SYS-CSEP. Infektioner i operationsområdet: postoperativ infektion (VRI-typ 1) tillsammans med diagnosgrupp CNS, öga, munhåla och svalg, nedre gastrointestinalkanalen, övre gastrointestinalkanalen till terminala ileum, övre luftvägar, lever/gallvägar/pankreas/mjälte, hud- och mjukdelar; SSI-S, SSI-D, SSI-O. Övrigt: övriga diagnosgrupper och/eller kombinationer med definitioner av typ av VRI; CRI1-PVC, EENT-ORAL, EENT-UR.

des. Vid användning av resultaten enligt omgranskningen blev kappavärdet för vårdrelaterade infektioner 0,80, vilket är bra (Tabell 3).

Överensstämmelsen mellan patienter klassificerade enligt ECDC och den svenska mätningen på de två sjukhusen i Västerbotten var bra (kappavärde 0,68), Tabell 2. Överensstämmelsen analyserades för Norrlands universitetssjukhus och Skellefteå lasarett till-

sammans då kvalitetskontroll av data gjordes på samma sätt för båda sjukhusen av personal på Vårdhygien, Region Västerbotten, och fallen av vårdrelaterade infektioner på Skellefteå lasarett var få. Av 60 patienter med vårdrelaterad infektion i den svenska mätningen var det 39 patienter som fick diagnosen enligt ECDC:s definitioner. Av 50 patienter med vårdrelaterad infektion enligt ECDC-definitioner var det 11 som inte fick diagnosen i den svenska mätningen. Omgranskning för dessa 11 patienter visade att samtliga troligen bedömts ha samhällsförvärvad infektion trots att de uppfyllde kriterier för vårdrelaterad infektion enligt svenska definitioner. Av de 21 patienter som hade vårdrelaterad infektion i den svenska mätningen men inte enligt ECDC:s definitioner bedömdes efter omgranskning att 10 felaktigt fått diagnosen i den svenska mätningen. Dessa hade samhällsförvärvade infektioner enligt svenska definitioner. För 1 patient hade behandlingen mot vårdrelaterad infektion avslutats vid mätningen. De övriga 10 kunde förklaras av skillnader mellan svenska och ECDC:s definitioner: 5 patienter lades in från hemmet med neutropen feber, 2 patienter med urinvägsinfektion lades in från hemmet med urinvägskateter, 2 hade infektioner som inte uppfyllde ECDC:s definition för neonatal vårdrelaterad infektion och för 1 patient uppfylldes inte ECDC:s definition för intraabdominell infektion. Omgranskningens resultat gav kappavärde 0,90, vilket är mycket bra (Tabell 3).

Överensstämmelsen för diagnosgrupperna urinvägsinfektioner, pneumonier och infektioner i operationsområdet var svag på Karolinska universitetssjukhuset (kappavärden 0,34, 0,28 och 0,31) och måttlig till mycket bra (0,61, 0,46 och 0,84) i Västerbotten (Tabell 2). Skillnaden mellan svenska och ECDC:s definitioner för vårdrelaterade infektioner gällande klassificering av neutropen feber gjorde att jämförelser för diagnosgruppen primär sepsis inte var meningsfull (Fakta 1).

TABELL 2. Överensstämmelse i bedömning av vårdrelaterade infektioner (VRI) mellan svenska punktprevalensmätningen (PPM) och ECDC-definitioner

		Karolinska universitetssjukhuset			Norrlands universitetssjukhus och Skellefteå lasarett		
		ECDC-definitioner			ECDC-definitioner		
		Ja	Nej	Kappavärde	Ja	Nej	Kappavärde
Svenska PPM							
● Alla VRI	Ja	27	39	0,41	39	21	0,68
	Nej	25	616		11	469	
● Urinvägsinfektioner	Ja	4	8	0,34	8	5	0,61
	Nej	7	688		5	522	
● Pneumonier	Ja	2	5	0,28	3	2	0,46
	Nej	5	695		5	530	
● Infektioner i operationsområdet	Ja	4	11	0,31	11	3	0,84
	Nej	6	686		1	525	

TABELL 3. Överensstämmelse i bedömning av vårdrelaterade infektioner (VRI) mellan svenska punktprevalensmätningen (PPM) och ECDC-definitioner efter omgranskning

		Karolinska universitetssjukhuset			Norrlands universitetssjukhus och Skellefteå lasarett		
		ECDC-definitioner			ECDC-definitioner		
		Ja	Nej	Kappavärde	Ja	Nej	Kappavärde
Svenska PPM							
● Alla VRI	Ja	50	21	0,80	50	10	0,90
	Nej	2	634		0	480	

DISKUSSION

Prevalensen av vårdrelaterade infektioner var högre i mätningen som använde svenska jämfört med ECDC-definitioner. Detta kan bland annat förklaras av att patienter som kommer till sjukhuset med neutropen feber efter exempelvis cytostatikabehandling inte har en vårdrelaterad infektion enligt ECDC-definitioner, att en postoperativ infektion enligt svenska definitioner är vårdrelaterad upp till ett år efter kirurgi med implantat medan tidsgränsen enligt ECDC-definitioner är 90 dagar samt att definitioner av kateterrelaterade infektioner enligt ECDC är mer specifika gällande mikrobiologiska fynd och tidsrelationen mellan kateter och infektion (Fakta 1). Överlag är ECDC-definitionerna i högre grad baserade på att specifika kriterier är uppfyllda, medan de svenska ger större utrymme för egna kliniska bedömningar och inkluderar fler infektioner hos patienter med urinkateter och central kärlinfart som vårdrelaterade. En fördel med de svenska definitionerna är att de är enklare, och punktprevalensmätningen är därför inte lika tidskrävande. De svenska punktprevalensmätningarna har utformats med målsättningen att skapa engagemang hos de lokalt ansvariga på avdelningen genom att bedömningen görs lokalt och går snabbt, men med det följer också nackdelen att det uppstår betydande skillnader i bedömningar mellan avdelningar och sjukhus. Vi har i det här arbetet funnit att expertkunskap om vårdrelaterade infektioner och kvalitetskontroll är avgörande för att få tillförlitliga data.

Överensstämmelsen mellan vårdrelaterade infektioner klassificerade enligt svenska och ECDC-definitioner var bättre i Västerbotten än på Karolinska universitetssjukhuset. I Västerbotten utförs kvalitetskontroll av insamlade data, till skillnad från vid Karolinska universitetssjukhuset, vilket kan förklara den bättre överensstämmelsen i Västerbotten. Omgranskning av journaler visade flera felregistreringar av vårdrelaterade infektioner i den svenska mätningen. Även i en nationell validering av den svenska punktprevalensmätningen, som utfördes 2012 på uppdrag av SKR, upptäcktes många felklassificeringar när patientjournaler omgranskades av experter [7]. Efter omgranskningen i vår studie var kappavärdena för överensstämmelse mellan vårdrelaterade infektioner klassificerade enligt svenska och ECDC-definitioner 0,80 och 0,90 på Karolinska universitetssjukhuset respektive i Västerbotten, vilket är bra till mycket bra. Fynden talar starkt för att expertgranskade data ger mer tillförlitliga resultat och en bättre överensstämmelse. Andra sätt att förbättra kvalitet och reproducerbarhet av diagnossättning kan vara utbildning av bedömare och automatiserade övervakningssystem för vårdrelaterade infektioner [8].

Prevalensen av vårdrelaterade infektioner var hög-

re i Västerbotten jämfört med Karolinska universitetssjukhuset, både i den svenska mätningen och i granskningen enligt ECDC:s definitioner. Detta kan troligen förklaras av olika patientunderlag och bortfallet av avdelningar i studien på Karolinska universitetssjukhuset. I Västerbotten var andelen patienter med hög ålder och som vårdades på intensivvårdsenheter större. Att vår studie inte var fullt representativ för hela patientpopulationen på Karolinska universitetssjukhuset styrks av att prevalensen för vårdrelaterade infektioner var 13,7 och 13,3 procent i de två punktprevalensmättningarna utförda under 2016 [Carina Ålenius, Stockholm, pers medd; 2019]. En tidigare ECDC-ledd studie har visat en prevalens för vårdrelaterade infektioner enligt ECDC-definitioner på 7,3 procent (95 procents konfidensintervall 3,9–13,4) i Sverige [9]. Denna studie hade liknande svagheter som vår studie, då den endast baserades på data från fyra sjukhus, och prevalensen i vår studie låg inom 95 procents konfidensintervall i den tidigare studien. Förutom denna studie saknas data på förekomst av vårdrelaterade infektioner enligt ECDC-definitioner i Sverige. En annan svaghet i vår studie var att data insamlades retrospektivt genom journalgranskning, vilket medför viss risk for felklassificering – granskningen var dock blindad gällande diagnoser och information i den svenska punktprevalensmätningen. För att få en bättre jämförelse mellan svenska och ECDC-definitioner med större generaliserbarhet krävs i framtiden prospektiva undersökningar där fler sjukhus deltar.

Definitioner för fall av vårdrelaterade infektioner i övervakningssystem bör vara baserade på precisa kriterier som möjliggör objektiva bedömningar för att öka reproducerbarheten. Vår studie indikerar att expertkunskap och kvalitetsgranskning är viktiga för korrekt klassificering av vårdrelaterade infektioner i mätningar. Studien stödjer att prevalensen för vårdrelaterade infektioner enligt den svenska mätningen är högre än i mätning enligt ECDC:s definitioner, men att expertgranskade data ger bra till mycket bra överensstämmelse mellan de olika definitionssystemen. Den visar också att en enkel expertgranskning av data före registrering enligt det svenska systemet kan bidra till mer robusta data.

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.
- Studien genomfördes inom ramen för projektet VRI Proaktiv med anslag från Vinnova.

Citera som: Läkartidningen. 2020;117:FR6E

Läs mer!
Engelsk sammanfattning på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Socialstyrelsen. Minska risken för vårdrelaterade infektioner, VRI. 11 jun 2019. https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker/vardskadeomraden/vri-vardrelaterade-infektioner
2. Vårdrelaterade infektioner. Kunskap, konsekvenser, kostnader. Markörbaserad journalgranskning jan 2013–juni 2016. Stockholm. Sveriges Kommuner och landsting (SKL); 2017.
3. Cassini A, Plachouras D, Eckmanns T, et al. Burden of six healthcare-associated infections on European population health: estimating incidence-based disability-adjusted life years through a population prevalence-based modelling study. PLoS Med. 2016;13(10):e1002150.
4. Suetens C, Latour K, Kärki T, et al; The Healthcare-Associated Infections Prevalence Study Group.Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. Euro Surveill. 2018;23(46).
5. Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Protocol version 5.3. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC); 2016.
6. Sveriges Kommuner och landsting (SKL). Inför mätning av vårdrelaterade infektioner 2020. 29 aug 2019. https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningvardrelateradeinfektioner/informatningvri.4721.html
7. Tammelin A, Qvarfordt I. Point-prevalence surveillance of healthcare-associated infections in Swedish hospitals, 2008-2014. Description of the method and ratability. J Hosp Infect. 2015;91(3):220-4.
8. van Mourik MSM, Perencevich EN, Gastmeier P, et al. Designing surveillance of healthcare-associated infections in the era of automation and reporting mandates. Clin Infect Dis. 2017; 66(6):970-6.
9. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011–2012. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC); 2013.



Lyssna på Läkartidningens podcast!

Spännande intervjuer och aktuella ämnen.

Du hittar den där poddar finns eller via läkartidningen.se

Läkartidningen

Synovialt sarkom – en högmalign tumörsjukdom som kan ha egendomligt kliniskt förlopp

Otte Brosjö, docent, överläkare, Sarkomcentrum, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm
otte.brosjo@sll.se

Roger Skogman, överläkare, verksamhetschef, ortopediska kliniken, Falu lasarett, Falun

Mjukdelssarkom är maligna tumörer i kroppens stödjevävnad. Årligen drabbas cirka 250 patienter i Sverige av ett mjukdelssarkom i en extremitet eller i bålväggen. Medelåldern vid diagnos är cirka 65 år. Patienten söker typiskt för en knöl i subkutis eller på djupet, i eller mellan muskler. Kännetecknande för mjukdelssarkom är frånvaron av andra symtom: oftast föreligger varken värk, smärta eller funktionsnedsättning, och inte heller påverkan på allmäntillstånd eller blodbild. Medelstorleken för mjukdelssarkom vid diagnos är 5 cm för subkutana tumörer och 8 cm för djupa. De vanligaste histopatologiska diagnoserna är odifferentierat pleomorft sarkom och liposarkom [1].

Synovialt sarkom utgör knappt 10 procent av alla mjukdelssarkom, drabbar yngre patienter [2] och är ofta lokaliserade lednära, men ytterst sällan intraartikulärt [3]. Ett synovialt sarkom utgår inte från en led- eller sensynovia, utan namnet är en beskrivning av hur cellerna ser ut. De besvär och den kliniska bild patienten kan ha är ibland annorlunda och svårtolkade. Patienten kan ibland ha smärta under lång tid på platsen där ett synovialt sarkom så småningom upptäcks.

Följande två fallbeskrivningar beskriver hur svårtolkat det kliniska förloppet kan vara.

PATIENT 1

I april 2013 inkom en remiss till ortopedmottagningen på ett länssjukhus angående en 42-årig man med en ganglionliknande knöl vid högra laterala malleolen.

Vid läkarbesök två månader senare bedömdes resistensen vara ett tydligt ganglion dorsalt om laterala malleolen, lätt ömmande vid palpation. Patienten sattes på väntelista för dagkirurgisk exstirpation, vilken gjordes en dryg månad senare. Överläkaren som skulle operera valde i stället att punktera resistensen på »ganglieinnehåll« och sprutade kortison i den. Resistensen försvann helt, men området var fortfarande något ömt. Tre veckor senare hade knölen recidiverat, och en MR-undersökning beställdes. Denna visade en subkutan, multilobulär, cystisk bildning, 2,5 × 3 × 1,5 cm stor, vid platsen för peroneussenorna. Bedömningen blev återigen ganglion (Figur 1). Resistensen exciderades i narkos men skickades inte för PAD.

Patienten var besvärsfri i några månader, men resistensen återkom sedan, nu mer ömmande än tidigare. Återigen aspirerades »ganglieliknande innehåll« och kortison injicerades. Detta hjälpte inte patienten, varför ny excision planerades.

Vid denna tidpunkt hade det även uppkommit en knuta i samma sidas ljumske, och patienten bedömdes på kirurgkliniken för denna. Misstanken var ett femoralbråck. En DT-undersökning genomfördes inför ställningstagande till operation av det misstänkta bråcket. På grund av atypiskt utseende kompletterades med MR-undersökning av höger ljumske, och misstanke om ett sarkom i ljumsken uppkom.

Patienten remitterades nu till Sarkomcentrum i Stockholm. Under tiden reopererades han för resistensen vid laterala malleolen. Denna gång såg det inte ut som ett ganglion, varför vävnad skickades för PAD. Diagnosen blev synovialt sarkom. Resistensen i höger ljumske visade sig senare vara en stor och tillväxande lymfkörtelmetastas. Då PET-DT inte kunde påvisa ytterligare tecken på metastasering genomfördes i november 2015 en underbensamputation och samtidig lymfkörtelutrymning i ljumsken. Trots postoperativ strålbehandling mot ljumsken och cytostatikabehandling avled patienten i generell metastasering, 4 år efter den första vårdkontakten för ett »ganglion«.

PATIENT 2

En i övrigt frisk 25-årig kvinna sökte ortopedmottagningen på ett länssjukhus för smärta lateralt i höger knä. En MR-undersökning utfördes och påvisade en liten resistens subkutant, lateralt om knäleden. MR-bilderna länkades till Sarkomcentrum i Stockholm för sekundärgranskning. Den radiologiska bedömningen där blev sannolikt meniskganglion (Figur 2). Trots insatt fysioterapi och NSAID utvecklade hon en smärtsam kontraktur i knäleden. Tillståndet bedömdes som ett komplext regionalt smärtsyndrom (CRPS) och hon remitterades till smärtmottagning.

Hon återkom till ortopedkliniken flera år senare med kvarstående smärta och kontraktur i samma knä. En ny MR beställdes och denna påvisade en »något oregelbunden men för övrigt välavgränsad förändring med brosksignal«. Förändringen hade ökat något i storlek jämfört med tidigare undersökningar och mätte nu 2 × 2,5 cm, med utseende som en benign brosktumör. Förändringen var klart ömmande, men med tanke på hennes CRPS förelåg fortsatt tveksamhet till kirurgiskt avlägsnande. Förnyade MR-undersökningar visade måttlig tillväxt av resistensen. Slutligen vil-

HUVUDBUDSKAP

- Mjukdelssarkom utgör mindre än 1 procent av all cancer.
- De standardiserade vårdförloppen beskriver tydligt när en knöl bör misstänkas vara ett mjukdelssarkom.
- En hög grad av vaksamhet är viktig vid minsta avvikelse hos oklara knölar.
- Vid minsta oklarhet, ta kontakt med ett Sarkomcentrum.





Figur 1 och 2. Magnetisk resonanstomografi av laterala malleolen hos patient 1 (till vänster) samt knäleden hos patient 2 (till höger). Bedömningen blev hos båda patienterna initialt ganglion, men det visade sig sedan handla om synovialt sarkom.

le man inte avvakta längre, varför knölen exciderades. Efter operationen försvann alla smärtor och rörligheten i knäleden återkom. PAD påvisade en 2,5 × 2,5 × 1,5 cm solid tumör med atypiska celler. Preparatet eftergranskades på Sarkomcentrum och diagnosen blev synovialt sarkom. För att minimera risken för lokalt tumörrecidiv gavs postoperativ strålbehandling.

Fortlöpande kontroller har nu, 3 år efter ingreppet, inte kunnat påvisa vare sig lokalt tumörrecidiv eller metastaser. Benets funktion normaliserades, patienten blev smärtfri och kunde återgå i arbete efter drygt 10 år med handikappande knäsmärtor.

»Om patienten söker för ett 'ganglion' på ovanlig lokalisation eller vid avvikande kliniskt förlopp såsom recidiv efter kirurgi eller onormalt starka besvär, rekommenderar vi MR-undersökning och någon form av nålbiopsi eller PAD vid excision.«

DISKUSSION

Ganglion är vanliga, och typiska lokalisationer är i anslutning till handleden, knäleden och fotleden. Vanligtvis krävs inte MR för diagnos, och behandling är antingen exspektans, punktion och aspiration eller kirurgisk excision (oftast utan PAD). Om patienten söker för ett »ganglion« med ovanlig lokalisation, eller vid avvikande kliniskt förlopp såsom recidiv efter kirurgi eller onormalt starka besvär, rekommenderar vi MR-undersökning och någon form av nålbiopsi eller PAD vid excision.

Mjukdelssarkom är mesenkymala tumörer i kroppens stödjevävnad. Den relativt symtomfria kliniska bilden och det ofta långa förloppet gör att både patientfördröjning och läkarfördröjning är vanligt. Tumörstorlek är den viktigaste prognostiska faktorn, varför tidig diagnos är avgörande för att kunna bota patienten med denna tumörsjukdom.

Enligt de standardiserade vårdförloppen bör alla patienter med djupt belägna tumörer (under muskelfascian) remitteras till ett Sarkomcentrum för bedömning, liksom alla med ytliga (subkutana) tumörer större än 5 cm i diameter [5]. Undantag är tumörer med ren fettsignal enligt DT eller MRT, där diagnosen lipom kan ställas på bildmaterial [4]. Med dessa rekommendationer remitteras nu nästan alla mjukdelssarkom till ett Sarkomcentrum för diagnos och behandling.

Remitteringsriktlinjer omfattar alla knölar, men kan givetvis inte fånga alla maligna tumörer. Den absoluta merparten av ytliga tumörer är dock benigna [5]. Våra 2 patienter visar att också små ytliga tumörer mycket sällsynt kan vara maligna men då utmärka sig med avvikande klinisk bild (smärta eller recidiv), något som också beskrivits tidigare [6].

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2020;117:FR6R

Läs mer!
Engelsk sammanfattning på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Trovik C, Bauer HCF, Styring E, et al. The Scandinavian Sarcoma Group Central Register: 6,000 patients after 25 years of monitoring of referral and treatment of extremity and trunk wall soft-tissue sarcoma. Acta Orthop. 2017;88(3):341-7.
2. Skytting BT, Bauer HC, Larsson O. Diagnosis, treatment and prognosis of patients with synovial sarcoma. The Scandinavian Sarcoma Group experience. Acta Orthop Scand Suppl. 1999;285:47-9.
3. Nordemar D, Öberg J, Brosjö O, et al. Intra-articular synovial sarcomas: Incidence and differentiating features from localized Pigmented Villonodular synovitis. Sarcoma. 2015;2015:903873.
4. Geijer M, Styring E, Brosjö O, et al. Fetthaltiga mjukdelstumörer i rörelseapparaten ofta godartade. Läkartidningen. 2014;111:CWYD.
5. Regionala cancercentrum i samverkan. Skelett- och mjukdelssarkom. Beskrivning av standardiserat vårdförlopp. 2016. https://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/sarkom/vardforlopp/svf-sarkom121621.pdf
6. Jamshidi K, Yahyazadeh H, Bagherifard A. Unusual presentation of synovial sarcoma as meniscal cyst: a case report. Arch Bone Jt Surg. 2015;3(4):296-9.

Dystrophia myotonica typ 1 ovanlig orsak till bradykardi hos unga

SYNKOPEEPISODER HOS 24-ÅRIG KVINNA VISADE SIG BERO PÅ SJUK SINUSKNUTA TILL FÖLJD AV NEUROMUSKULÄR SJUKDOM

Agnes Knight, leg läkare, VO anestesi

Ludvig Tidehag, leg läkare, VO ÖNH; båda Hudiksvalls sjukhus

Gustav Mattsson, ST-läkare, VO internmedicin
● gustav.mattsson@regiongavleborg.se

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

Synkope hos unga har oftast en godartad underliggande orsak; dock har en liten andel en potentiellt livshotande genes såsom kardiell synkope. Bradykardi vid högre ålder orsakas ofta av åldersrelaterad retledningsfibros, medan annan underliggande sjukdom ska misstänkas hos yngre patienter. Under 2017 gjordes i Sverige 101 nyimplantationer av pacemaker på grund av bradykardi hos patienter under 40 år, endast 1,5 procent av alla nyimplantationer [1].

Denna artikel beskriver en ung kvinna med upprepade synkopeepisoder, där orsaken var en sjuk sinusknuta till följd av en tidigare odiagnostiserad neuromuskulär sjukdom.

FALLBESKRIVNING

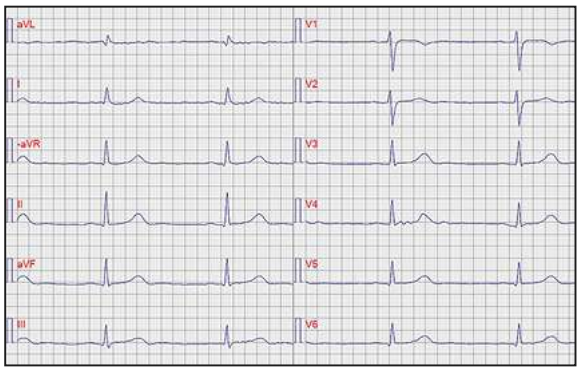
En 24-årig kvinna sökte akutmottagningen efter att ha svimmat tre gånger under samma dygn: på morgonen i samband med tandborstning, på vårdcentralen och i bilen på väg till akutmottagningen. Hon hade även i tonåren svimmat vid två tillfällen. Patienten hade fötts för tidigt och vårdats på sjukhus de första 4 månaderna, men hade i övrigt inga kända sjukdomar.

Det faktum att svimningarna skedde utan förvarning eller eftersymtom gjorde att kardiell genes kunde misstänkas [2]. EKG på akutmottagningen var dock normalt (Figur 1). Ortostatiskt prov var utan anmärkning, och anamnesen tydde inte på ortostatism. Telemetri på hjärtavdelningen påvisade bradykardiepisoder med hjärtfrekvens ner till 30 slag per minut samt sinusarrester med RR-intervall på uppemot 6,5 sekunder.

För att utreda annan genes till medvetandeförlusten utfördes EEG, som påvisade mindre epileptogen aktivitet vid ytlig sömn, vilken bedömdes vara ospecifik. Datortomografi av hjärnan visade inget avvikande, och MRT av hjärnan visade förändringar som bedömdes vara förenliga med prematur födsel.

Patienten erhöll en DDDR-pacemaker (dual pacing, dual sensing, dual response, rate-responsive) på grund av upprepade svimningar och dokumenterad sinusarrest. Implantationen visade fullgoda mätvärden. Den till storleken minsta pacemakern valdes, eftersom området för dosfickan uppvisade mycket lite underhudsfett och tunna muskelskikt.

Under vårdtiden noterades att patienten inte kunde räta ut sina fingrar ordentligt efter att hon greppat föremål. En remiss skickades därför till neurologkonsult, som kunde verifiera att patienten hade svårt att släppa taget då de skakat hand och att ansiktsmuskulaturen var påtagligt tunn. Patienten själv upplevde inga problem med generell muskelsvaghet men medgav besvär från händerna. I släkten fanns ingen känd ärftlig sjukdom och ingen i familjen hade liknande symtom som patienten.



Figur 1. Vid ankomsten till akutmottagningen visade 12-avledningars-EKG sinusrytm med 60 slag/minut.

Lumbalpunktion med likvorprovtagning utfördes utan tecken till borrelios. På misstanke om möjlig muskelsjukdom utfördes EMG, som visade uttalad myotoni men ingen dystrofi. Genetisk utredning påvisade patologiska CTG-expansioner på kromosom 19 omfattande 100 repetitioner, vilket bekräftade dia-

HUVUDBUDSKAP

- Dystrophia myotonica typ 1 är en sällsynt men viktig differentialdiagnos vid bradykardi hos unga.
- Framför allt anses höggradigt atrioventrikulärt block II–III orsaka synkope, men det kan även orsakas av sinusarrest, vilket denna fallbeskrivning visar.
- Dödligheten vid dystrophia myotonica typ 1 är 7 gånger högre än hos normalbefolkningen, och plötslig död står för mer än en tredjedel av dödsfallen.
- Livshotande ventrikulära arytmier förekommer, och vid nedsatt systolisk vänsterkammarfunktion bör indikation för primärpreventiv implanterbar kardiell defibrillator värderas.
- Samtliga patienter med dystrophia myotonica typ 1 bör årligen genomgå klinisk bedömning och utredning med 12-avlednings-EKG, 24-timmars Holter-EKG och ekokardiografi.

gnosen dystrophia myotonica typ 1 (Steinerts sjukdom).

Efter pacemakerimplantationen upphörde synkopepisoderna. Vid avläsning av pacemakern konstaterades 12 procent stimulering i förmaket och mindre än 1 procent kammarstimulering. Upprepade ekokardiografiundersökningar var invändningsfria. MRT av hjärtat visade normala förhållanden. Blodprov inklusive tyreoideaprofil och NT-proBNP (N-terminalen av prohormonet till BNP [natriuretisk peptid av B-typ]) (28 ng/l) var utan anmärkning.

DISKUSSION

Sinusbradykardi eller atrioventrikulärt (AV)-block II typ 1 (Wenckebach-fenomen) utan symtom är vanligt förekommande hos vältränade unga och vanligtvis enbart ett uttryck för parasympatikustonus [3].

Bradykardi hos unga kan även orsakas av bl a hypotyreos, läkemedel, hyperkalemi, borrelios, dysfunktion av autonoma nervsystemet, inlagringssjukdomar som amyloidos eller hemokromatos, autoimmuna sjukdomar som systemisk lupus erythematosus, medfödda hjärtfel, anorexia nervosa, iatrogena skador på retledningssystemet i samband med hjärtkirurgi/kateterablation och neuromuskulära sjukdomar [4].

Dystrophia myotonica typ 1 är den vanligaste formen av muskeldystrofi hos vuxna med en incidens på 1/8 000 födda [5]. Sjukdomen medför bl a varierande grad av muskeldystrofi, myotoni och katarakt, men den kan även påverka hjärtat, hormonproducerande körtlar och kognitiva funktioner [6].

Dystrophia myotonica typ 1 orsakas av en mutation i genen DMPK på kromosom 19 (19q13.2-q13.3), som kodar för proteinet dystrophia myotonica-proteinkinas [7]. Vid dystrophia myotonica typ 1 är antalet kopior av DNA-sekvensen CTG ökad, vilket ger instabilitet och innebär att ytterligare påbyggnad av antalet kopior kan ske när genen nedärvs [7]. Dystrophia myotonica nedärvs autosomalt dominant med anticipation, och det finns stora variationer vad gäller såväl vid vilken ålder sjukdomen ger symtom som dess utbredning och svårighetsgrad [6].

Hjärtpåverkan

De flesta patienter med dystrophia myotonica typ 1 får hjärtaffektion; hur stor andel är svårt att uppskatta eftersom många är symtomfria. Vanligast är rytmrubbningar såsom AV-blockering eller grenblock. Omkring 65 procent av patienterna har avvikande EKG [8]. I en metaanalys av 18 studier omfattande 1 828 patienter med dystrophia myotonica uppvisade 28 procent AV-block I, 22 procent förlängd QTc-tid (korrigerad QT-tid) och 14 procent frekventa ventrikulära extraslag, medan förmaksflimmer/-fladder, grenblock och ventrikeltakykardi förekom hos ca 5 procent [9].

Vår patient hade sinusarrest, mest sannolikt till följd av dystrophia myotonica typ 1. Detta är ovanligt, men styrks av att patienten hade 12 procent förmaksstimulering, ingen ventrikulär stimulering och att ingen annan förklaring till sjuk sinusknuta framkommit under uppföljningen [10].

I en artikel där 300 patienter med dystrophia myotonica undersökts uppvisade bara 1 patient sinusbradykardi [11]. Av 81 patienter (medelålder 29,9 år) med dystrophia myotonica typ 1 i en retrospektiv observationsstudie hade 13,8 procent dysfunktion av sinusnoden efter en medeluppföljningstid på 5,7 år [12].

»Sjukdomen medför bl a varierande grad av muskeldystrofi, myotoni och katarakt, men den kan även påverka hjärtat, hormonproducerande körtlar och kognitiva funktioner …«

I en studie av 49 patienter (medelålder 45,5 år) med dystrophia myotonica typ 1, vilka vid elektrofysiologisk undersökning hade tecken på förlängd överledning i AV-noden (His–ventrikulärt intervall ≥70 ms) uppvisade 42,9 procent AV-block III, medan 8,2 procent uppvisade sinoatriellt block vid pacemakeravläsning efter medeluppföljningstid på 4,5 år [13].

Den bakomliggande patologin som orsakar hjärtbesvär är fibros och fettinfiltration i hjärtmuskulaturen, vilket drabbar retledningssystemet och orsakar ledningsblock, ektopisk aktivitet och återkommande arytmier med symtom som hjärtklappning, synkope och plötslig hjärtdöd [14]. Vid en 10-årsuppföljning av patienter med dystrophia myotonica typ 1 var medellivslängden 53 år och mortaliteten 7,3 gånger den hos den friska kontrollgruppen [15].

Dödsorsaken är respiratorisk svikt i ca 40 procent av fallen och kardiell i 30 procent av fallen [7, 15, 16]. Bradyarytmi med asystoli eller bradykardiinducerad ventrikeltakykardi anses vara huvudorsaken till plötslig hjärtdöd hos patienter med dystrophia myotonica [8]. Då patienter med symtomgivande bradykardi erhållit pacemaker har man även sett fall av ventrikeltakykardi som orsakat plötslig död [5, 9]. Män, äldre och patienter med mer uttalad muskelsjukdom har högre risk för både bradyarytmi och ventrikulär takyarytmi [17].

Antalet CTG-repetitioner korrelerar med ökad risk för plötslig död, retledningsdefekter, vänsterkammardysfunktion och supraventrikulära arytmier [18].

Pacemakerbehandling

Det finns ett generellt stöd för tidig behandling med pacemaker till patienter med dystrophia myotonica och påverkan på retledningssystemet [14]. Pacemaker ska övervägas till patienter med AV-block II och III eller sjuk sinusknuta [4, 3, 14]. Vissa studier indikerar att profylaktisk implantation av pacemaker hos patienter med sjukdomen och högriskfaktorer kan vara gynnsam.

I en retrospektiv studie var överlevnaden högre

»Det finns ett generellt stöd för tidig behandling med pacemaker till patienter med dystrophia myotonica och påverkan på retledningssystemet …«

hos dem med tecken på fördröjd retledning (PQ-tid >200 ms eller QRS-duration >100 ms) som genomgick elektrofysiologisk undersökning och erhöll pacemaker om His-ventrikulärt intervall var >70 ms än hos dem som inte genomgick elektrofysiologisk undersökning [19]. Den kliniska relevansen av detta är dock inte fastställd och det saknas randomiserade prövningar.

För patienter som överlevt hjärtstillestånd eller ventrikeltakykardi med hemodynamisk påverkan är implanterbar kardiell defibrillator (ICD) indicerad. Primärpreventiv ICD ska övervägas vid nedsatt ejektionsfraktion (≤35 procent) trots 3 månader med optimal medicinsk behandling [3, 4, 14].

SAMMANFATTNING

Vid bradykardi hos unga personer bör dystrophia myotonica typ 1 finnas med i de differentialdiagnostiska övervägandena. Vanligtvis manifesterar sig bradykardin som höggradigt AV-block. Vårt fall illustrerar dock att sjuk sinusknuta med synkope också förekommer.

Det är värdefullt att vara observant på tecken till muskeldystrofi hos dessa patienter, och det kan vara motiverat med ytterligare utredning inklusive genetisk testning. Samtliga patienter med dystrophia myotonica typ 1 bör årligen genomgå klinisk bedömning, 12-avlednings EKG, 24-timmars Holter-EKG och ekokardiografi [5].

Plötslig död förekommer till följd av såväl bradykardi som ventrikeltakykardi men också hjärtsvikt, varför samverkan mellan neurolog, kardiolog och klinisk genetiker samt återkommande uppföljning är värdefullt. ○

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

Citera som: Läkartidningen. 2020;117:FR47

Läs mer!
Engelsk sammanfattning på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Svenska ICD- och pacemakerregistret. Årsrapport 2017. [citerat 31 jan 2019]. https://www.pacemakerregistret.se/icdpmr/docbankView.do?id=-er3_cQ----LD-5OR_a-VAvK0
2. Brignole M, Moya A, de Lange FJ, et al; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. Eur Heart J. 2018; 39(21):1883-948.
3. Kusumoto FM, Schoenfeld MH, Barrett C, et al. 2018 ACC/AHA/HRS Guideline on the evaluation and management of patients with bradycardia and cardiac conduction delay: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. Heart Rhythm. 2019;16(9):e128-226.
4. European Society of Cardiology (ESC); European Heart Rhythm Association (EHRA); Brignole M, Auricchio A, Baron-Esquivias G, et al. 2013 ESC guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy: the Task Force on cardiac pacing and resynchronization therapy of the European Society of Cardiology (ESC). Developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association (EHRA). Europace. 2013;15(8):1070-118.
5. Pelargonio G, Dello Russo A, Sanna T, et al. Myotonic dystrophy and the heart. Heart. 2002;88(6):665-70.
6. Thornton CA. Myotonic dystrophy. Neurol Clin. 2014;32(3):705-19.
7. Fu YH, Pizzuti A, Fenwick RG Jr, et al. An unstable triplet repeat in a gene related to myotonic muscular dystrophy. Science. 1992;255(5049):1256-8.
8. Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, et al. Braunwald's Heart disease. A textbook of cardiovascular medicine. 9th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012.
9. Petri H, Vissing J, Witting N, et al. Cardiac manifestations of myotonic dystrophy type 1. Int J Cardiol. 2012;160(2):82-8.
10. Segawa I, Kikuchi M, Tashiro A, et al. Association of myotonic dystrophy and sick sinus syndrome, with special reference to electrophysiological and histological examinations. Intern Med. 1996;35(3):185-8.
11. Church SC. The heart in myotonia atrophica. Arch Intern Med. 1967;119(2):176-81.
12. Facenda-Lorenzo M, Hernández-Afonso J, Rodríguez-Esteban M, et al. Cardiac manifestations in myotonic dystrophy type 1 patients followed using a standard protocol in a specialized unit. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2013;66(3):193-7.
13. Lazarus A, Varin J, Babuty D, et al. Long-term follow-up of arrhythmias in patients with myotonic dystrophy treated by pacing: a multicenter diagnostic pacemaker study. J Am Coll Cardiol. 2002;40(9):1645-52.
14. Lau JK, Sy RW, Corbett A, et al. Myotonic dystrophy and the heart: a systematic review of evaluation and management. Int J Cardiol. 2015;(184):600-8.
15. Mathieu J, Allard P, Potvin L, et al. A 10-year study of mortality in a cohort of patients with myotonic dystrophy. Neurology. 1999;52(8):1658-62.
16. Groh WJ, Groh MR, Saha C, et al. Electrocardiographic abnormalities and sudden death in myotonic dystrophy type 1. N Engl J Med. 2008;358(25):2688-97.
17. Cudia P, Bernasconi P, Chiodelli R, et al. Risk of arrhythmia in type I myotonic dystrophy: the role of clinical and genetic variables. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2009;80(7):790-3.
18. Chong-Nguyen C, Wahbi K, Algalarrondo V, et al. Association between mutation size and cardiac involvement in myotonic dystrophy type 1. Circ Cardiovasc Genet. 2017;10(3).
19. Wahbi K, Meune C, Porcher R, et al. Electrophysiological study with prophylactic pacing and survival in adults with myotonic dystrophy and conduction system disease. JAMA. 2012;307(12):1292-301.

Prenumerera på Läkartidningen

Ring 08-790 33 41 eller mejla pren@lakartidningen.se



Läkartidningen

Leverskada av flukloxacillin – ökad risk hos kvinnor och äldre

Hur vanlig är leverpåverkan på grund av flukloxacillin? Vilka riskfaktorer finns?

Svar: Katri Rosenthal Aizman, Jonatan Lindh; båda Karolic (Stockholm)

Drugline nr: 24952

Sammanfattning. Leverpåverkan till följd av flukloxacillin är välkänd. Förekomsten uppskattas till 1 på 10 000–30 000 förskrivningar. Kända riskfaktorer är hög ålder (> 70 år), kvinnligt kön och multipla förskrivningar av flukloxacillin.

▶ Enligt tillverkaren föreligger risk för leverskada vid användning av flukloxacillin (Heracillin). Biverkningar rörande lever- och gallvägar listas som sällsynta (> 1/10 000, < 1/1 000). Risken ökar sannolikt vid högre ålder och vid längre tids behandling [1].

Flukloxacillin anses vara en ledande orsak till antibiotikaorsakad leverskada i flera länder [2]. Förekomst av läkemedelsinducerad leverskada (drug-induced liver injury, DILI) till följd av flukloxacillin har uppskattats i några länder, Sverige inkluderat, till ett fall på 10 000–30 000 förskrivningar [2]. I en kohortstudie från Storbritannien, publicerad 2017, uppskattas frekvensen till ca 8 per 100 000 förskrivningar av flukloxacillin [3].

I WHO:s internationella biverkningsdatabas, Vigibase, finns totalt nästan 9 000 rapporter om flukloxacillin. Av dessa rör 1 300 (ca 14 procent) kolestas och ikterus. Av dessa 1 300 rapporter är 217 rapporter från Sverige [4]. Biverkningsrapporteringen ser dock olika ut i olika länder, och för ovan nämnda databas är ett kausalsamband mellan läkemedel och rapporterad biverkan inte alltid utvärderat, varför dessa rapporter ska tolkas med försiktighet.

Hög ålder (> 70 år), kvinnligt kön och multipla förskrivningar ökar risken påtagligt [3]. I en svensk registerstudie av 50 flukloxacillinbehandlade patienter med DILI och 2 330 matchade kontroller har man även föreslagit tidigare njurstenssjukdom som en potentiell riskfaktor [5]. Det finns inga tydliga uppgifter i publicerade studier som skulle tyda på ett samband mellan dos och förekomsten av biverkan.

Flukloxacillin tycks oftast orsaka en övergående, idiosynkratisk hepatotoxisk reaktion med debut vanligen inom 45 dagar efter behandlingsstart och normalisering inom veckor–månader efter utsättning. Leverpåverkan av flukloxacillin är vanligtvis av kolestatisk typ, och flertalet patienter har ikterus. I sällsynta fall har man sett skleros av gallgångarna (vanishing bile duct syndrome) och fall av akut transplantationskrävande leversvikt. Även leversvikt med dödlig utgång finns beskriven [2, 6, 7].

Fall av mycket långdragen leverpåverkan finns beskrivna. En fallbeskrivning från 1992 handlar om en 54-årig kvinna som efter behandling med flukloxacillin utvecklade kolestas och misstänkt skleros av gallvägarna, vilket ledde till levercirros och levertransplantation sju år senare [8].

Mekanismen för kolestatisk hepatit tycks vara en överkänslighetsreaktion. Den typen av reaktion är troligen en klasseffekt av penicillinasresistenta penicilliner, där följande preparat ingår: flukloxacillin, kloxacillin, dikloxacillin, meticillin, oxacillin och nafcillin. (Av dessa är de fyra sistnämnda avregistrerade/inte marknadsförda i Sverige.) Biverkningen inträffar oftast vid behandling med flukloxacillin [2, 6]. Man har föreslagit att patienter som drabbats av en idiosynkratisk leverskada på grund av något av de penicillinasresistenta penicillinerna inte bör behandlas med antibiotika från samma grupp i framtiden [6].

Immunologiska mekanismers roll i flukloxacillinorsakad leverskada har demonstrerats, och det finns bevis för att risken för flukloxacillininducerad leverskada ökar hos personer som bär på allelen HLA-B*5701. Trots denna starka association kommer endast 1 av 500–1 000 HLA-B*5701-bärare att utveckla leverskada vid behandling med flukloxacillin [9],

»Man har föreslagit att patienter som drabbats av en idiosynkratisk leverskada på grund av något av de penicillinasresistenta penicillinerna inte bör behandlas med antibiotika från samma grupp i framtiden.«

vilket betyder att det positiva prediktiva värdet av att testa för allelen HLA-B*5701 med avseende på leverskada är mycket lågt (0,12 procent) [1, 6]. Däremot har man vid genotypning påvisat HLA-B*5701-bärarskap hos 63 av 74 patienter (85 procent) som har fått behandling med flukloxacillin och utvecklat DILI [9]. Detta indikerar att HLA-genotypning kan vara av differentialdiagnostiskt värde hos patienter med misstänkt flukloxacillinorsakad DILI. ○

Läs mer!
Referenslista finns på Läkartidningen.se

LÄKEMEDELSFRÅGAN

Under vinjetten »Läkemedelsfrågan« publiceras ett urval av de frågor som behandlats vid någon av de regionala läkemedelsinformationscentralerna (LIC), som hjälper sjukvårdspersonal, apotek och läkemedelskommittéer när medicinska läkemedelsproblem uppstår i det dagliga arbetet. Frågorna har sammanställts vid Karolinska universitetssjukhuset, avdelningen för klinisk farmakologi. Svaren, som är evidensbaserade och producentobundna, publiceras även i databasen Drugline. Frågor kan ställas till regionala LIC – telefonnummer finns på http://www.lic.nu.

Frågor och svar publiceras i sin helhet på http://www.drugline.se.



Läkares arbetsmiljö är patientens säkerhet

□□□ Vi behöver skapa ett yrkesliv som främjar hälsa. Läkaryrket ska vara utmanande, men idag arbetar många under hårt pressade förhållanden; en arbetsmiljö som präglas av stort ansvar, komplexitet, hög arbetsbelastning och etisk stress. Sambandet mellan arbetsvillkor och vårdkvalitet är tydligt – läkares arbetsmiljö är patientens säkerhet.

LÄKARKÅRENS FRUSTRATION ÄR ENORM. Inte för att läkarna inte älskar sitt yrke – tvärtom. Utan för att de är så besvikna över dåliga villkor för att utföra sitt jobb; att behandla sköra och sjuka människor. Vi ser att fler läkare drabbas av psykisk ohälsa och stressrelaterade besvär, att många upplever en för hög arbetsbelastning som påverkar patientsäkerheten negativt och att en stor del av våra medlemmar går ner i arbetstid för att orka med sitt arbete, skriver Heidi Stensmyren i en ny krönika på Trygg vård, en webbplats från Läkarförbundet.

Varför behövs ett aktivt arbetsmiljöarbete?

Vi ser tydliga effekter av stress hos unga kvinnliga läkare och sjukskrivningarna har över tid ökat. Detta drabbar individen, men är även en förlust för hälso- och sjukvården. I somras släppte Sveriges yngre läkares förening en rapport som visar att vart tredje ung läkare funderar på att byta yrkesbana. Osäkra anställningsvillkor, stress och ett orimligt stort ansvar är de huvudsakliga skäl som uppges.

Kortsiktiga ekonomiska lösningar och slimmade verksamheter blir ofta dyrare i längden. Det lönar sig att satsa på att personalen får tid för återhämtning och goda möjligheter att utvecklas i yrket. Tid att hålla sig á jour med den senaste kunskapen och tid till fortbildning är också avgörande för att skapa ett hälsosamt arbetsliv.

Vi måste få en arbetssituation som skapar goda förutsättningar för ett långt yrkesliv.

Samhället har investerat mycket i att utbilda läkarna, som i sin tur har lagt år av sina liv på att utbilda sig. Om arbetssituationen gör individen sjuk är det en stor förlust för den enskilde och i förlängningen en risk för patienterna.

Hela Heidi Stensmyrens krönika finns på Trygg vård!

→ **www.tryggvard.se**

Hållbart arbetsliv för läkare

Läkarförbundet bevakar och driver arbetsmiljöfrågor på många nivåer.

Våra skydds- och klinikombud bevakar läkarnas arbetsmiljöfrågor ute på arbetsplatserna. Vi är part i föreningen Suntarbetsliv, där fackliga organisationer och arbetsgivare inom kommun och landsting tillsammans arbetar för hållbara arbetsvillkor och hälsa. Suntarbetslivs verktyg är konkreta stödmaterial för arbetsmiljöarbetet och vägleder till att uppfylla Arbetsmiljöverkets föreskrifter.

Chefer och skyddsombud kan tillsammans se vad som fungerar, vad som behöver undersökas närmare, och vad som behöver förbättras.

Kontinuerlig kompetensutveckling, rimliga arbetstider under hela arbetslivet och inflytande över arbetets organisering är förutsättningar för en god arbetsmiljö och en god, säker och trygg vård för patienten.

Läs mer om Suntarbetsliv och vårt arbete för ett hållbart arbetsliv för läkare på vår webbplats!

→ **www.tryggvard.se**

Läkarförbundet vill att…

- ✓ **Ingen ska bli sjuk av sitt jobb.** Trenden med ökande sjukskrivningstal bland läkare måste brytas – Vi vill inte förlora en enda läkare till på grund av dålig arbetsmiljö. En tydlig koppling mellan förutsättningar och uppdrag är en förutsättning för en god arbetsmiljö för läkare.
- ✓ **Arbetsgivaren tar ansvar för arbetsmiljön.** För att kunna ta sig an utmaningarna i arbetsmiljön krävs att det finns ett systematiskt arbetsmiljöarbete på plats. Men anställda och skyddsombud måste i större utsträckning involveras för att få inflytande över arbetsmiljön. Det är i samverkan och dialog den goda arbetsmiljön skapas.
- ✓ **Tid och resurser är avsatta för kompetensutveckling.** Läkarnas kompetens har en avgörande betydelse för hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet. Fortbildningen är därför en viktig del av utvecklingsarbetet inom vården. Alla läkare måste ges goda förutsättningar att ta till sig ny kunskap genom hela yrkeslivet.

Modeller för studierektorskap i små specialiteter



TILL LÄKARFÖRBUNDETS fullmäktige 2018 skrev Smärtläkarföreningen en motion där man påtalade problemen med att ST-läkare inte har tillgång till en studierektor i den egna specialiteten. Med utgångspunkt i motionen har Läkarförbundet tagit fram modeller för hur man kan säkra tillgången till en studierektor för ST-läkarna i små specialiteter. Fokus har legat på att lyfta fram goda exempel. Resultatet hittar du på vår webbplats!

→ **www.lakarforbundet.se/publikationer**

Läkarförbundet, A-kassan och inkomstförsäkringen

Har du full koll på vad som gäller om du skulle hamna mellan jobb? För yrkesverksamma medlemmar i Läkarförbundet ingår inkomstförsäkring. För att försäkringen ska gälla måste du också vara medlem i Akademikernas a-kassa. Läkarförbundets inkomstförsäkring kan ge ersättning för upp till 80 procent av löner upp till 100 000 kronor per månad. Försäkra din inkomst!

Läs mer på vår webbplats!

→ **www.lakarforbundet.se/inkomstforsakring**

Läkarförbundets medlemsförmåner

Utöver den service du får som medlem i Läkarförbundet finns också ett antal medlemsförmåner. Vi förhandlar fram rabatter och erbjudanden som du får ta del av. Våra fritidsbostäder, medlemsförsäkringar och bankerbjudanden är några av alla populära medlemsförmåner.

Läs mer på vår webbplats!

→ **www.lakarforbundet.se/medlem/medlemsformaner**

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		
Spec-läkare (2 st) Södertälje Sjukhus, Södertälje	1/3	04
Spec-läkare/ÖL, Region Sörmland	16/2	01-03
ALLMÄNMEDICIN		
Företagsläkare (allmänmed och/el FHV) GKN Aerospace, Trollhättan	28/2	04
Medicinska rådgivare, Löf	31/1	01-03
Spec-läk gyn el allmänmed, Reg hälsan, Sexmedicinskt Centrum, Gbg	28/2	01-03
Spec-läkare allmänmedicin/geriatrik, Närhälsan, Gråbo VC, Lerum	31/12	51-52
Spec-läkare, ordinarie tjänst, Ålands hälso- & sjukvård, Åland		51-52
Spec-läkare med geriatrisk erfarenhet, Geriatriska klin, Västerås	26/1	01-03
Spec-läkare intr för allmänmedicin, VC i Valdemarsvik	26/1	01-03
Spec-läkare spec sjv i hemmet (SSIH) Kullbergska sjh, Katrineholm	31/1	01-03
Spec-läkare, Del-/heltid, Lundens Husläkarmottagning, Sollentuna		04
Spec-läkare, Fridhemsplans Vårdcentral, Stockholm		51-52
Spec-läkare, intr smärta & utmattn, Kognitiva Teamet Rehab, Sthlm		04
Spec-läkare, VC Nöbbelöv, Region Skåne, Lund		04
Spec-läkare/ÖL, Region Sörmland	16/2	04
Vik allmänläk, kan ev bli fast tjänst. Kallhälls Nya VC, Järfälla	10/2	01-03
ANESTESI- OCH INTENSIVVÅRD		
Spec-läkare & ST-läkare, Anestesi & Intensivvård, Länssjh i Kalmar		51-52
ÖL, anestesi & smärtläkare, Skånes sjukhus nordväst, Helsingborg		51-52
Överläkare, intresse dagkirurgi, Västmanlands sjukhus, Köping	26/1	01-03
BARN- OCH UNGDOMSMEDICIN		
Spec-läkare med intresse för allmänmedicin, VC i Valdemarsvik	26/1	01-03
Spec-läkare, Barn- & ungdomshab, Psykiatri & Habilitering), Malmö		01-03
Spec-läkare, Fridhemsplans Vårdcentral, Stockholm		51-52
Spec-läkare/ÖL Barn- & ungdomsmed klin, Karlskoga lasarett	16/2	01-03
BARN- OCH UNGDOMSNEUROLOGI MED HABILITERING		
Spec-läkare, Barn- & ungdomshab, Psykiatri & Habilitering, Malmö		01-03
Spec-läkare/ÖL, Region Sörmland	16/2	01-03
BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRI		
Spec-läkare, Barn- & ungdomshab, Psykiatri & Habilitering, Malmö		01-03
ENDOKRINOLOGI OCH DIABETOLOGI		
ÖL/Spec-läk/Vårdenh-ÖL, Medicinmott, Frölunda Spec-sjh, Göteborg	5/2	04
ÖL/Spec-läkare, Endokrin- & Njursektionen, Med klin, USÖ, Örebro	26/1	01-03
ETABLERINGAR OCH ÖVERLÅTELSER		
Ersättningsetablering Allmänmedi överlåt enl LOL, 2020, Helsingborg	30/1	51-52
Spec-läk, ÖV Sophiahemmet & Hötorget, möjligt delägarskap, Sthlm		51-52
FÖRETAGSHÄLSOVÅRD		
Företagsläk (allmänmed och/eller FHV) GKN Aerospace, Trollhättan	28/2	04
Företagsläkare, Hälsan & Stressmedicin, Ullevienheten, Göteborg	5/2	01-03
GERIATRIK		
Spec-läk, intresse för allmänmedicin, VC i Valdemarsvik	26/1	01-03
Spec-läkare spec sjv i hemmet (SSIH) Kullbergska sjh, Katrineholm	31/1	01-03
Spec-läkare, Fridhemsplans Vårdcentral, Stockholm		51-52
Spec-läkare, med geriatrisk erfarenhet, Geiatriska klin, Västerås	26/1	01-03
Spec-läkare/ÖL, Region Sörmland	16/2	01-03
HUD- OCH KÖNSSJUKDOMAR		
Hudspecialistläkare, Luna Hudmottagning, Södertälje		51-52
Spec-läk/ÖL Dermatologi, VO Hud, Skånes sjh nordost, Kristianstad		01-03
Spec-läkare/ÖL, Hudkliniken, Länssjukhbuset i Kalmar		51-52
ÖL/Spec-läkare, Hud-mott, Frölunda Specialistsjukhus, Göteborg	29/1	01-03
HÖRSEL- OCH BALANSRUBBNINGAR		
Spec-läkare/ÖL, Region Sörmland	16/2	01-03
INFEKTIONSSJUKDOMAR		
Spec-läkare Infektionsklin/Venhälsan, Södersjukhuset, Stockholm		51-52
INTERNMEDICIN		
Spec-läk, ÖV Sophiahemmet & Hötorget, möjligt delägarskap, Sthlm		51-52
Spec-läk (inriktn stroke, kardio eller endokrin) Lasarettet Enköping		51-52
Spec-läkare, intr för allmänmedicin, VC i Valdemarsvik	26/1	01-03
Spec-läkare spec sjv i hemmet (SSIH) Kullbergska sjh, Katrineholm	31/1	01-03
ÖL/Spec-läk, Lungsjd & internmed, VO spec med, Skånes sjh nordväst, Helsingborg		01-03
KARDIOLOGI		
Pacemaker- & arytmiinriktad kardiolog, Sundsvalls sjukhus		51-52
Spec-läkare, Medicinmott, Frölunda Spec-sjukhus, Göteborg	5/2	04
KIRURGI		
Leg läkare, Lasarettet Enköping	31/1	51-52
Medicinska rådgivare, Löf	31/1	01-03
KLINISK FYSIOLOGI		
Medicinsk chef, Region Västerbotten, Umeå		01-03
Spec-läk Klin fys och/el nuklearmed, Skånes sjh nordväst, Helsingborg		51-52
KLINISK GENETIK		
Spec-läkare/ÖL, Akademiska laboratoriet, Akademiska sjh, Uppsala		01-03
KLINISK PATOLOGI- CYTOLOGI		
Spec-läkare, BÖL, ÖL klinisk patologi, Akademiska laboratoriet, Uppsala		01-03
KURSER / SYMPOSIER / SEMINARIER		
Glesbygdsmedicinsk konferens 24–26 mars 2020, Funäsdalen	30/1	01-03
LUNGSJUKDOMAR		
ÖL/Spec-läk, Lungsjd & internmed, VO spec med, Skånes sjh nordväst, Helsingborg		01-03

Läkarkarriär.se

Sveriges största jobbsajt för läkare!

MEDICINSKA NJURSJUKDOMAR

ÖL/Spec-läkare, Endokrin- & Njursektionen, Med klin, USÖ, Örebro	26/1	01-03

NEONATOLOGI

Neonatolog, Spec-läkare/ÖL, Barn- & ungd klin, Länssjh Kalmar	2/2	01-03

NEUROLOGI

Medicinska rådgivare, Löf	31/1	01-03
Spec-läkare neurologimott, Region Jämtland/Härjedalen, Östersund	2/2	51-52
Spec-läk, intr smärta & utmattning, Kognitiva Teamet Rehab, Sthlm		04

NUKLEÄRMEDICIN

Spec-läkare Klin fys och/el nuklearmedicin, Skånes sjh nordväst, Helsingborg		51-52

OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI

Sektionschef, Skånes universitetssjukhus, Lund/Malmö		51-52
Spec-läk gyn el allmänmed, Reg hälsan, Sexmedicinskt Centrum, Gbg	28/2	01-03
Spec-läkare allmängynekologi, Nordic IVF & Gynekologi, Stockholm		51-52
Spec-läkare infertilitet/IVF, Nordic IVF & Gynekologi, Malmö		51-52
Spec-läkare, kvinnlig gynekolog till mottagning i innerstaden, Sthlm		51-52
Spec-läkare, ÖV-klinik, Qvinnolivet, Kungsbacka		01-03
Spec-läkare/ÖL, Region Sörmland	16/2	04
ÖL/Spec-läkare, Lasarettet Enköping, Enköping		51-52
ÖL/Spec-läkare, Gyn-mott, Frölunda Specialistsjukhus, Göteborg	29/1	01-03

ONKOLOGI

Spec-läkare/ÖL, Onkologiska klin & strålningsfysik, Länssjh Kalmar	26/1	01-03
Spec-läkare/ÖL, Region Sörmland	16/2	04
Univ lektor inriktn immunonkologi, fören spec-läkare, Gbg universitet	14/2	01-03

PSYKIATRI

Medicinska rådgivare, Löf	31/1	01-03
Spec-läk, intr smärta & utmattning, Kognitiva Teamet Rehab, Sthlm		04
Spec-läkare/ÖL, Region Sörmland	16/2	04

RADIOLOGI

MR-intresserad radiograf, Sjaellands Univ sjh, Roskilde, Danmark	22/1	01-03
Spec-läkare thoraxradiologi, BFC, Akademiska sjukhuset, Uppsala		51-52
Spec-läkare/ÖL Röntgenklin, Region Örebro län	7/2	01-03
Spec-läkare/ÖL, Region Sörmland	16/2	04

REHABILITERINGSMEDICIN

Spec-läk, intr smärta & utmattning, Kognitiva Teamet Rehab, Sthlm		04

REUMATOLOGI

Reumatolog, Västmanlands sjukhus, Västerås	31/1	01-03

SMÄRTLINDRING

Spec-läkare smärtenheten, Region Jämtland/Härjedalen, Östersund	2/2	51-52
Spec-läkare till smärtenh & neurologimott, Östersund		51-52
Spec-läkare/BÖL/ÖL Högspec smärtvård, Karolinska Univ sjh, Sthlm	15/2	04
Spec-läkare/ÖL, Region Sörmland	16/2	04

STIPENDIER / ANSLAG / BIDRAG

Anslag, nervsjukdom mindre bemedlade, L J Boëthius stiftelse	17/3	01-03
Forskning epilepsi hos barn & vuxna, Margarethahemmet, SEB	28/2	01-03
Forskningsbidrag Hjärnfonden	2/3	04
Läkarförbundets Forskningsfond - forskning kring etiska frågeställningar inom vården	1/4	04

ST-TJÄNSTER

Spec-läkare & ST-läkare, Anestesi & Intensivvård, Länssjh i Kalmar		51-52
ST i allmänmedicin, Kallhälls Nya Vårdcentral, Järfälla	10/2	01-03
ST-läkare i klinisk kemi, Laboratoriemedicin, Västerås	26/1	01-03
ST-läkare neonatologi, Region Östergötland, Linköping/Motala	31/1	01-03
ST-läk Pediatrik, Neonatalverksamhet, Skånes univ sjh, Lund/Malmö		04
ST-läkare, Ögonkliniken, Södersjukhuset, Stockholm	24/1	01-03

UROLOGI

Medicinska rådgivare, Löf	31/1	01-03
ÖL till urologisekt vid Kirurgklin, Capio S:t Görans Sjukhus, Sthlm		04

VIKARIAT

Hälsocentralsläkare, vikariat, Ålands hälso- & sjukvård, Åland		51-52
Vik allmänläk, kan ev bli fast tjänst. Kallhälls Nya VC, Järfälla	10/2	01-03

ÖGONSJUKDOMAR

Medicinska rådgivare, Löf	31/1	01-03
Spec-läkare Optalux Ögonklinik, Stockholm		04
Spec-läkare, Akademiska sjukhuset, Uppsala		04
Spec-läkare/ÖL, Region Sörmland	16/2	01-03
Ögonläkare & Kataraktkirurger, Memira Eyecenter, Stockholm		51-52

ÖRON-, NÄS- OCH HALSSJUKDOMAR

Professor, med vetensk, inriktn ÖNH, Örebro universitet	16/2	01-03
Spec-läkare/ÖL, Region Sörmland	16/2	04

ÖVRIGA LÄKARTJÄNSTER

Chefläkare, NU-sjukvården, Trollhättan	7/1	51-52
Forskande läkare, centr klin forskning, Mälarsjukhuset Eskilstuna	31/1	01-03
Läkare,uppdrag över hela landet, Skandinavisk Hälsovård AB		51-52
Medicinska rådgivare, Löf	31/1	01-03
Professor, med vetensk inriktn nära vård, Örebro universitet	16/2	01-03
Spec-läkare eller överläkare, Region Sörmland		51-52
Spec-läk, intr smärta & utmattning, Kognitiva Teamet Rehab, Sthlm		04
Spec-läk, ny försäkringsmed utredningsenh (FMU) Nacka sjh, Sthm	31/1	04
Studierektor, Region Sörmland	16/2	04
Univ lektor med vetenskap inriktn Professionell utveckling. Örebro Universitet/	16/2	01-03
ÖL, Diagnostiskt Centrum, Skånes universitetssjukvård, Helsingborg		51-52

ÖVRIGA TJÄNSTER

Arbeta med Snomed CT till stöd för e-hälsa, Socialstyrelsen		51-52
Biobankssamordnare, centrum klin forskning, Mälarsjh Eskilstuna	31/1	01-03
Områdeschef, Område III, NU-sjukvården, Trollhättan	7/1	51-52
Projektledare för införande av BT i Region Stockholm		51-52
Verksamhetschef, Hudkliniken, Universitetssjukhuset, Örebro	26/1	01-03
Vårdforskare, centr klinisk forskning, Mälarsjukhuset Eskilstuna	31/1	01-03



Vill du vara del av Memiras expansion?

Nu bygger vi Skandinaviens nya koncept med ett komplett erbjudande inom syn och ögonhälsa. I dag finns konceptet i Stockholm, men snart även på flera andra platser. Under hösten 2020 flyttar Memira Eyecenter in i det nya Eye Center of Excellence vid Karolinska universitetssjukhuset - ett centrum där vård, forskning och utveckling inom ögonområdet stimuleras genom nära samverkan mellan akademin, offentliga och privata aktörer.

Vi expanderar och behöver fler ögonläkare och kataraktkirurger - vill du vara med på resan?

”Connecta” med oss på memira.se/jobb.
Eller ring HR Manager Elisabeth Fahle Gårdebäck på nummer 072- 389 96 96.

memira EYECENTER



Löf söker Medicinska rådgivare

Nu gör vi en kompletterande upphandling inom:

- Urologi
- Neurologi
- Ögon - främre och bakre segment
- Psykiatri - barn och ungdom
- Medicin - allmänmedicin
- Odontologi - allmän och käkkirurgi

Sista dag att lämna anbud 31/1

Vill du veta mer? Besök lof.se/mr eller hör av dig till Ylva von Bahr på 08-551 010 45.

Löfs uppdrag är att utreda och lämna ersättning till patienter som skadas i regionfinansierad sjuk- och tandvård samt att bidra till att antalet skador i vården minskar.

www.lof.se

LÖF

Capio S:t Görans Sjukhus

Överläkare inom urologi

Vi söker en erfaren kollega med bakjourskompetens till urologisektionen vid Kirurgkliniken.



I arbetsuppgifterna ingår deltagande i bakjourslinjen, mottagnings- och avdelningsarbete, operativ verksamhet i form av transuretral-kirurgi, sten- och skrotalkirurgi, m.m. Ingen robot- eller laparoskopisk kirurgisk erfarenhet är nödvändig.

Vi arbetar i team och hela verksamheten bygger på ett flödesinriktat arbetssätt. Att snabbt hitta lösningar när vi står inför nya utmaningar är ett av våra kännetecken. Du erbjuds en trivsam arbetsplats med duktiga medarbetare med patienten i fokus, en lärande organisation samt en arbetsplats med tydliga mål där kvalitet och service prioriteras.

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



Frölunda Specialistsjukhus söker:

ÖVERLÄKARE/SPECIALISTLÄKARE/ VÅRDENHETSÖVERLÄKARE INOM DIABETOLOGI
Medicinmottagning
Referensnummer: 2019/6954
Sista ansökningsdag: 2020-02-05

ÖVERLÄKARE/SPECIALISTLÄKARE INOM KARDIOLOGI
Medicinmottagning
Referensnummer: 2019/7053
Sista ansökningsdag: 2020-02-05

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

VI SKA BLI SVERIGES BÄSTA OFFENTLIGA ARBETSGIVARE
VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Kognitiva Teamet Rehab söker fler specialistläkare

Du är specialistläkare i allmänmedicin, rehabmedicin, psykiatri, neurologi eller annan lämplig specialistkompetens med intresse för långvarig kronisk smärta och utmattningssyndrom. Du vill arbeta teambaserat i ett vårdföretag med ambitioner.
Du vill arbeta heltid eller deltid.

Kognitiva Teamet Rehab i Sverige AB är en specialistmottagning med ett 30-tal engagerade medarbetare med hög kompetens som varje dag strävar efter att leverera god vård med hög kvalité.

- Vi arbetar på uppdrag av Region Stockholm inom vårdvalet för ”Rehabilitering vid långvarig kronisk smärta och/eller utmattnings-syndrom, MMR”.
- Vi arbetar med bedömning och rehabilitering av personer med utmattningssyndrom och långvarig smärta.
- Vi arbetar i team runt varje patient med psykolog, läkare och fysioterapeut.
- Vårt arbetssätt bygger på vetenskaplig grund och vi uppnår goda behandlingsresultat.

Vi finns i ljusa fräscha lokaler i Enskede, T-bana Skogskyrkogården – 12 min från T-Centralen.
Hos oss får du generös tjänstepension, sjukvårdsförsäkring, friskvårdsbidrag, fri tillgång till gym samt regelbundna personalaktiviteter.
Vi lägger stor vikt vid dina personliga egenskaper.

Frågor om tjänsten: Vd Anette Sjödin, tel: 0707 609 919, anette.sjodin@ktrehab.se
Ansökan: skickas till jobb@ktrehab.se. Urval och intervjuer sker löpande.
Tillträde: maj, juni eller augusti 2020

Välkommen med din ansökan!

Läs mer på www.ktrehab.se



Specialistläkare
i allmänmedicin

till liten och trevlig Vårdcentral i Sollentuna. Del-/heltid.

lundens@lundens-hlm.se

Lundens Husläkarmotagning

Specialistläkare ögon
Stockholm

OPTALUX PERSONLIG ÖGONKIRURGI

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

REGION SKÅNE SÖKER

REGION SKÅNE

ST-läkare

Pediatrik
Neonatalverksamhet
Skånes universitetssjukhus
Lund/Malmö

Specialistläkare

Allmänmedicin
Vårdcentralen Nöbbelöv
Primärvården
Lund

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.

Specialistläkare i gynekologi
Kungsbacka

Qvinnolivet är en attraktiv, privat gynekologisk öppenvårdsklinik grundad 1985. Kliniken är belägen i Kungsbacka.

Vi utökar nu vår verksamhet och söker en ny team-medlem/kollega som vill vara med och utveckla verksamheten.

Vi söker dig som är specialist inom gynekologi/obstetrik, med goda kunskaper kring allmän gynekologi.
Förutom yrkesskicklighet lägger vi stor vikt vid personlig drivkraft och engagemang.

Läs mer på www.qvinnolivet.se
och hör av dig till sarah.nejdet@ptj.se

QVINNOLIVET

Vi söker:
Två specialistläkare i akutsjukvård

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

Sista ansökningsdag 2020-03-01

Ref. nr: 167475

Södertälje Sjukhus

VI ÄR EN DEL AV REGION STOCKHOLM

Läkarkarriär.se

Kvinnlig gynspecialist

Stockholm

Samarbete med kvinnlig gynspecialist önskas till gynekolog-mottagning i innerstaden.

Svar till: gg44g@yahoo.com

Specialistläkare

till Nacka sjukhus

Är du intresserad av att jobba med ett välavgränsat utredningsuppdrag? En ny försäkringsmedicinsk utredningsenhet (FMU) startar under 2020 på Nacka Sjukhus och nu finns möjlighet för dig som specialistläkare att vara med från start att utveckla samt påverka verksamheten och din arbetsmiljö. Verksamheten kommer att bedrivas i nyrenoverade, välanpassade lokaler. Möjlighet ges till att arbeta heltid, deltid eller kombinera med andra uppdrag inom SLSO eller annan vårdgivare.

Nyfiken på att få veta mer? Kontakta rekryterande chef Lena Bäckström, tel. 076 949 5462 eller
Karin Tiger, tel. 072-5715928.
Sista ansökningsdag: **2020-01-31**

Låter detta intressant? Välkommen att läsa mer och sök tjänsten på **www.sll.se/ledigajobb**
Ref.nr: 167456

Region Stockholm



Fortsätt din karriär hos oss!

Vi söker specialistläkare och överläkare bla inom

Studierektor	ÖNH-läkare	Psykiatriker
Onkolog	Smärtläkare	Allmänspecialist
Gynekolog	Radiolog	

Kontakta rekryteringspecialist
Pernilla Egeland 072-143 13 94
eller läs mer på
regionsormland.se/jobbahososs

Region Sörmland

GKN AEROSPACE



Företagsläkare till GKN Aerospace i Trollhättan

Företagshälsovården på GKN är en **inbyggd verksamhet** där du ingår i ett team. Som företagsläkare arbetar du som ett stöd till våra kunder, såväl enskilda individer som ledningsgrupper. Vi söker dig som har ett genuint intresse för människor, deras hälsa och arbetsmiljö.

Läs mer om tjänsten på
https://careers.gknaerospace.com/job/Trollhattan-Doctor/579032801/

Kontaktperson:
Carina Tapper, chef Företagshälsovården GKN Aerospace,
+46700872872, carina.tapper@gknaerospace.com

GKN Aerospace i Trollhättan tillverkar komponenter till flyg- och raketmotorer. Vi har ca 2200 anställda.

GKN TECHNOLOGY:
MAKING THINGS FLY

Har du koll på kurser inom din specialitet?

Registrera dig till Lipus nya kursbevakning

Lipus
LÄKARNAS INSTITUT
FÖR PROFESSIONELL UTVECKLING I SJUKVÅRDEN

Patienten först – tillsammans skapar vi den bästa vården

SPECIALISTLÄKARE/ BITRÄDANDE ÖVERLÄKARE/ ÖVERLÄKARE

till Högspecialiserad smärtvård

Information om tjänsten lämnas av:
Nanna de Rezende Strander, Läkare/Chef
tel. 072-580 29 59

Välkommen med din ansökan senast 2020-02-15

Ref-nr: 167487

KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

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

AKADEMISKA SJUKHUSET



Specialistläkare inom ögonsjukdomar

✚ Verksamhetsområde ögonsjukdomar vid Akademiska sjukhuset bedriver ögonsjukvård med stor andel högspecialiserad vård. Verksamhetsområdet består av en slutenvårdsavdelning och en mottagningsenhet inkluderande dagkirurgisk verksamhet.

Vi söker en specialistläkare inom ögonsjukvård. Vi erbjuder arbete i ett erfaret team med stora möjligheter för kompetensutveckling och forskning.

Välkommen att läsa mer om tjänsten på vår hemsida, sök efter AS24/2020

WWW.AKADEMISKA.SE/ARBETA

REGION UPPSALA

Stipendier/Anslag/Bidrag

Ansök senast den 1/4 2020

Läkarförbundets Forskningsfond

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Läkarförbundets Forskningsfond – stipendier för forskning kring etiska frågeställningar inom vården



Hjärnfonden utlyser

Forsknings-bidrag

Sista ansökningsdag är den 2 mars 2020.
www.hjarnfonden.se

Hjärnfonden

Etableringar och överlåtelser

ERSÄTTNINGSETABLERING ALLMÄNMEDICIN
HELSINGBORG/REGION SKÅNE

Överlåtes enligt LOL (nationella taxan) under 2020.

www.tendsign.com, d-nr 2019-0002476 **sökord:** ersättningsetablering

Mer info: www.spangsberg.se, 070-493 10 31, lars@spangsberg.se

Sista anbudsdag 2020-01-30

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 *TILLFÄLLIGT SLUT* 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 *TILLFÄLLIGT SLUT* 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 *TILLFÄLLIGT SLUT* Cirka var fjärde person drabbas av ångestsyndrom under sin livstid. Medianålder för insjuknande är 11 år. Ofta är tillstånden kroniska. Den här boken 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
☐	**OSTEOPOROS**	220 kr
☐	**YRSEL**	245 kr

Läkartidningen

SVERIGE
PORTO
BETALT
PORTPAYÉ

Namn

Fakturaadress

Postadress

Leveransadress

E-mailadress

LÄKARTIDNINGEN

SVARSPOST
110 555 202
110 26 STOCKHOLM

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
Privatpersoner betalar via swish.

1



Foto: Anna Sofia Tarukoski/Sjöhistoriska museet

2



Foto: Sjöhistoriska museet

3



4



Foto: Gustaf Wigelli/Landskapsarkivet

Idolf var bara förnamnet ...

Militärläkaren dr Rosengren med det ovanliga och för en svensk läkare unika förnamnet Idolf levde ett aktivt och omväxlande liv mellan 1855 och 1944. Om honom, hans tid, gärning och äventyr berättar sentida kollegan **S Gunnar Edlund.**

Folke Henschen (1881–1977), välkänd professor i patologi vid Karolinska institutet, skrev under sitt sista levnadsår en liten uppsats med titeln »Att vara läkare och heta Eberhard«. Den trycktes i tidskriften Recip Reflex (nr 6–7/1977) på den tid då läkemedelsbolagen stod för en stor del av läkarnas både fortbildning och allmänbildning. Det var ingen stor skara Henschen lyckades mobilisera, dock sex personer, från Eberhard Rosenblad (1714–1796), till Karl David Eberhard Henschen Ingvar (1924–2000), båda medicine professorer i Lund. Alla sex var på ett eller annat sätt med varandra befryndade. I skaran befann sig skribentens far, Salomon Eberhard Henschen (1847–1930), som 1882 – vid för den tiden tämligen unga år – blev professor i praktisk medicin i Uppsala sedan hans företrädare Johan Waldenström (1839–1879) oväntat avlidit och därefter begravts på sin tilltänkta installationsdag. Han hade drabbats av appendicit, vid den tiden ännu betraktad som inoperabel.

Att vara läkare och heta Idolf torde vara ännu sällsyntare – frågan är om det går att uppbringa mer än en enda person som uppfyller båda dessa villkor. Vem var då denne förmodade solitär, och varifrån fick han sitt säregna namn?

Idolf Rosengren, eller – för att också ange hans mera vanliga förnamn – Carl Eric Idolf Herman Rosengren, föddes den 27 maj 1855 på Dalby gård, Västra Åkers härad i Uppsala län, där fadern var arrendator. Varifrån stammade det ovanliga namnet? Svaret är enkelt. Modern hette Ida och fadern Adolf – vad var då naturligare än att ge den förstfödde sonen namnet Idolf? I äktenskapet föddes även två döttrar, vilka fick namnen Ada respektive Adolfida.

Under barnens uppväxtår flyttade familjen – med några års mellanlandning i Stockholm – till Norra Kråkeön i Lycke församling, nära Kungälv, där fadern öppnade lanthandel. Närmaste skolstad var Göteborg, där Idolf genomgick gymnasiet vid Hvitfeldtska läroverket och blev student 1874. Hågen stod till medicinska studier, och Idolf blev medicine kandidat i Uppsala 1884 – påtagligt sent i förhållande till studentåret – och medicine licentiat i Stockholm 1889.

Redan under studietiden fick han en rad förordnanden som underläkare, biträdande läkare eller extraläkare, bland annat vid Garnisonssjukhuset i Stockholm,



Foto: Süddeutsche Zeitung/IBL/TT

1 *Idolf Rosengren reste långt och länge: åren 1880–1890 ombord på ångkorvetten »Freja«.*

2 *Kring förra sekelskiftet undervisade Idolf Rosengren på Karlbergs krigsskola i militär hygien och förbandslära.*

3 *Dekorerad med Vasaorden var Idolf Rosengren också – erhöll hedersutmärkelsen 1904.*

4 *Redan som student arbetade Idolf Rosengren en del på Garnisonssjukhuset på Hantverkargatan i Stockholm (numera Landstingshuset).*

5 *Balkankrigets skadade turkiska soldater, på bilden från 1912, hamnade aldrig under Idolf Rosengrens omvårdnad – fastän det ett tag var tänkt så ...*

vid Hällby brunn och vid Fiskebäckskils badanstalt. Som fältläkarstipendiat tjänstgjorde han vid Andra livgardet (sedermera Göta livgarde) i Stockholm. Han var läkarstipendiat vid flottan 1886–1890 och tjänstgjorde då på olika örlogsfartyg såsom uppbördsläkare (som termen löd före marinläkarkårens tillkomst 1902), bland annat på fregatten »Vanadis« 1889 och på långresa med »Freja« 1889–1890.

Vid Värmlands fältjägarkår i Karlstad (med övningsfält vid Trossnäs) var Rosengren förordnad som andre bataljonsläkare 1890–1894 och som bataljonsläkare vid Upplands regemente (I 8) i Uppsala 1895. Vid Kungl krigsskolan på Karlberg undervisade han 1895–1903 i militär hygien och förbandslära och uppehöll under samma tid enskild praktik i Stockholm. Efter tjänstgöring som regementsläkare 1903–1908 vid Norrlands artilleri (A 4) i Östersund utnämndes han 1908 till ordinarie regementsläkare vid Bohusläns regemente (I 17) i Uddevalla, där han kvarstannade till sin pensionsavgång 1918. Under åren före och även under första världskriget företog



Idolf Rosengren

han talrika och omfattande studieresor i Europa och då framför allt till Tyskland och Österrike, men även till Frankrike och England.

Idolf Rosengren hade 1891 ingått äktenskap med Bertha Fransiska Pyhlson (1864–1934). Äktenskapet blev barnlöst, men sedan Östersundstiden ingick en fosterdotter i familjen. Som pensionär flyttade Rosengren med familj till Sigtuna, där han omgående fick förordnande som extra provinsialläkare. Han bodde i förstone på Sigtunastiftelsens gästhem och hade mottagning på Stadshotellet alla helgfria dagar kl 10.30–11.30, således en timme om dagen. Senare lät han uppföra en rymlig villa vid Stora gatan i stadens centrum, ritad av John Åkerlund (1884–1961), Sigtunastiftelsens arkitekt, och färdig för inflyttning 1923. Den var inte lämpad enbart som bostad och mottagningslokal, utan också för storartade gästabud – och de blev många – i den åttkantiga matsalen och i de talrika angränsande sällskapsrummen.

Rosengrens läkarförordnande upphörde 1926. Vid familjens avflyttning från Sigtuna till Stockholm 1928 donerades villan till Sigtunastiftelsen, med vars grundare Manfred Björkquist (1884–1985), sedermera Stockholms förste biskop, han var god vän. Villan var därefter bland annat under ett kvartssekel säte för Nordiska ekumeniska institutet under namnet Ecumenicum. I dag är villan privatägd och härbergerar tre familjer.

Under sin mångåriga verksamhet som militärläkare i olika befattningar förskaffade sig Idolf Rosengren omfattande kunskaper och erfarenheter när det gäller fredstida militärsjukvård, men han saknade krigserfarenhet, vilket han uppfattade som en brist. När krig 1912 utbröt mellan stormakten Turkiet och det lilla kungadömet Montenegro, såg Rosengren sin chans att eliminera denna brist. Kriget var ett led i de så kallade Balkankrigen, som föregick första världskriget och som enligt borgmästare Dahl i Sigtuna möjligen kan ha börjat som en filminspelning. Ett amerikanskt filmbolag ska ha engagerat ett hundratal skjutglada herrar från olika delar av Balkan för att medverka i en krigsfilm. Detta filmkrig ska så småningom ha övergått till blodigt allvar.

Sannolikt torde väl krigsorsakerna i verkligheten ha varit aningen mer komplicerade, men hur som helst hade Rosengren ingen uttalad vare sig sympati eller antipati för någon av de stridande parterna i den aktuella skärmytslingen. Han



Foto: Sigtunastiftelsen

Som pensionerad flyttade Idolf Rosengren med familj till Sigtuna och bodde en tid på Sigtunastiftelsen, ett etablissemang som han blev djupt engagerad i.

trodde sig emellertid få bäst utbyte i den större krigsmakten, varför han skrev ett brev till turkiska myndigheter och erbjöd sina medicinska tjänster som frivillig. Han erhöll omgående ett synnerligen positivt och välkomnande svar och försågs med en bunt dokument och handlingar som skulle företes vid ankomsten till den turkiska armén. Sannolikt försågs han också med tågbiljetter från Uddevalla till den turkiska fronten.

Rosengren packade sina resväskor och gav sig i väg – en viktig del av bagaget utgjorde den stiliga regementsläkaruniformen. Resan gick utan missöden fram till Sarajevo, men där hakade det upp sig. Tåget blev stående, folk rusade fram och tillbaka på perrong och bangård, skottlossning hördes i fjärran. Efter ett långt uppehåll och allmän villervalla med diverse omkopplingar och spårbyten satte sig tåget äntligen i rörelse. Ganska snart upptäckte dock Rosengren till sin förfäran att tåget ingalunda färdades i riktning Turkiet utan i stället mot fiendelandet Montenegro. Goda råd var dyra. Rosengren bestämde sig så småningom för att gilla läget, tog fram sina turkiska brev och dokument, rev dem i småbitar och lät dem diskret spridas för vinden via kupéfönstret.

Strax innan tåget anlände till den montenegrinska huvudstaden Cetinje iklädde han sig den praktfulla uniformen och uppsökte den regerande kungen Nikitas residens, där han ansökte om audiens. Denna beviljades omgående och Rosengren anmälde sig nu än en gång som frivillig, men denna gång i den montenegrinska armén. Han välkomnades här lika hjärtligt, utnämndes av regenten på stående fot till montenegrinsk fältläkare och tilldelades uppdraget att i samarbete med österrikiska Röda korset upprätta ett fältlasarett. Uppgiften befanns emellertid vara behäftad med betydande svårigheter av olika slag, varför Rosengren rätt snart gav upp och bestämde sig för att under någorlunda ordnade former dra sig tillbaka från fronten. Han beviljades avskedsaudiens hos kungen, som hjärtligt tackade honom för hans insatser, vilka visserligen torde ha varit av tämligen begränsad natur. Likväl överlämnade kungen till Rosengren som bevis på sin uppskattning kommendörstecknet av Danilo I:s orden, det lilla kungadömets förnämsta utmärkelse.

Idolf Rosengren återvände nu, troligen på egen bekostnad, till Uddevalla där en del post hade lagrat sig under bortavaron, däribland ett litet paket med turkisk frankering. I paketet fanns ett brev, av vilket framgick att man på turkiskt håll undrade vart han tagit vägen, om något missförstånd uppstått eller vad som hade hänt. Det framgick också att man såg fram emot hans snara ankomst till turkiska armén. För att ytterligare stimulera honom därtill hade man i ett litet etui bifogat riddartecknet av turkiska Osmanié-orden. Han var således nu innehavare av två förnämliga utmärkelsetecken, ett från vardera parten i ett pågående krig, i vilket han på den ena sidan gjort närmast obetydliga insatser, på den andra sidan inga alls – någon avfärd till Turkiet blev nämligen aldrig av.

Idolf Rosengren var av sällskaplig natur, och särskilt tilltalad av samvaro under högtidliga och mer eller mindre rituella former. Under Östersundstiden tog han initiativet till en Odd Fellow-loge (»Georg Adlersparre«) och i Uddevalla till en frimurarloge (»Den flammande stjärnan«). I Sigtuna fortsatte han i samma spår och instiftade »Sigtuna gille«, vars stadgar han själv skrev och vars »Allena Styrande Mästare« han blev. Som klädsel vid sammankomsterna föreskrev han i allmänhet frack med dekorationer varigenom han fick talrika tillfällen att visa upp sina ordnar, däribland också riddartecknet av svenska Vasaorden, som han förlänats redan 1904.

Idolf Rosengren hade vidsträckta kulturella intressen, men även andliga och kyrkliga, och han var språkligt bildad. Han läste enligt en minnesruna »Nya Testamentet på grekiska och kyrkofäderna på latin«. Han var 1921 antecknad som ende svenske ledamot av Nietzsche-sällskapet i München. När professor Emanuel Linderholm (1872–1937), kyrkohistoriker i Uppsala, 1929 grundade Sveriges religiösa reformförbund och året därpå tidskriften Religion och Kultur var Rosengren bland de första att ansluta sig. Detta förbund, sedermera upplöst, företedde redan från begynnelsen en påtaglig läkartäthet. I styrelsen fanns bland andra Ivar Broman (1868–1946), anatomiprofessor i Lund, Alfred von Rosen (1872–1962), överläkare på Romanäs sanatorium, Carl Saedén (1916–1945), överläkare vid Kroppefjälls sanatorium, och Wolfram Kock (1913–2000), senare medicinhistoriker och professor i Stockholm. Rosengren nöjde sig emellertid med att under några år revidera förbundets räkenskaper.



Teckning ur »Borgmästaren berättar ännu mera. Nya historier från Sigtuna«.

Under Sigtunatiden var Rosengren kommunalt engagerad, bland annat som ordförande i stadsfullmäktige och hälsovårdsnämnden. Han utgav några tryckta skrifter, såsom »Lärobok i militär sundhets- och förbandslära« (1901) och »Föreskrifter för att undvika sjukdomar i öronen« (1909). I fack- och dagspress medverkade han med ett stort antal artiklar och debattinlägg, ofta temperamentsfulla och inte sällan kontroversiella.

Sin sista tid tillbragte Idolf Rosengren som änkling i Stockholm, där han avled den 11 mars 1944.

S Gunnar Edlund, allmänläkare, geriatriker, pensionerad, Täby

Läs mer! För referenser se Läkartidningen.se

Insatser för krigets civila offer blev en avhandling

Andreas Älgå, kirurg på Södersjukhuset i Stockholm, har i en doktorsavhandling studerat den kirurgiska handläggningen av krigsskador bland civila i områden med begränsade sjukvårdsresurser.

Hur blev du intresserad av ämnet?

– Jag har jobbat med Läkare utan gränser i flera omgångar och har själv exponerats för de utmaningar som finns med att ge patienter vård i områden med knappa resurser. Jag har varit i gränstrakterna mellan Etiopien och Somalia – ett ökenområde drabbat av torka och svält – och arbetat i Johannesburgs slum i Sydafrika, där de flesta patienterna var flyktingar undan kollapsen i Zimbabwe. Doktorandprojektet började på ett sjukhus som stöds av Läkare utan gränser i Ar Ramtha, en stad i Jordanien, nära gränsen till Syrien. Vi utvecklade och drev de olika delstudierna tillsammans med läkarna på sjukhuset.

Du har studerat patienter med akuta skottskador och skador från explosioner?

– Patienterna fick sina skador i samband med den väpnade konflikten i Syrien eller under stridigheterna kring Mosul i norra Irak, när staden återtogs från IS. Som akut skadade definierade vi de patienter som kom under vård inom tre dygn efter att traumat inträffat. Efter en terrorattack mot gränskontrollen stängdes den syriska gränsen. Vi fick därefter möjlighet att expandera projektet till Irak, under Mosul-stridigheterna. Jag har rest regelbundet till Jordanien och Irak i egenskap av forskare för att samla in data och stötta våra kollegor och forskningssköterskor.

Vilka fynd gör du i avhandlingen?

– Ett fynd är att sårinfektion hos patienterna påverkar det kliniska utfallet negativt och leder till en ökad resursåtgång, vilket tär på redan knappa resurser. En delstudie med intervjuer av de läkare som tar hand om de krigsskadade visar att de har svårt att hålla sig till behandlingsriktlinjer, främst på grund av situationen med stora mängder skadade patienter och begränsade resurser. Vi gjorde också en randomiserad studie där vi jämförde konventionell såromläggning med så kallad lokal undertrycksbehandling, en metod som är vanlig i höginkomstländer men som nu även börjar användas vid traumatiska skador i resursknappa miljöer. Denna användning har dock inte utvärderats tidigare.



Foto: Torkel Ekqvist

Andreas Älgå, till vardags kirurg på Södersjukhuset i Stockholm.

ANDREAS ÄLGÅ

YRKE: Leg läkare, kirurg, forskare.

ÅLDER: 42 år.

FAMILJ: Gift, tre barn.

BOR: Stockholm.

AKTUELL: Har nyligen försvarat sin doktorsavhandling »Wounds of war: Surgical care for conflict-related injuries among civilians in resource-limited settings«.

Vi fann att lokal undertrycksbehandling inte förbättrar läkningen, samtidigt som den är mer resurskrävande. Det är alltså inte motiverat att satsa på den behandlingen när standardbehandling, det vill säga omläggning med kompresser, är likvärdig. Ett viktigt fynd, tycker vi, eftersom en ny kostsam behandling bör ha visats ge patienterna en bättre vård innan den implementeras – i synnerhet i områden med knappa sjukvårdsresurser.

Vad säger dina närmaste när du arbetar i krigszoner?

– Speciellt när jag skulle åka till Irak under Mosul-stridigheterna diskuterade min fru och jag säkerheten en hel del eftersom den förstås inte kan garanteras till hundra procent. Men jag är ingen riskbenägen person, och jag har rest med organisationer som ger säkerhetsfrågorna högsta prioritet. Läkare utan gränser är väldigt noggranna och erfarna när det gäller riskbedömning, och jag tycker inte att man kan säga att mitt arbete har varit ett högriskprojekt. Sjukhusen där vi gjorde studierna är rätt unika då de befinner sig väldigt nära krigszonen, men ändå i förhållandevis stabila områden, inte mitt i stridigheterna.

Hur går du vidare i karriären?

– Jag trivs väldigt bra med att behandla patienter som kirurg på Södersjukhuset. Det vill jag fortsätta med, liksom med forskningen som jag nu gör på deltid. Vi planerar fortsatta analyser av de data som vi samlat in till doktorandprojektet. Som en vidareutveckling av de samarbeten vi etablerat håller vi också på att hjälpa våra kollegor i Irak att utveckla ett traumaregister, med målet att ge bättre möjlighet till uppföljning och utvärdering.

Gabor Hont

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



Foto: Rainer Tihvan

Pouria Farsani, ST-läkare i intermedicin, Södersjukhuset, och Natalie Glaser, ST-läkare i kardiologi, Södersjukhuset – prisade av läkarstudenterna.

NYTT OM NAMN

LÄKARSTUDENTERNAS FAVORITHANDLEDARE

Pouria Farsani och **Natalie Glaser** har utsetts till bästa kliniska handledare av läkarstudenterna på kursen i klinisk medicin ht18/vt19 på Södersjukhuset, Karolinska institutet (KI), Stockholm.

Priset delades ut vid en ceremoni på Södersjukhuset 10 december 2019. Kursen i klinisk medicin, inriktning medicin, är den längsta kursen under hela läkarutbildningen på KI och omfattar större delen av termin 5 och 6.



Olof Söderman – Dr Optimo 2019 – sprider lugn på akuten.

ÅRETS DR OPTIMO – FÖREBILD MED PEDAGOGISKA TALANGER

Olof Söderman, överläkare radiologi, är årets Dr Optimo vid Skaraborgs sjukhus, Lidköping. Priset delas ut av AT-läkarna till den läkare inom Skaraborgs sjukhus som anses vara en god förebild och visat pedagogiska talanger och ärligt engagemang i AT-utbildningarna.

Motiveringen lyder: »Lugnet som infinner sig på akuten när någon säger 'Det är Olof som är röntgenjour' är ekvivalent med cirka 10 mg Stesolid. Man behöver inte fundera på det där med penumbra för Olof säger att 'det verkar finnas en god chans om man trombektomerar', eller om det faktiskt är en Jones-fraktur man ser för det står i röntgensvaret!«

FORSKANDE LÄKARSTUDENT VILL FÅ ANDRA ATT FORSKA



Caroline Schagerholm (bilden), student på läkarlinjens termin 10, Karolinska institutet, är 2019 års stipendiat i Carl Tullus minnesfond. Hon tilldelades 12 000 kr vid Medicinska föreningens Luciabal.

Caroline Schagerholm forskar om bröstcancer vid institutionen för patologi och onkologi, Johan Hartmans grupp. Hon vill inspirera andra att forska och har därför startat MF-gruppen »Studenter i forskning«, som bland annat har upprättat en lista med ett 80-tal handledare som är intresserade av att ta emot studenter.

NYA PROFESSORER

Följande personer är nya professorer vid Sahlgrenska akademin, Göteborgs universitet: **Ronny Gunnarsson,** allmänmedicin, **Anders Rosengren,** molekylär medicin, **Markus Hansson,** hematologi (en tjänst förenad med befattning som överläkare vid Sahlgrenska universitetssjukhuset) och **Louise Bennet,** allmänmedicin (en tjänst förenad med en befattning som specialistläkare vid Regionhälsan).

NY DOCENT I LUND

Alexander Santillo har förordnats som ny docent i psykiatri vid medicinska fakulteten, Lunds universitet.

AVLIDNA

Ulf Krigsman, Lidingö, 74 år, död den 24 november

KALENDARIUM

Örebro medicinhistoriska sällskap (ÖMHS) inbjuder till öppen föreläsning
Tid: Onsdag den 29 januari kl 17.30–18.30.
Plats: Hörsal C1, Campus USÖ, Örebro.
»Jussi Björling och hjärtat« (professor Mårten Rosenqvist).
Programansvarig: Magnus Lindberg (magnus.lindberg@oru.se).

Uppdragsutbildning: Dykerimedicin EDTC
Tid: 18–20 mars.
Plats: Göteborg.
Målgrupp: Leg läkare och/eller företagsläkare.
- Kursen ger behörighet att utfärda tjänstbarhetsintyg för arbetsdykare enligt AFS 2019:3. Gives certificate MED (Medical Examiner of Divers according to EDTC). Universitetskurs 1,5 hp, Göteborgs universitet.
- Anmälan (medicine.gu.se/utbildning/uppdragsutb) senast den 15 februari. Endast ett fåtal platser kvar.

Läs mer!
För ett fullständigt kalendarium se Läkartidningen.se

Svenska läkaresällskapets e-hälsodagar
Tid: 24–25 mars.
Plats: Linnéuniversitetet, Kalmar.
Program: Den 24 mars: utbildningsdag med bland annat e-hälsa i praktiken, AI, interoperabilitet, terminologi, visualisering.
Den 25 mars: inspirationsdag med bland annat myndigheternas aktiviteter, nationella läkemedelslistan, kunskapsstyrning och kvalitetsregister.
- Program och anmälan: https://lnu.se/eHalsodagarna2020. Lägre avgift före den 31 januari.
- Arrangörer: e-hälsokommittén, Delegationen för medicinsk kvalitet, Sektionen för medicinsk informatik och e-hälsoinstitutet, Linnéuniversitetet.

Svenska privatläkarföreningens fullmäktigemöte 2020
Tid: Lördag den 25 april.
Plats: Sveriges läkarförbund, Villagatan 5, Stockholm.
Enligt föreningens stadgar äger även andra föreningsmedlemmar än fullmäktige rätt att närvara och yttra sig, men bara utsedd delegat/suppleant äger rösträtt på fullmäktigemötet. Motioner väckta av lokalavdelning eller enskild föreningsmedlem ska vara styrelsen tillhanda senast den 28 februari. Postadress: SPLF, Box 5610, 114 86 Stockholm. Tel: 08-790 33 00, e-post: johnny.gustafsson@slf.se.

SSPAC (Swedish Study group for Pancreatic Cancer) inbjuder till vårmöte
Tid: Fredag den 24 april kl 9.00–16.15.
Plats: Läkaresällskapets hus, Klara Östra Kyrkogata 10, Stockholm.
- Hedersföreläsning av professor Marc Besselink, Amsterdam UMC, är en av punkterna på det fullspäckade programmet.
- Fullständigt program och anmälan: https://sspacblog.wordpress.com/.

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

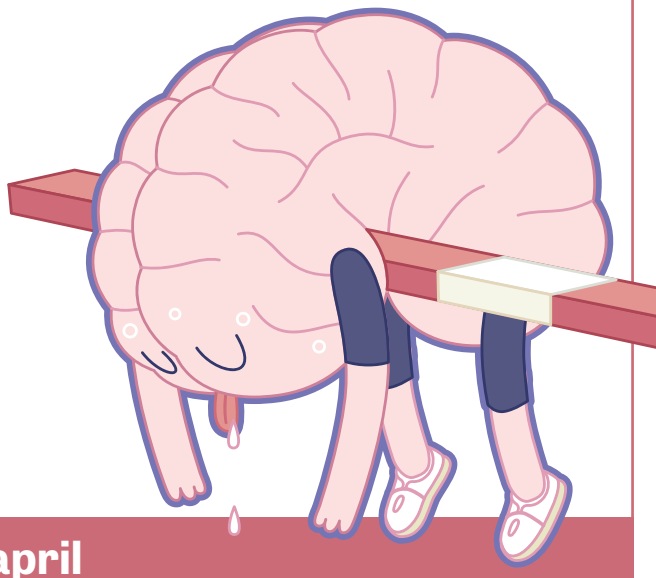
Chefredaktör och ansvarig utgivare: Pär Gunnarsson
Medicinsk huvudredaktör: Jan Östergren
Redaktionschef och stf ansvarig utgivare: Karin Bergqvist
Medicinsk andreredaktör: Michael Wilczek
Nyhetschef: Sara Pramsten
Marknads- och annonsdirektör: Ulf Jansson
Medicinska redaktörer: Margaretha Bågedahl Strindlund, 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
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

Sundsvall 1 april 2020

Utmattningssyndrom och ME/CFS

Quality Hotel Sundsvall • Esplanaden 29, Sundsvall



Över 1 100 besökare i Stockholm, Göteborg, Malmö och Umeå!
Efter de välbesökta seminarierna under 2018 och 2019 är vi glada att kunna reprisera detta i Sundsvall i april 2020. Seminariet belyser två svåra sjukdomstillstånd som förorsakar stort lidande och ofta har ett långdraget ibland kroniskt förlopp. Det är viktigt för alla som arbetar inom sjukvården att ha kunskaper om dessa tillstånd. Vi uppdaterar er på det aktuella kunskapsläget rörande orsaker, diagnostik, behandling och rehabilitering.

Välkommen till en intressant eftermiddag och boka plats i tid!

Preliminärt program • Sundsvall den 1 april

12:00–13:00	**Registrering och lunch**
13:00–13:05	**Inledning.** *Docent Margaretha Bågedahl-Strindlund*
13:05–13:40	**Utmattningssyndrom: Bakgrund och aktuell forskning** *Senior professor Marie Åsberg, Stressrehab KIDS, Danderyds sjukhus*
13:40–14:15	**Behandling och rehabilitering vid utmattningssyndrom** *Universitetslektor, leg sjukgymnast Therese Eskilsson, Inst f samhällsmedicin och rehab, Umeå universitet*
14:15–14:45	**Kaffe**
14:45–15:20	**Myalgisk encefalomyelit (ME) – aktuellt om klinik** *Överläkare, med dr Per Julin, ME/CFS-mottagningen, Neurologiska Rehabiliteringskliniken, Stora Sköndal, Stockholm*
15:20–15:55	**Myalgisk encefalomyelit (ME) – aktuellt om forskning** *Professor Jonas Bergquist, analytisk kemi och neurokemi, Uppsala universitet*
15:55–16:30	**Avslutning och frågor till panelen**

Moderator: *Eva Jaktlund, specialist i allmänmedicin*

Programansvarig: *Docent Margaretha Bågedahl Strindlund, Läkartidningen*

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

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

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 screening-verksamhet. 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**
15:00–15:20	**Lungcancerscreening.** *Med. dr. Signe Friesland, onkolog, överläkare och specialitetsansvarig för onkologi, Karolinska universitetssjukhuset.*
15:20–15:40	**Hudcancerscreening.** *Med. dr. Hildur Helgadottir, onkolog, överläkare Karolinska universitetssjukhuset.*
15:40–16:20	**Cancerscreening och överdiagnostik.** *Karsten Juhl Jørgensen, överläkare vid Rigshospitalet i Köpenhamn, direktör för Cochrane Norden.*
16.20–16.40	**Statusrapport från nationella arbetsgrupperna för tjock- och ändtarms-, livmoderhals- och bröstcancerscreening.** *Med. Dr. Charlotta Sävblom, överläkare, Verksamhetsutvecklare tidig upptäckt, Regionalt cancercentrum Sthlm – Gotland*
16:40–17:00	**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: *Med. dr. Hildur Helgadottir, onkolog, överläkare Karolinska universitetssjukhuset.*

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