MÄNNISKOR & MÖTEN
Björnar hjälper professor att förebygga kronisk sjukdom

FALLBESKRIVNING
Livsfarligt missbruk av receptfritt läkemedel

#5–6 2020

Läkartidningen

Tidskrift från Sveriges läkarförbund • Sedan 1904 • 29 Januari 2020 • vol 117 • 129–180



FLER JOBBAR EFTER 65

HAN FÅR TRAPPA NER MED FULL LÖN

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

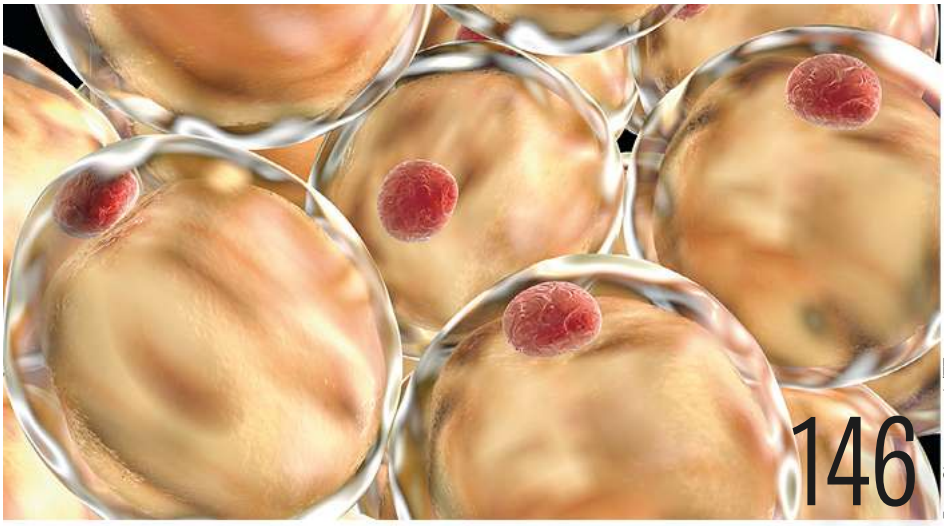


Foto: Shutterstock/TT

Målen för lipidnivåer sätts lägre än tidigare eftersom evidensen har stärkts för att lägre värden medför lägre risk. Detta innebär att ett behandlingsmål för LDL-kolesterol < 1,4 mmol/l rekommenderas för individer med mycket hög risk.

#5–6 2020

29 januari till 11 februari



Jobba efter 65? Det gör Gunnar Johansson. Möt honom i veckans nummer.

Foto: Johan Gunséus

▼ NYHETER

134 DLF Stockholm: Orealistiskt med fast läkare till år 2021

Ber Ivo granska om försäkringspatienter går före

135 Läkare lockas till andra regioner efter storvarsel

136 Beslut om BUP-vårdval skjuts upp i Region Skåne

Lund underkänner student som struntade i hygienregler

138 »Det är bra att inte behöva jobba 100 procent«

▼ DEBATT

142 Mässling dödar fler än ebola – ett kollektivt misslyckande

143 Råd till vaccinatörer: Sikta inte för högt

▼ KRÖNIKAN

144 Jonathan Ilicki

▼ KULTUR

176 En fråga att ställa vid en hjärndöd anhörigs sida

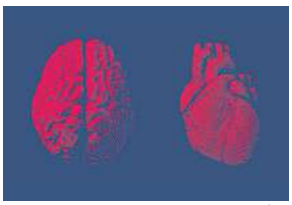


Illustration: Shutterstock/TT

▼ KLINIK & VETENSKAP

159 Transfusionsstrategi. Vården av patienter som behöver blodtransfusion bör optimeras. I Sverige ges fler blodtransfusioner än i jämförbara länder. Översikt

145 Reflexion: Vård enligt bästa praxis – varje gång

146 Medicinsk kommentar: Nya riktlinjer skärper behandling av diabetes

148 Nya rön: Användning av läkemedel efter kranskärlskirurgi

149 Gammalt läkemedel upphäver behandlingsresistens vid leukemi

150 Originalstudie Behov av bättre riktlinjer vid lätta traumatiska hjärnskador i primärvården

154 Fallbeskrivning Livsfarligt missbruk av receptfria diarréläkemedlet loperamid

156 Rapport: Immunologisk trombocytopen purpura – vård under graviditet



150 Sofia Kreibom, ST-läkare och en av författarna till artikeln om riktlinjer vid hjärnskador i primärvården, svarar på 5 frågor. Se sidan 145.

ALLTID I LÄKARTIDNINGEN

133 SIGNERAT Kontinuitet leder till effektivitet

164 MEDLEM Information från Sveriges läkarförbund

166 LEDIGA TJÄNSTER med platsannonser

177 MÄNNISKOR & MÖTEN

Nästa nummer av Läkartidningen utkommer den 12 februari.

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

Uppmuntra äldre läkare att jobba kvar!

VILJAN ATT – TROTS OLIKA UTMANINGAR – arbeta som läkare, blir tydlig i en artikel på sidan 138. Artikeln handlar om äldre läkares intresse av att arbeta vidare efter att ha fyllt 65 år. Att detta intresse finns och relativt ofta omvandlas i fortsatt yrkesverksamhet är känt sedan tidigare. Till exempel visade en undersökning från Läkarförbundet för cirka fem år sedan att över 40 procent i någon form jobbade vidare efter 65.

– Jag är säker på att siffran är högre i dag, jag märker att fler medlemmar är kvar i arbetslivet, säger Torsten Mossberg, ordförande för Seniora läkare, i artikeln.

FÖRKLARINGARNA till intresset av att arbeta vidare tycks handla om faktorer som att »läkarrollen är en central del av identiteten« och att man känner sig behövd och efterfrågad.

Men det är viktigt att arbetsgivaren erbjuder goda förutsättningar. Ett exempel på en åtgärd för att behålla läkare finns i Region Västernorrland. Där erbjuds medarbetare inom bristyrken att från och med 66 års ålder arbeta 80 procent med 100 procents lön. Denna och liknande åtgärder bör uppmuntras, då de ger ett mervärde både för den enskilde läkaren och för arbetsgivaren, som får behålla viktig kompetens.



Pär Gunnarsson,
chefredaktör

Fri entré för läkare!

Välkommen till Karriärkväll i Jönköping!

Torsdag, 23 april 2020 ◆ kl 17:30–20:45
Comfort Hotel Jönköping, Klostergatan 28, Jönköping

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

Program:

Moderator: Carl Johan Östgren, medicinsk redaktör på Läkartidningen

17:30–18:30 **Registrering, mat och mingel**

18:30–18:40 **Inledning moderator**

18:40–19:05 **Nasim Farrokhnia** är överläkare och forskare knuten till Karolinska institutet och Södersjukhuset där hon var verksamhetschef på akuten i närmare sex år innan hon 2018 kom till Kry. På Kry är Nasim chef för medicinsk kvalitet och forskning. Nasim har även arbetat med evidensbaserad medicin på SBU och haft regeringsuppdrag i Vetenskapsrådet. Hon har en lång facklig bakgrund i SLF och är i dag ordförande i intresseföreningen eHälsoläkarna.

19:05–19:30 **Poul Kongstad** är uppvuxen i ett brukssamhälle norr om universitetsstaden Lund och läste franska på universitetet. Han berättar om resan från humaniora till intensivvård och neurokirurgi. Från inbiten kliniker till högre chef och tillbaka igen. Från högspecialiserad vård till »basic medicine« inom primär och prehospital vård i Sverige och Afrika. Från sjukhusets strikta hierarkier till politikens outgrundliga labyrinter. Från vetgirig student till bakjour, mentor och föreläsare. Men framför allt talar Poul om glädjen att vara läkare!

19:30–20:00 **Fikapaus**

20:00–20:25 **Karin Wahlberg** ville bli lärare och utbildade sig i humanistiska ämnen och arbetade tio år i skolan. Sedan flyttade hon och blev arbetslös. Maken är läkare, hon blev inspirerad och började läsa medicin. Under arbetsmässigt tuffa år på kvinnokliniken i Lund fick hon en dag en idé till en kriminalroman som kom ut 2001. Det har blivit många böcker i olika genrer sedan dess, och hon fortsatte att vara gynekolog- och förlossningsläkare, fast deltid.

20:25–20:45 **Avslutning och prisutdelning i kvällens tävling**

OBS! Karriärkvällen är gratis för läkare men vid utebliven närvaro debiteras 200 kr + moms.
Sista datum för avbokning är 16 april.



En kväll för dig som söker inspiration och nya utmaningar!

Besök våra utställare och tävla om fina priser!

KARRIÄR KVÄLLAR för läkare

Arrangör
Läkartidningen

Partner
Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Utställare
KRY
Folksam
Lipus

Anmäl dig på läkartidningen.se/event

Kontinuitet leder till effektivitet

SJUKVÅRDEN BROTTAS med bristande tillgänglighet och dålig kontinuitet. Köer och överbeläggningar är vardag, och dyrbar läkartid läggs på att jaga platser i stället för att ge vård. Marginalerna är på många håll obefintliga, och framöver är utmaningarna ännu större. En ESO-rapport från 2019 visar att svensk sjukvård är ineffektiv relativt flera jämförbara länder inom OECD. Det beror inte på brist på arbetade timmar – svenska läkare har med sina 40 timmar längre veckoarbetstid än i våra grannländer. Utöver det levererar de flera arbetade timmar än de flesta yrkesgrupper på svensk arbetsmarknad. Inte heller råder numerär brist på läkare. Att svensk sjukvård är ineffektiv beror på något annat.

I OECD:s rapport "Health at a Glance 2019: OECD Indicators" är Sverige bland de länder som har bäst tillgång till läkare i förhållande till befolkningsstorlek. För varje tusental invånare har vi 4,1 läkare, vilket kan jämföras med genomsnittet för OECD som endast är 3,5 läkare per 1 000 invånare. I dagsläget arbetar knappt 40 000 läkare inom hälso- och sjukvården. Det innebär att det finns fler yrkesaktiva läkare än någonsin tidigare och trenden har varit ökande under en längre tid.

Totalt sett har vi alltså god tillgång till läkare, men tillgången är ojämnt fördelad och dimensioneringen av specialister är i obalans: det saknas specialister i bland annat allmänmedicin, psykiatri och geriatrik. Enbart i Stockholm saknas i runda slängar 400 allmänläkare. Att ha utbildat många läkare kommer alltså inte till nytta på bästa sätt.

Det räcker inte med att bara ha god tillgång till läkare – hur resurser används avgör om vården blir effektiv.

Sverige utmärker sig även i OECD-rapporten genom betydligt färre patientbesök per läkare än i andra länder. Genomsnittet för antal patientbesök som en läkare inom OECD hinner med på ett år är 2 181, medan vi i Sverige endast hinner med en tredjedel: 680 besök. Det är svårt att jämföra statistik från system som styrs via olika parametrar, men vi läkare har i många år påtalat att all tid vi ägnar åt att jaga vårdplatser och åt administration, som någon annan hade kunnat utföra, går ut över patientarbetet. Kapacitetsbristen i sjukvården i sig gör att vi inte kan jobba effektivt – det blir ett moment 22.

Vad vi ser är effekterna av ett system som är fel dimensionerat och som inte premierar kontinuitet. Rapporten visar nämligen även att Sverige ligger under genomsnittet när det kommer till om patienterna upplever att läkarbesöken är tillräckligt långa. Paradoxalt, eftersom de patientbesök som görs i Sverige i själva verket är betydligt längre än i de flesta jämförbara länder [1]. Det är inte så märkligt, eftersom patient och läkare får ägna en stor del av besöken åt att starta om, upprepa sjukdomshistoria och göra om initiala bedömningar eftersom patienten inte har en fast läkare med det övergripande medicinska ansvaret utan i stället ständigt får träffa nya läkare, till skillnad från hur det organiseras i OECD-länderna som vi jämförs med. Inte konstigt att det är ineffektivt.

SVEN ENGSTRÖM ET AL skriver i Läkartidningen [2] att hög personlig läkarkontinuitet i primärvård är förenad med lägre antal läkarbesök på akutmottagningar. Det visar sig bidra till färre läkarbesök såväl som inläggningar på sjukhus. Det räcker inte med att bara ha god tillgång till läkare: hur resurser används avgör om vården blir effektiv. Kontinuitet i patient–läkarrelationen ger både kortare och mer effektiva läkarbesök, vilket frigör mer tid för att träffa fler patienter. Och om läkare kunde ägna mindre av sin tid till att förhandla om att få en plats till sina patienter skulle vi kunna ägna mer läkartid till direkt patientarbete – och vården skulle då bli mer effektiv. Det skulle också kunna sänka kostnaderna, för ineffektiv vård är dyr vård!

1. Irving G, et al. BMJ. 2017;7(10):e0717902.
2. Läkartidningen. Engström S, et al. 2019;116(51–52):FTPW.



Heidi Stensmyren
ORDFÖRANDE, LÄKARFÖRBUNDET
ordforande@slf.se

Sveriges läkarförbund

DLF Stockholm: Orealistiskt med fast läkare till år 2021

Enligt Region Stockholms nya primärvårdsstrategi ska alla invånare som vill det erbjudas en fast namngiven läkare senast 2021. Ett orealistiskt mål, enligt Distriktsläkarföreningen.



Foto: Roland Magnusson/Mostphotos

Region Stockholms primärvårdsstrategi innebär att alla ska få en fast namngiven läkare senast 2021.

Region Stockholm har tagit fram en primärvårdsstrategi som ska implementeras stegvis fram till 2025. Bland annat ska alla invånare som vill det få lista sig hos en namngiven fast husläkare vid slutet av 2021.

– Den stora bristen för väldigt många patienter är att man får träffa olika läkare och inte känner att man har den här trygga vårdkontakten att återkomma till. Men sedan är det stor efterfrågan på detta även från läkarna, så det finns ett gemensamt intresse, säger hälso- och sjukvårdsregionrådet Anna Starbrink (L).

Ylva Sandström, ordförande i Distriktsläkarföreningen (DLF) i Stockholm, tror inte att målet är realistiskt. Inte om läkarna samtidigt ska kunna ha en rimlig arbetsbörda.

– Det är helt orimligt. Det finns inga pengar. Det är fina visioner, men man tillför inga förutsättningar för att det ska kunna hända på riktigt, säger hon.



Ylva Sandström, ordförande i DLF Stockholm.

Ett problem är att distriktsläkarna i Stockholm är för få. Ylva Sandström menar att det i teorin förstås är möjligt att redan i dag ordna fast namngiven läkare åt alla, eftersom det inte finns någon begränsning i hur många som kan listas på varje läkare.

– Men vi vill ha listningstak och ett rimligt uppdrag. Det finns inte i det här uppdraget.

Hon har tidigare varit starkt kritisk till den låga ekonomiska uppräkningen för vårdcentralerna i Stockholm. För 2020 handlar det om 1,5 procent. Inräknat löneökningar och inflation innebär det i realiteten en nedskärning, menar hon.



Anna Starbrink (L), sjukvårdsregionråd i Stockholm.

Anna Starbrink hoppas att primärvården ska kunna få större tillskott framöver och att man stegvis kan förflytta resurser till husläkarmottagningar från andra delar av vårdsystemet.

– Men nu har ett vi ett läge som är ganska ansträngt ekonomiskt. Dels för att vi har vikande skatteintäkter, dels för att vi blir av med mycket pengar i kostnadsutjämningen. Därför måste vi göra den här omställningen av sjukvården: mer vård måste ges utanför akutsjukhusen, men också i högre grad på husläkarmottagningar än hos andra specialister i öppenvården.

Enligt Ylva Sandström är det svårt att veta exakt hur många distriktsläkare det finns i Stockholm, men hennes uppskattning är att varje distriktsläkare i Stockholm i genomsnitt har omkring 3 000 patienter – dubbelt så många som de 1 500 som DLF förordar.

– Ska man då fördubbla antalet distriktsläkare så är det inte gratis. Samtidigt finns studier som visar att det lönar sig för hela systemet. Det har både Göran Stiernstedt och Anna Nergårdh pekat på i sina utredningar, säger Ylva Sandström.

Anna Starbrink håller med om att allmänläkarna behöver bli fler.

– Vi utbildar en del i Stockholm och vi har tillsatt fler ST-block. Det måste vi fortsätta med för att vi ska kunna uppnå detta.

Joakim Andersson

Ber Ivo granska om försäkringspatienter går före

Region Stockholm vill att Ivo granskar hur privata vårdgivare prioriterar patienter. Bakgrunden är uppgifter om att försäkringspatienter ges förtur.

Enligt Dagens Nyheter har hälso- och sjukvårdsdirektören i Region Stockholm skickat ett brev till Inspektionen för vård och omsorg (Ivo).

I brevet ber Björn Eriksson tillsynsmyndigheten att genomföra en granskning av de privata vårdgivare som har avtal med regionen för att säkerställa att de följer hälso- och sjukvårdslagen.

– Vi har fått signaler, både via media och från våra tjänstemän, om att privata vårdgivare kan ha prioriterat patienter som har privat försäkring framför remitterade patienter utan medicinsk motivering. Det kan vi inte verifiera. Men det är hälso- och sjukvårdslagen som gäller och det är jätteviktigt när det gäller medicinska prioriteringar, och särskilt gäller det områden där det är en kösituation och svårt att få tillgång till vård, säger Björn Eriksson till Dagens Nyheter.



Illustration: Mostphotos

Anledningen till att han vill att Ivo ska granska vårdgivarna är att regionen inte har möjlighet att göra det.

– Det är bara tillsynsmyndigheten Ivo som kan titta på det här. De kan granska medicinska journaler och titta på hur den medicinska bedömningen har varit, säger Björn Eriksson.

Joakim Andersson



Foto: Lars-Olof Rosell/Mostphotos

Jönköpings län hoppas att specialister ska upptäcka regionen.

Läkare lockas till andra regioner efter storvarsel

Riktade annonser i sociala medier, headhunting och spontana ansökningar. Efter storvarslen i Stockholm satsar flera regioner på att locka tillbaka utflyttade läkare.

I slutet av förra året varslades 800 tjänster vid sjukhusen i Stockholm. Minst 275 läkartjänster ska bort. Nu vill andra regioner locka läkare till sig från Stockholm. Ett exempel är Region Jönköpings län, som har haft en »hemvändarkampanj« tillsammans med två andra myndigheter.



Foto: Mostphotos

– Vi försöker jobba med hela familjen – att den ena hittar ett jobb hos oss och en annan familjemedlem kanske hittar jobb hos Domstolsverket eller Jordbruksverket. Vi har totalt nått ungefär 100 000 med den kampanjen, berättar Elin Carlholt, områdeschef på kompetensförsörjningsenheten i Region Jönköpings län.

Kampanjen pågick mellan 18 december och 12 januari i sociala medier. Därtill har regionen riktat sig specifikt till specialistläkare genom annonser på välbesökta webbplatser och sponsrade Facebook-inlägg.

– Vi har fått in en del intresseanmälningar som vi nu bygger kontakt med, säger Elin Carlholt.

Under 2020 kommer Region Jönköpings län dessutom att headhunta specialister.

– Det handlar om att kontakta läkarna direkt och berätta om hur fantastiskt det är i Småland, säger Elin Carlholt.

För läkare som kanske vill bo kvar i Stockholm finns också andra alternativ. 50 minuter bort med tåg ligger Västerås, där man märkt en uppgång i ansökningar från läkare i Stockholm.

– Inom vissa kliniker, till exempel kirurgkliniken, får verksamhetschefen ganska mycket påringningar från läkare som vill komma hit från Stockholm och jobba, säger Liselott Sjöqvist, områdeschef för akutsjukvård i Västmanland, till Sveriges Radio P4 Västmanland.

För läkare som däremot kan tänka sig att ta sitt pick och pack och resa 90 mil norrut finns också möjligheter. Region Norrbotten vill locka läkare från huvudstaden och inleder denna vecka en kampanj.

– Vi kommer att gå ut riktat mot Stockholmsområdet i våra egna kanaler, som våra hemsidor, på Facebook och Linkedin, säger hr-direktör Karin Larsson till Läkartidningen.

Med utmaningen att rekrytera personal i välfärdsyrkena måste man tänka nytt, menar Elin Carlholt. Det var därför som kompetensförsörjningsenheten i hennes region bildades 2018.

Jesper Cederberg

I KORTHET

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

VÄXANDE PLATSBRIST PÅ SJUKHUSEN

▶ Antalet överbeläggningar i sjukvården fortsätter att öka. 2013 hade landets sjukhus i genomsnitt 2,6 överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser. Förra året hade siffran stigit till 5 per 100 vårdplatser. Det visar statistik från Sveriges Kommuner och regioner som Dagens Samhälle sammanställt. De regionala skillnaderna är stora. Region Skåne ligger högst med 7,8 överbeläggningar per 100 vårdplatser.

ÖREBRO, VÄSTERVIK OCH S:T GÖRAN UTSEDDA TILL BÄSTA SJUKHUS

▶ Örebro har det bästa universitetssjukhuset i landet. Det främsta mellanstora sjukhuset finns i Västervik, och Capio S:t Görans sjukhus är det bästa mindre. Det visar Dagens Medicins årliga rankning, där Sveriges akutsjukhus granskas utifrån 176 indikatorer.

EXTRAPENGAR PÅVERKAR INTE VARSEL I STOCKHOLM

▶ Region Stockholm får drygt 300 statliga extramiljoner 2020. Men de pengarna kommer inte att gå till akutsjukhusen. Det säger finansregionrådet Irene Svenonius (M) till Dagens Medicin.

SKÅNE FÅR KRITIK FÖR LÅNG VÄNTAN PÅ CANCEROPERATION

▶ På Skånes universitetssjukhus har orimligt långa väntetider till operation vid cancer i bukspottkörteln eller levern fått allvarliga konsekvenser för patienter, enligt Inspektionen för vård och omsorg.

SSTH

Är du intresserad av trombos och hemostasfrågor?

Välkommen till SSTH Symposium 14

Göteborg 2-3/4 2020

www.ssth.se

SSTH

Beslut om BUP-vårdval skjuts upp i Region Skåne

Region Skånes beslut att införa vårdval för den öppna barn- och ungdomspsykiatrin skjuts upp. Anledningen är invändningar från flera fack som krävt central förhandling.

Alliansen i Skåne har haft ambitionen att införa vårdval inom ett par nya områden, bland annat barn- och ungdomspsykiatrin. Målet är att öka tillgängligheten genom att släppa in privata aktörer. Men vid hälso- och sjukvårdsnämndens möte på torsdagen i förra veckan sköts beslutet om vårdval upp.

Orsaken är en facklig begäran om central förhandling i frågan. Den grundar sig i sin tur på ett regionalt samverkansmöte härom veckan, där arbetsgivaren la fram ett förslag som menade att det var både möjligt och lämpligt med ett vårdval inom BUP. Detta trots att en utredning kommit fram till att det förvisso var möjligt, men inte lämpligt.



Marie Wedin

– Alla blev väldigt förvånade över att förslaget var ändrat från det som referensgruppen och de som gjort utredningen kommit fram till – från att det inte var lämpligt till att det helt plötsligt var lämpligt, säger Marie Wedin, ordförande i Läkarförbundet Skåne.

Samtliga vårdfack sa då ifrån och ett par begärde central förhandling, vilket nu gör att nämnden skjuter upp sitt beslut.

– Vi i Läkarförbundet har inte själva begärt en central förhandling, men vi sympatiserar med den, säger Marie Wedin.

Hon säger att BUP fungerar dåligt på flera håll i Skåne med brist på psykiatrer. Att öppna för vårdval riskerar då att lägga fokus på diagnostik, vilket kan göra köerna ännu längre.

Nu kan det bli en politisk strid om frågan där Sverigedemokraterna får en avgörande roll. Tidigare i månaden backade också Alliansen i frågan om vårdval inom ÖNH, efter en utredning som visade att det var möjligt, men inte lämpligt.



Illustration: Mostphotos

Vårdval om BUP i Skåne skjuts upp då flera fackförbund har krävt central förhandling.

Förslaget om vårdval inom BUP har också fått hård kritik. Bland annat har flera chefsöverläkare skrivit en debattartikel i Sydsvenskan där de varnar för »katastrofala effekter« för läkarbemanningen på barn- och ungdomspsykiatrins akutverksamheter. De menar också att patienter med enklare åkommor skulle få träffa läkare på bekostnad av dem med mer komplexa, kroniska eller akuta svårigheter.

Jesper Cederberg

I KORTHET

NERGÅRDH: APOTEKETS KÖP I DOKTOR 24 PROBLEMATISKT

▶ Statens utredare Anna Nergårdh reagerar på att statliga Apoteket AB köper in sig i privata Doktor 24. Köpet kommer samtidigt som regeringen tittar på relationen mellan nätläkare och apotek. »Jag är förvånad över tajmningen«, säger hon till Läkartidningen.

HÖJD LÖN SKA FÅ FLER LÄKARE ATT FORSKA

▶ Svenska sällskapet för medicinsk forskning höjer lönedelen i sitt fyraåriga etableringsstöd för kliniskt verksamma forskare från 400 000 till 800 000 kronor per år för den som forskar på halvtid.

RESTNOTERADE LÄKEMEDEL FORTSÄTTER ÖKA



▶ Förra året fick Läkemedelsverket in 982 anmälningar om restnoterade läkemedel. Det innebär en ökning på 36 procent jämfört med 2018, rapporterar Läkemedelsvärlden.

Lund underkänner student som struntade i hygienregler

Lunds universitet har infört ett system för att fånga upp olämpliga läkarstudenter. Nu har en student för första gången underkänts i professionellt förhållningssätt.

För ett år sedan införde läkarutbildningen i Lund ett system som kallas basalt professionellt förhållningssätt. Det är tänkt som en nödbroms för uppenbart olämpliga studenter.

Om en students beteende anses bryta mot ett professionellt förhållningssätt blir det först en varning. Om beteendet trots det fortsätter underkänns studenten och en individuell studieplan upprättas. Uppfylls inte den kommer studenten inte vidare i läkarutbildningen.



Foto: Mostphotos

Att inte tvätta sina händer kan få många konsekvenser.

Nu har för första gången en läkarstudent underkänts i professionellt förhållningssätt, efter att trots upprepade varningar inte ha följt hygienreglerna i Region Skåne.

– Syftet med studieplanen är att studenten ska förstå och korrigera sitt beteende. När studenten visat det får studenten fortsätta. För vår del är det viktigt att stödja studenten i detta, säger Christer Larsson, ordförande vid programnämnden för läkarutbildningen i Lund.

Vad tycker läkarstudenterna om att ni infört systemet?

– Jag har hört att många tycker det är vettigt att vi försöker hantera detta. Men sedan är studenterna förstås angelägna om att det måste vara rättssäkert och att inga bedömningar blir godtyckliga.

Hur fungerar systemet?

– Oftast är det en handledare eller någon på en avdelning som observerar ett beteende som är patientosäkert, dokumenterar det och rapporterar vidare till examinatorn, som gör en bedömning, säger Christer Larsson.

Ytterligare två läkarstudenter som anses ha betett sig olämpligt har enligt Sveriges Radio rapporterats till kursledningen. Skälet i detta fall var att de uteblivit från undervisning och tider med patienter. För dem har dock inget beslut om underkännande fattats.

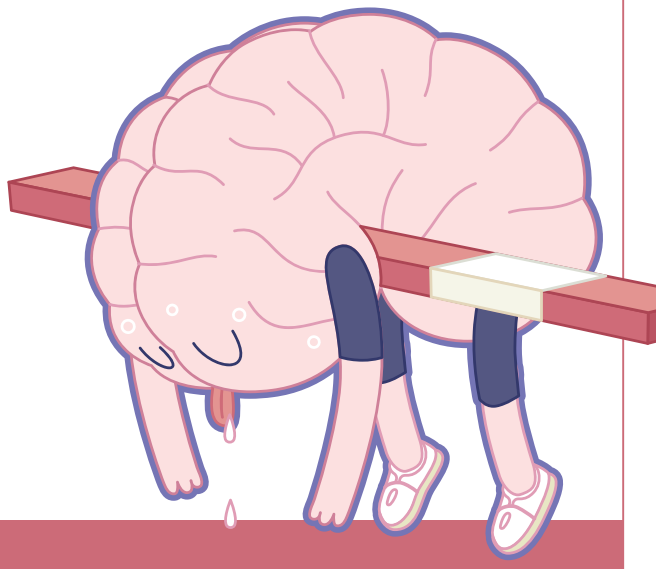
Marie Ström

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**



»Det är bra att inte behöva jobba 100 procent«

Foto: Johan Gunséus

»Jag hade ju kunnat hoppa av vid 65 och börja som hyrläkare, men jag var lockad av att vara kvar med kollegorna och patienterna. Jag uppskattar kontinuiteten«, säger Gunnar Johansson, snart 67 år, som valt att arbeta kvar som njurmedicinare på Örnsköldsviks sjukhus.

Allt fler läkare jobbar vidare efter 65. Men utvecklingen går långsamt, och fortfarande är det få arbetsgivare som har riktade satsningar med fokus på äldre medarbetare. »Regionerna kan göra mer för att få fler att stanna i yrket«, säger Torsten Mossberg, ordförande i Seniora läkare.

TEXT: **Påhl Ruin** FOTO: **Johan Gunséus**

Vid årsskiftet höjdes åldersgränsen för pension i lagen om anställningsskydd från 67 till 68 år, och 2023 höjs gränsen till 69. Budskapet från riksdag och regering är kristallklart: fler ska jobba längre.

Utvecklingen har också gått i den riktningen under 2000-talet: 2005 arbetade 10 procent av samtliga 65–74-åringar, 2018 hade den siffran stigit till 17 procent. Men bland läkare är siffran betydligt högre. För cirka fem år sedan visade en undersökning av Läkarförbundet att över 40 procent jobbade vidare efter 65 i någon form, ofta som timanställda.

– Jag är säker på att siffran är högre i dag, jag märker att fler medlemmar är kvar i arbetslivet, säger **Torsten Mossberg**, ordförande för Seniora läkare.

Hans fingertoppskänsla verkar stämma om man studerar statistiken från Sveriges Kommuner och regioner (se figur): 2018 utgjorde läkare över 65 år nära 8 procent av samtliga yrkesverksamma läkare, för tio sedan var andelen bara hälften så stor.

Den successiva höjningen av pensionsåldern har självfallet spelat in, men enskilda arbetsgivares insatser kan också ha haft betydelse. Ett exempel är Region Västernorrland, som sedan 2014 erbjuder medarbetare inom bristyrken att från och med 66 års ålder arbeta 80 procent med 100 procents lön.

Just nu nyttjar 13 medarbetare denna möjlighet, varav sju läkare. En av dem är **Gunnar Johansson**, snart 67 år, som är njurmedicinare på Örnsköldsviks sjukhus:

– Jag hade nog inte stannat så här länge om det inte hade varit för erbjudandet, säger Gunnar Johansson då Läkartidningen når honom vandrande på stan på sin lediga onsdag.

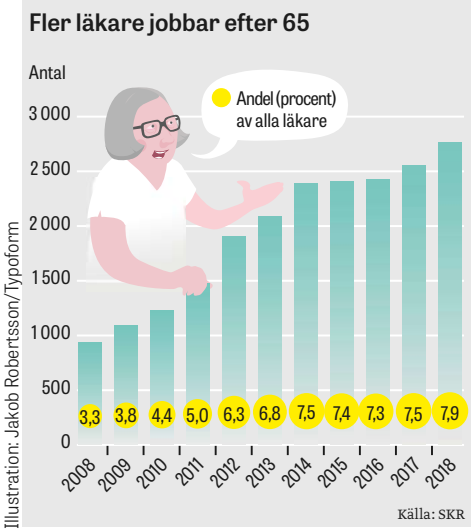
– Det är väldigt behagligt med en dag för andhämtning mitt i veckan, en dag då jag kan göra andra saker. Och under sommarhalvåret väljer jag i stället att ha ledigt var femte vecka, vilket är väldigt skönt!

Märker du någon skillnad i din arbetskapacitet jämfört med säg 2010?

– Inte mycket – ja, kanske är jag lite tröttare efter arbetsdagens slut. Och då är det ju bra att inte behöva jobba hundra procent.

Gunnar Johanssons argument för att jobba vidare efter 65 liknar dem som läkare angett i flera enkäter och studier genom åren: man känner sig behövd och efterfrågad, har erfarenhet som man fortfarande vill dela med sig av.

– Jag hade ju kunnat hoppa av vid 65 och börja som hyrläkare, men jag var lockad av att vara kvar med kollegorna och patienterna. Jag uppskattar kontinuiteten.



Läkare 65 år och äldre som är anställda i regionerna, både tillsvidare- och timanställda.

På Region Västernorrlands HR-avdelning berättar förhandlingschefen **Gun-Britt Hägglund Strand** att det var just önskan att minska beroendet av hyrläkare som var en av orsakerna bakom erbjudandet:

– Vi sparar en del pengar tack vare den här modellen. Men framför allt får vi högre kvalitet i vården.

Vad gör ni annars för att underlätta för läkare och andra vårdanställda att jobba efter 65?

– Vi försöker göra våra arbetsplatser attraktiva, men ännu har vi inte någon genomtänkt strategi för den äldre arbetskraften.

Borde ni inte ha det? Svårigheterna att rekrytera har ju funnits hos er i många år?

– Du har rätt, vi borde göra ännu mer.

Det är också slutsatsen bland många forskare på området: vissa arbetsgivare har börjat med »åldersmedveten« personalpolitik, men det är långt kvar. Sociologen och universitetslektorn **Mikael Stattin** vid Umeå universitet har studerat arbetsgivarnas och de vårdanställdas syn på pensionsåldern i grannregionen Västerbotten:

– Regionen har gjort lovvärda insatser, men även där saknas ännu en långsiktig strategi.

För att få fler att jobba längre måste man bli bättre på att förstå drivkrafterna bakom enskilda individers beslut att



Läkaren Gunnar Johansson resonerar med en av sina patienter, Gunnar Larsson i samråd med sjuksköterskan Helen Spens.

stanna i yrket, menar Stattin. I en enkät bland ett nittiotal 65-plussare i Västerbottens sjukvård – varav cirka en tredjedel var läkare – framkom ett argument så tydligt att det överraskade honom själv:

– Uppskattning! De lyfter fram behovet av stöd och uppskattning, av både chefer och kollegor. Att få höra att de fortfarande är värdefulla medarbetare. Flera uttryckte viss irritation över frågor om när de ska pensionera sig.

För läkarnas del är det ekonomiska incitamentet att jobba vidare ganska litet. Önskan att fortsätta beror mycket mer på en kärlek till yrket: läkarrollen är en central del av identiteten. Men för att kunna fortsätta efterlyser de inte bara kortare arbetstid, utan också andra arbetsrutiner, mindre administration och mer flexibilitet.

Mikael Stattin har även studerat attityder till att arbeta efter 65 hos läkare och andra vårdanställda som ännu inte nått pensionsåldern. Ett vanligt svar bland läkarna har varit: »Jag kan tänka mig att jobba vidare, men inte under de här förutsättningarna.«

– Det är ju en väldigt tydlig indikation på att fler än i dag är beredda att arbeta kvar efter 65, om bara arbetsgivarna lyssnar till vad som behöver förändras.

I Mikael Stattins kartläggning framkommer att kvinnliga läkare är något mindre intresserade än sina manliga kollegor att jobba vidare efter 65.

– En förklaring är att många kvinnor tagit huvudansvar i hemmet, och detta dubbelarbete har minskat deras lust och ork att jobba vidare.

Det kan också finnas sociala skäl bakom de kvinnliga läkarnas tidigare pensionering: en äldre make har redan gått i pension och man vill vara tillsammans mer.

Även detta sociala pussel måste vägas in i diskussionen om hur man ska få fler att jobba längre, menar **Eva Vingård**, tidigare överläkare och numera professor emeritus i arbets- och miljömedicin vid Uppsala universitet:

– Jag tycker att arbetsgivare ska sätta sig ner med varenda anställd som fyllt 60 och resonera utifrån frågorna: Hur ser du på din framtid här under de närmaste tio åren? Hur länge kan du tänka dig att jobba? Hur kan arbetsuppgifterna anpassas? Vilka behov av vidareutbildning har du?

Eva Vingård är ledamot i Delegationen för senior arbetskraft, som regeringen tillsatte härom året. Nyligen kom hon själv med ett bidrag till delegationens serie av rapporter: »Vad blir sämre och vad blir bättre när man blir äldre?«

– Flera fysiska förmågor blir sämre med högre ålder, medan de mentala snarare kan förbättras genom erfarenhet och mognad. Specialiteter med fysiskt krävande uppgifter blir tuffare, men arbetssituationen kan alltid anpassas. Jag har en vän som är 73 och ortoped. När det blev för tungt att stå längre perioder har han nu specialiserat sig på fotkirurgi, där han kan sitta i stället.

Hon blir beklämd av att höra hur många arbetsgivare som inte i tid anpassat arbetsförhållandena.

– Vi är ett gäng som läste medicin ihop och vi hade nyligen en återträff, alla över 70. Några av oss är fortfarande igång, men många hade slutat redan i 60-årsåldern,

»Det är ett organisatoriskt misslyckande att välutbildade läkare som har god hälsa och i grunden älskar sitt arbete slutar för att arbetsförhållandena är för dåliga.«



Eva Vingård,
professor emeritus i arbets- och miljömedicin samt ledamot i Delegationen för senior arbetskraft



Foto: Johan Gunséus

speciellt de som blivit allmänläkare. Vissa hade gått i missmod. Det är ett organisatoriskt misslyckande att välutbildade läkare som har god hälsa och i grunden älskar sitt arbete slutar för att arbetsförhållandena är för dåliga.

Eva Vingård är förundrad över den slitstarka 65-årsnormen, att just 65 skulle vara en »lagom ålder« att sluta jobba när det nu finns en flytande pensionsålder mellan 62 och 68 år:

– Tänk bort 65-årsgränsen! Det som avgör hur länge man kan arbeta är ofta de fysiska kraven. En industriarbetare kan ha svårt att fortsätta efter 60, en dansare pensioneras vid 40, en toppatlet ännu tidigare.

Region Östergötland beslutade nyligen att ta bort även 68-årsgränsen. Rätt beslut?

– Absolut! Varför ska ålder över huvud taget vara ett kriterium för att få sparken? Jag hade gärna fortsatt som överläkare och professor efter 67, men det gick inte. Nu är jag 72 och har förmånen att kunna fortsätta med olika arbetsuppgifter med anknytning till Uppsala universitet. Men det är inte alla förunnat.

Finns det inte en poäng med att arbetsgivaren vid en viss ålder har möjlighet att säga »tack och hej?« Darrningar och demens är ju trots allt vanligare bland dem som fyllt 70?

– Nej, jag ser ingen poäng med en åldersgräns, en 40-åring kan vara lika olämplig för ett jobb som en 70-åring. De allra flesta 70-åringar är synnerligen vitala medborgare. Uttrycket »70 är det nya 50« har stöd i forskning sedan 1970 om 70-åringars fysiska och mentala hälsa.

TIPS FÖR DIG SOM VILL JOBBA LÄNGRE

- **Kräv fortbildning, precis som alla andra!**
- **Acceptera inte dålig löneutveckling bara för att du är så tacksam för att någon vill ha dig!**
- **Påminn arbetsgivaren om att du är billigare än andra anställda då arbetsgivaravgiften nu sänkts för alla över 65.**
- **»Tack för att jag får sitta i en skrubb och jobba.« Nej! Acceptera inte dåliga arbetsförhållanden.**
- **Argumentera för att du kan fungera som mentor för yngre läkare.**
- **Den som väljer timanställning i stället för tillsvidareanställning ska veta att man inte omfattas av grupplivförsäkringar mellan arbetspassen.**
- **Undersök vad timanställningen omfattar – ingår exempelvis övertid? Och hur hanteras lönen om du blir sjuk?**

Tipsen kommer från Torsten Mossberg, ordförande i föreningen Seniora läkare, och Shewen Aziz, ombudsman på Läkarförbundets avdelning för arbetsliv och juridik.



Torsten Mossberg

Torsten Mossberg, som också sitter i Läkarförbundets styrelse, vill ändå lyfta de känsliga problem som kan uppstå när läkare fortsätter att vara verksamma långt upp i åren:

– Vår förening ordnar resor till olika platser i Europa. Några gånger har det hänt att jag talat med kollegor på resan som glömt var vi är eller vart vi är på väg. När jag sedan får höra att samma läkare fortfarande tar emot patienter blir jag lite orolig.

Han menar att läkare är för dåliga på att prata med varandra om känsliga frågor som berör yrket.

– Man måste våga säga till en kollega: »Jag tycker inte att du ska ta emot patienter längre.«

Om man är öppen med att sådana etiska problem kan uppstå, blir det också lättare att slå fast huvudbudskapet: äldre läkare besitter erfarenheter som är helt avgörande för att få vården att fungera bättre.

– En anhörig kom nyligen till en vårdcentral med svårdefinierade smärtor. Läkaren i 70-årsåldern ställde blixtsnabbt den rätta diagnosen: körtelfeber. Om du har mött hundratals eller tusentals patienter med sådana smärtor, då vet du.

Text: **Påhl Ruin**
Foto: **Johan Gunséus**



Mer debatt på nätet

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

BÖR MAN AVRÅDA FRÅN SVENSK LÄKARUTBILDNING?

▶ **Den 1 juli 2020 upphör regionernas skyldighet enligt lag att tillhandahålla AT-tjänster. Kan Läkarförbundet rekommendera blivande läkarstudenter att söka till läkarprogrammet i Sverige innan den nya legitimationsgrundande utbildningen införts? Vilka medel kommer Läkarförbundet att använda för att säkerställa att dessa studenter och läkare får möjlighet att genomföra AT och bli legitimerade? Det undrar Eir Löfgren.**

Läkartidningen. 2020;117:FYED

Replik

NEJ, MAN BÖR INTE AVRÅDA STUDENTER FRÅN SVENSK LÄKARUTBILDNING

▶ **Självklart bör man inte avråda studenter från att börja studera till läkare nu. Vi förstår dock att det finns en oro kopplad till AT-flaskhalsen. Läkarförbundet för en dialog med regeringen, och vi förutsätter att man skapar generösa övergångsregler som möjliggör för samtliga läkarstudenter i nuvarande system att genomföra AT. Det skriver Sofia Rydgren Stale, ordförande i Läkarförbundets utbildnings- och forskningsdelegation.**

Läkartidningen. 2020;117:FYI6

Vad tycker du?
Kommentera på Läkartidningen.se

Mässling dödar fler än ebola – ett kollektivt misslyckande



Illustration: Mostphotos

Mässling och andra infektioner som går att förebygga med vaccin hör hemma i historieböckerna. I östra Kongo-Kinshasa har nästan tre gånger fler dött i den pågående mässlingsepidemin än i ebolaepidemin i samma område.



Anna Sjöblom, medicinsk humanitär rådgivare, Läkare utan gränser

Världshälsoorganisationen WHO:s senaste rapport visar att utvecklingen efter ett par decenniers nedgång av dödsfall till följd av mässling nu går åt fel håll.

Vaccination mot sjukdomen uppskattas ha räddat 23 miljoner liv sedan år 2000. Det är svårt att hitta en folkhälsoinsats som kan mäta sig med detta [1].

86 procent av världens barn har fått en av de två rekommenderade doserna mässlingsvaccin. Men faktum är att detta inte räcker för att uppnå så kallad flockimmunitet och skydda samhällen mot utbrott. För att vara på den säkra sidan krävs att 95 procent av befolkningen har full immunitet.

Veckorna före jul 2019 var jag i östra Kongo-Kinshasa på ett snabbt inhopp i Läkare utan gränsers mässlingsrespons. På nyheterna rapporterades då om mässlingsutbrottet i Samoa, och på Twitter spreds vaccinationsskeptikernas osanningar om hur vaccinet är farligare än infektionen.

Sjukhuset som Läkare utan gränser driver tillsammans med de kongolesiska sjukvårdsmyndigheterna i Baraka var överbelagt. Undernäringsavdelningen var full, och i isoleringstälten för mässling räckte sängarna inte till. Akut undernäring, låg vaccinationstäckning, ett svagt sjukvårdssystem och hög förekomst av andra infektionssjukdomar bidrar till hög dödlighet i det här mässlingsutbrottet. Det är en mycket ansträngd situation för myndigheter och humanitära organisationer.

> **»Under veckorna i Baraka kunde jag inte låta bli att tänka på vaccinmotståndarna här hemma …«**

Mässlingsfall har rapporterats i samtliga 24 provinser i landet, och antalet är nu uppe i otroliga 310 000. Fler än 6 000 dödsfall har rapporterats, och mörkertalen är sannolikt stora. Många har jämfört utbrottet med ebolaepidemin i östra Kongo-Kinshasa. En av epidemierna skapar rubriker och engagemang världen över. Den andra har pågått i tysthet – trots att nästan tre gånger fler dött i mässling än i ebola.

Utbrottet har ett stort försprång gentemot de krafter som mobiliseras för att stoppa det. Även om en stor nationell massvaccinationskampanj genomförs så behöver mer resurser investeras i både patientvård och vaccination. Givare och humanitära organisationer måste växla upp takten för att stötta sjukvårdsmyndigheterna i det arbetet.

Vi kan inte tillåta att infektionssjukdomar och respons vid epidemier dalar nedåt på den globala hälsodagordningen. Omvärlden kan inte heller enbart fokusera på utbrott som utgör globala hälsohot eller faller inom hälsosäkerhetsagendan, det vill säga riskerar att spridas till länder som Sverige. Att så många barn dör i en sjukdom som är lätt att förebygga är en skam och ett kollektivt misslyckande.

Under veckorna i Baraka kunde jag inte låta bli att tänka på vaccinmotståndarna här hemma och hur de verkar vinna ny mark. Jag hade gärna låtit dem följa med mig en dag på jobbet så att de fått se mässlingens fula ansikte.

Vi måste gemensamt göra allt för att mässling och andra infektioner som går att förebygga med vaccin hamnar i historieböckerna. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referens

1. World Health Organization (WHO). Measles: fighting a global resurgence. 6 dec 2019.

Råd till vaccinatörer:

Sikta inte för högt

Skada i axeln efter vaccination är ovanligt, men allvarligt för den som drabbas. För fortsatt tillit till våra vaccinationsprogram är det viktigt att försöka undvika kända risker. Behovet av uppdaterad information om lämplig injektionsteknik bör utredas.



Leif Gothefors, professor emeritus, institutionen för klinisk vetenskap/pediatrik, Umeå universitet

En kollega rapporterade i LT för några år sedan [1] att han drabbats av värk i axeln efter sin femte TBE-vaccination. Smärta och värk kvarstod efter ett halvår. Litteratursökning ledde honom till begreppet SIRVA (shoulder injury related to vaccination).

Jag hade själv träffat en ung patient som fått pneumokockvaccin av en sjuksköterskestuderande som inte fått adekvat handledning. Plåstret satt ovanligt högt på axeln, och någon timme efter besöket på vårdcentralen tillstötte kraftig värk i vänster axel. Dagen efter hade patienten svårt att använda armen. På misstanke om inklämning gavs två kortisoninjektioner. Patienten träffade sjukgymnast regelbundet under året som följde. Ansvarig läkare kontaktade infektionsläkare och ortoped, men ingen såg något samband med vaccinationen. MR fem månader efter injektionen visade en cysta subkortikalt i caput humeri och ödem i subakromiala bursan. Efter ett år hade patienten fortfarande besvär, och ersättning utgick från Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (Löf).

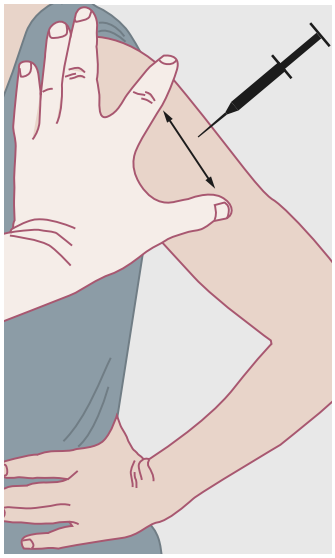
Genesen till SIRVA anses vara ett immunologiskt svar på vaccin som hamnat utanför muskeln, i bursa eller senor [2]. SIRVA tycks inte drabba den som får ett vaccin för första gången och då saknar antikroppar mot det aktuella antigenet. Oftast handlar det om influensavaccination hos äldre.

I litteraturen påpekas att SIRVA kan förebyggas genom optimal vaccinationsteknik, exempelvis som i Vårdhandboken. Man hamnar då 3–4 fingerbredder under akromion. Subakromiala bursan kan dock sträcka sig 3–6 centimeter nedanför akromion. Injektion i deltoideus övre del bör därför undvikas. Risken att hamna för högt ökar om patienten sitter och vaccinatören står. Om patienten vilar sin hand mot höften försvinner bursan uppåt och in under akromion (Figur 1).

Sverige saknar en nationell rekommendation för injektionsteknik. Det blev tydligt när jag försökte utröna myndigheternas kunskap kring SIRVA [pers medd; 2019]. SBU hänvisade till Läkemedelsverket, som haft frågan uppe till diskussion, men utan åtgärd, då injektionsteknik är en vårdfråga. Socialstyrelsen svarade att de ansvarar för stickskador, Folkhälsomyndigheten för vaccinationsprogrammet och Läkemedelsverket för vaccinet. I Vårdhandboken saknas kommentar om SIRVA ...

I Australien och USA har myndigheterna inkluderat SIRVA i råd om vaccinationsteknik [3-5]. Särskilt intressant är en artikel som vänder sig till farmaceuter [5], då utvalda apotek i Sverige numera får erbjuda vaccininjektion. Amerikanska myndigheter har gjort en sammanställning av SIRVA-fall åren 2010–2016 [6]). Centers for Disease Control and Prevention fastslår [7] att SIRVA är en realitet, om än ovanligt. I USA fick 476 personer ersättning med hänvisning till SIRVA 2010–2016, vilket ska ses mot bakgrund av de 100–150 miljoner doser influensavaccin som ges årligen. I Sverige kan 2–6 ersättningar per år relateras till SIRVA [Gustafson P, pers medd; 2019].

SIRVA är ovanligt, men allvarligt för den som drabbas. För fortsatt tillit till våra vaccinationsprogram, särskilt de som riktas till vuxna, är det viktigt att försöka undvika kända risker. Mot den bakgrunden bör ansvarig myndighet (Ivo?) se till att vaccinerande sjukvårdspersonal informeras om att smärta och nedsatt rörlighet i en axel inom 48 timmar efter vaccination kan vara SIRVA. Behovet av uppdaterad information om lämplig injektionsteknik bör utredas.



Figur 1. Pekfingret på akromion, tummen vid tuberositas deltoideae (hittas lättare med abducerad överarm genom att bursan då »försvinner uppåt«). Ge injektionen i mittpunkten.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Läs mer! Referenslistan, se webben: Läkartidningen. 2020;117:FYCW



Illustration: Mostphotos



INTERKULTURELL KOMPETENS KAN STÄRKA DEN MEDICINSKA FORSKNINGEN

▶ **Samarbetet mellan forskare i Östersjöregionen har aldrig varit starkare. Ändå finns stora utmaningar, vilket blir tydligt i en aktuell debatt i Tyskland om digitaliseringar i vården där politiker lyfter fram Sverige som förebild, skriver Nils Hansson och medförfattare. För att fördjupa samarbetet mellan forskare i Sverige och Tyskland är det angeläget att stimulera till bättre kunskaper om våra länders politiska, sociala och ekonomiska förhållanden, skriver de vidare.**

Läkartidningen. 2020;117:FYEU

Replik från Heidi Stensmyren

MÅNGFALD KAN MINSKA BEHOVET AV PRIVATA SJUKVÅRDSFÖRSÄKRINGAR

▶ **Läkarförbundet vill inte förbjuda privata sjukförsäkringar, men det är ett problem om de som har sådana försäkringar går före i kön eller tränger ut vård som andra patienter väntar på. Det skriver Läkarförbundets ordförande Heidi Stensmyren i denna replik på ett debattinlägg där Socialistiska läkare efterlyste att Läkarförbundet tar tydlig ställning mot privata sjukförsäkringar.**

Läkartidningen. 2020;117:FYIS

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

»Jag förstår nu varför geriatrikbakjouren sa nej till MRSA-patienten.«

UNDERLÄKAREN: »Geriatrikjouren sa nej, trots att MRSA-patienten legat på akuten i 30 timmar.«

En kollega svarar: »Typiskt! De tar bara enkla patienter och struntar i de svåra.«

Specialisten suckar: »Hur kan politiker vara så dumma att det inte gör något åt det här?!«

Ett morgonmöte som inleds som många andra. Återkommande fraser som ekar i många fikarum. Att andra kliniker endast bevakar sina egna intressen. Att politiker inte förstår sjukvård och prioriterar fel. Mantrat smittar av sig. Juniora kollegor blir cyniska. **Samma sak händer mig. Frustrationen växer. Jag tappar förtroende för systemet. Tills jag en dag läser en text.**

TEXTEN PÅ SIDAN »SLATE STAR CODEX« var lång, så här kommer en sammanfattning: Föreställ dig ett spektrum som beskriver hur man ser på motsättningar. I ena änden har man misstagsteoretiker och i andra änden har man konfliktteoretiker.

Misstagsteoretiker tror att alla inblandade i en motsättning vill hitta den bästa lösningen. Motsättningar uppstår ofta för att vi har olika information och perspektiv, men alla vill uppnå samma mål. En dålig lösning beror oftast på misstag – för att det är svårt för alla att veta vad som blir bäst.

Konfliktteoretiker ser däremot motsättningar som en kamp – ett nollsummespel. Olika parter har olika intressen, och oavsett vad en part säger bevakar den bara sina egna intressen. Om en lösning är dålig beror det inte på ett misstag, utan på att ena parten vill köra över den andra.

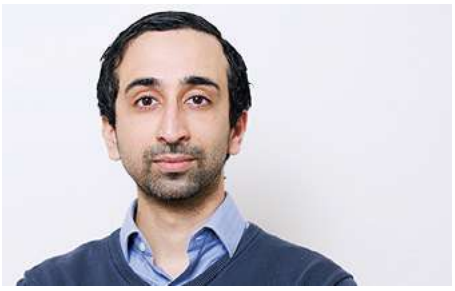
FÖR MISSTAGSTEORETIKER är dialog centralt – fler perspektiv låter en närma sig den sannolikt bästa lösningen. Vem som föreslår lösningen spelar ingen roll - det viktiga är att man närmar sig något bra. Men för konfliktteoretiker är dialog oftast onödig. Motparten vill ju bara övertala en om sitt perspektiv, så utfallet av en dialog kommer sällan att handla om att närma sig sanning, utan bara om att övertala den andra.

DETTA RAMVERK HAR INGEN forskning bakom sig, men har fastnat i mitt huvud för att det är användbart. Efter texten ser jag hur jag och kollegor rör oss i spektrumet. »Politikerna vill uppenbarligen förstöra för vården« och »Snälla, skäll på neurologerna så att de skärper sig«. Konfliktteori – en övertygelse om att motsättningar är nollsummespel där motparten är dum och självisk. Jag ser också misstagsteoretiker som skapar samarbeten mellan kliniker för att nå en smidig lösning för en patientgrupp, inte för att optimera en enskild kliniks budget. Medarbetare som avbryter morgonmötets raljerande om politiker med ett »Så enkelt är det inte«.

Konflikts- såväl som misstagssynsätten kan vara användbara, men jag tror att frustration ofta lurar in oss i konfliktteorins enkla perspektiv. Det ger oss trygghet, men gör oss blinda för komplexitet som måste förstås för att nå bättre lösningar. Ju komplexare system, desto sannolikare att misstag uppstår när man försöker förbättra och optimera.

EFTER ATT HA LÄST TEXTEN märker jag att jag bättre kan motstå min initiala reaktion, och plötsligt kan jag välja hur jag tolkar motsättningar.

Jag förstår nu varför geriatrikbakjouren sa nej till MRSA-patienten – inte för att bevaka egna intressen utan för att de vill använda sina vårdplatser för att skapa så mycket nytta som möjligt – och plötsligt håller jag med.



Jonathan Ilicki,
leg läkare, Head of medical innovation & development, Platform24
j.ilicki@gmail.com

KLINIK &VETENSKAP

Med bland annat en fallbeskrivning om ett missbruk av loperamid, och om att ge blod på rätt indikation.

150
Behov av bättre riktlinjer vid lätta traumatiska hjärnskador i primärvården

146
Nya riktlinjer skärper behandling av diabetes

148
Nya rön

154
Livsfarligt missbruk av receptfria diarréläkemedlet loperamid

156
Immunologisk trombocytopen purpura – vård under graviditet

159
Transfusionsstrategi – att ge blod på rätt indikation

5 frågor till

Sofia Kreibom



ST-läkare i Stockholm och en av författarna till en artikel om riktlinjer vid hjärnskador i primärvården.

Kan du beskriva kortfattat vad ni tar upp i artikeln?

Vi använder oss av en enkätstudie för att belysa hur man inom primärvården i Stockholms län handlägger patienter med lätta traumatiska hjärnskador.

Hur kom det sig att ni gjorde den här studien?

I mitt arbete på vårdcentralen möter jag patienter med lätta traumatiska hjärnskador, och det gick tidigt upp för mig att området saknar riktlinjer för primärvården. Önskemålet från min och arbetsgruppens sida är att belysa området och behovet av eventuella specifika riktlinjer för primärvården.

Hur kan sådana riktlinjer utformas?

I första hand skulle en multidisciplinär grupp (neurologer, allmänläkare, neurokirurger, rehabiliteringsläkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter m fl) sammanställas som får till uppgift att granska aktuell evidens och anpassa den till befintlig sjukvårdsstruktur innan konkreta riktlinjer kan utarbetas.

Finns det något du hade velat utveckla i er studie?

Det optimala hade varit att kunna utveckla riktlinjer för handläggning av denna patientkategori, vilket redan initierats av SBU, och som på längre sikt förhoppningsvis kommer att resultera i landstäckande riktlinjer för handläggningen av denna patientkategori.

Hur ser din kliniska vardag ut?

Jag arbetar som ST-läkare på Surbrunns vårdcentral i centrala Stockholm, med en klinisk vardag där jag möter patienter i alla åldrar, med akuta och kroniska besvär och även de med såväl akuta lätta hjärnskador samt de med långvariga besvär efter hjärnskador.

Sara Holfve

Vård enligt bästa praxis – varje gång

MÄNNISKOR ÄR UNIKA INDIVIDER, och ska så långt möjligt bemötas individuellt. Däremot är deras sjukdomar inte särskilt olika. Därmed bör det inte skilja hur dessa utreds, diagnostiseras, behandlas och följs upp. Riktigt bra sjukvård kännetecknas bland annat av att varje individ bemöts individuellt, men så ofta det går får sjukvård enligt bästa praxis.

Diskussionen om standardiserade vårdförlopp är stundtals märklig. Det går att säga vad man vill om dem, men rätt skrivna anger de bästa praxis, alltså bästa i dag kända sätt att utreda, diagnostisera, behandla och följa upp ett tillstånd. Och så länge mängden given vård, och resultaten av densamma, varierar så mycket som den gör är det svårt att hävda att de inte behövs.

»Lika märkligt är det att 80–90 procent följsamhet till bästa praxis har kommit att betraktas som 'tillräckligt bra'.«

LIKA MÄRKLIGT ÄR DET att 80–90 procent följsamhet till bästa praxis har kommit att betraktas som »tillräckligt bra«. Detta kan gälla basala hygienrutiner, läkemedelsbehandling eller annat. Självklart går det inte att nå 100 procent följsamhet, men det är inte heller målet. Undantag behöver alltid göras, men de ska då vara motiverade och förväntas ge ett bättre resultat än om de inte görs. Dock är den siffra som ofta figurerar runt 50 procents följsamhet, vilket faktiskt inte är bättre än slumpen …

Människor ska bemötas individuellt, men deras sjukdomar ska inte utredas, diagnostiseras, behandlas eller följas upp individuellt. Det ska ske enligt bästa praxis, varje gång. Hur bra vill vi vara?



Pelle Gustafson, medicinsk redaktör
pelle.gustafson@lakartidningen.se

Nya riktlinjer skärper behandling av diabetes


Peter M Nilsson, professor, överläkare, VO internmedicin, SUS Malmö
peter.nilsson@med.lu.se


Åke Sjöholm, docent, överläkare, VO internmedicin, Gävle sjukhus

Kardiovaskulära sjukdomar och diabetes drabbar stora befolkningsgrupper med stigande ålder. Detta medför behov av återkommande uppdateringar av behandlingsrekommendationer baserade på ny evidens. Nyligen har två sådana dokument kommit från European Society of Cardiology (ESC) i samarbete med andra organisationer, vilka tar upp behandling av dyslipidemi samt kardiovaskulära riskfaktorer vid diabetes och dess förstadier [1, 2]. En stärkt roll för nya läkemedel inom diabetesområdet har blivit uppenbar, men även förändrade målvärden. Läkemedelsverket har gett ut rekommendationer om behandling med läkemedel för prevention av aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom (2014) [3] samt behandling vid typ 2-diabetes (2017) [4], vilka behöver revideras.

I de två dokumenten från ESC har man graderat den kardiovaskulära risken. »Mycket hög risk« definieras som förekomst av kardiovaskulär sjukdom eller målorganskada eller >20 års duration av typ 1-diabetes. »Hög risk« definieras som >10 års duration av diabetes och ytterligare minst en riskfaktor, men utan målorganskada.

Det fastslås att LDL-kolesterol förorsakar och förstärker aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom, stött av inte minst genetiska studier [1].

Målvärden för lipidsänkning

Målen för lipidnivåer sätts lägre än tidigare eftersom evidensen har stärkts för att lägre värden medför lägre risk [1]. Detta innebär att det för individer med mycket hög risk rekommenderas ett behandlingsmål för LDL-kolesterol <1,4 mmol/l (eller 50 procents sänkning av utgångsvärdet) och vid hög risk <1,8 mmol/l. För de med lägre risk ligger behandlingsmålet <2,5 mmol/l och för övriga <3,0 mmol/l. Liksom tidigare rekommenderas vidare utredning vid initialt höga LDL-kolesterolvärden över 5,0 mmol/l som kan indikera familjär hyperkolesterolemi.

För att uppnå dessa mål rekommenderas i första hand användande av statiner i högre doser, men i förekommande fall även kombination med ezetimib, där fasta kombinationstabletter finns som förbättrar följsamheten. För individer med mycket hög risk, familjär hyperkolesterolemi eller statinintolerans kan även nya injektionspreparat (PCSK9-[proproteinkonvertas subtilisin/kexin typ 9] hämmare) komma ifråga [5]. Dessa är dock förskrivningsmässigt koncentrerade till ett fåtal läkare, men kan i framtiden komma att bli billigare och mer använda som så kallade biosimilarer.

Om misstanke om biverkningar av statiner finns kan man i första hand prova att byta inom statingruppen. Utöver statiner kan även andra preparat komma ifråga (resiner, fibrater, nikotinsyra), men dessa har numera en mer perifer plats.

Riskfaktorer vid prediabetes och diabetes

När det gäller behandling av kardiovaskulär risk vid diabetes och prediabetes är det nu aktuella dokumentet [2] en uppdatering av ett motsvarande från 2013 [6], och som i blodtrycksdelen bygger på riktlinjer från 2018 från ESC och European Society of Hypertension (ESH) [7]. Intressant nog förefaller incidensen av diabetes vara stabil eller rent av minska under senare år, medan prevalensen ökar till följd av ökad överlevnad bland äldre [8].

Man rekommenderar ett systoliskt blodtrycksmål <130 mm Hg hos patienter yngre än 65 år eller med diabetisk njursjukdom eller hög risk för stroke, men ett målblodtrycksintervall 130–140 mm Hg för flertalet patienter 65 år eller äldre. Det diastoliska blodtrycksmålet sätts till <80 mm Hg men inte <70 mm Hg. Detta är väl förenligt med tidigare rekommenderade mål <140/85 mm Hg för samma patientgrupp i tidigare riktlinjer [6]. Samtidig förekomst av albuminuri är en markör för endoteldysfunktion och predicerar dosberoende risk för kardiovaskulära händelser och stroke [9]. Vid sådan förekomst (med eller utan hypertoni) ska RAS (renin-angiotensinsystemet)-blockerande läkemedel initieras och dostitreras. Vid prediabetes förordas RAS-blockerande läkemedel mot hypertoni [2], delvis beroende på den diabetespreventiva effekten hos dessa [10].

»En stärkt roll för nya läkemedel inom diabetesområdet har blivit uppenbar, men även förändrade målvärden.«

Lipider, trombocythämning, tobak och vikt

För lipidkontroll rekommenderas samma mål för LDL-kolesterol som i dokumentet för dyslipidemi, men eftersom många patienter med diabetes har en hög till mycket hög risk så är trenden mot mer ambitiös behandlingsinsats tydlig. Detta står i viss kontrast till den förenklade strategin med så kallade polypiller som lyckats primärpreventivt reducera en samlad kardiovaskulär utfallsvariabel [11].

Vad gäller trombocythämning i primärpreventivt syfte vid diabetes anges nu att ASA (75–100 mg) kan övervägas hos patienter med diabetes och hög/mycket hög risk om kontraindikationer inte föreligger.

HUVUDBUDSKAP

- Nya europeiska riktlinjer om lipidregleringen anger skärpta behandlingsmål, till exempel LDL-kolesterol <1,4 mmol/l för patienter med mycket hög risk.
- Statiner rekommenderas i första hand. Vid eventuella biverkningar kan byte ske inom läkemedelsgruppen. Nya dyra PCSK9-hämmare kan användas på särskild indikation.
- Vid diabetes rekommenderas en ökad användning av SGLT-2-hämmare och GLP-1-receptoragonister på basen av växande evidens.
- En stärkt ställning för patienten och upprättande av en behandlingsplan betonas.

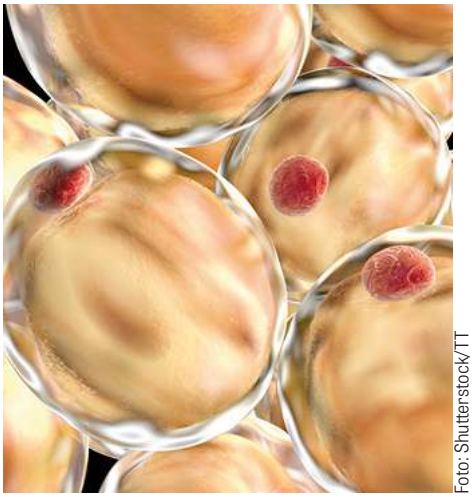


Foto: Shutterstock/TT

Målen för lipidnivåer sätts lägre än tidigare eftersom evidensen har stärkts för att lägre värden medför lägre risk. Detta innebär att ett behandlingsmål för LDL-kolesterol < 1,4 mmol/l och vid hög risk < 1,8 mmol/l rekommenderas för individer med mycket hög risk.

Detta baseras framför allt på en analys av ASCEND-studien (A study of cardiovascular events in diabetes) [12].

Tobaksfrihet som en del av livsstilsbudskapet är en självklarhet, men kontroverser råder om huruvida man hos nikotinister bör rekommendera alternativa nikotinprodukter (snus, e-cigaretter) som alternativ till rökningen [13]. Andra kontroversiella ämnen är huruvida fettrik eller fettfattig kost är bäst för diabetespatienter och huruvida viktnedgång är av värde. Det senare kan reducera riskfaktorer, men inte morbiditet och mortalitet [14], något som skulle kunna tala för att viktstabilitet skulle kunna ha större utsikter att lyckas. Ett måttligt alkoholintag rekommenderas inte längre för kardiovaskulär prevention då evidens för nytta saknas [15, 16].

Nya diabetesläkemedel stärker sin ställning

Bland nya läkemedel för behandling av typ 2-diabetes märks framför allt SGLT-2 (natriumglukossamtransportör)-hämmare och GLP-1 (glukagonlik peptid)-receptoragonister. Bägge läkemedelsklasserna har numera en mer framträdande roll i behandlingsrekommendationer eftersom evidensen för kardiovaskulär prevention stärkts. Detta var tydligt i de internationella rekommendationer för behandling av diabetes som kom 2018 [17].

Sedan 2015 har ett stort antal studier kommit för såväl SGLT-2-hämmare (EMPA-REG, CANVAS och DECLARE) som för GLP-1-receptoragonister (LEADER, SUSTAIN-6, REWIND och PIONEER). Av särskilt intresse är goda effekter av prevention och behandling av hjärtsvikt, för både patienter med och utan diabetes (DAPA-HF 2-studien) och njursjukdom, liksom viktreduktion (starkare för GLP-1-receptoragonister än för SGLT-2-hämmare). Bland mer vanliga biverkningar med SGLT-2-hämmare märks ökad infektionsrisk samt mer ovanliga risker för amputation vid perifer kärlsjukdom eller normoglykemisk ketoacidos. För GLP-1-receptoragonister har rapporterats ökad risk för illamående och kräkningar (hos upp till 40 procent av patienterna, men oftast övergående) samt retinopati i en studie, vilket är en ovanlig företeelse.

Av stor betydelse är kunskapen sedan närmare 20 år om att en stor andel av patienter med etablerad koronarsjukdom har glukosintolerans av varierande grad [18]. Detta innebär en ökad uppmärksamhet på betydelsen av glykemisk kontroll där nya läkemedel inom området kan komma till användning. Dessa har övervägande testats i sekundärpreventiva studier, vilket medför att dokumentationen är starkast vid etablerad koronarsjukdom.

Diskussion

Det finns en del kontroversiella aspekter. Det diabetesinriktade dokumentet är avsett för hela Europa där ESC är aktivt, det vill säga för många olika länder med varierande sjukvård och ekonomiska resurser [2]. Sulfonylurea-preparat är helt nedtonade eller borttagna, trots att det i EASD/ADA-dokumentet från 2018 om behandling vid typ 2-diabetes [16] fanns skrivningar om att sulfonylurea kan komma ifråga om ekonomiska skäl motiverar billigare behandling. I CAROLINA-studien fanns ingen kardiovaskulär effektskillnad mellan glimepirid (sulfonylurea) och linagliptin (DPP-4 [dipeptidylpeptidas]-hämmare) [19]. Glitazoner används sällan numera, men var i princip likvärdiga med övriga diabetesläkemedel i RECORD-studien [20]. Metformin kvarstår ännu som svenskt förstahandsmedel, även om detta nu ifrågasatts [2], trots svagt evidensunderlag för kardiovaskulär prevention [21].

Det finns nu stärkt evidens för SGLT-2-hämmare och GLP-1-receptoragonister, men frågan är om det finns större likheter än skillnader mellan medel i samma klass. Detta återstår dock att bevisa på basen av jämförande studier.

Sammanfattning

Vi har nu fått två nya europeiska riktlinjedokument av stor betydelse för både prevention och behandling av stora patientgrupper. Detta bör ha betydelse för en kommande och efterlängtad revidering av svenska rekommendationer. På lipidsidan är det paradoxalt att ju mer evidens vi får om behandlingsnytta samt kunskap om mekanismer, desto mer förenklade bör åtgärderna vara, inte minst på befolkningsnivå. Där skulle ett införande av polypiller på försök vara en väg att gå, följt av utvärdering för patienter med diabetes eller sekundärpreventivt, till exempel inom en region.

Varken diabetes eller kardiovaskulära sjukdomsyttringar på folkhälsonivå kan dock lösas med enbart individåtgärder. Här krävs samhällsåtgärder inklusive befrämjande av hälsosam livsstil, liksom reformer inom hälso- och sjukvården för att uppnå full effekt. Då måste även sociala och etniska skillnader i sjukdomsepidemiologin tas i beaktande. Slutligen måste patienten bli mer delaktig i sin behandling och förstå värdet av denna för att leda till en samsyn och förbättrad följsamhet till ordinerad behandling.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Peter M Nilsson och Åke Sjöholm föreläser för flera olika läkemedelsföretag, även inom diabetesområdet, men sitter inte i några rådgivande kommittéer och innehar inte heller aktier i dessa företag.

Citera som: Läkartidningen. 2020;117:FWWY

Läs mer!
Fullständig referenslista på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al; ESC Scientific Document Group. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J. Epub 31 aug 2019. doi: 10.1093/eurheartj/ehz455.
2. Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. Eur Heart J. Epub 31 aug 2019. doi: 10.1093/eurheartj/ehz486.
7. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al; Authors/Task Force members. 2018 Practice Guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension and the European Society of Cardiology: ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. J Hypertens. 2018;36(12):2284-309.
11. Roshandel G, Khoshnia M, Poustchi H, et al. Effectiveness of polypill for primary and secondary prevention of cardiovascular diseases (PolyIran): a pragmatic, cluster-randomised trial. Lancet. 2019;394(10199):672-83.
17. Davies MJ, D'Alessio DA, Fradkin J, et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetologia. 2018;61(12):2461-98.

Användning av läkemedel efter kranskärlskirurgi minskar över tid

Egenreferat. Kranskärlskirurgi (coronary artery bypass grafting, CABG) rekommenderas till utvalda patienter med komplex kranskärlssjukdom. I Sverige opereras årligen cirka 2 500 patienter. Användning av statiner, betablockerare, RAAS-inhibitorer (ACE-hämmare och ARB) och trombocythämmare efter CABG rekommenderas i internationella riktlinjer. Evidensgraden för rekommendationerna är dock ofta låg, och tidigare studier har visat överraskande låg användning.

Syftet med studien var 1) att beskriva användning av sekundärpreventiva läkemedel efter CABG och 2) att undersöka om användningen är associerad med överlevnad.

»Samtidigt fanns en association mellan användning av alla läkemedelsgrupper utom betablockerare och minskad mortalitet.«

Alla patienter >18 år som opererades med isolerad CABG i Sverige 2006–2015 inkluderades, patienter med kortare överlevnad än sex månader efter utskrivning eller kortare uppföljningstid än sex månader exkluderades, vilket resulterade i 28 812 patienter. Information från Hjärtkirurgiregistret, vilket är en del av Swedeheart, kopplades till Patientregistret, Läkemedelsregistret och Dödsorsaksregistret för att få data om komorbiditet, läkemedelsexponering och mortalitet. Patienterna följdes fram till död eller 31 december 2015. Medianuppföljningstiden var 4,9 år.

Sex månader efter utskrivning använde 93,9 procent av patienterna statiner, 91,0 procent betablockerare, 72,9 procent RAAS-inhibitorer och 93,0 procent trombocythämmare. Användningen sjönk signifikant över tid efter operation för alla undersökta läkemedelsgrupper. Ingen tydlig övergripande skillnad mellan män och kvinnor kunde observeras. Patienter >75 år använde signifikant mindre av de undersökta läkemedlen.

Total mortalitet var 13,1 procent. Användning av statiner, RAAS-inhibitorer och trombocythämmare var associerad med lägre mortalitet. Det fanns ingen interaktion med ålder. Den största reduktionen sågs för statiner med justerad hazardkvot 0,56 (95 procents konfidensintervall 0,52–0,60, P <0,001). Det fanns ingen association mellan betablockad och mortalitetsrisk, vare sig i den totala populationen eller i någon av de prespecificerade subgrupperna.

Resultaten visar att användningen av sekundärpreventiva läkemedel var hög tidigt efter operationen men sjönk därefter successivt. Samtidigt fanns en association mellan användning av alla läkemedelsgrupper utom betablockerare och minskad mortalitet. Ökad långtidsanvändning av sekundärprevention innebär en möjlighet att förbättra långtidsöverlevnaden efter CABG. Äldre patienter förefaller ha samma nytta av sekundärprevention som yngre. Den eventuella nyttan av betablockerare efter CABG behöver studeras ytterligare.



Foto: Mostphotos

Användningen av sekundärpreventiva läkemedel efter kranskärlskirurgi var hög tidigt efter operationen men sjönk därefter successivt.

Erik Björklund, doktorand, läkare, medicinkliniken, Södra Älvsborgs sjukhus, Borås

Anders Jeppsson, professor, överläkare, VO thorax, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg; båda avdelningen för molekylär och klinisk medicin, institutionen för medicin, Sahlgrenska akademin, Göteborgs universitet

Björklund E, et al. Eur Heart J. Epub 22 okt 2019. doi: 10.1093/eurheartj/ehz714

Subjektiva sväljsvårigheter vanligare



Foto: Shutterstock/TT

Subjektiva sväljsvårigheter förefaller finnas i signifikant högre grad hos patienter med KOL i stabil fas än hos befolkningen i allmänhet, visar en studie av 571 patienter med KOL.

Egenreferat. Sväljsvårigheter, dysfagi, är ett vanligt och ofta förbisett symtom som förekommer hos 8 procent av befolkningen och hos en stor och varierad grupp patienter. Äldre och patienter med till exempel neurologiska sjukdomar och huvud-halscancer är särskilt drabbade. En systematisk översiktsartikel [1] visade 2016 att också kroniska lungsjukdomar ökar förekomsten av sväljsvårigheter hos patienterna.

Syftet med föreliggande studie [2] var att undersöka förekomsten av subjektiva (självrapporterade) sväljsvårigheter hos patienter med KOL i stabil fas och identifiera potentiella riskfaktorer. Materialet ingår i TIE-studien (Tools identifying exacerbations), en multicenterstudie i primär- och specialistvård där 571 patienter ingår.

De data som analyserades i studien var spirometriresultat, frågeformulär med frågor om bland annat exacerbationshistorik, komorbiditet, BMI, självskattad dyspné (mMRC) och hälsorelaterad livskvalitet (CAT). Det fanns tre sväljspecifika svarsalternativ: 1) jag hostar när jag äter, 2) jag sväljer fel när jag äter och dricker, 3) maten fastnar i halsen när jag sväljer. Fysisk

Gammalt läkemedel upphäver behandlingsresistens vid leukemi



Foto: Mostphotos

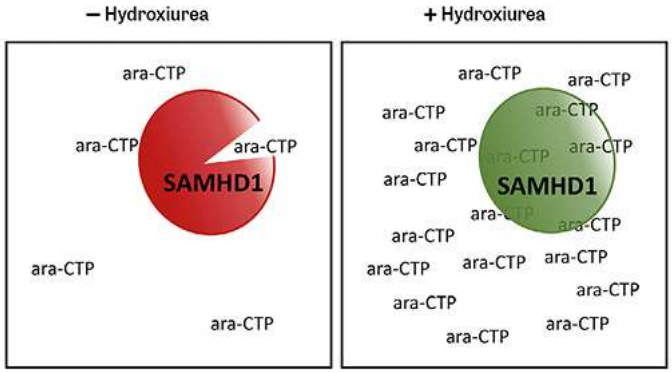
Hydroxiurea är patentfritt och kostar inte mer än exempelvis ibuprofen, vilket gör att behandlingen skulle kunna förbättras även i länder med begränsade resurser.

Egenreferat. Akut myeloisk leukemi (AML) drabbar cirka 350 människor i Sverige varje år. Fortfarande överlever enbart en av fyra patienter, även om överlevnaden är betydligt bättre för yngre patienter och i synnerhet barn. Vi har tidigare visat att enzymet SAMHD1 är en viktig orsak till behandlingssvikt vid AML [1]. SAMHD1 bryter nämligen ner ara-CTP, det aktiva ämnet i cytarabin, ett av de viktigaste läkemedlen mot AML. Därför har patienter med höga leukemiska nivåer av SAMHD1 en signifikant sämre överlevnad. Att hämma SAMHD1:s effekter på cytarabin är därför en lovande strategi för att förbättra AML-behandlingar.

I vår nu aktuella studie [2] har vi utvecklat en screeningmetod för att hitta substanser som ökar förmågan hos cytarabin att döda leukemiceller med högt uttryck av SAMHD1. Överraskande nog identifierade vi ett besläktat läkemedel, gemcitabin, som en mycket potent kandidat. Våra försök visar att gemcitabin utvecklar sina SAMHD1-hämmande effekter genom att hämma ett annat enzym, ribonukleotidreduktas (RNR). Gemcitabin och andra hämmare av RNR förändrar den intracellulära sammansättningen av deoxinukleotidtrifosfater (dNTP). Då dessa dNTP fungerar som allosteriska aktivatorer för SAMHD1, förlorar SAMHD1 förmågan att bryta ner ara-CTP. Därför leder kombinationer av en RNR-hämmare och cytarabin till högre nivåer av ara-CTP i leukemiceller med högt SAMHD1-uttryck och upp till 100 gånger förbättrade cytarabin-effekter i primära AML-blaster från både barn och vuxna.

Utöver detta har vi visat i fyra olika AML-djurmodeller att överlevnaden förlängs signifikant om cytarabin kombineras med en RNR-hämmare. En välbeprövad RNR-hämmare är hydroxiurea. Denna substans används sedan decennier i AML-behandlingen – dock inte samtidigt med cytarabin.

Tillsammans med den svenska AML-gruppen startar vi därför nu en klinisk studie som utvärderar effekten av tillägg av hydroxiurea till standard-AML-behandling i nydiagnostiserade patienter. Studien, som kallas Hydroxyurea-enhanced ara-C treatment in AML (HEAT-AML), börjar rekrytera patienter inom några veckor. Skulle det visa sig att våra forskningsresultat fungerar även i kliniskt bruk så skulle behandlingen av AML kunna förbättras även i utvecklingsländer med begränsade resurser, eftersom hydroxiurea är patentfritt och inte kostar mer än exempelvis ibuprofen.



Schematisk presentation av de SAMHD1-hämmande effekterna av hydroxiurea. I frånvaro av hydroxiurea är SAMHD1 aktivt och minskar den intracellulära koncentrationen av ara-CTP (vänster). Tillägg av hydroxiurea inaktiverar SAMHD1 och leder till högre ara-CTP-koncentrationer (höger).

Nikolas Herold, ST-läkare, biträdande lektor, Barncancerforskningsenheten

Jan-Inge Henter, professor, överläkare, Barncancerforskningsenheten, institutionen för kvinnors och barns hälsa; båda Karolinska institutet och Astrid Lindgrens barnsjukhus, Stockholm

1. Herold N, et al. Nat Med. 2017;23:256-63.
2. Rudd SG, et al. EMBO Mol Med. Epub 17 jan 2020. doi: 10.15252/emmm.201910419

hos patienter med kronisk lungsjukdom

aktivitet mättes med 30 meters gångtest.

Av de 571 patienterna upplevde 33 procent (n = 186) minst ett av de tre sväljsymtomen, och det vanligaste var upplevelse av att mat fastnar i halsen. Drygt hälften av patienterna med sväljsvårigheter upplevde två av de tre symtomen och 26 procent (n = 42) upplevde alla tre. Av studiedeltagarna var 10 procent i stadium 1 (FEV_1 [forcerad exspiratorisk ensekundsvolym] > 80 procent av förväntat värde), 55 procent i stadium 2 (FEV_1 = 50–80 procent av förväntat värde), 27 procent i stadium 3 (FEV_1 = 30–50 procent av förväntat värde) och 8 procent i stadium 4 (FEV_1 < 30 procent av förväntat värde). Det fanns en signifikant relation mellan sväljsvårigheter och dyspné, hälsorelaterad livskvalitet och fysisk kapacitet, men inte till lungfunktion, ålder eller komorbiditet. Tänkbara anledningar till sväljsvårigheterna kan till exempel vara muskelsvaghet, muntorrhet, polyfarmaci och dyspné.

Subjektiva sväljsvårigheter förefaller finnas i signifikant högre grad hos patienter med KOL i stabil fas än hos befolkningen i allmänhet. Problemet kan ses i alla stadier av sjukdomen men är vanligare hos symtomatiska patienter och vid nedsatt fysisk kapacitet.

Läs mer!
Fler nya rön på Läkartidningen.se

Margareta Gonzalez Lindh, doktorand, specialistlogoped, institutionen för neurovetenskap, Uppsala universitet; logopedenheten, Gävle sjukhus

Hirsh Koyi, docent, överläkare, lungkliniken, Gävle sjukhus; båda Centrum för forskning och utveckling, Uppsala universitet/Region Gävleborg

1. Ghannouchi I, et al. Respir Med. 2016;117:54-64.
2. Gonzalez Lindh M, et al. ERJ Open Res. Epub 25 sep 2019. doi: 10.1183/23120541.00081-2019

Behov av bättre riktlinjer vid lätta traumatiska hjärnskador i primärvården

HANDLÄGGNING UPPVISAR VARIATION ENLIGT RESULTAT FRÅN ENKÄTSTUDIE

Sofia Kreibom, ST-läkare, Surbrunns vårdcentral, Region Stockholm
● sofia.kreibom@sll.se

Jiri Bartek Jr, ST-läkare, patientområde neurokirurgi

Eric P Thelin, med dr, ST-läkare, patientområde neurovaskulära sjukdomar

Bo-Michael Bellander, docent, överläkare, patientområde neurokirurgi; de tre sistnämnda Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Catharina Deboussard, med dr, överläkare, kliniken för hjärnskaderehabilitering, Danderyds sjukhus, Stockholm

Traumatisk hjärnskada är bland de vanligaste orsakerna till förvärvad funktionsnedsättning [1]. Fallolyckor, följt av trafikolyckor och misshandel, är i Sverige de vanligaste orsakerna till traumatiska hjärnskador [2]. I 75 procent av fallen är det män som drabbas, och 24–54 procent av de drabbade är alkoholpåverkade [3]. De senaste åren har det blivit vanligare att traumatisk hjärnskada drabbar äldre, kvinnor och patienter som behandlas med antitrombotiska läkemedel, vilket har visats vara en riskfaktor för utveckling av intrakraniell blödning [4].

Minimala och lätta traumatiska hjärnskador (mTBI, mild traumatic brain injury) står för den största andelen av de traumatiska hjärnskadorna, och Socialstyrelsen uppskattar en årlig incidens på cirka 300 per 100 000 invånare som söker sjukhusvård för detta i Sverige, men andelen som inte söker vård för sina skador är troligtvis betydligt fler [5, 6].

Inom den sjukhusbaserade akutsjukvården finns i dag utarbetade evidensbaserade riktlinjer som fokuserar på att upptäcka potentiellt livshotande hjärnblödningar [7]. I korthet ska handläggning fokusera på anamnes, neurologiskt status samt om det finns eventuell förekomst av riskfaktorer som predisponerar för intrakraniell blödning. Detta kan kompletteras med mätning av hjärnskademarkören S100B i blod och vid behov datortomografi av hjärnan. Även om dessa kan tillämpas inom öppenvården, finns inga tydliga riktlinjer för just primärvården eller hur dessa patienter ska handläggas när de söker för mTBI på grund av sekundära, långvariga besvär (så kallade post-commotio-besvär).

De flesta som drabbats av mTBI blir återställda inom tre till tolv månader [8]. Det finns dock en betydande andel som får långvariga besvär som huvudvärk, yrsel, trötthet, ljud- och ljuskänslighet [8] och/eller kognitiva besvär [9]. Detta kan i sin tur leda till påverkan på den psykiska hälsan med risk för nedstämdhet och depression [10]. Dessa patienter söker sig ofta till primärvården, där avsaknad av tydliga riktlinjer kan medföra att symtom och besvär missförstås och relevanta utredningar och åtgärder inte genomförs eller fördröjs.

Syftet med denna studie var att kartlägga hur vuxna patienter (≥ 18 år) med mTBI handläggs när de söker till primärvården såväl i akutskedet som vid sekundära långvariga besvär samt att se om det finns ett behov av tydligare riktlinjer för denna patientkategori i primärvården.

METOD

Studien är en webbaserad enkätundersökning baserad på hypotetiska patientfall med flervalsalternativ. Enkäten har tagits fram av studiegruppen och är baserad på aktuell litteratur inom området. Med hjälp av ett patientfall så täcker del 1 (fråga 1–3) omhändertagande av mTBI-patienter i primärvården i akutskedet och del 2 (fråga 4–8) omhändertagande av patienter med besvär sekundärt till mTBI. Fråga 9 och 10 är av demografisk karaktär, därefter kommer två frågor där man frågar deltagarna om de känner sig trygga i att handlägga patienter med mTBI och slutligen en fråga om det finns behov av bättre riktlinjer på området.

Enkäten skickades ut under perioden april 2018–juni 2018 till verksamhetschefer vid samtliga vårdcentraler (n = 210, både landstingsdrivna och privatägda) i Stockholms län. Verksamhetscheferna blev ombedda att distribuera enkäten till samtliga specialist- och ST-läkare inom allmänmedicin som de ansvarar för och återkomma till studieledaren med antalet av dessa så att svarsfrekvensen kunde beräknas. Läkarna blev ombedda att besvara enkäten utan att använda sig av hjälpmedel.

Webbplattformen Surveymonkey användes (www.surveymonkey.com) för att skapa enkäten. Enkäten besvarades anonymt. Deskriptiva data redovisas i tabellform. Studien har godkänts av regional etisk kommitté, Dnr 2018/14–31.

RESULTAT

Enkäten skickades till totalt 286 ST-läkare och 548 specialister inom allmänmedicin, med en svarsfrekvens på 31 procent (n = 257). Av dessa var 100 (38,9 procent)

HUVUDBUDSKAP

- I Sverige finns i dagsläget riktlinjer avseende handläggning av patienter med minimala och lätta traumatiska hjärnskador när patienten anländer till akutmottagning vid sjukhus; dock saknas specifika riktlinjer för primärvården.
- Syftet med denna enkätstudie var att kartlägga hur patienter med minimala och lätta traumatiska hjärnskador handläggs av primärvården i akutskedet och vid uppkomst av sekundära, långvariga besvär.
- Resultaten påvisade en mindre variation i handläggning av denna patientkategori i akutskedet men en större variation avseende sekundära, långvariga besvär.
- 85 procent av enkätdeltagarna uttryckte behov av och önskemål om bättre riktlinjer för handläggning av patienter med minimala och lätta traumatiska hjärnskador i primärvården.

TABELL 1. Tabellen beskriver frågor samt svarsresponsen för frågorna av mer demografisk karaktär. Samtliga 257 svarande besvarade alla frågor.

Är du ST- eller specialistläkare?		
Alternativ	**Svar (procent)**	**Svar (antal)**
ST-läkare	39	100
Specialist	61	157
Vilken kommun arbetar du i?		
Alternativ	**Svar (procent)**	**Svar (antal)**
Botkyrka	2,7	7
Danderyd	1,6	4
Ekerö	0,8	2
Haninge	3,5	9
Huddinge	2,3	6
Järfälla	2,7	7
Lidingö	2,3	6
Nacka	3,1	8
Norrtälje	0,4	1
Nykvarn	0,4	1
Nynäshamn	0,8	2
Salem	2,7	7
Sigtuna	1,2	3
Sollentuna	3,5	9
Solna	2,0	5
Stockholm	50,2	129
Sundbyberg	1,2	3
Södertälje	4,7	12
Tyresö	0,8	2
Täby	4,3	11
Upplands-Bro	1,2	3
Upplands Väsby	3,5	9
Vallentuna	1,2	3
Vaxholm	0,0	0
Värmdö	0,0	0
Österåker	3,1	8
Tycker du att det finns ett behov av bättre riktlinjer för handläggning av minimala och lätta traumatiska skallskador inom primärvården?		
Alternativ	**Svar (procent)**	**Svar (antal)**
Ja	84,4	217
Nej	15,6	40

TABELL 2. Tabellen beskriver frågor samt svarsresponsen för handläggningen i det mer akuta skedet. Samtliga 257 svarande besvarade alla frågor.

Fråga 1: En 45-årig kvinna söker sig till vårdcentralen (eller närakuten) på grund av skalltrauma samma dag. Hon återger ingen minneslucka eller medvetandeförlust i samband med olyckan. Har dock haft en kräkning, illamående och lätt huvudvärk. Patienten tar inga mediciner. Vid statustagning finner du inget avvikande. Vad gör du?		
Alternativ	**Svar (procent)**	**Svar (antal)**
Skickar hem patienten med instruktioner om hur man bäst återhämtar sig samt vad man ska vara uppmärksam på	62,3	160
Skickar in patienten akut till sjukhuset för vidare utredning	27,6	71
Skickar hem, men kallar tillbaka patienten på ett återbesök	10,1	26
Fråga 2. Samma som punkt 1, men patienten har druckit alkohol och har en minneslucka från olyckstillfället. Vad gör du?		
Alternativ	**Svar (procent)**	**Svar (antal)**
Skickar hem patienten med instruktioner om hur man bäst återhämtar sig samt vad man ska vara uppmärksam på	6,2	16
Skickar in patienten akut till sjukhuset för vidare utredning	84,8	218
Skickar hem, men kallar tillbaka patienten på ett återbesök	9,0	23
Fråga 3. Samma som punkt 1, men patienten står nu på trombocytaggregationshämmare (exempelvis Trombyl eller Plavix) och/eller antikoagulantia (exempelvis Waran eller NOAK). Vad gör du?		
Alternativ	**Svar (procent)**	**Svar (antal)**
Skickar hem patienten med instruktioner hur man bäst återhämtar sig samt vad man ska vara uppmärksam på efter minimal/lätt traumatisk skallskada	6,2	16
Skickar in patienten akut till sjukhuset för vidare utredning	87,6	225
Skickar hem, men kallar tillbaka patienten på ett återbesök	6,2	16
Fråga 4. Kvinnan ovan enligt punkt 2 blev slutligen skickad till akuten, diagnostiserades med lätt skallskada (inklusive datortomografi av skallen som inte visade någon blödning) och blev utskriven med instruktioner om att söka vårdcentralen vid fortsatta besvär. Under veckan efter skalltraumat besväras hon av trötthet, huvudvärk och sömnsvårigheter varför hon 8 dagar efter traumat söker sig till din vårdcentral för bedömning. Hon tar fortsatt inga mediciner och vid statustagning finner du inget avvikande. Vad gör du?		
Alternativ	**Svar (procent)**	**Svar (antal)**
Skickar patienten till akuten för förnyad bedömning	5,5	14
Beställer en poliklinisk datortomografi av skallen med uppföljning via vårdcentralen samma vecka	18,7	48
Bedömer att detta är vanliga symtom som i de flesta fall är övergående inom de första 14 dagarna efter traumat och patienten får gå hem med lugnande besked	75,9	195

ST-läkare och 157 (60,1 procent) specialister. En större andel av studiedeltagarna var från Stockholms kommun (> 50 procent), medan resterande var representativt fördelade bland övriga kommuner i Stockholms län. Övriga bakgrundsvariabler framgår av Tabell 1.

Del 1. Akut omhändertagande

Den hypotetiska patienten är en 45-årig kvinna drabbad av mTBI samma dag som hon söker sig till primärvården. I den första frågan har patienten besvärats av huvudvärk, illamående och kräkningar men ingen medvetandeförlust. Majoriteten (72,4 procent) svarade att patienten kunde tas om hand polikliniskt. I den andra frågan modifieras fallet något och minnesförlust tillkommer. Här tyckte majoriteten (84,8 procent) att patienten borde remitteras akut till sjukhus. I den tredje frågan stod patienten på antikoagulation/antitrombotisk behandling och då tyckte hela 87,6 procent att patienten skulle skickas till sjukhus akut. Övriga variabler och svarsfördelning framgår av Tabell 2.

Del 2. Omhändertagande av långvariga besvär

Vad gäller långvariga besvär tyckte 75,9 procent av de svarande att symtom som huvudvärk, ostadighet/yr-

TABELL 3. Tabellen beskriver frågor samt svarsresponsen för handläggningen av mer långvariga besvär. Samtliga 257 svarande besvarade alla frågor.

Fråga 5. Kvinnan ovan får långvariga symtom med en eller flera av dessa: huvudvärk, ostadighet/yrsel, trötthet, irritabilitet, oro, sömnsvårigheter, koncentrations- och minnessvårigheter och/eller överkänslighet för ljud och ljus. När överväger du att remittera patienten till primärvårdsrehabilitering (till exempel arbetsterapeut eller sjukgymnast)?		
Alternativ	**Svar (procent)**	**Svar (antal)**
Efter 14 dagar med symtom	31,9	82
Efter 1 månad med symtom	51,0	131
Efter 3 månader med symtom	11,7	30
Efter 1 år med symtom	0,4	1
Aldrig, fortsätter att behandla patienten själv på vårdcentralen	5,1	13
Fråga 6. Kvinnan ovan får långvariga symtom med en eller flera av dessa: huvudvärk, ostadighet/yrsel, trötthet, irritabilitet, oro, sömnsvårigheter, koncentrations- och minnessvårigheter och/eller överkänslighet för ljud och ljus. När överväger du att remittera patienten till specialist inom neurorehabilitering (t ex hjärnskaderehabilitering)?		
Alternativ	**Svar (procent)**	**Svar (antal)**
Efter 14 dagar med symtom	5,8	15
Efter 1 månad med symtom	19,8	51
Efter 3 månader med symtom	61,5	158
Efter 1 år med symtom	7,8	20
Aldrig, fortsätter att behandla patienten själv på vårdcentralen	5,1	13
Fråga 7. Bör denna patient i akutskedet sjukskrivas? Och hur gör man det på bästa sätt?		
Alternativ	**Svar (procent)**	**Svar (antal)**
Ja, maximalt 14 dagar, får höra av sig vid besvär	23,0	59
Ja, maximalt 14 dagar, återbesök inplaneras	24,5	63
Ja, ingen fast längd, viktigast med inplanerat återbesök och löpande utvärdering	42,8	110
Nej, det är viktigt att patienten återgår till arbetet snarast	9,7	25
Fråga 8. Till denna patientkategori och beroende på patientens symtom/organfynd, vilka medicinska behandlingar kan du tänka dig att ordinera?		
Alternativ:	**Svar (procent)**	**Svar (antal)**
Analgetika	63,4	163
Anxiolytika	0,4	1
Sömnmedel	0,8	2
Antidepressiva	2,3	6
Inget av ovanstående	19,5	50
Flera av ovanstående	13,6	35

sel, trötthet, irritabilitet, oro, sömnsvårigheter, koncentrations- och minnessvårigheter och/eller överkänslighet för ljud och ljus en vecka efter mTBI är vanliga och oftast övergående. Om symtomen kvarstår längre än en månad tyckte en knapp majoritet (51 procent) att det är dags att hänvisa patienten till en arbetsterapeut och/eller sjukgymnast. Om besvären kvarstår efter tre månader tyckte 61,5 procent att remiss till en specialist inom neurorehabilitering var det bästa alternativet (fråga 6). Majoriteten (90,3 procent) var eniga om att patienter utsatta för mTBI skulle sjukskrivas, men hur länge och under vilka premisser rådde det viss osäkerhet om (fråga 7). Slutligen ville majoriteten (63,4 procent, fråga 8) inte behandla patienter med sena besvär av mTBI med andra läkemedel än analgetika. Totalt 19,5 procent av de svarande ville varken behandla med analgetika, anxiolytika, sömnmedicin eller antidepressiva, medan 13,6 procent uppgav att man ville behandla med flera av svarsalternativen. På frågan om de svarande kände sig trygga med handläggningen av mTBI i primärvården var genomsnittet 6,5 (0 = otrygg; 10 = väldigt trygg). Övriga variabler och svarsfördelningen framgår av Tabell 3.

DISKUSSION

Vi har i denna webbaserade enkätstudie kartlagt variationen i handläggningen av patienter med mTBI inom primärvården, såväl akut som vid uppkomst av långvariga besvär. Vi har kunnat visa att besluten gällande handläggningen i akutskedet inte varierar särskilt mycket, medan handläggningen vid långvariga besvär varierar betydligt. Mot bakgrund av ovanstående resultat, och i kombination med önskemål om bättre riktlinjer från 85 procent av studiedeltagarna, finner vi att det finns behov av konsensusbaserade riktlinjer i primärvården för behandling av patienter med mTBI med långvariga besvär. Däremot verkar riktlinjerna framtagna av Skandinaviska neurotraumakommittén [7] med framgång kunna användas vid den akuta handläggningen inom primärvården.

Incidensen av TBI ökar globalt, delvis på grund av ökad uppmärksamhet och rapportering där mTBI står för 80 procent av alla TBI-tillfällen [1]. Socialstyrelsen rapporterar inte öppenvårdsbesök av TBI i sin statistik, men studier i Sverige visar att frekvensen är kring 350–550 per 100 000 invånare [11, 12]. Tyvärr saknas data kring enbart mTBI, men kostnaderna relaterade till samtliga TBI 2010 i Sverige uppgick till omkring 700 miljoner kronor [13, 14], och även om det initiala akuta skedet står för en del av detta är rehabilitering och arbetsfrånfall från olika kroniska besvär en betydande del av den ekonomiska bördan [14].

Skandinaviska riktlinjer för handläggning av patienter med mTBI i akutskedet inom akutsjukvården [7] utarbetades av Skandinaviska neurotraumakommittén efter att behovet blev tydligt bland annat genom en enkätundersökning som visade på en stor variation i handläggning av patienter med mTBI i akutskedet [15]. Ser man på svarsvariationen i vår studie (fråga 1–3), verkar dessa riktlinjer efterlevas i primärvården, där majoriteten av studiedeltagarna har valt svarsalternativ i överensstämmelse med dessa riktlinjer och i övrigt skickat patienter i behov av observation och/eller en datortomografi av hjärnan till sjukhus.

Handläggningen av patienter med sekundära besvär relaterade till mTBI har varit mycket omdiskuterad. Framför allt inom sport och idrott finns delade meningar [13], och det saknas riktlinjer samt studier med hög evidensnivå kring nyttoeffekter av diverse medicinska och paramedicinska behandlingar vid mTBI. Detta återspeglas i våra egna studieresultat, där resultaten i andra delen av enkäten (fråga 4–8) utvisar större variation än första delen (fråga 1–3), speciellt vad gäller tidpunkt och kriterier för sjukskrivning, remittering till sjukgymnast/arbetsterapeut, remitte-

ring till neurorehabilitering och användning av symtomatisk medicinsk behandling i form av analgetika, anxiolytika, sömnmedicin och/eller antidepressiva.

I utvecklingen av riktlinjer för patienter som drabbats av mTBI och utvecklar sekundära besvär behöver man ta hänsyn till att majoriteten blir bra inom en relativt kort tid. I dagsläget har flera studier visat att symtomskattning [16] kan vara ett sätt att identifiera patienter med risk för att få långvariga besvär, medan andra har föreslagit biokemiska markörer och avancerad avbildningsteknik för att identifiera individer med behov av särskild uppföljning [17, 18], men vi är ännu långt ifrån att kunna använda detta i klinisk vardag. Enskilda individers bemästringsstrategier, kognitiva och emotionella resurser är också faktorer som behöver tas i beaktande för att förstå och identifiera individer med risk att drabbas av långvariga besvär [19-21]. I en systematisk genomgång av ämnet lyfts även kognitiv beteendeterapi upp som förbättrande i vissa studier, men även mer moderna tekniska hjälpmedel finns som underlättar vid rehabilitering [22].

»Även om några kollegor kände sig trygga med handläggningen … är spridningen relativt stor, vilket vi tycker tydliggör ett behov och nyttan av tydligare riktlinjer.«

För närvarande pågår ett arbete via Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) [23] med syfte att utvärdera och bedöma effekter av rehabiliteringsinsatser vid traumatisk hjärnskada ur ett medicinskt, ekonomiskt, etiskt och socialt perspektiv. Förhoppningen är att denna rapport kommer att kunna leda till att en mer evidensbaserad och likvärdig vård kan ges till patienter i efterförloppet av TBI och öka kompetensen kring handläggningen av denna patientkategori.

Även om några kollegor kände sig trygga med handläggningen (genomsnitt 6,5 på en skala 1–10) är spridningen relativt stor, vilket vi tycker tydliggör ett behov och nyttan av tydligare riktlinjer. Tyvärr tillåter inte webbplattformen oss att dela in svaren efter ST-läkare och specialister, vilket kanske hade gett en annan svarsfördelning då osäkerheten i handläggningen möjligen kan vara större bland ST-läkare. Detta är något som skulle kunna förbättras med ökad exponering för patientkategorin via till exempel auskultationer vid neurorehabiliteringsklinik.

Vi har i denna artikel aktivt valt att inte gå in på vad som är den bästa/rekommenderade handläggningen av denna patientkategori, men vi kan konstatera att det finns detaljerade riktlinjer i andra länder – till exempel från Ontario Neurotrauma Foundation i Kanada – men att liknande saknas i Sverige och Skandinavien [24]. Eftersom denna typ av riktlinjer måste anpassas till sjukvårdens struktur och organisering i varje givet land, tror vi att det vore bra om egna svenska, eller skandinaviska, riktlinjer kunde utarbetas.

SAMMANFATTNING

Sammanfattningsvis har vi i denna webbaserade enkätstudie kartlagt variationen i handläggningen av patienter med mTBI inom primärvården såväl i akutskedet som vid långvariga besvär. Vi har kunnat visa att handläggningen i akutskedet uppvisar en liten variation, medan handläggningen vid långvariga besvär varierar betydligt. Då även 85 procent av studiedeltagarna önskade bättre riktlinjer anser vi att det finns behov av riktlinjer för behandling av mTBI-patienter med långvariga besvär i primärvården, medan aktuella riktlinjer för den akuta handläggningen verkar tillämpas inom primärvården.

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

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2020;117:FSWM

REFERENSER

1. Hyder AA, Wunderlich CA, Puvanachandra P, et al. The impact of traumatic brain injuries: a global perspective. NeuroRehabilitation. 2007;22(5):341-53.
2. Sundstrøm T, Sollid S, Wentzel-Larsen T, et al. Head injury mortality in the Nordic countries. J Neurotrauma. 2007;24(1):147-53.
3. Tagliaferri F, Compagnone C, Korsic M, et al. A systematic review of brain injury epidemiology in Europe. Acta Neurochir (Wien). 2006;148:255-68; discussion 268.
4. Andriessen TM, Horn J, Franschman G, et al. Epidemiology, severity classification, and outcome of moderate and severe traumatic brain injury: a prospective multicenter study. J Neurotrauma. 2011;28(10):2019-31.
5. Nygren-de Boussard C, Holm LW, Cancelliere C, et al. Nonsurgical interventions after mild traumatic brain injury: a systematic review. Results of the International Collaboration on Mild Traumatic Brain Injury Prognosis. Arch Phys Med Rehabil. 2014;95(3 Suppl):S257-64.
6. Cassidy JD, Carroll LJ, Peloso PM, et al; WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. Incidence, risk factors and prevention of mild traumatic brain injury: results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. J Rehabil Med. 2004;(43 Suppl):28-60.
7. Undén J, Ingebrigtsen T, Romner B, et al; Scandinavian Neurotrauma Committee (SNC). Scandinavian guidelines for initial management of minimal, mild and moderate head injuries in adults: an evidence and consensus-based update. BMC Med. 2013;11:50.
8. Carroll LJ, Cassidy JD, Peloso PM, et al; WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. Prognosis for mild traumatic brain injury: results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. J Rehabil Med. 2004;(43 Suppl):84-105.
10. Thornhill S, Teasdale GM, Murray GD, et al. Disability in young people and adults one year after head injury: prospective cohort study. BMJ. 2000;320(7250):1631-5.
12. Andersson EH, Björklund R, Emanuelson I, et al. Epidemiology of traumatic brain injury: a population based study in western Sweden. Acta Neurol Scand. 2003;107(4):256-9.
13. Torrence CB, De-Cristofaro C, Elliott L. Empowering the primary care provider to optimally manage mild traumatic brain injury. J Am Acad Nurse Pract. 2011;23(12):638-47.
14. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, et al; CDBE 2010 Study Group. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol. 2011;21(10):718-79.
15. Bellner J, Ingebrigtsen T, Romner B. Survey of the management of patients with minor head injuries in hospitals in Sweden. Acta Neurol Scand. 1999;100(6):355-9.
16. Matuseviciene G, Eriksson G, Nygren-De-Boussard C. No effect of an early intervention after mild traumatic brain injury on activity and participation: a randomized controlled trial. J Rehabil Med. 2016;48(1):19-26.
17. Bigler ED. Neuroimaging biomarkers in mild traumatic brain injury (mTBI). Neuropsychol Rev. 2013;23(3):169-209.
19. Oldenburg C, Lundin A, Edman G, et al. Cognitive reserve and persistent post-concussion symptoms – a prospective mild traumatic brain injury (mTBI) cohort study. Brain Inj. 2016;30(2):146-55.
20. Oldenburg C, Lundin A, Edman G, et al. Emotional reserve and prolonged post-concussive symptoms and disability: a Swedish prospective 1-year mild traumatic brain injury cohort study. BMJ Open. 2018;8(7):e020884.
21. Marklund N, Bellander BM, Godbolt A, et al. Treatments and rehabilitation in the acute and chronic state of traumatic brain injury. J Intern Med. 2019;285(6):608-23.
22. Thomas RE, Alves J, Vaska Mlis MM, et al. Therapy and rehabilitation of mild brain injury/concussion: systematic review. Restor Neurol Neurosci. 2017;35(6):643-66.
23. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Rehabiliteringsinsatser för personer med traumatisk hjärnskada. 11 mar 2019. Dnr SBU 2017/798. https://www.sbu.se/sv/pagaende-projekt/rehabiliteringsinsatser-for-personer-med-traumatisk-hjarnskada/

Livsfarligt missbruk av receptfria diarréläkemedlet loperamid

Linda Myllymäki, överläkare
● linda.myllymaki@gic.se

Jenny Westerbergh, apotekare; båda Giftinformationscentralen, Stockholm

Håkan Carlsson, överläkare, Västmanlands sjukhus, Västerås

Jonas Höjer, docent, överläkare, Karolinska institutet; Giftinformationscentralen, Stockholm

Loperamid (Dimor, Imodium) säljs receptfritt på apotek för behandling av diarré sedan flera decennier. Vid normal användning är loperamid ett säkert läkemedel med få biverkningar.

Verkningsmekanism och farmakokinetik

Läkemedlet utövar sin effekt genom att binda till μ-opioidreceptorer i tarmen, vilket hämmar frisättningen av acetylkolin och prostaglandiner. Detta leder till minskad peristaltik. Loperamid är tämligen fettlösligt, men vid normal dosering är den systemiska biotillgängligheten mycket låg på grund av hög förstapassagemetabolism [1]. Loperamid är dessutom substrat för transportproteinet P-glykoprotein, som bland annat finns i tarmen och blod-hjärnbarriären och som pumpar tillbaka loperamid till tarmen och ut ur det centrala nervsystemet.

Överdosering

Vid stor överdos blir dock både P-glykoproteinet och förstapassagemetabolismen mättade, vilket leder till en ökad biotillgänglighet [2-6]. Vid överdos kan därför centrala opioida effekter uppkomma, vilket kan utnyttjas för att uppnå eufori eller för självmedicinering mot utsättningssymtom till följd av annat opioidmissbruk. Många apotek har tagit beslut om att förvara loperamid bakom disk för att motverka stöld och missbruk.

Ökat missbruk

Det finns fallrapporter i litteraturen där upprepat intag av stora doser i missbrukssyfte har framkallat allvarliga kardiella effekter som förlängt QT-intervall, torsade de pointes eller andra ventrikulära arytmier och hjärtstillestånd [4-10]. Verkningsmekanismen bakom loperamids hjärttoxiska effekter vid höga och upprepade doser är inte klarlagd, men det finns teorier om att natrium- och kaliumkanaler blockeras [6, 10]. Under perioden 2000–2013 fick Giftinformationscentralen i genomsnitt två samtal per år gällande överdos av loperamid. Åren 2014–2015 hade antalet ökat till elva samtal per år och 2016–2018 noterades en ytterligare ökning till 21 fall per år. Bland dessa fall ses även en ökning av upprepat missbruk av substansen. Rättsmedicinalverket rapporterade sju dödsfall per år i genomsnitt under perioden 2014–2017. Här presenteras ett fall av allvarlig arytmi, inkluderande upprepade episoder av torsade de pointes, efter missbruk av loperamid.

FALLBESKRIVNING

En yrkesarbetande kvinna i 40-årsåldern fick plötsligt två svimningsattacker i hemmet, varför anhöriga tillkallade ambulans. Vid ankomsten till akutmottagningen var hon vaken. EKG visade oregelbunden hjärtrytm, breddökade QRS-komplex på 142 ms och en QTc-tid (korrigerad QT-tid) på 465 ms. Hjärtfrekvensen var 80 slag/minut och S-kalium 3,8 mmol/l. Patienten lades in med telemetriövervakning. En datortomografiundersökning av torax planerades för att utesluta lungemboli. På röntgenavdelningen blev patienten plötsligt okontaktbar och pulslös. Hjärt-lungräddning påbörjades och hon vaknade efter några enstaka kompressioner. Ingen EKG-övervakning var kopplad. Efter datortomografin överfördes patienten till hjärtavdelning och 20 minuter senare visade telemetriövervakningen två korta episoder av torsade de pointes (Figur 1). Första arytmiepisoden föregicks av bradykardi och var självterminerande, medan den andra snabbt defibrillerades till sinusrytm. En bolusdos magnesium, 10 mmol, gavs intravenöst och därefter magnesiuminfusion, 6 mmol/timme. Efter ytterligare några timmar lades profylaktiskt en temporär pacemaker in och frekvensen ställdes in på 85 slag/minut.

»Den andra sjukhusdagen framkom att kvinnan sedan ungefär ett år tillbaka intagit stora doser loperamid, 3–10 förpackningar dagligen.«

Den andra sjukhusdagen framkom att kvinnan sedan ungefär ett år tillbaka intagit stora doser loper-

HUVUDBUDSKAP

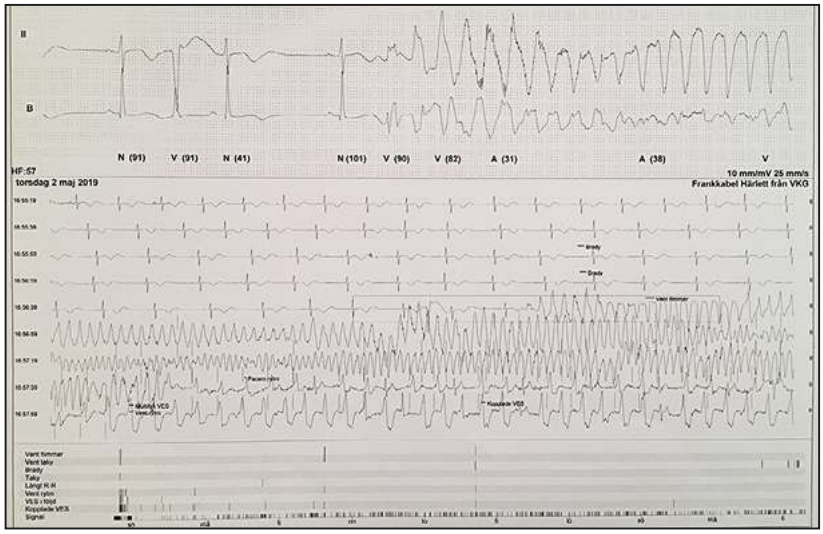
- Loperamid (Dimor, Imodium) säljs receptfritt på apotek för behandling av diarré.
- Loperamid utövar sin effekt via opioidreceptorer i tarmen. Vid normal dosering är den systemiska biotillgängligheten låg.
- Vid överdos ökar biotillgängligheten så att centrala opioida effekter uppkommer.
- Apotek i Sverige har tagit beslut om att förvara loperamid bakom disk för att motverka stöld och missbruk.
- Utländska fall med kardiell påverkan och död efter långvarigt missbruk har publicerats.
- Här presenteras ett fall med förlängd QTc-tid och torsade de pointes efter långvarigt och dagligt loperamidmissbruk.

amid, 3–10 förpackningar dagligen. Detta innebär 48–160 tabletter à 2 mg (96–320 mg) per dygn, vilket är 6–20 gånger högre än rekommenderad maxdos. Initialt uppgav patienten att hon använt loperamid på grund av diarréer, men i ett senare skede framkom att intaget varit en strategi hon tagit till sig från internet efter en tids överkonsumtion av Citodon. Sambandet mellan långvarigt intag av stora doser loperamid och torsade de pointes bekräftades vid kontakt med Giftinformationscentralen, som rekommenderade att behålla pacemakern inställd på frekvensen 90 slag/minut till dess att spontanpuls och QTc-tid normaliserats samt att hålla S-K, S-Ca och S-Mg inom den högre delen av referensintervallen.

Vid avstängning av pacemakern dag 3 sågs normal QRS-tid, men kvarstående T-vågsnegativisering och förlängd QTc-tid. Dag 4 sågs samma EKG-bild som dagen före, men på eftermiddagen återkom en episod med torsade de pointes där overdrive-pacemaker inte hävde arytmin, utan narkosläkare tillkallades. När propofol gavs inför defibrillering gick pacemakern in och bröt arytmin. Dag 6 gjordes ett nytt försök att stänga av pacemakern. EKG visade sinusrytm. Under sen eftermiddag tappade kvinnan plötsligt medvetandet, och en typisk torsade de pointes sågs på nytt. Pacemakerfrekvensen ökades till 90 slag/minut, vilket bröt arytmin varvid kvinnan fick bärande pacemakerrytm och vaknade till. Dag 7–8 hade pacemakern bibehållen frekvens 90 slag/minut. Dag 9 sänktes pacemakerfrekvensen till 40 slag/minut, varpå patienten gick över i en normofrekvent sinusrytm. S-K var 4,5 mmol/l. Pacemakern avvecklades okomplicerat senare under dagen. Kvinnan skrevs hem dag 11 efter två dygn med invändningsfri hjärtrytm. Kontakt etablerades med beroendevården eftersom kvinnan var motiverad till att få hjälp med sin beroendeproblematik.

DISKUSSION

Giftinformationscentralen har nyligen konsulterats kring ytterligare två patienter som intagit upprepade överdoser av loperamid under flera veckor och som uppvisade förlängd QTc-tid samt upprepade skurar med torsade de pointes. Samtliga dessa fall krävde många dygns övervakning och behandling på grund av återkommande arytmiepisoder. Giftinformationscentralen har numera lagt till loperamid på listan för högriskpreparat gällande denna arytmi, som bland annat även omfattar metadon och sotalol [11, 12]. Lämplig handläggning av patienter med toxiskt långt QT-syndrom beskrevs i Läkartidningen 2013 [11]. Behandlingen av toxininducerad torsade de pointes utgörs av magnesium intravenöst, kaliumsubstitution till övre referensnivån och hjärtfrekvenshöjande åtgärder (atropin, isoprenalin eller pacemaker). Defibrillering är endast indicerad vid persisterande pulslös arytmi [11].



Figur 1. EKG registrerat på patienten i den aktuella fallbeskrivningen visar bradykardi som övergår till en pulslös multifokal ventrikeltakykardi (torsade de pointes).

Den europeiska läkemedelsmyndigheten har uppmärksammat riskerna kopplade till överdos av loperamid och har under 2017 ålagt tillverkarna att lägga till en varningstext i produktresumén [13, 14]. Giftinformationscentralen vill uppmärksamma förekomsten av missbruk och påminna om risken för allvarlig och återkommande arytmi vid upprepad överdosering. De patienter som drabbas kräver ofta långvarig arytmiövervakning och behandling på sjukhus. Den svenska läkarkåren uppmanas att vid misstänkta liknande fall kontakta Giftinformationscentralen och även göra en biverkningsanmälan. Giftinformationscentralen och Läkemedelsverket följer utvecklingen noga som en del i rutinarbetet med läkemedelssäkerhet.

Läs mer!
Engelsk sammanfattning på Läkartidningen.se

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.
Citera som: Läkartidningen. 2020;117:FWWW

REFERENSER

1. Eggleston W, Clark KH, Marraffa JM. Loperamide abuse associated with cardiac dysrythmia and death. Ann Emerg Med. 2017;69(1):83-6.
2. Hughes A, Hendrickson RG, Chen BC, et al. Severe loperamide toxicity associated with the use of cimetidine to potentiate the »high«. J Emerg Med. 2018;36(8):1527.e3-5.
3. Miller H, Panahi L, Tapia D, et al. Loperamide misuse and abuse. J Am Pharm Assoc (2003). 2017;57(2S):S45-50.
4. Bhatti Z, Norsworthy J, Szombathy T. Loperamide metabolite-induced cardiomyopathy and QTc prolongation. Clin Toxicol (Phila). 2017;55(7):659-61.
5. Parker BM, Rao T, Matta A, et al. Loperamide induced cardiac arrhythmia successfully supported with veno-arterial ECMO (VA-ECMO), molecular adsorbent recirculating system (MARS) and continuous renal replacement therapy (CRRT). Clin Toxicol (Phila). 2019;57(11):1118-22.
6. Wu PE, Juurlink DN. Clinical review: loperamide toxicity. Ann Emerg Med. 2017;70(2):245-52.
7. Marraffa JM, Holland MG, Sullivan RW, et al. Cardiac conduction disturbance after loperamide abuse. Clin Toxicol (Phila). 2014;52(9):952-7.
8. Enakpene EO, Riaz IB, Shirazi FM, et al. The long QT teaser: loperamide abuse. Am J Med. 2015;128(10):1083-6.
9. Larsen T, McMunn J, Ahmad H, et al. Ventricular tachycardia triggered by loperamide and famotidine abuse. Drug Saf Case Rep. 2018;5(1):11.
10. Kang J, Compton DR, Vaz RJ, et al. Proarrythmic mechanisms of the common anti-diarrheal medication loperamide: revelations from the opioid abuse epidemic. Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol. 2016;389(10):1133-7.
11. Giftinformationscentralen. Giftinfo – för läkare. www.giftinfo.se
12. Höjer J. QT-förlängning på EKG vanligt vid akut tablettintoxikation. Giftinformationscentralens råd om handläggning. Läkartidningen. 2013;110:CCAC.
13. European Medicines Agency. Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC). Minutes of the meeting on 6-9 March 2017. EMA/PRAC/287540/2017. 6 apr 2017. https://www.ema.europa.eu/en/documents/minutes/minutes-prac-meeting-6-9-march-2017_en.pdf
14. European Medicines Agency. PRAC recommendations on signals. Adopted at the 6-9 March 2017 PRAC meeting. EMA/PRAC/146565/2017. 23 mar 2017. https://www.ema.europa.eu/en/documents/prac-recommendation/prac-recommendations-signals-adopted-prac-meeting-6-9-march-2017_en.pdf

Immunologisk trombocytopen purpura – vård under graviditet

VÅRDPROGRAM UTVÄRDERAT I EN SVENSK STUDIE

Gisela Wegnelius, överläkare, VO kvinnosjukvård/förlossning, Södersjukhuset
● gisela.wegnelius@sll.se

Katarina Bremme, docent, kvinnors och barns hälsa, Karolinska institutet; Karolinska universitetssjukhuset

Pelle G Lindqvist, överläkare, lektor, VO kvinnosjukvård/förlossning, Södersjukhuset; institutionen för klinisk forskning och utbildning, Karolinska institutet, Södersjukhuset; samtliga Stockholm; samtliga medlemmar, Hem-ARG, arbets- och referensgrupp för hemostasfrågor inom Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG)

Immunologisk trombocytopen purpura är en autoimmun sjukdom som vanligen debuterar mellan 15 och 40 års ålder, med en incidens på <1/1 000 [1]. Allvarliga spontana blödningar är ovanliga om trombocytantalet är >10 × 10^9/l. Vid operation eller förlossning bör trombocytantalet vara >50 × 10^9/l.

Maternell trombocytopeni föreligger vid 10 procent av alla graviditeter. Vanligast är graviditetsinducerad trombocytopeni med trombocytvärden oftast >100–110 × 10^9/l [1, 2]. Andra orsaker är preeklampsi, vitamin B_{12}-brist, disseminerad intravasal koagulation, infektion, systemisk lupus erythematosus, antifosfolipidsyndrom, malignitet och vissa läkemedel. Oklar trombocytopeni <80 × 10^9/l bör utredas.

Vid immunologisk trombocytopen purpura under graviditet kan cirkulerande trombocytantikroppar passera placenta och orsaka neonatal trombocytopeni [3].

Vårdprogram utarbetat av Hem-ARG

Ett vårdprogram för immunologisk trombocytopen purpura och graviditet har utarbetats av Hem-ARG (arbets- och referensgrupp för hemostasrubbningar) inom Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) [4]. Vårdprogrammet har legat till grund för en studie som publicerades 2018 i den amerikanska tidskriften Blood Coagulation and Fibrinolysis [5].

Enligt vårdprogrammet ska behandling undvikas om trombocytantalet är ≥20 × 10^9/l och inga blödningskomplikationer uppstått under graviditeten, men med målsättningen att uppnå trombocytnivån 100 × 10^9/l vid förlossningen. Vid behandling under graviditeten eller om trombocytantalet behöver höjas inför förlossningen rekommenderas intravenöst immunglobulin 0,8–1,0 g/kg/dag i 1–2 dagar eller 0,4 g/kg/dag under minst 3 dagar, alternativt prednisolon 1 mg/kg/dag oralt under 7–10 dagar. Behandlingen ska ske i samarbete med hematolog.

Trombocyttransfusion ges vid kraftig blödning eller om trombocytantalet är <50 × 10^9/l vid nära förestående förlossning eller kejsarsnitt. Tranexamsyra rekommenderas vid förlossningen om trombocytvärdet är <100 × 10^9/l.

Förlossningssätt planeras utifrån sedvanliga obstetriska indikationer. Trombocytantalet hos de nyfödda ska följas i minst 3 dagar.

Svensk studie baserad på 75 graviditeter

Under studietiden 2007–2011 erhölls data från 75 graviditeter i hela Sverige (etiskt tillstånd: Karolinska institutet, nr 2007/2:1). I Medicinska födelseregistret under samma tidsperiod fick 149 av 490 737 förlösta kvinnor diagnosen immunologisk trombocytopen purpura, drygt 3 fall/10 000 förlossningar.

»Vid immunologisk trombocytopen purpura under graviditet kan cirkulerande trombocytantikroppar passera placenta och orsaka neonatal trombocytopeni.«

Trombocythöjande behandling gavs i 39 procent av de 75 graviditeterna. Behandling med intravenöst immunglobulin höjde trombocytvärdet med omkring 50 × 10^9/l efter 3 dagar; behandling med kortikosteroider eller en kombination av intravenöst immunglobulin och kortikosteroider gav samma höjning, men med betydligt längre behandlingstider.

Förlossningssätt och blodförluster avvek inte från en stor referenspopulation. Under studietiden krävdes att trombocytvärdet skulle vara >100 × 10^9/l för epiduralanestesi, som gavs vid 17 procent av de vaginala förlossningarna. Data om graviditeterna och förlossningarna redovisas i Tabell 1.

Tre barn hade trombocytnivå <50 × 10^9/l direkt efter födelsen, men inget barn hade tecken på blöd-

HUVUDBUDSKAP

- För behandling av gravida kvinnor med immunologisk trombocytopen purpura rekommenderas intravenöst immunglobulin eller kortikosteroider vid trombocytvärden <20 × 10^9/l under graviditeten och med målsättning 100 × 10^9/l vid förlossningen.
- Trombocytantal >75 × 10^9/l krävs för epiduralanestesi.
- Barn till kvinnor som tidigare fött barn med trombocytopeni och till kvinnor med mycket låga trombocytvärden under graviditeten löper hög risk för neonatal trombocytopeni. Risken är störst några dagar efter födelsen. Monitoreringen bör startas vid födelsen med prov från navelsträngen.
- Multidisciplinärt omhändertagande där obstetriker, hematolog och neonatolog samverkar rekommenderas.

TABELL 1. Blödningskomplikationer och förlossningssätt vid immunologisk trombocytopen purpura (75 graviditeter).

	Immunologisk trombocytopen purpura		Referenspopulation[1]
	Antal, n = 75	Procent	
● Splenektomerade	20	27	
Blödningskomplikationer under graviditeten			
● Slemhinneblödning	8	11	
● Vaginal blödning	5	7	
● Petekier	2	3	
● Näsblödning, behandlingskrävande	2	3	
● Hematom	1	1	
● Inga rapporterade blödningar	57	77	
Blödningskomplikationer under förlossningen			
● Blödning >1 000 ml	8	11	9 procent, ns
● Blödning, medel (ml)	436		411 fall, ns
Trombocytvärde ($\times 10^9$/l) vid förlossningen			
● <50	5	7	
● 50–100	30	40	
● >100	34	45	
● Data saknas	6	8	
Förlossningssätt			
● Vaginal	59	79	81 procent, ns
Epiduralanestesi	10	17	39 procent, P < 0,001
● Kejsarsnitt	16	21	19 procent
Spinalanestesi	10	63	
Generell anestesi	6	37	

[1] Kvinnor förlösta på Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm, 2004–2011.

ning. Totalt fick 23 procent av barnen trombocytvärden <50 × 10^9/l, med lägsta värden dag 2–4. Barnläkare beslutade om trombocythöjande behandling, och 9 procent av barnen fick behandling med intravenöst immunglobulin eller kortikosteroider. Vid trombocytvärden <20 × 10^9/l hos kvinnan under graviditeten fick 40 procent av barnen neonatal trombocytopeni. Barn till kvinnor som tidigare fått barn med trombocytopeni löpte 63 procents risk för neonatal trombocytopeni.

Maternell splenektomi ökade inte risken för neonatal trombocytopeni i denna studie.

Slutsatser av studien

Totalt följdes 75 gravida kvinnor med immunologisk trombocytopen purpura, och trombocythöjande behandling gavs till 39 procent. Som jämförelse finns en studie med behandlingsgräns på trombocytvärde <30 × 10^9/l under graviditeten följd av intensifierad behandling närmare förlossningen; behandling gavs där till 49 procent av 118 gravida kvinnor [6]. Med den lägre gränsen för behandling, trombocytantal <20 × 10^9/l, har sannolikt några behandlingar kunnat undvikas i vår studie.

I andra studier har behandlingsfrekvenser på 42 och 43 procent rapporterats, men behandlingsgränsen var inte angiven [7, 8]. Med ett mål för trombocytnivån vid förlossning på 50 × 10^9/l har något ökad risk för blödning rapporterats [6]. Med målvärdet för trombocytantal på 100 × 10^9/l var blödningsmängden vid förlossning inte högre än i en normalpopulation. Behandling med intravenöst immunglobulin gav snabbare höjning av trombocytvärdet än med kortikosteroider.

Vi föreslår att behandling med intravenöst immunglobulin påbörjas 1 vecka före förlossning och att behandling med kortikosteroider startas minst 2 veckor före induktion. Förlossningen bör induceras när öns-

»Med den lägre gränsen för behandling, trombocytantal <20 × 10^9/l, har sannolikt några behandlingar kunnat undvikas i vår studie.«

kad trombocytnivå har uppnåtts, eftersom trombocytvärdet snabbt kan sjunka igen.

Trombocyttransfusion har snabbast men kortvarig effekt på trombocytnivån och ska vid behov ges nära inpå (ca 1 timme) förlossning eller operation.

Sedan 2019 är trombocytgränsen för epiduralanestesi sänkt till $>75 \times 10^9$/l av Svensk förening för obstetrisk anestesi och intensivvård (SFOAI) [9].

Risken för trombocytopeni hos barnet var störst vid några dagars ålder, men den neonatala övervakningen bör initieras med navelsträngsprov direkt efter förlossningen eftersom 4 procent hade trombocytopeni vid födelsen. Både frekvensen av trombocytopeni hos nyfödda ett par dagar efter födelsen och frekvensen behandlade barn överensstämmer väl med andra studier [3, 8, 10, 11].

Den neonatala mortaliteten för barn till mödrar med immunologisk trombocytopen purpura avviker inte från den generella i Sverige.

Vår slutsats är att strategin att undvika behandling av trombocytopeni under graviditeten om trombocytantalet är $>20 \times 10^9$/l med målvärdet 100×10^9/l inför förlossningen är säker och utan stora maternella eller neonatala komplikationer. Behandling av trombocytopeni hos både modern och det nyfödda barnet kan bli aktuell, och ett multidisciplinärt omhändertagande där obstetriker, hematolog och neonatolog samverkar är angeläget. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2020;117:FSWT

Läs mer!
Engelsk sammanfattning på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. McCrae KR. Thrombocytopenia in pregnancy. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2010;2010:397-402.
2. Gill KK, Kelton JG. Management of idiopathic thrombocytopenic purpura in pregnancy. Semin Hematol. 2000;37(3):275-89.
3. Webert KE, Mittal R, Sigouin C , et al. A retrospective 11-year analysis of obstetric patients with idiopathic thrombocytopenic purpura. Blood. 2003;102(13):4306-11.
4. Wegnelius G, Bremme K. Trombocytopeni och trombocytos under graviditet. I: Hemostasrubbningar inom obstetrik och gynekologi. Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG), Arbets- och referensgrupp för hemostasrubbningar; 2018. Rapport nr 79. p. 78-85.
5. Wegnelius G, Bremme K, Lindqvist PG; HemARG/Swedish Society of Obstetrisca and Gynecology. Efficacy of treatment immune thrombocytopenic purpura in pregnancy with corticosteroids and intravenous immunoglobulin: a prospective follow-up of suggested practice. Blood Coagul Fibrinolysis. 2018;29(2):141-7.
6. Loustau V, Debouverie O, Canoui-Poitrine F, et al. Effect of pregnancy on the course of immune thrombocytopenia: a retrospective study of 118 pregnancies in 82 women. Br J Haematol. 2014;166(6):929-35.
7. Sun D, Shehata N, Ye XY, et al. Corticosteroids compared with intravenous immunoglobulin for the treatment of immune thrombocytopenia in pregnancy. Blood. 2016;128(10):1329-35.
8. Koyama S, Tomimatsu T, Kanagawa T, et al. Reliable predictors of neonatal immune thrombocytopenia in pregnant women with idiopathic thrombocytopenic purpura. Am J Hematol. 2012;87(1):15-21.
9. Svensk förening för obstetrisk anestesi och intensivvård (SFOAI), Svensk förening för anestesi och intensivvård (SFAI). Riktlinje för obstetrisk spinal-/epiduralanestesi vid antikoagulantiabehandling och hemostasrubbning. 2019. https://sfai.se/wp-content/uploads/2015/02/Riktlinje-Regionala-nestesi-och-hemostas-2019-03-19.pdf
10. Valat AS, Caulier MT, Devos P, et al. Relationships between severe neonatal thrombocytopenia and maternal characteristics in pregnancies associated with autoimmune thrombocytopenia. Br J Haematol. 1998;103():397-401.
11. Hachisuga K, Hidaka N, Fujita Y, et al. Can we predict neonatal thrombocytopenia in offspring of women with idiopathic thrombocytopenic purpura? Blood Res. 2014;49(4):259-64.



Lyssna på Läkartidningens podcast!

Spännande intervjuer och aktuella ämnen.

Du hittar den där poddar finns eller via läkartidningen.se

Läkartidningen

Transfusionsstrategi – att ge blod på rätt indikation

I SVERIGE GES FLER BLODTRANSFUSIONER ÄN I JÄMFÖRBARA LÄNDER – RESTRIKTIV POLICY GER INTE SÄMRE VÅRDRESULTAT

Agneta Wikman, docent, överläkare, klinisk immunologi och transfusionsmedicin; sammankallande, arbetsgruppen PBM, Svenska blodalliansen
● agneta.wikman@sll.se

Monika Egenvall, docent, överläkare, kolorektalcancerflödet

Karl-Åke Jansson, docent, överläkare, rekonstruktiv ortopedi; samtliga Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Anders Jeppsson, professor, överläkare, VO thorax, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg; institutionen för medicin, Sahlgrenska akademin, Göteborgs universitet

Jan van der Linden, professor, överläkare, perioperativ medicin och intensivvård, thoraxanestesi och intensivvård, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Stefan Lindgren, professor, överläkare, Lunds universitet; gastrosektionen, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Maria Nilsson, specialistläkare, perioperativ medicin och intensivvård

Beatrice Aspevall-Diedrich, med dr, överläkare, klinisk immunologi och transfusionsmedicin; ordförande, Svenska blodalliansen; båda Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Blodtransfusion är en vanlig medicinsk behandling, men med stor variation i användning mellan länder, regioner, sjukhus och ordinerande läkare. Under det senaste decenniet har bristen på stringenta indikationer för blodtransfusion uppmärksammats. Jämförande randomiserade prospektiva studier av liberala och restriktiva transfusionsriktlinjer visar färre blodtransfusioner vid restriktiv policy och oftast ingen skillnad i morbiditet och mortalitet [1]. Liberal transfusionspolicy har ingen fördel, men ger potentiell risk för transfusionskomplikationer [2, 3].

Detta har medfört att proaktiva förhållningssätt för att minska behovet av blodtransfusion har identifierats, här benämnt »transfusionsstrategi« (patient blood management; PBM). Transfusionsstrategi definieras som ett evidensbaserat multidisciplinärt förhållningssätt med syfte att optimera vården av patienter som kan behöva blodtransfusion och inkluderar alla aspekter av bedömning och handläggning inför ordination av blodtransfusion. Det finns stöd för att anemi och blodtransfusion oberoende av varandra är associerade med ökad morbiditet och mortalitet [4, 5].

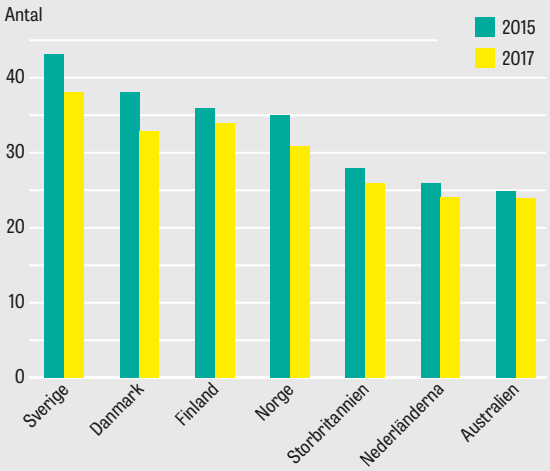
I en Cochrane-analys från 2016 inkluderades 31 randomiserade studier med 12 587 patienter från olika kliniska discipliner, där restriktiva och liberala transfusionspolicyer jämfördes. Konklusionen var att en mer restriktiv transfusionspolicy med hemoglobin (Hb)-gräns på 70–80 g/l var associerad med färre blodtransfusioner och utan sämre kliniska resultat än en högre Hb-gräns för transfusion [6]. Det är viktigt att poängtera att det inte är ett egenvärde att undvika blodtransfusion. Blodtransfusion på adekvata indikationer räddar liv och kan höja livskvaliteten vid anemi som inte kan behandlas på annat sätt. Det finns också ett visst stöd för att transfusionsgränsen för äldre och hjärtsjuka patienter bör vara högre [7].

Implementering av konceptet transfusionsstrategi rekommenderades av Världshälsoorganisationen (WHO) 2010, och EU-kommissionen har publicerat rekommendationer riktade till hälsomyndigheter och sjukhus [8, 9]. I dessa rapporter understryks att det är ett ansvar för vårdgivare som ger blodtransfusioner i sina organisationer att implementera evidensbaserade indikationer och arbeta efter bästa praxis.

Internationella erfarenheter

I Sverige ges fler erytrocyttransfusioner än i andra länder med jämförbar sjukvård (Figur 1). Australien har varit ett föregångsland när det gäller implemen-

FIGUR 1. Erytrocyttransfusioner, internationellt



▶ Antal erytrocyttransfusioner per 1 000 invånare 2015 och 2017 i några europeiska länder och Australien. (Uppgifterna är hämtade från nationell statistik via specialistföreningar för klinisk immunologi och transfusionsmedicin i Sverige [www.kitm.se/arbetgrupper], Danmark [stps.dk/da/udgivelser] och Norge [www.hemovigilans.no] samt via personlig kommunikation: Finland [Jouni Lauronen, 2019, Red Cross/Veripalvelu], Storbritannien [Mike Murphy, 2019, NHSBT], Nederländerna [Marian van Kraaij, 2019, Sanquin] och Australien [Val Lawrence, 2019, Australian Red Cross].)

HUVUDBUDSKAP

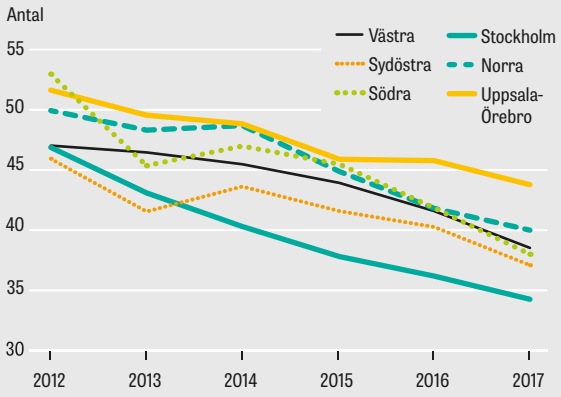
- Transfusionsstrategi (patient blood management) innebär att optimera vården av patienter som skulle kunna behöva blodtransfusion.
- I Sverige ges fler blodtransfusioner än i andra länder med jämförbar hälso- och sjukvård.
- Stringenta transfusionsindikationer och uppföljning av transfusionspolicyer saknas i svensk sjukvård.
- Preoperativ anemi och blodtransfusion är oberoende av varandra associerade med högre risk för komplikationer, morbiditet, mortalitet och längre vårdtider efter kirurgi.
- Preoperativ anemi är associerad med ökat behov av blodtransfusion.
- Preoperativ anemi ska diagnostiseras och om möjligt behandlas inför elektiva operationer.
- En restriktiv hållning till transfusion ger inte sämre vårdresultat än en liberal hållning.

FIGUR 2. De tre pelarna inom perioperativ transfusionsstrategi

	1:a pelaren: Optimera hematopoes	2:a pelaren: Minimera blödning	3:e pelaren: Optimera tolerans för anemi
Preoperativt	• Diagnostisera anemi • Behandla anemi • Betrakta anemi som en kontraindikation till elektiv kirurgi	• Identifiera och hantera blödningsrisk (anamnes, läkemedel etc) • Minimera iatrogena blodförluster • Planera procedurerna väl	• Bedöm och optimera patientens fysiologiska tolerans för anemi • Gör en individuell bedömning av tolerans och uppskattade blodförluster
Intraoperativt	• Anpassa elektiv kirurgi till när hematologistatus är optimerat	• Noggrann hemostas och kirurgisk teknik • Blodbesparande kirurgi • Använd cellseparator (cell saver) när det är möjligt • Farmakologiska/ hemostatiska agens	• Optimera hjärtminutvolym • Optimera ventilation och syrgasmättnad • Restriktiva evidensbaserade blodtransfusioner
Postoperativt	• Behandla anemi/ järnbrist • Stimulera erytropoes • Var uppmärksam på läkemedelsinteraktion som kan öka risken för anemi	• Noggrann monitorering och behandling av blödning • Normotermi • Minimera iatrogena blodförluster • Undvik infektioner/ge prompt behandling av infektioner	• Behandla anemi • Restriktiva evidensbaserade blodtransfusioner • Undvik infektioner/ge prompt behandling av infektioner

▶ Modifierad från: Hofman A, et al [47].

FIGUR 3. Erytrocyttransfusioner, Sverige



▶ Antal erytrocyttransfusioner per 1 000 invånare 2012–2017 i de svenska sjukvårdsregionerna. Källa: Arbetsgruppen för statistik, Svenska blodalliansen, och Svensk förening för klinisk immunologi och transfusionsmedicin (www.kitm.se/arbetsgrupper).

tering av transfusionsstrategi. Australiens nationella blodorganisation tillsatte för 10 år sedan multidisciplinära arbetsgrupper, som har utarbetat riktlinjer för kritisk blödning/massiv transfusion, perioperativ anemi, invärtesmedicin, intensivvård, obstetrik och mödravård samt neonatologi och pediatrik [10].

I Storbritannien har den nationella blodorganisationen National Health Service Blood and Transplants (NHSBT) genomfört utbildningsinsatser. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) har publicerat riktlinjer för blodtransfusion, och British Committee for Standards in Haematology (BCSH) har publicerat riktlinjer för diagnostik och behandling av preoperativ anemi [11, 12].

I Danmark har man tidigare givit mycket blod, men har genom utbildning och nationella riktlinjer [13] kunnat minska antalet erytrocyttransfusioner med nästan 50 procent, från 60 till 33/1 000 transfusioner under 2009–2018 (Dansk selskab for patientsikkerhed [http://stps.dk/da/udgivelser]).

Att ge blodtransfusion på korrekt indikation har betydelse för behandlingsresultat och påverkar vårdtider och kostnader i sjukvården [14, 15]. Under senare år har många studier publicerats på området transfusionsstrategi, framför allt perioperativ transfusionsstrategi, där det finns rutiner som kan förbättras [16]. Inför elektiva operationer anges prevalensen av preoperativ anemi till ca 30 procent, enligt WHO:s definition Hb <130 g/l för män och <120 g/l för kvinnor, och 36 procent i studier där anemi definierats som Hb <130 g/l för alla [17]. Prevalensen av preoperativ anemi och järnbrist är hög (30–60 procent) vid kolorektal cancer och inför gynekologiska operationer och lägre (10–20 procent) vid ortopediska operationer [17].

Inom elektiv kirurgi är det möjligt att på ett strukturerat sätt adaptera de »tre pelarna« i transfusionsstrategi (Figur 2):

- optimera patientens hemoglobinnivå
- identifiera och genomföra åtgärder som minskar blödningsrisken
- optimera patientens fysiologiska tolerans för anemi.

Relevant laboratoriestatus ska tas i god tid så att t ex järnbristanemi hinner korrigeras och ökad blödningsrisk identifieras och beaktas, och optimala anestesi- och kirurgimetoder ska erbjudas. Det finns internationella riktlinjer som delvis är implementerade i svensk sjukvård, men logistiska utmaningar kvarstår. Dessutom är rutinerna inte brett förankrade, vilket indikeras av stor variation i blodanvändning mellan regioner och sjukhus i Sverige (Figur 3).

I april 2018 hölls en konsensuskonferens i Frankfurt: »Towards evidence-based patient blood management«. Konferensen organiserades av International Society of Blood Transfusion (ISBT), American Society of Blood Banks (AABB), European Blood Alliance (EBA) och de tyska, franska och italienska föreningarna för transfusionsmedicin. Tre huvudteman analyserades – preoperativ anemi, transfusionsgränser och implementering av transfusionsstrategi – och litteratur granskades och evidensgraderades. Konferensen resulterade i 10 kliniska rekommendationer med varierande grad av evidens och ytterligare 12 forskningsrekommendationer där det saknas tillräcklig kunskap för att ge rekommendationer [18].

Svenska riktlinjer för behandling vid blödning efterfrågades tidigt, och på initiativ av Svenska sällskapet för trombos och hemostas (SSTH) utarbetades riktlinjer av en multidisciplinär arbetsgrupp. Riktlinjerna publicerades 2011, revideras regelbundet och är i dag väl implementerade [19].

Majoriteten av blodtransfusioner ges vid diagnoser inom hematologi, internmedicin och geriatrik, med

varierande transfusionsgränser och ordinerad volym. Generellt rekommenderas en restriktiv policy [11, 13], men hänsyn ska naturligtvis tas till livskvalitetsvariabler gentemot potentiella negativa effekter av blodtransfusion.

Inom obstetrik ges mer än 80 procent av blodtransfusionerna som 1–2 enheter erytrocyter [opubl data], och det kan övervägas huruvida optimerad järnbehandling antenatalt och postnatalt skulle minska transfusionsbehovet [20]. Inom neonatologi och pediatrik varierar tranfusionspolicyn mycket, och även här rekommenderas internationellt restriktiva indikationer [21].

Hittills har transfusionsstrategi mest handlat om indikationer och riktlinjer för erytrocyttransfusion, men även användningen av plasma- och trombocyttransfusion varierar och bör utvärderas. I en nyligen publicerad randomiserad studie av trombocyttransfusion till prematura barn visades lägre mortalitet och färre blödningar vid transfusionsgräns TPK 25×10^9/l än vid 50×10^9/l [22].

Transfusionsstrategi vid hjärtkirurgi

Blödningskomplikationer är vanliga under och efter öppen hjärtkirurgi. Ungefär 5 procent av patienterna blöder så mycket att de behöver tas tillbaka till operationssalen för reexploration, och hälften behöver transfunderas med blodprodukter [23]. Det finns ofta flera faktorer som leder till blödningskomplikationerna, såväl det kirurgiska traumat och försämrad hemostas orsakad av hemodilution när hjärt-lungmaskinen ansluts som nedsatt trombocytantal och -funktion vid användning av hjärt-lungmaskin. Dessutom är det vanligt att patienterna behandlas med antikoagulantia och trombocythämmare före operationen, vilket också ökar blödningsrisken.

De europeiska specialistorganisationerna för toraxanestesi (EACTA) och toraxkirurgi (EACTS) publicerade 2018 gemensamma riktlinjer för transfusionsstrategi vid hjärtkirurgi [24]. I dessa finns behandlingsrekommendationer om bl a preoperativ hantering av antitrombotiska läkemedel, patienter med preoperativ anemi, kirurgiska metoder för att minska blödningsrisk, antikoagulation vid användning av hjärt-lungmaskin och extrakorporeal membranoxygenering (ECMO), transfusionspolicyer och användning av fibrinolyshämmare. Riktlinjerna är mycket detaljerade, och många av rekommendationerna är applicerbara även vid annan stor kirurgi.

Lokala initiativ med transfusionsstrategi vid hjärtkirurgi hade redan innan de europeiska riktlinjerna publicerades visat sig vara ett effektivt sätt att minska transfusioner av blodprodukter och kostnader för sjukvården, utan att öka riskerna för patienterna. På toraxkliniken på Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg genomfördes 2010 ett projekt för att minska antalet transfusioner [23]. Projektet innebar 1) utbildning av all personal på operation, intensivvård och vårdavdelning, 2) reviderade lokala behandlingsrekommendationer för transfusion och 3) att alla transfusioner bokfördes tillsammans med information om indikation för transfusionen, patientens status före transfusionen och vem som var förskrivande läkare. Dessa enkla förändringar minskade andelen patienter som transfunderades med erytrocyter med 22 procent, plasma med 37 procent och trombocyter med 21 procent utan någon påvisbar skillnad i morbiditet och mortalitet [22]. Besparingen av blodprodukter uppgick till minst 1,5 miljoner kronor under 1 år. Liknande projekt har genomförts i andra länder med god effekt [25-29].

»Majoriteten av blodtransfusioner ges vid diagnoser inom hematologi, internmedicin och geriatrik, med varierande transfusionsgränser och ordinerad volym.«

Transfusionsstrategi inom ortopedi

I Sverige opereras årligen 16 000–17 000 patienter med primär höftprotes och ungefär lika många med knäprotes. Dessutom opereras ca 17 500 med osteoporosrelaterad höftfraktur.

Behandling med blodtransfusion inom ortopedisk kirurgi är vanligt. Vid operation med artroplastik i höft eller knä har blodtransfusion till 2–70 procent av patienterna rapporterats [30]. En stor variabilitet rapporteras mellan länder och sjukhus beroende av olika riktlinjer och/eller avsaknad av generella transfusionskriterier [31]. Med tanke på avsaknaden av gemensamma riktlinjer vid ortopedisk kirurgi i Sverige finns sannolikt stora skillnader i blodtransfusionsfrekvens mellan svenska sjukhus.

Preoperativ anemi är associerad med ökad mortalitet och morbiditet (infektioner, njurskada) vid kirurgi [32], och ökad risk för postoperativa komplikationer har bekräftats från artroplastikstudier [33]. Därför har en multidisciplinär panel bestående av experter från ortopedi, anestesi, hematologi och epidemiologi inom ramen för NATA (Network for the Advancement of Patient Blood Management, Haemostasis and Thrombosis) tagit fram en praktisk riktlinje [34]. Den första rekommendationen är att Hb-värdet ska kontrolleras hos ortopediska patienter inom 28 dagar före planerat ingrepp (grad 1C-evidens). Den andra rekommendationen är att fastställa normala Hb-värden enligt WHO-kriterier, >120 g/l för kvinnor och 130 g/l för män (grad 2C-evidens). Om Hb-värdet inte är normalt

»Det finns ett måttligt stöd för att detta restriktiva förfaringssätt ger färre infektioner postoperativt vid höft- och knäplastik och höftfrakturoperationer utan att andra komplikationer ökar.«

»Det finns goda exempel i Sverige där man använt lokala standardiserade protokoll, vilket minskat såväl antalet intraoperativa blödningar som antalet blodtransfusioner.«

ska det utredas och normaliseras före elektiv operation.

Preoperativ anemi är associerad med ökad risk för blodtransfusion vid knä- och höftplastik [35], och blodtransfusion i sig är associerad med ökad risk för postoperativ infektion [36].

I flera studier har man försökt ange gränsvärden för blodtransfusion. I en systematisk genomgång av 9 randomiserade studier anges ett tröskelvärde på Hb <80 g/l för att transfundera. Det finns ett måttligt stöd för att detta restriktiva förfaringssätt ger färre infektioner postoperativt vid höft- och knäplastik och höftfrakturoperationer utan att andra komplikationer ökar [37].

Det finns goda exempel i Sverige där man använt lokala standardiserade protokoll, vilket minskat såväl antalet intraoperativa blödningar som antalet blodtransfusioner [30].

Transfusionsstrategi vid kolorektal kirurgi

Anemi är vanligt vid diagnos av kolorektal cancer och vanligare vid koloncancer än rektalcancer [38, 39]. I de nationella riktlinjerna för kolorektal cancer saknas riktlinjer för hur anemin bör behandlas [40]. I de nationella registren för koloncancer och rektalcancer registreras blodförlust under operation, men inte anemi eller om patienten har fått blodtransfusion. Av 496 patienter som opererades för kolorektal cancer i stadium I–III på Karolinska universitetssjukhuset i Stockholm 2007–2010 hade 52 procent anemi [41]. Anemi var associerad med högre ASA-klass (American Society of Anaesthesiologists) och tumörstadium (djupväxt i tarmväggen) och med sämre total överlevnad. Något signifikant samband sågs emellertid inte mellan preoperativ anemi och risk för recidiv [41].

Patienter med preoperativ anemi fick oftare blodtransfusion i samband med operation (inom 1 dygn) (58 procent) än patienter utan anemi (21 procent) [41].

Den perioperativa transfusionsstrategin innebär i praktiken en strävan efter en Hb-koncentration på >80 g/l. Orsaken till detta är att den perioperativa blödningen i kombination med spädningseffekten av kristalloida vätskor annars lätt ger en Hb-koncentration under önskad nivå. En stor del av de patienter som genomgår kolorektal kirurgi på Karolinska universitetssjukhuset har samsjuklighet i form av hjärt-, lung- och njursjukdom, och för denna grupp är det extra viktigt att inte hamna i ett läge utan marginaler för Hb-värdet [42]. Vid pågående stor blödning följs protokollet för massiv transfusion.

Direkt postoperativt finns oftast ingen anledning att transfundera patienter med Hb-koncentration >70 g/l och stabil hemodynamik [43].

Oral järnbehandling är inte något bra alternativ för patienter med bukproblem som ska opereras inom några veckor. Nu ökar intresset för att ge patienter med kolorektal cancer och anemi intravenöst järn före operation, eftersom det ger snabbare effekt och färre gastrointestinala biverkningar. Vid tidpunkten för studien på Karolinska universitetssjukhuset gavs inte intravenöst järn till patienter med kolorektal cancer och anemi [41].

»Anemi är vanligt vid diagnos av kolorektal cancer .... I de nationella riktlinjerna för kolorektal cancer saknas riktlinjer för hur anemin bör behandlas.«

Järnsubstitution vid perioperativ anemi

Anemi är vanligt hos patienter som ska opereras. Det är angeläget att anemin, oavsett bakomliggande operationsorsak, påvisas och karakteriseras i god tid före operationen och att behandling inleds.

Den vanligaste anemiorsaken är järnbrist, oftast i kombination med inflammationsrelaterad järnbrist förorsakad av hepcidinpåslag, med åtföljande blockering av frisättningen av järn från depåerna och minskat upptag från tarmen. Järn är essentiellt för cellulär syretransport, oxidativ metabolism och energiproduktion och är dessutom involverat i erytropoesen.

Diagnosen järnbrist baseras främst på ferritin, transferrinmättnad och CRP. Ferritin <30 µg/l indikerar alltid järnbrist liksom transferrinmättnad <16 procent. Vid samtidig inflammation (CRP-stegring) kan ferritinnivåer upp till 300 µg/l i kombination med transferrinmättnad <20 procent fortfarande vara förenliga med absolut järnbrist. Vid tveksamhet kan diagnostiken skärpas med analys av löslig transferrinreceptor alternativt andel hypokromatiska erytrocyter eller hemoglobinhalt i retikulocyter.

Peroral behandling är sällan tillräcklig för att hinna korrigera järnbrist preoperativt. Peroral behandling är också oftast olämplig på grund av gastrointestinala biverkningar och inflammatoriskt betingad blockad av järnupptag från tarmen. I stället erbjuder intravenös järntillförsel snabb och effektiv behandling. Moderna intravenösa järnpreparat är väldokumenterade och säkra under förutsättning att tillförseln inte sker alltför snabbt [44]. Dessa preparat bör undvikas under pågående kliniskt signifikant infektion tills infektionen är under kontroll. Den rapporterade frekvensen av svåra överkänslighetsreaktioner i biverkningsregister är för järnkarboximaltos 0,3–0,5/100 000 definierade dagliga doser om 100 mg och för järnisomaltosid något högre: 2,4–5,0 [45]. Publi-

cerade data från randomiserade prospektiva studier saknas dock.

Hypofosfatemi är en nyligen uppmärksammad biverkan av intravenösa järnpreparat, med en högre risk associerad med järnkarboximaltos än med järnisomaltosid [46]. Låga serumfosfatnivåer (<0,6 mmol/l) betingade av renala förluster uppträder mest uttalat ca 2 veckor efter given dos och kan innebära konsekvenser för både respiration, muskelfunktion och cirkulation. Hypofosfatemi är svårbehandlad eftersom såväl peroral som intravenös tillförsel av fosfat snabbt elimineras via njurarna. Det är således viktigt att monitorera fosfat i serum preoperativt i samband med intravenös järnbehandling, även om den kliniska signifikansen inte är klarlagd. Låga nivåer av serumfosfat kan dessutom kvarstå längre tid än 2 veckor.

Intravenös järnbehandling ges i doser om 1–1,5 gram beroende på grad av anemi, vikt och samtidig inflammation. Tömda järndepåer hos en vuxen utan anemi innebär ett järndeficit på 1 gram. Vid samtidig anemi och inflammation kan det totala järnbehovet uppgå till 3 gram eller mer. När det beräknade järnbehovet tillförts bör behandlingen följas upp med analys av Hb och ferritin, optimalt efter ca 3 veckor, innan behov av ytterligare järn bedöms. I de perioperativa situationerna föreligger liten risk för överdosering, däremot är underdosering vanlig. Postoperativt är det viktigt att följa upp Hb-värde och järnstatus med normalt Hb-värde och återfyllda järndepåer (ferritin >100 µg/l) som mål, vid behov efter kompletterande behandling.

Målsättning och rekommendationer

Sannolikt ges ibland blod på tveksamma indikationer med potentiellt negativ effekt och risk för transfusionskomplikationer. Det finns också stöd för att överbehandling med blodtransfusion är associerad med ökade kostnader i sjukvården. Det är en stor utmaning att ändra traditioner och rutiner. Uppdaterade nationella och/eller lokala riktlinjer för behandling med blodtransfusion vid olika indikationer bör utformas, implementeras och regelbundet följas upp.

På uppdrag av Svenska blodalliansen bildades 2017 en svensk transfusionsstrategigrupp som består av representanter från transfusionsmedicin vid universitets- och regionsjukhus, med syfte att samarbeta med kliniker lokalt i utformning av transfusionsriktlinjer (www.sweba.se).

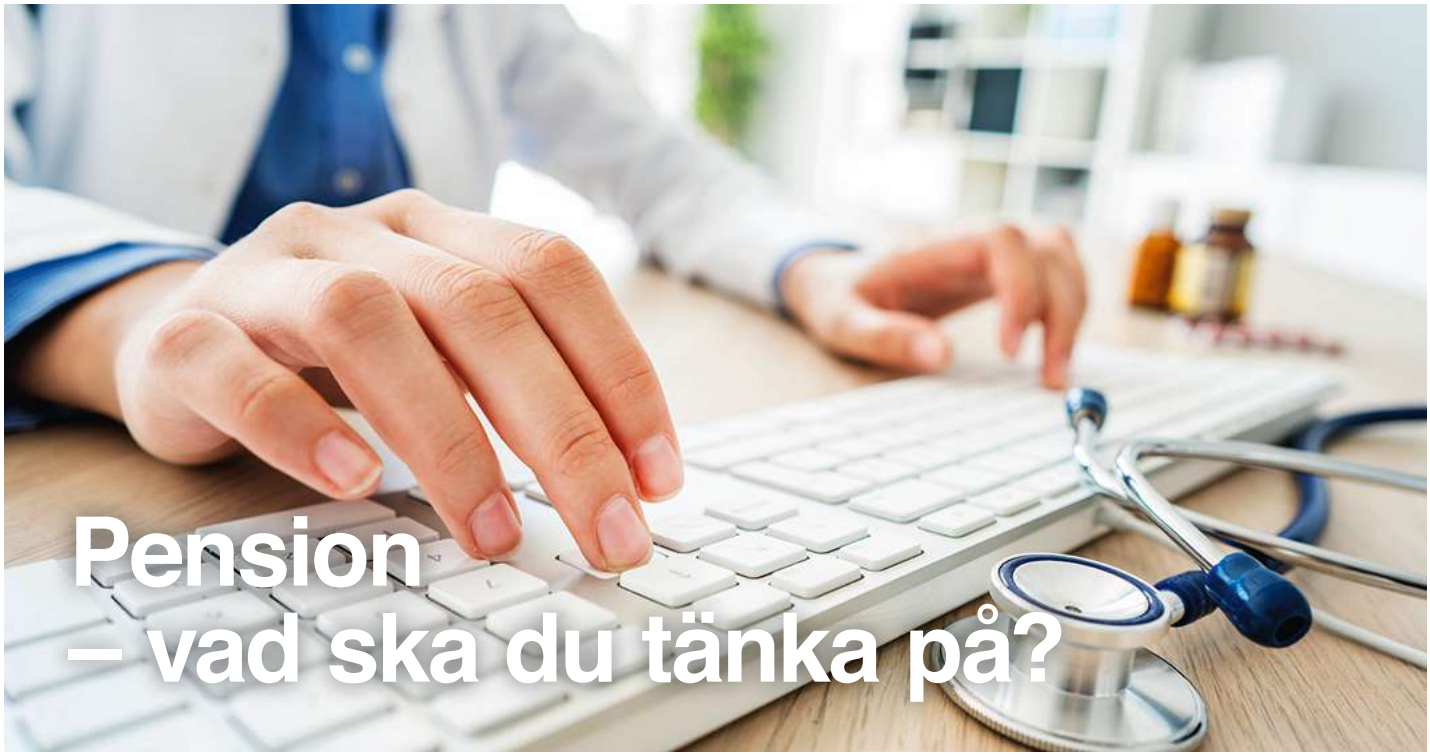
● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Stefan Lindgren har erhållit ersättning från Vifor Pharma och Pharmacosmos för deltagande i rådgivande kommitté; Agneta Wikman har erhållit föreläsningsarvode från CSL Behring och Octapharma; Anders Jeppsson har erhållit föreläsningsarvode från CSL Behring, Octapharma och LFB; Monika Egenvall har erhållit föreläsningsarvode från Ferring och ersättning från Medtronic för deltagande i rådgivande kommitté; Jan van der Linden har erhållit föreläsningsarvode från Nordic Pharma. (Vifor Pharma och Pharmacosmos har de två intravenösa järnpreparat som är godkända i Sverige, övriga företag har inget med den aktuella artikeln att göra.)

Citera som: Läkartidningen. 2020;117:FSSU

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

REFERENSER

4. Gabriel RA, Clark AI, Ngyen AP, et al. The association of preoperative hematocrit and transfusion with mortality in patients undergoing elective non-cardiac surgery. World J Surg. 2018; 42(7):1939-48.
5. Whitlock EL, Kim H, Auerbach AD. Harms associated with single unit perioperative transfusion: retrospective population based analysis. BMJ. 2015;350:h3027.
6. Carson JL, Stanworth SJ, Roubinian N, et al. Transfusion thresholds and other strategies for guiding allogeneic red blood cell transfusion. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(10):CD002042.
7. Simon GI, Craswell A, Thom O, et al. Outcomes of restrictive versus liberal transfusion strategies in older adults from nine randomised controlled trials: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2017;4(10):e465-74.
14. Althoff FC, Neb H, Herrman E et al. multimodal patient blood management program based on a three-pillar strategy. Ann Surg. 2019;269(5):794-804.
15. Leahy MF, Hofman A, Towler S, et al. Improved outcomes and reduced costs associated with a health-system wide patient blood management program: a retrospective observational study in four major adult tertiary-care hospitals. Transfusion. 2017; 57(6):1347-58.
17. Muñoz M, Laso-Morales MJ, Gómez-Ramirez S, et al. Pre-operative haemoglobin levels and iron status in a large multicenter cohort of patients undergoing major elective surgery. Anaesthesia. 2017;72(7):826-34.
18. Mueller M, Remoortel H, Meybohm P, et al; ICC PBM Frankfurt 2018 Group. Patient blood management recommendations from the 2018 Frankfurt Consensus Conference. JAMA. 2019;321(10):983-97.
20. Valentine SL, Bembea MM, Muszynski JA, et al; Pediatric Critical Care Transfusion and Anemia Expertise Initiative (TAXI); Pediatric Critical Care Blood Research Network (BloodNet), and the Pediatric Acute Lung Injury and Sepsis Investigators (PALISI) Network. Consensus recommendations for RBC transfusion practice in critically ill children from the pediatric critical care transfusion and anemia expertise initiative. Pediatr Crit Care Med. 2018;19(9):884-98.
21. Muñoz M, Peña-Rosas JP, Robinson S, et al. Patient blood management in obstetrics: management of anaemia and haematinic deficiencies in pregnancy and in the post-partum period: NATA consensus statement. Transfus Med. 2018;28(1):22-39.
23. Ternström L, Hyllner M, Schersten H, et al. A structured blood conservation programme reduces transfusions and costs in cardiac surgery. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2014;19(5):788-94.
24. Task Force on Patient Blood Management for Adult Cardiac Surgery of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) and the European Association of Cardiothoracic Anaesthesiology (EACTA); Boer C, Milojevic M, Meesters MI, et al. The European Association for Cardio-Thoracic Surgery and the European Association of Cardiothoracic Anaesthesiology joint effort patient blood management guidelines for adult cardiac surgery. J Cardiothorac Vasc Anesth. 2018;32(1):88-120.
30. Lindman IS, Carlsson LV. Extremely low transfusion rates: contemporary primary total hip and knee arthroplasties. J Arthroplasty. 2018;33(1):51-4.
33. Viola J, Gomez MM, Restrepo C, et al. Preoperative anemia increases postoperative complications and mortality following total joint arthroplasty. J Arthroplasty. 2015;30(5):846-8.
37. Mitchell MD, Betesh JS, Ahn J, et al. Transfusion thresholds for major orthopedic surgery: a systematic review and meta-analysis. J Arthroplasty. 2017;32(12):3815-21.
41. Mörner ME, Edgren G, Martling A, et al. Preoperative anaemia and perioperative red blood cell transfusion as prognostic factors for recurrence and mortality in colorectal cancer – a Swedish cohort study. Int J Colorectal Dis. 2017;32(2):223-32.
42. American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood Management. Practice guidelines for perioperative blood management: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on perioperative blood management. Anesthesiology. 2015;122(2):241-75.
43. Joint United Kingdom (UK) Blood Transfusion and Tissue Transplantation Services Professional Advisory Committee (JPAC). Transfusion handbook. 7: Effective transfusion in surgery and critical care. https://www.transfusionguidelines.org/transfusion-handbook/7-effective-transfusion-in-surgery-and-critical-care
44. Girelli D, Ugolini S, Busti F, et al. Modern iron replacement therapy: clinical and pathophysiological insights. Int J Hematol. 2018;107(1):16-30.
45. Ehlken B, Nathell L, Gohlke A, et al. Evaluation of the reported rates of severe hypersensitivity recations associated with ferric carboxymaltose and iron (III) isomaltoside 1000 in Europe based on data from EudraVigilance and VigiBase between 2014 and 2017. Drug Saf. 2019;42(3):463-71.



Pension – vad ska du tänka på?

□□□ Pension är inte något de flesta tänker på när de är mitt i karriären. Men nivån på pensionen påverkas av de val du gör i dag. Därför är det viktigt att ha kunskap om vilka faktorer som påverkar pensionen!

DEN TOTALA PENSIONEN kommer i regel från tre olika håll; allmän pension, tjänstepension och eventuellt privat pensionssparande.

Tjänstepensionen är viktig för alla, men kanske ännu viktigare för grupper med högre inkomster. Med en bra tjänstepension minskar skillnaden i inkomst när man går från lön till pension. Din tjänstepension byggs upp under hela ditt arbetsliv.

Den allmänna pensionen baseras på inkomster under hela yrkeslivet. Varje år som du arbetar och betalar skatt tjänar du in till din pensionsrätt. Den allmänna pensionen består av flera olika delar, som inkomstpension och premiepension. Varje år avsätts 16 procentenheter till inkomstpensionen och 2,5 procentenheter till premiepensionen av din pensionsgrundande inkomst och andra skattepliktiga ersättningar. Läs mer om den allmänna pensionens delar på Pensionsmyndighetens webbplats.

→ **www.pensionsmyndigheten.se**

Tjänstepensionen är för dig som läkare en viktig del av din framtida pension och kompletterar din allmänna pension. Avsättningar till tjänstepensionen, oavsett typ och avtalskonstruktion, utgår från din lön. Vid exempelvis föräldraledighet eller sjukskrivning tjänar du fortsatt in till tjänstepension, men vid deltidsarbete blir själva grundlönen lägre, vilket resulterar i lägre pensionsavsättningar både till tjänstepensionen och den allmänna pensionen.

Läkare som arbetar på en arbetsplats med kollektivavtal omfattas av tjänstepensionsavtal. Dessa kan i sin tur vara antingen förmåns- eller premiebaserade, vilket gör att två personer med identiska karriärer kan få olika pensionsutfall beroende på vilket system de omfattas av.

Om du har en förmånsbaserad tjänstepension är antalet år och lönen i slutet av karriären avgörande för pensionsnivån. Det innebär att det finns möjlighet att kompensera för ett par dåliga inkomstår under karriärens början eller mitt genom en stark löneutveckling i den senare delen av karriären. Har du istället en premiebestämd tjänstepension görs pensionsavsättningar i fonder och försäkringar löpande redan från tidig ålder, varför det är viktigt att ha en hög lön redan från karriärens början.

Två personer med identiska karriärer kan få totalt olika pensionsutfall.

Det är viktigt att redan från början av karriären tänka på din tjänstepension. Tänk på att:

- ✓ Ha en anställning med kollektivavtal! Har du en anställning med kollektivavtal omfattas du även av ett tjänstepensionsavtal.
- ✓ Ta reda på vilket pensionsavtal du omfattas av, eftersom de kan skilja sig från varandra!
- ✓ Undersök pensionseffekterna av ett arbetsbyte mellan sektorer, till exempel från ett arbete på en region till en statlig tjänst, så att du kan fatta ett informerat beslut om och när bytet är rätt för dig.
- ✓ Om du vill gå ner i arbetstid, informera dig om konsekvenserna av olika sätt att göra detta. Beroende på din familjesituation, var du befinner dig i karriären och vilket tjänstepensionsavtal du

tillhör kan olika lösningar vara mer eller mindre gynnsamma.

- ✓ Undersök möjligheterna till löneväxling. Löneväxling innebär att du som anställd kommer överens med din arbetsgivare om att växla en del av din bruttolön till sparande i tjänstepension. Undersök om löneväxling kan vara ett gynnsamt sparande för dig med hänsyn till din familjesituation och i förhållande till den skattesituation du befinner dig i.

SOM MEDLEM kan du läsa mer om pension på vår webbplats!

→ **www.lakarforbundet.se/rad-och-stod/pension**





Patientberättelser från verkligheten

I EN NY FILMSERIE på Trygg vård från Läkarförbundet träffar vi patienter som delar med sig av personliga berättelser från verkligheten. Se intervjun med Carina, som fick besked om att hon hade aggressiv livmoderhalscancer, ett besked som minst sagt vände livet upp och ned. Hon beskriver hur hennes läkares engagemang gjorde stor skillnad. ”Han var påstridig, stöttande och förberedde mig på hur tufft det skulle bli. Det gjorde all skillnad i världen. Han räddade mitt liv.”

Micke är en annan patient som beskriver hur hans läkares tydlighet gör att han vågar mer. Micke har haft epileptiska anfall hela livet. ”Min läkare är väldigt saklig och kunnig inom sitt område. De frågor som jag har, de har han svar på. Han har gett mig en trygghet och jag har bättre kontroll över min epilepsi.

→ **www.tryggvard.se/kategori/video**

Vill du göra läkarrollen mer begriplig för en utlandsutbildad kollega?

Patienten fått slag i det veka livet. Palpation av buken u.a. Patienten har druckit åtminstone en sjuttiofemma. Skickas hem med Alvedon v.b.

Det kan vara en hög tröskel för utlandsutbildade läkare att praktisera läkaryrket i Sverige och det gäller inte bara journalspråket. Läkarförbundet har därför startat ett fadderprogram, där verksamma läkare i Sverige stöttar sina utlandsutbildade kollegor på vägen till svensk legitimation. Programmet är mycket uppskattat och pågår i 6 månader.

Vi söker nu faddrar till en ny omgång med start den 26 mars 2020. Om du själv vill delta, eller om du känner någon som skulle passa för programmet, tveka inte att skicka in en anmälan! Sista anmälningsdag den 4 mars.

Läs mer och anmäl dig på vår webbplats!

→ **www.lakarforbundet.se/din-karriar/fadderprogrammet**



Använd Min sida och slipp vänta!

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

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

→ **www.lakarforbundet.se/min-sida**

Hitta svar på dina frågor

Har du frågor om ditt medlemskap? På lakarforbundet.se har vi samlat vanliga frågor och svar som vi får om medlemskap, medlemsförmåner och utbildning. Om svaret inte skulle finnas går det bra att ställa din egen fråga.

→ **www.kundo.se/org/sveriges-lakarforbund**

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		
Företagsläk (allmänmed och/eller 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 med geriatrisk erfarenhet, Geriatriska klin, Västerås	9/2	01-03
Spec-läk, spec sjukv i hemmet (SSIH) Kullbergska sjh, Katrineholm	31/1	01-03
Spec-läkare, Del-/heltid, Lundens Husläkarmottagning, Sollentuna		04
Spec-läk, intr smärta & utmattning, 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		
ÖL/BÖL, VO Intensiv- & Perioperativ vård, Skånes Univ sjh, Malmö		05-06
AT-TJÄNSTER		
AT Region Kronoberg, Växjö och Ljungby	4/3	05-06
AT Region Norrbotten		05-06
AT Region Västerbotten, Umeå, Skellefteå, Lycksele	4/3	05-06
AT Region Västernorrland, Sollefteå, Sundsvall och Örnsköldsvik	4/3	05-06
Forskar-AT norra sjukvårdsregionen	4/3	05-06
BARN- OCH UNGDOMSALLERGOLOGI		
Barnläkare, nya mottagn vid NKS och i Sickla. Alva Barnklink, Sthlm		05-06
BARN- OCH UNGDOMSMEDICIN		
Barnläkare, nya mottagn vid NKS och i Sickla. Alva Barnklink, Sthlm		05-06
Spec-läkare, Barn- & ungdomshab, Psykiatri & Habilitering, Malmö		01-03
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		
Barnläkare, nya mottagn vid NKS och i Sickla. Alva Barnklink, Sthlm		05-06
Spec-läkare, BUP forskningscentrum, Stockholm	19/2	05-06
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
ETABLERINGAR OCH ÖVERLÅTELSER		
Ersättningsetablering Allmänmed överlåt enl LOL 2020, Helsingborg	30/1	01-03
Ersättningsetablering Obstetrik & Gynekologi överlåt enl LOL, Malmö	20/3	05-06
Ersättningsetablering överlåtes, Hud- & könssjukdomar, Luleå	31/3	05-06
Spec-läk, ÖV Sophiahemmet & Hötorget, möjligt delägarskap, Sthlm		01-03
FÖRETAGSHÄLSOVÅRD		
Företagsläk (allmänmed och/eller FHV) GKN Aerospace, Trollhättan	28/2	04
Företagsläkare, Hälsan & Stressmedicin, Ullevienheten, Göteborg	5/2	01-03
GERIATRIK		
Spec-läkare spec sjukvi hemmet (SSIH) Kullbergska sjh, Katrineholm	31/1	01-03
Spec-läkare, med geriatrisk erfarenhet, Geiatriska kliniken, Västerås	9/2	01-03
Spec-läkare/ÖL, Region Sörmland	16/2	01-03
HUD- OCH KÖNSSJUKDOMAR		
Hudspecialistläkare, Luna Hudmottagning, Södertälje		01-03
Spec-läkare, VE Hudsjukvård, Skånes Univ sjukhus, Malmö		05-06
Spec-läkare/ÖLi, VO Hud, Skånes sjh nordost, Kristianstad		01-03
Överläkare/Spec-läkare, Hud-mott, Frölunda Spec-sjh, Göteborg	29/1	01-03
HÖRSEL- OCH BALANSRUBBNINGAR		
Spec-läkare/ÖL, Region Sörmland	16/2	01-03
INFEKTIONSSJUKDOMAR		
Professor inf medicin, fören anst ÖL/Spec-läkare, Linköpings univ	19/2	05-06
INTERNMEDICIN		
Spec-läk, ÖV Sophiahemmet & Hötorget, möjligt delägarskap, Sthlm		01-03
Spec-läkare spec sjukv i hemmet (SSIH) Kullbergska sjh, Katrineholm	31/1	01-03
ÖL/Spec-läk, Lungsjd & internmed, Skånes sjh nordväst, Helsingborg		01-03
KARDIOLOGI		
Spec-läkare, Medicinmott, Frölunda Spec-sjukhus, Göteborg	5/2	04
KIRURGI		
Medicinska rådgivare, Löf	31/1	01-03
KLINISK FYSIOLOGI		
Medicinsk chef, Region Västerbotten, Umeå		01-03
KLINISK GENETIK		
Spec-läkare/ÖL, Akademiska laboratoriet, Akademiska sjh, Uppsala		01-03
KLINISK PATOLOGI- CYTOLOGI		
Spec-läkare, BÖL, ÖL klinisk patologi, Akademiska lab, Uppsala		01-03
KURSER / SYMPOSIER / SEMINARIER		
Glesbygdsmedicinsk konferens 24–26 mars 2020, Funäsdalen	30/1	01-03
Psykoterapiutbildn, inriktn barn & ungd,(60 hp) Ericastiftelsen	28/2	05-06
LUNGSJUKDOMAR		
Spec-läkare/ÖL & ST-läkare lungmedicin, Mälarsjukhuset, Eskilstuna	16/2	05-06
ÖL/Spec-läk, Lungsjd& internmed, Skånes sjh nordväst, Helsingborg		01-03
NEONATOLOGI		
Neonatolog, Spec-läk/ÖL, Barn- & ungd klin, Länssjukhuset Kalmar	2/2	01-03

Läkarkarriär.se

Sveriges största jobbsajt för läkare!

NEUROLOGI

Medicinska rådgivare, Löf	31/1	01-03
Spec-läk, intr smärta & utmattning, Kognitiva Teamet Rehab, Sthlm		04

OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI

Spec-läk gyn el allmänmed, Reg hälsan, Sexmedicinskt Centrum, Gbg	28/2	01-03
Spec-läkare allmängynekologi, Nordic IVF & Gynekologi, Stockholm		01-03
Spec-läkare infertilitet/IVF, Nordic IVF & Gynekologi, Malmö		01-03
Spec-läkare, kvinnlig gynekolog till mottagning i innerstaden, Sthlm		04
Spec-läkare, ÖV-klinik, Qvinnolivet, Kungsbacka		01-03
Spec-läkare/ÖL, Region Sörmland	16/2	04
Överläk, VO Obstetrik & Gynekologi, Skånes sjh Nordost, Kristianstad		05-06
Överläk/Spec-läkare, Gyn-mott, Frölunda Spec-sjukhus, Göteborg	29/1	01-03

ONKOLOGI

Spec-läkare/ÖL, Region Sörmland	16/2	04
Univ lektor immunonkologi, fören bef spec-läk, Göteborgs universitet	14/2	01-03

PLASTIKKIRURGI

Plastikkirurg, Karolinska Universiitetssjukhuset, Stockholm	19/2	05-06

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
Universitetslektor fören anst Spec-läk/ÖL, Lunds universitet, Lund	11/3	05-06

RADIOLOGI

Spec-läkare/ÖL Röntgenklin, Region Örebro län	7/2	01-03
Spec-läkare/ÖL, gärna MR-kunskaper, Röntgenavd, Kungsbacka		05-06
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/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
Bidrag till forskning om njurtransplantationer, Gelinstiftelsen	31/3	05-06
Ekon stöd & forskn bidrag neurol sjd, L & J Carlssons stift, H-borg	31/3	05-06
Forskning epilepsi hos barn & vuxna, Margarethahemmet, SEB	28/2	01-03
Forskningsbidrag Hjärnfonden	2/3	04
Läkarförbundets Forskningsfond - etiska frågeställningar i vården	1/4	04

ST-TJÄNSTER

Spec-läkare/ÖL & ST-läkare lungmedicin, Mälarsjukhuset, Eskilstuna	16/2	05-06
ST i allmänmedicin, Kallhälls Nya Vårdcentral, Järfälla	10/2	01-03
ST-läkare neonatologi, Region Östergötland, Linköping/Motala	31/1	01-03
ST-läk Pediatrik, Neonatalverksamhet, Skånes univ sjh, Lund/Malmö		04

UROLOGI

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

VIKARIAT

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, VO Ögon, Centralsjukhuset Kristianstad, Kristianstad		05-06
Spec-läkare/ÖL, Region Sörmland	16/2	01-03
Ögonläkare & Kataraktkirurger, Memira Eyecenter, Stockholm		01-03
ÖL/Spec-läkare, VO Hud, Skånes sjukhus Nordväst, Helsingborg		05-06

ÖRON-, NÄS- OCH HALSSJUKDOMAR

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

ÖVRIGA LÄKARTJÄNSTER

Forskande läkare, centrum klin forskning, Mälarsjh Eskilstuna	31/1	01-03
Läkare, Försvarshälsan Uppsala (Försvarsmakten), Uppsala	23/2	05-06
Medicinska rådgivare, Löf	31/1	01-03
Professor med vetensk nära vård, Örebro universitet	16/2	01-03
Spec-läk, intr smärta & utmattning, Kognitiva Teamet Rehab, Sthlm		04
Spec-läk, ny försäkringsmed utredningsenh (FMU) Nacka sjh, Sthlm	31/1	04
Studierektor, Region Sörmland	16/2	04
Univ lektor i med vetensk Professionell utveckling. Örebro Universitet	16/2	01-03

ÖVRIGA TJÄNSTER

Biobankssamordnare, centrum klini forskning, Mälarsjh Eskilstuna	31/1	01-03
Områdeschef område opererande & onkologi, Region Örebro län		05-06
Vårdforskare, centrum klin forskning, Mälarsjukhuset Eskilstuna	31/1	01-03

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



VALFRIHET ATT UTFORMA DIN AT I VÄXJÖ OCH LJUNGBY

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

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

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

VILL DU VETA MER?

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

KONTAKTA OSS GÄRNA!

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

AT-BLOCKEN I LJUNGBY:
Sofie Bång, HR-specialist, 0470-58 64 17, sofie.bang@kronoberg.se

SYLF-REPRESENTANT:
Lars Östman, Växjö, Amanda Wikström, Ljungby, 0470-58 80 00 (vxl)

Ansökan sker uteslutande via www.offentligajobb.se där också meritkriterier finns publicerade.
Välkommen med din ansökan senast 4 mars 2020.
Ange referensnummer AT-LL/CLV 1/2020.

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

REGION KRONOBERG



För alla läkare under hela karriären

#vitaransvar

Sveriges läkarförbund

Forskar-AT i norra sjukvårdsregionen

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

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

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

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

Välkommen med din ansökan senast 2020-03-04.

Läs mer och ansök på regionvasterbotten.se/at

region västerbotten
REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN
Region Västernorrland
REGION NORRBOTTEN

Livet består av mer än bara jobb.

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

www.norrbotten.se/at



REGION NORRBOTTEN

Välkommen att söka AT-tjänst i Västernorrland!

Sollefteå, Sundsvall och Örnsköldsvik

Jag valde att göra AT på mindre sjukhus p.g.a. man får göra mer som AT-läkare. Jag har lärt mig otroligt mycket på kort tid, för att det är mycket självständigt arbete. Man blir uppmuntrad att tänka själv och våga nya saker. Jättetrevliga kollegor, man är inte lika anonym som på ett större sjukhus.

/Jin Khoshnaw, AT i Sollefteå

Läs mer om AT hos oss:



Välkommen med din ansökan **senast den 4 mars 2020**.

Urval sker löpande.

Region Västernorrland

www.rvn.se/ativasternorrland



Sabri Alkhadi, västerbottning

Jag söker en AT-läkare som ser helheten

Utbildning till AT-läkare kan ske på Lycksele lasarett, Skellefteå lasarett samt Norrlands universitetsjukhus.

Sök jobbet på regionvasterbotten.se/at

region västerbotten

90 konto SVENSK INSAMLINGS KONTROLL

HÅLL SVERIGE RENT®

Skräpet finns överallt
– i staden, i naturen och i havet.
Ditt bidrag behövs för att hålla Sverige rent.

Plocka #ettskräpomdagen
Swisha till 90 02 817
PlusGiro: 90 02 81-7

www.hållsverigerent.se

REGION SKÅNE SÖKER

Specialistläkare

Hud- och könssjukdomar
VE hudsjukvård
Skånes universitetssjukhus
Malmö

Överläkare/ specialistläkare

Oftamologi
VO Hud
Skånes sjukhus nordväst
Helsingborg

Överläkare

Obstetrik och gynekologi
VO obstetrik och gynekologi
Skånes sjukhus nordost
Kristianstad

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

Gör skillnad. Varje dag.

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

PROSTATACANCER drabbar
10 000 män **VARJE ÅR.**

SWISHA till Prostatacancerfonden **900 10 17**

Varmt **TACK**!

SVENSK INSAMLINGSKONTROLL

PROSTATACANCER FÖRBUNDET

Region Stockholm söker

Specialistläkare i barnpsykiatri

till BUP forskningscentrum

Vill du vara del i en verksamhet som gör skillnad för barn och ungdomar? BUP forskningscentrum söker nu en barnpsykiater.

Läs mer/ansök via: **www.sll.se/ledigajobb**
Sök ref.nr **167751**

Välkommen med din ansökan senast **2020-02-19**

Region Stockholm

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

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

Patienten först – tillsammans skapar vi den bästa vården

PLASTIKKIRURG

Vi söker en erfaren specialist med självständig kompetens inom avancerad mikrokirurgisk rekonstruktion eller/och kirurgi vid könsdysfori. Ett inspirerande och utmanande uppdrag på Sveriges modernaste universitetssjukhus.

Information om tjänsten lämnas av:
Inkeri Leonardsson Schultz , Sektionschef/överläkare
Tel: 0725-95 72 66

Välkommen med din ansökan senast 2020-02-19

Ref-nr: 167675

KAROLINSKA
UNIVERSITETSSJUKHUSET

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

Områdeschef till område opererande och onkologi Region Örebro Län

Vill du leda en verksamhet i stark utveckling och ta plats på den nationella arenan? Hälso- och sjukvårdsförvaltningen söker nu en erfaren och inspirerande ledare till förvaltningens största område med 2 000 medarbetare.

Läs mer och sök på poolia.se, **ref.nr 55901** För mer information kontakta maria.eriksson@poolia.se, 0739 44 50 95 eller sofia.jansson@poolia.se, 072 074 20 43 på Poolia Executive Search AB.

Region Örebro län

Om Region Örebro län
Region Örebro län förenar all hälso- och sjukvård, forskning och utbildning i en samlad hälso- och sjukvårdsförvaltning med en gemensam ledning. Förvaltningen är organiserad i nio områden som leds av var sin områdeschef och en stab med stabschefer inklusive en forsknings- och utbildningsorganisation.

POOLIA
EXECUTIVE SEARCH
ÖVER 70 ÅRS ERFARENHET AV EXECUTIVE SEARCH

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



Fortsätt din karriär hos oss!

Vi söker specialistläkare och överläkare bla inom

Studierektor
Onkolog
Gynekolog
ÖNH-läkare
Smärtläkare
Radiolog
Psykiatriker
Allmänspecialist

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

REGION SÖRMLAND

REGION HALLAND SÖKER

Specialistläkare/Överläkare

till Röntgenavdelningen, Kungsbacka
Vi söker allmänradiolog, gärna med MR-kunskaper, med intresse av
att arbeta på en framåtsträvande, modern och expanderande klinik.

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

BÄSTA LIVSPLATSEN
Region Halland



Kom och jobba hos oss

Vi söker specialistläkare/överläkare och ST-läkare till lungmedicin Mälarsjukhuset Eskilstuna.
Kontakta sektionsansvarig lungläkare Emad Al-Azzawi, 016-10 51 29 eller läs mer på

regionsormland.se/jobbahososs

Region Sörmland

Professor i infektionsmedicin

förenad med anställning som överläkare/specialistläkare vid Region Östergötland

→ Mer information på liu.se/jobba

→ Sista ansökningsdag 19 februari 2020

LINKÖPINGS UNIVERSITET

Vid Linköpings universitet har vi för vana att tänka nytt. Att ständigt utmana oss själva har varit vår starkaste drivkraft sedan 1975.
Nu planerar vi för fler framsteg - i ditt sällskap. Välkommen.

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 utmattningssyndrom, 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

Kognitiva Teamet Rehab
Smärt- och stress rehab



FÖRSVARSHÄLSAN
I UPPSALA SÖKER:

LÄKARE

Ansök och läs mer på:
jobb.forsvarsmakten.se

FÖRSVARSMAKTEN

Lunds universitet grundades 1666 och rankas återkommande som ett av världens 100 främsta lärosäten. Här finns 40 000 studenter och 7 600 medarbetare i Lund, Helsingborg och Malmö. Vi förenas i vår strävan att förstå, förklara och förbättra vår värld och människors villkor.

Medicinska fakulteten

Universitetslektor i psykiatri förenad med anställning som specialistläkare/överläkare

ned placering vid institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö
Ansök senast 11 mars 2020. Ref nr PA 2019/631

För mer information se
www.lu.se/ledigajobb

LUNDS UNIVERSITET

ALVA BARNKLINIK BYGGER VIDARE!

Omkring oktober 2020 öppnar vi två nya mottagningar.





Idag har vi 20-tal barnläkare och fyra barnpsykiatriker, som arbetar med oss vid Medborgarplatsen och Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm. Nu behöver vi rekrytera fler barnläkare och barnpsykiatriker. Breda och smala. Vid mottagningen vid NKS behöver vi även en grupp barnläkare som är extra intresserade av barnallergologi.

Skicka din intresseanmälan till
REPLY@ALVABARNKLINIK.SE
Hemsida **ALVABARNKLINIK.SE**

NYA KAROLINSKA På andra sidan gatan från Nya Karolinska sjukhuset öppnar vi en ny Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning, en större Alva Psykologi Norr och en behandlingsavdelning för ADHD/ADD Norr (Alva Balans). S:t Eriks Ögonsjukhus flyttar in i samma hus.
VÅRDHUSET CURANTEN I Sickla Centrum öppnar vi en Barn- och ungdomsmedicinskmottagning och en Alva Psykologi.

Alva BARNKLINIK Alva BVC Alva PSYKOLOGI

Läkarkarriär.se

REGION SKÅNE SÖKER

Överläkare/ biträdande överläkare

Anestesi- och intensivvård
VO intensiv- och perioperativ vård
Skånes universitetssjukhus
Malmö

Specialistläkare

Oftalmologi
VO ögon
Centralsjukhuset Kristianstad
Kristianstad

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



Gör skillnad. Varje dag.

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

Utbildningar

ERICASTIFTELSEN

PSYKOTERAPI * UTBILDNING * FORSKNING

Grundläggande psykoterapiutbildning med inriktning på barn och ungdomar (60 hp)

Utbildningen startar hösten 2020, omfattar fyra terminer och kan tillgodoräknas i läkares specialistutbildning. Utbildningsplan och ansökningshandlingar finns på **www.ericastiftelsen.se**
Kontaktperson: Fredrik Odhammar, fredrik.odhammar@ericastiftelsen.se
Sista ansökningsdag 28 februari 2020

Stipendier/Anslag/Bidrag

Gelinstiftelsen grundades 1981 och utdelar bidrag till forskning som berör njurersättande behandling med inriktning på njurtransplantationer

Bidrag till forskning om njurtransplantationer

Gelinstiftelsen utlyser härmed 1 000 000 kronor. Ansökningsformulär och övrig information finns på **www.gelinstiftelsen.se**
Senaste ansökningsdag **31 mars 2020**
Gelinstiftelsen, Slottsskogsgatan 12, 414 53 Göteborg, Tel 031-338 01 08

Linnéa och Josef Carlssons stiftelse

beslutar i juni 2020 om utdelning av bidrag

Bidrag kan utgå till:
Barn och ungdomar (enskild person) dock företrädesvis barn med CP, som pga sitt funktionshinder är i behov av ekonomiskt stöd till vård, uppehälle, fostran eller utbildning (även till föräldrars rekreation). Bidrag ges endast till personer under 25 år. Funktionshindret skall vara av **neurologisk** karaktär, dvs orsakad av funktionsnedsättning i hjärna, ryggmärg, perifera nerver eller muskler. Bidrag ges inte till allergier, syn- eller hörselskador, reumatism eller diabetes om inte samtidigt neurologiskt funktionshinder finns. Vid prövning av ansökan tillämpas vissa inkomstgränser. Bidrag ges inte två år i följd och utgår endast under förutsättning att det användes **efter** tidpunkten för styrelsens beslut och full betalning gjorts först därefter. Läkarintyg och/eller kuratorsintyg skall insändas tillsammans med ansökan.

Vetenskaplig forskning med ändamål att hos nämnda grupper förebygga, bekämpa och lindra sjukdomar, utvecklingsstörningar och skador av invalidiserande natur.

Föräldralösa (helt), mindre bemedlade barns uppfostran och utbildning.

Bidrag ges endast till personer som vistas i Sverige. Upplysning och ansökningsblankett erhålles efter hänvändelse till stiftelsen, Kronborgsgatan 2 C, 252 22 Helsingborg. Tel 042-21 70 19, e-post ljc@carlssonsstiftelse.se

Ansökan kan ske direkt via vår hemsida där även ansökningsblankett för enskilda finns för nerladdning. **www.carlssonsstiftelse.se**

Ansökan skall ha inkommit till stiftelsen senast den 31 mars 2020

Skriftligt besked om beslut sänds till sökanden efter styrelsens sammanträde i början av juni 2020

Etableringar och överlåtelser

ERSÄTTNINGSETABLERING Hud- & könssjukdomar Luleå, Region Norrbotten

Överlåtes enl LOL (nationella taxan). **Info:** https://services11.nll.se/Avantra/customer/NLL/Modules/Purchase/Published/Selected.aspx?pid=7019

Kontakt: Eva Rånby, 070 540 23 44 **eller** Lisbeth Engelmark, 070 606 50 70

Sista anbudsdag 31 mars 2020

Ersättningsetablering i Obstetrik och Gynekologi

Malmö/Region Skåne

Överlåtes enligt LOL (nationella taxan) fr o m 2020-08-01.
Välutrustad mottagning i centrala Malmö kan också överlåtas.
www.tendsign.com d-nr 2020-O000006 Sökord ersättningsetablering

Info: ottenstahl@gmail.com **Sista anbudsdag:** 2020-03-20

ACUDOC

Inbjudan till utbildningskväll

Kvällens tema: Utredning av bröstsmärta och hjärtsvikt inom primärvården

Välkommen till nyöppnad klinisk fysiologi enhet på Jakobsbergs sjukhus. Vi inviger mottagningen med kvällsföreläsningar och fika. Föreläsarna går igenom utredning av patienter med bröstsmärta och utredning av misstänkt hjärtsvikt ur primärvårdens perspektiv. Vilka undersökningar ska man beställa och vilka prover ska man ta? Hur ska man tolka dessa undersökningar? När och var kan man remittera? Vi går även igenom de ekonomiska aspekterna som styr val av undersökningar.

Datum:	12 februari 2020
Tid:	16:45 — 19:30
Plats:	Konferenslokal Nebis, Jakobsbergs sjukhus

16:45 - 17:00	**Registrering**
17:00 - 18:00	**Utredning kärlkramp i primärvården** *Föreläsare : Adnan Rahman, överläkare, kardiolog*
18:00 - 18:30	**Rundvandring Fysiologlab och fika**
18:30 - 19:00	**Utredning hjärtsvikt i primärvården** *Föreläsare : Mattias Bengtsson, överläkare, kardiolog*

Föranmälan krävs. Först till kvarn. Föreläsningarna är avgiftsfria för läkare verksamma på vårdcentraler i Stockholm. AT-läkare, ST-läkare samt specialistläkare kan anmäla sig.

Skicka din anmälan till: info@acudoc.se senast den 8 februari.

Acudoc, Jakobsbergs sjukhus · Birgitta vägen 2A · 177 31 Järfälla | 08-42 50 54 50

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

DET KOM ETT BREV ...

En fråga att ställa vid en hjärndöd anhörigs sida

Människan är en biologisk varelse. Hennes liv behöver förstås i ett utvecklingsbiologiskt sammanhang. Livet började som celler för flera miljarder år sedan. Först långt senare utvecklades nerver och så småningom ett alltmer komplicerat nervsystem. Hos människan inkluderar det en hjärna med omkring 10 miljarder nervceller. Den styr över andning och cirkulation, reglerar hormoner, emotioner, känslor, tankar och minnen. Hjärnan styrs, till stor del av kroppens behov av välfungerande livsprocesser, och hjärnan styr i sin tur över kroppen i ett cirkulärt förlopp. Kunskapen om de neurobiologiska sambanden är i dag god.

FRÅN OCH MED 1960-TALET kunde man med respirator och förbättrad intensivvård hålla hjärndöda människor vid liv, och möjligheten till organdonation uppstod. Frågan om när död inträder hos den hjärndöda initierade en livlig diskussion. Den framstående hjärnkirurgen Lars Leksell och nestorn i anestesi och intensivvård Torsten Gordh hävdade, tillsammans med en stor grupp läkare, inklusive mig själv, att god etik kan etableras för organdonation utan att man inför hjärndöd som dödsbegrepp [1]. Den då rådande definitionen, att döden inträder då cirkulationen upphör, borde få fortsätta att gälla.

Många förstod att hjärndöd innebär att personligheten oåterkalleligt försvunnit och att organdonation kan utföras utan att dödsbegreppet behövde ändras. Detta till trots likställdes hjärndöd med död i en lag år 1988.

En väsentlig fråga är hur anhöriga upplever livet som finns i kroppen hos den hjärndöda. Studier visar att det är vanligt att anhöriga accepterar att döden inträffar först då hjärtat stannar [2-4]. Citat från Siminoff och medarbetare tydliggör problematiken: »The fact that family members continued to see a body whose chest rose and fell as in breathing, and who was warm to touch, whilst being diagnosed as dead appeared to trigger emotional and cognitive conflict which may only be resolved when the body is congruent with the schema of a dead body« [4].





Illustration: Shutterstock/TT

> ... med ett hjärtrelaterat dödsbegrepp skulle många få ta farväl av en älskad människa på ett lättare och rikare sätt.

NU HAR JAG SJÄLV och min familj stått vid en hjärndöd anhörigs sida och ställts inför frågan: När inträder döden?

I december drabbades min fru av hjärndöd till följd av ett skalltrauma. Innan respiratorn stängdes av i samband med organdonation kunde våra fyra barn, svärdöttrar, barnbarn, svägerskor, nära vänner och jag själv under många timmar säga farväl till henne. Vi upplevde hennes levande biologiska kropp och kunde krama och kyssa henne, klappa henne och lyssna till hennes hjärtslag. Närheten och känslorna var mycket betydelsefulla för avskedet. Det var emotionellt omöjligt att se henne som död så länge vi kunde famna hennes levande gestalt. Men runt omkring oss predikades lagen om att kroppen vi höll om var död.

Det ordnades så att hon skyndsamt, efter det att hon skänkt några av sina organ till nytt liv för andra, återfördes till sitt rum på intensivvården. Respiratorn var avstängd, hjärtat var stilla, kroppen fortfarande varm och vi kunde ta farväl av henne som livet nyss flytt ifrån. Hennes död inträffade strax före midnatt då respiratorn stängdes av och hjärtat stannade, det var vi överens om. Inte 14 timmar tidigare, då hon enligt regelboken konstaterats död.

Jag framförde skriftligen vår syn på döden till ansvarig läkare, som på vår uppmaning införde den i journalen. Vi accepterade hennes hjärndöd och samverkade till organdonation som hon själv sagt sig vara positiv till. Men så länge hjärtat slog och kroppen var varm kunde vi vara nära henne det sista dygnet av hennes liv innan hjärtat stannade.

EN MÄNNISKA är både kropp och hjärna. Jag kunde nu konkret uppleva att kritiken mot det nya dödsbegreppet några decennier tidigare var väl grundad. Ett hjärnrelaterat dödsbegrepp motiveras med att vara funktionellt i samband med organdonation, men är otillräckligt och verklighetsfrånvänt då hjärtat slår och kroppen fortfarande lever. Det förstör avskedet av den döende. Så upplevde vi det, och så upplever många andra det.

Hjärndöd räcker som kriterium för organdonation. Och vi är övertygade om att med ett hjärtrelaterat dödsbegrepp skulle många få ta farväl av en älskad människa på ett lättare och rikare sätt.

Gösta Alfvén,
anhörig, läkare, docent

Läs mer! Se Läkartidningen.se för referenser.



Peter Stenvinkel vill ta reda på vad björnen har, men inte människan, som skyddar mot benskörhet och muskelnedbrytning.

Foto: Alexander Donka

»Studiet av björnar kan lära oss att förebygga kronisk sjukdom«

Peter Stenvinkel, professor och njurmedicinare, forskar även i biomimetik, med målsättning att dra lärdomar från djurens värld och hitta nya sätt att förebygga och behandla människans livsstilssjukdomar.

Biomimetik är en bred tvärvetenskaplig forskning?

– Det är särskilt inspirerande och lärorikt att samarbeta med zoologer, veterinärer och biologer, för de har ett överflöd av kunskap som vi medicinare inte har en aning om. I många fall får vi oss riktiga aha-upplevelser. Vi kan lära oss mycket genom att studera vilda djur och använda de nya kunskaperna för eventuella nya behandlingar av kroniska livsstilssjukdomar, till exempel kronisk njursvikt och diabetes.

Vilken forskning är aktuell nu?

– För oss njurdoktorer är det framför allt björnar som är av intresse. Det faktum att björnarna till exempel inte kissar på fem-sex månader under tiden de går i ide är ju anmärkningsvärt, liksom att de inte drabbas av de komplikationer som vi ser hos kroniskt njursjuka. Genom att studera björnars sätt att fungera kan vi också lära oss mer om hur man kan förebygga diabetes. Ju fetare björnar blir under sommaren, desto mer ökar deras insulinkänslighet, och de tycks vara skyddade från diabeteskomplikationer. Varför?

När kan forskningen få praktisk tillämpning?

– Forskningen kring elefanter har kommit längst. Där finns redan företag inblandade i försök att hitta en ny cancerbehandling. Elefanter är nästan immuna mot cancer, vilket antas ha samband med att de har många fler varianter av tumörsuppressorgenen p53, varav människan och andra djur bara har en variant. Det gör att elefanter har ett extra starkt försvar mot cancer. Och vad björnarna beträffar så verkar det finns något ämne i deras cirkulation som skyddar mot muskelnedbrytning. Om man kunde hitta och identifiera det ämnet skulle det kunna bli en möjlig behandling.

Hur blev du intresserad av det här forskningsområdet?

– Jag vandrade i Yosemite National Park i Kalifornien, där en »park ranger« berättade om björnarna – till exempel att de inte kissar när de sover ide. Det hade aldrig slagit mig tidigare, jag blev jätteintresserad och skrev en översiktsartikel om björnar och njurfunktioner. På så sätt fick jag kontakt med Ole Fröbert, överläkare och professor i Örebro och engagerad i Skandinaviska brunbjörnsprojektet. Forskningen har nu utvidgats till olika djurmodeller, och vi ser hur evolutionen utvecklat knep som kan användas för att skydda organismen mot livsstilssjukdomar.

Hur forskar du inom biomimetik i dag?

– Skandinaviska brunbjörnprojektet, från början ett naturvårdsprojekt med syfte att undersöka björnstammen i Sverige, samlar, tack vare Olle Fröbert, även in medicinska data. Vi studerar vävnadsbiopsier och har redan en stor mängd intressanta data. Vi samarbetar multidisciplinärt i en studie av björnarnas benstruktur. Vi körde upp en datortomograf till Orsa för att kunna ta datortomografibilder på björnar under sommar och vinter. I samarbete med biokemister på KTH analyserar vi benmarkörer i björnarnas skelett. Deras ben är ju väldigt starka under vintern, trots att de är »sängliggande« under 5–6 månader. De blir inte bensköra, och det är väldigt spännande att utröna varför det är så. Vår forskning illustrerar »planetary health« – ett nytt koncept där forskning på människans sjukdomar integreras med miljö, mångfald och djurens hälsa.

Gabor Hont

PETER STENVINKEL

YRKE: Professor, överläkare, chef på njurmedicinska enheten, Karolinska institutet.

ÅLDER: 62 år.

BOR: Stockholm.

AKTUELL: Ledde nyligen ett internationellt Nobelseminarium i biomimetik på Karolinska institutet. Forskningsområdets målsättning är att hitta sätt att förebygga folksjukdomar genom att imitera lösningar som vissa arter, till exempel björnar, utvecklat naturligt för att överleva under extrema förhållanden.

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



Foto: Bild och media/Skaraborgs sjukhus

Thorbjörn Svensson, radiolog i Skövde, är 2019 års bästa handledare, enligt AT-läkarna.



Medarbetare på Avdelning 74 gläds åt utmärkelsen.

NYTT OM NAMN

2019 ÅRS KÄRNDOKTOR I SKÖVDE ÄR TRYGGHETEN SJÄLV

Thorbjörn Svensson, specialistläkare inom radiologi vid Bild- och funktionsmedicin, Skaraborgs sjukhus, har korats till 2019 års Kärndoktor, det vill säga bästa AT-läkarhandledare i Skövde 2019. AT-läkarnas motivering av valet:

»När Tobbes kvittrande gotländska ekar i akutkorridoren vet man att nattjouren är räddad. Varje nattpass vallfärdar han från läkarexpedition till läkarexpedition och önskar god kväll. Tryggheten själv när man inte kan se skillnad på fekalom, teratom eller kondylom är att det endast är ett samtal bort till vår kära raukande radiolog!«

AKUTENS »RÖDA MATTAN« FÖR KRONISKT SJUKA BARN BELÖNAS

Sachsska barn- och ungdomssjukhuset, akutvårdssektionen, har belönats med Region Stockholms bemötandepris 2019 för sitt arbete med att förbättra tillgängligheten för barn och unga med kronisk sjukdom eller svår funktionsnedsättning. Snabbspåret »röda mattan« till akuten vann juryns gillande.

Avdelning 74, där barn och ungdomar mellan 0 och 18 år kan vårdas akut, har utvecklat snabbspåret »röda mattan« för att patienterna eller deras vårdnadshavare ska kunna kontakta mottagning eller avdelning direkt under hela dygnet utan att behöva passera akuten. Åtgärden minskar väntetider och förebygger oro.

Initiativet till snabbspåret, som infördes redan 2014, togs av flera kollegor på avdelning 74, bland dem Fredrik Stenius, då barnläkare, sedermera verksamhetsområdeschef på Sachsska barn- och ungdomssjukhuset.

GYNEKOLOGISK TUMÖRKIRURG ÅRETS LENNANDERFÖRELÄSARE



Pernilla Dahm-Kähler (bilden), docent och överläkare vid Sahlgrenska akademin och Sahlgrenska universitetssjukhuset, har utsetts till 2020 års Lennanderföreläsare i kirurgi av Svenska läkaresällskapet. Hon nominerades av Svensk förening för obstetrik och gynekologi bland annat för sitt arbete som gynekologisk tumörkirurg, och för att hon tillhör den grupp gynekologiska kirurger som arbetar med och utför livmodertransplantationer i Sverige.

I samband med föreläsningen får hon ett stipendium på 20 000 kronor.

MEDDELANDEN

FONDMEDEL ATT SÖKA FÖR STOCKHOLMSLÄKARE

Stockholms läkarförenings understödsfond delar ut penningunderstöd till behövande läkare som är medlemmar i föreningen och framlidna läkares anhöriga. Till egenhändigt skriven ansökan ska bifogas kopia av självdeklaration samt övriga handlingar som den sökanden önskar åberopa. Obs: årsinkomsten inte får överstiga 150 000 kr.

Ansökan mejlas till ninni.hackzell@slf.se eller postas till Stockholms läkarförening, Box 5610, 114 86 Stockholm, senast den 15 februari.

AVLIDNA

Åke Relesjö, Jönköping, 70 år, död den 29 november

Lennart Axelsson, Gustavsberg, 75 år, död den 6 januari 2020

KALENDARIUM

Sydsvenska medicinhistoriska sällskapet
Tid: Den 3 februari kl 19.00.
Plats: Sal F-1, bottenplanet i Blocket SUS/Lund.
Föreläsning: »Smittkoppornas slut – ett virus uppgång och fall« (Harald Heijbel).

Skåne-SÄL: Medlemsmöte
Tid: Den 4 februari kl 14.00.
Plats: Locus Medicus Malmoensis, Carl Bertil Laurells gata 2, SUS/Malmö. Obs: ny lokal.
● »Personerna bakom gatunamnen på SUS/Malmö« (Birgitta Castor). Mingel.

Symposium: »Förlossningsrädsla i dag – hur gör vi?«
Tid: Fredag den 27 mars kl 8.30–16.00.
Plats: Södersjukhuset, Sjukhusbacken 10, Stockholm. Aulan, plan 6, hiss C.
● Svensk förening för psykosocial obstetrik och gynekologi (SFPOG) bjuder in till en heldag med fina föreläsningar om vad vi vet och vad vi vet att vi inte vet om förlossningsrädsla.



Föreläsare: Katri Nieminen, Klas Abrahamsson, Elin Ternström, Rebecca Rickert-Olsson, Jenny Lysell Bengtsson, Malin Thorsell m fl.
● Anmälan senast den 6 mars (http://sfpog.com/). Begränsat antal platser.

Utbildning för studierektorer
Tid: 22–24 april.
Plats: Centralt i Stockholm.
Målgrupp: Studierektorer för AT och ST.
Kursledare: Hanna Wijk och Sara Ingvarsson.
● Utbildningen är granskad och godkänd av Lipus. Fullständig kursbeskrivning finns att hämta på www.lipus.se (Lipus-nr 20190163).
● Anmälan och information: hanna@kompetensochutveckling.com.

Läs mer!
För ett fullständigt kalendarium se Läkartidningen.se

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

Chefredaktör och ansvarig utgivare: Pär Gunnarsson
Medicinsk huvudredaktör: Jan Östergren
Redaktionschef och stf ansvarig utgivare: Karin Bergqvist
Medicinsk andreredaktör: Michael Wilczek
Nyhetschef: Sara Pramsten
Marknads- och annonsdirektör: Ulf Jansson
Medicinska redaktörer: Margaretha Bågedahl Strindlund, Ylva Böttiger, Pelle Gustafson, Lena Marions, Mikael Norman, Carl Johan Sundberg, Carl Johan Östgren
Redaktion: Joakim Andersson, Jesper Cederberg, Sara Holfve, Gabor Hont, Ewa Knutsson, Elisabet Ohlin, Marie Ström, Madeleine Ramberg Sundström, Katrin Trysell
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

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**

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**