

# Det svenska personnumret

**AUTOREFERAT.** De svenska kyrkböckerna lade grunden för det svenska personnumret. Registreringen av svenska invånare gjorde det enklare för staten att värva soldater. 1947 introducerades ett niosiffrigt personnummer som bestod av födelsedatum följt av ett tresiffrigt nummer. I slutet av 1960-talet lade man så till en kontrollsiffra, och personnumret som vi känner det gjorde entré. Kontrollsiffran gör det möjligt att säkerställa att födelsedatum och det tresiffriga numret stämmer överens.

Personnumret används i dag av alla slags myndigheter, det har även fått stor spridning utanför Myndighets-Sverige, och det är inte ovanligt att personnumret efterfrågas när man tex ska hyra bil eller prenumerera på en tidning. De flesta läkare använder personnumret för att identifiera patienter, och den mesta medicinska registerforskningen i Sverige har personnumret som bas.

**Tillsammans med representanter** för bla Skatteverket, Socialstyrelsen och Statistiska centralbyrån har under-tecknad skrivit en översiktsartikel om personnumret. Artikeln redogör för personnumrets uppbyggnad, vem som tilldelas personnummer, hur det regleras juridiskt och hur det används.

Fram till januari 2008 hade ca 75 000 individer bytt personnummer. De vanligaste orsakerna till personnummerbyte är att personnumret inte stämmer med faktiskt födelsedatum eller med det kön individen har (näst sista siffran i personnumret är könsberoende). Den här typen av fel drabbar framför allt nyfödda i Sverige och invandrare. Andelen fel ökar också i tider av massiv invandring.

Vanligast är personnummerbyten bland människor som invandrat från Syrien (18 procent har bytt personnummer), Iran (9 procent) och Turkiet (7 procent). Däremot är det mycket få individer som byter personnummer för att deras liv är i fara. Det totala antalet in-



**Fingerad patientbricka. Det framgår av att kontrollsiffran (sista siffran, 3) här ovan är fel (!). Kan du räkna ut vad den egentligen borde vara? Korrekta kontrollsiffran med uträkningen finns nederst.**

divider som fått ett helt nytt personnummer (inte »bara« skyddad identitet) uppskattas till 20–30.

**Återanvändning** av personnummer är sällsynt. Ändå uppskattas antalet återanvända personnummer i Sverige till strax över 15 000. Återanvändning kan bli nödvändig för (födelse)datum som är hårt belastade och där personnummer för dessa datum riskerar att ta slut.

Födelsedatum är nämligen relativt ojämnt fördelade över året och högst beroende av födelseland. De vanligaste födelsedatum i Sverige är 1 januari och 1 juli för vissa år på 1950- och 1960-talet. Runt 0,2 procent av alla svenskfödda har 1 januari som sin födelsedag, att jämföra med ca 4–6 procent av invandrare från Syrien eller Somalia. Artikeln behandlar också etiska aspekter på användningen av personnumret inom forskningen. Slutligen beskrivs även personnummersystemen i Danmark, Finland och Norge.

**Jonas F Ludvigsson**

docent, barnkliniken, Universitetssjukhuset, Örebro; enheten för klinisk epidemiologi, Karolinska institutet, Stockholm

Ludvigsson JF, et al. Eur J Epidemiol. 2009;24(11):659–67.

# Mensstörningar hos tonåringar med typ 1-diabetes

Tonårsflickor med diabetes mellitus typ 1 har högre frekvens amenorré och oligomenorré, längre menscykler och större variationer i sin menscykel än kontroller. Det rapporteras i en studie publicerad i Fertility and Sterility.

Mensstörningar är vanligt förekommande hos tonårsflickor med diabetes mellitus typ 1, men frekvensen hos dem med optimal metabol kontroll är inte känd. Den prospektiva studien genomfördes på 56 tonårsflickor med insulinbehandlad diabetes mellitus typ 1 som jämfördes med 56 friska kontroller, matchade med avseende på gynekologisk ålder och BMI.

**Det visade sig** att tonårsflickor med diabetes mellitus typ 1 hade en onormal menscykel i högre utsträckning än kontrollerna men även att mensstörningarna blev allvarigare vid sämre metabol kontroll. Förekomsten av oligomenorré var fördubblad hos flickor med diabetes trots god metabol kontroll. En positiv korrelation sågs mellan HbA<sub>1c</sub> och cykellängden och mellan insulinöndos och variationerna i cykellängden. HbA<sub>1c</sub>-nivån var den enda identifierade riskfaktor som bestämde menscykelns längd vid typ 1-diabetes. En regressionsanalys visade att för varje enhets ökning i HbA<sub>1c</sub> ökade menscykelns längd med 5,1 dagar. Denna studies styrka är den prospektiva uppföljningen av menscyklerna och de åtgärder som vidtagits för att se till att en noggrann registrering utfördes. Svagheten är bristen på mätningen av hormonnivåer och i någon mån den korta observationstiden på ca 5 månader.

Slutsatsen blir att det är väsentligt att rikta in sig på att åstadkomma en bra metabol kontroll, då man därigenom kan påverka graden av mensstörning. Studien visar dock att mensstörningar förekommer även hos tonårsflickor med en välinställd diabetes mellitus typ 1. Problemet bör observeras och hanteras av både den ungas diabetesdoktor och personal som arbetar på ungdomsmottagningar.

**Marianne Wiksten-Almströmer**

gynekolog, med dr, Stockholms skolors ungdomsmottagning

Gaete X, et al. Fertil Steril. 2009. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.08.039

**KORREKT SLUTSIFFRAN**

Personnummer	9	9	1	2	1	2	2	3	3
Multiplikera	×2	×1	×2	×1	×2	×1	×2	×1	×2
Produkt	18 (1 + 8) = 9	9	2	2	2	2	6	3	6
Summa									41

Rätt siffra är 9. Patientens personnummer borde alltså ha varit 991212-3339. Siffran 9 får man genom att summera alla produkter på rad 3 (enskilda produkter över 10 summeras först: 1 + 8 = 9). Man får då talet 41. Kontrollsiffran erhålls genom att subtrahera entalet i 41 (= 1) från 10, alltså 9.

## Smärta lång tid efter operation för bröstcancer

Många kvinnor som opereras för bröstcancer upplever smärta kring och i det opererade området flera år efter ingreppet. Det visar en studie som presenteras i tidskriften JAMA.

**Studien har gjorts** på ett danskt material och omfattar 3 253 danska kvinnor som opererades för unilateral primär bröstcancer under 2005 och 2006. Under våren och sommaren 2008, alltså omkring två år efter ingreppet, svarade kvinnorna på ett formulär med frågor om huruvida de upplevde smärta från det opererade området. Det visade sig att så många som 1 543 av de 3 253 kvinnorna, vilket motsvarar 47 procent, angav att de upplevde smärta i området vid uppföljningen. Smärtan graderades i en 10-gradig skala där 10 (precis som i VAS-skalan) var värsta tänkbara smärta. Poäng mellan 8 och 10 definierades som svår smärta. Av samtliga som angav smärtproblem graderade 13 procent den som svår, medan 39 procent graderade den som medelsvår/moderat, vilket betydde en poäng på 4–7 på den 10-gradiga skalan. Resterande 48 procent angav smärtan som lätt, dvs 1–3 poäng.

Att ha genomgått mastektomi var korrelerat med högre sannolikhet för svår smärta. Likaså var axillutrymning



Illustration: Paul Brown/SBL/IBL

Nästan hälften av deltagarna i den aktuella studien uppgav att de hade smärta från det opererade området två år efter ingreppet.

och om patienten vid sidan av det kirurgiska ingreppet även genomgått strålbehandling faktorer som var korrelerade med högre risk för svår smärta. Yngre patienter graderade överlag smärtan som värre än äldre. Värt att notera i övrigt är att 20 procent av alla kvinnor som angav smärta uppgav att de sökt läkare för smärtan under de senaste tre månaderna. Vid sidan av att 47 procent

av kvinnorna angav smärtproblematik angav en större grupp, 58 procent av samtliga, att de led av känselstörningar i och kring det opererade området. Det var vanligare med känselstörningar hos kvinnor som var unga och som genomgått mastektomi. Däremot var inte känselstörningar vanligare bland kvinnor som strålbehandlats vid sidan av det kirurgiska ingreppet.

**Det är känt** sedan tidigare att upp mot hälften av de kvinnor som opereras för bröstcancer drabbas av smärta i området i efterförloppet. Faktorer som ålder, socioekonomisk status samt pre- och postoperativ smärta i direkt anslutning till ingreppet har hittills visats påverka risken att drabbas av smärta efter en bröstcanceroperation. Den aktuella studien visar att denna smärta tenderar att bli långvarig för många patienter. Varför vissa kvinnor drabbas av långvarig smärta efter att ha opererats för bröstcancer är inte känt i detalj, konstaterar författarna, som vill se fler studier inom fältet.

**Anders Hansen**

läkare, frilansjournalist  
anders.hansen@sciencecap.se

JAMA. 2009;302(18):1985-92.

## Ännu oklart om rektalcancer kan opereras laparoskopiskt

Vid kirurgi för rektalcancer är den laparoskopiska metoden (titthålskirurgi) kontroversiell. I en nyligen publicerad spansk randomiserad studie från universitetssjukhuset i Murcia jämfördes laparoskopisk och öppen operation av rektalcancer. Vad gäller komplikationer, andel med bevarad tarmkontinuitet och långtidsöverlevnad förelåg inga skillnader.

**Mellan 2002 och 2007** randomiserades 204 patienter till öppen eller laparoskopisk metod och opererades av samma kirurgiska team. Patientgrupperna var jämförbara, och de laparoskopiska operationer som fick konverteras till öppen operation (8 procent) analyserades enligt behandlingsintentionen i den laparoskopiska gruppen.

Studiens viktigaste resultat var att det med en uppföljningstid på i medeltal knappt tre år inte förelåg några skillnader mellan grupperna vad gäller risk för lokalt canceråterfall (lokalrecidiv), risk för fjärrmetastaser eller långtidsöver-

**»Vid kirurgi för rektalcancer är den laparoskopiska metoden ... kontroversiell.«**

levnad. Det var heller ingen skillnad avseende andel med bevarad tarmkontinuitet (ca 75 procent) eller avlastande stomi (ca 60 procent). Laparoskopisk operation medförde något mindre blödning, längre operationstid och tendens till kortare vårdtid än öppen operation. För postoperativa komplikationer inklusive läckage i tarmskarven, akut omoperation och död inom 30 dagar förelåg inga skillnader. Författarnas konklusion är att rektalcancerkirurgi kan utföras laparoskopiskt men att detta kräver stor erfarenhet av både laparoskopisk och öppen rektalcancerkirurgi. För att bekräfta resultaten i den egna studien efterlyser författarna också större randomiserade studier.

**Detta är en vetenskapligt** och i praktiken väl genomförd studie. Styrkan är

randomiseringen. Svagheter är att endast ett sjukhus deltagit, att uppföljningstiden, som författarna också påpekar, är för kort och att förekomst av ärrbräck inte redovisats. Det kan noteras att det redovisade komplikationspanoramat och andelen patienter med någon typ av komplikation är mycket jämförbara med resultaten från det svenska rektalcancerregistret (SRCR). En skillnad i utfall är dock den högre andelen patienter som erhöll bevarad tarmkontinuitet i den spanska studien. Författarnas önskemål om större studier som jämför laparoskopisk och öppen rektalcancerkirurgi kommer att uppfyllas då flera sådana studier pågår, varav en, COLOR II [Dan Med Bull. 2009;5(2):89-91], nyligen randomiserade sin tusende patient av 1 275 planerade.

**Peter Matthiessen**

överläkare, kirurgiska kliniken,  
Universitetssjukhuset, Örebro

Lujan J, et al. Br J Surg. 2009;96(9):982-9.