

Regionaliseringen av läkarprogrammet

God kvalitet, nöjda studenter – men dyr nota

Utbildning av god kvalitet och nöjda studenter. Men också höga kostnader jämfört med traditionell klinisk grundutbildning. Så sammanfattar Umeå universitet de första två terminerna med en regionalisering av läkarprogrammet från termin sex där länssjukhusen i Sundsvall, Luleå/Sunderbyn och Östersund tar emot tio studenter vardera per termin. Prislapp: en merkostnad på runt 15 miljoner kronor per år.

– Det är självfallet ingen nyhet för oss att det blir dyrare per utbildningsplats med undervisning på fler orter. Nu vet vi ungefär vilka belopp det handlar om och jag tycker det är rimligt att få igång en diskussion med staten om

»Staten måste ha förståelse för att det blir dyrare när vi ska utbilda fler läkare och behöver förlägga delar av utbildningen till länssjukhusen.«

hur kostnader kontra utbildningsbehov ska lösas, säger Anders Bergh, dekanus vid Umeå universitets medicinska fakultet.



Anders Bergh, dekanus vid Umeå universitet.

– Staten måste ha förståelse för att det blir dyrare när vi ska utbilda fler läkare och behöver förlägga delar av utbildningen till länssjukhusen.

En dellösning kan bli att öka antalet studenter på varje ort för att den vägen nyttja lärarresurserna bättre.

– Om vi får fler utbildningsplatser talar mycket för att en del av dessa kommer att hamna ute i regionen. Vår regionalisering sticker ju ut lite jämfört med övriga landet eftersom avstånden gör att vi behöver placera ut lärarna stationärt på de olika studieorterna.

Anders Bergh vill egentligen invänta en grundligare utvärdering av kvalitets-

Tre nya studieorter in



Den kliniska utbildningen vid länssjukhusen i Norrland lockar 20 läkarstudenter till läroret i Umeå. Det står klart när Umeå universitet regionaliserar av läkarutbildningen från nästa termin av sju orter.

Under höstterminen för mer än två år sedan startades de tre nya studieorterna i Luleå/Sunderbyn, Sundsvall och Östersund.

Vid invigningen i Sundsvall värdades det var på följande till studenter som hade utgått från utbildning vid länssjukhusen till de nya studieorterna.

– Jag har varit upp i Malmed och flera av oss kommer från Syd- eller Västsvenska. För egen del har jag varit Sundsvall. Jag tror att patientkontakt är bra och har betydelse för oss som läkare. Här är det inte bara läroret som är viktigt. Det är också viktigt att vi får ett bra läroret och ett bra läroret.

– Jag känner mig förväntad om att det här kommer att bli ett bra läroret. Det är en imponerande studieort som man brytt upp och det känns att vi är efterlyst.

Att skapa utbildningsplatser vid patienterna på länssjukhusen i Umeå uttrycker flera av studenterna som besöks under det att de ska efter några veckor i Umeå.

– Jag tror att vi har fått ett bra läroret.

– Det är också ett plus. För oss som inte kommer från Norrland, att vi kan studera till läkare i Umeå, tillägger Maria Pettersson.

Kenneth Björkström, projektledare för regionaliseringen vid Norrlands läroret, pekar på att det är ett strategiskt val för studenter.

– Det kan tyckas som att

Allt fler orter satsar på regionalisering

Kalmar, Helsingborg, Norrköping, Falun, Karlstad. Den kliniska delen av läkarutbildningen når allt fler orter när flera medicinska fakulteter satsar på regionalisering.

– Det är en komplex avvägning mellan kvalitet och kostnader. Mindre sjukhus blir en allt viktigare resurs för den breda, basala utbildningen av läkare, men vi kan inte bortse från att kostnaderna blir högre, säger Cecilia Lundberg, vice dekanus vid Lunds universitets medicinska fakultet. Under vårterminen har de första studenterna från Lund påbörjat sin kliniska

utbildning vid Helsingborgs lasarett och Lunds universitet har även en avsiktsförklaring med Linnéuniversitetet om att förlägga den kliniska utbildningen i Kalmar med start höstterminen 2013.

– I Kalmar blir det, med tanke på avståndet till Lund, mer av en Umeåmodell där studenterna kommer att finnas på plats under hela terminen. Jag vill dock betona att det är ett antal bitar praktiskt och ekonomiskt som måste falla på plats innan vi placerar studenter i Kalmar. Det gäller förstås även planerna på att i en framtid och allra tidigast

2015 erbjuda en fullt utbyggd läkarutbildning i Kalmar men i vår regi, säger Cecilia Lundberg.

Även flera andra medicinska fakulteter planerar att regionalisera den kliniska utbildningen eller att kraftigt öka den verksamhetsförlagda utbildningen, VFU, vid mindre sjukhus. Örebro universitet kommer att erbjuda klinisk placering från termin sju i Karlstad och Falun med start våren 2014.

– Skillnaden jämfört med Umeå är att studenterna kommer att återsamlas i Örebro för särskilda campusveckor. Det rör sig om



Helsingborg

fem veckor per termin, säger Torbjörn Andersson, biträ-



En konsekvens av kostnaderna för regionaliseringen är att lärartätheten i Umeå minskat för den prekliniska delen av utbildningen.

– Det är bekymmersamt, konstaterar Emma Furberg, ordförande i Umeåavdelningen av Medicine studerandes förbund, MSF.

– Jag kan inte säga att kvaliteten blivit lägre, men det finns tecken på att saker inte görs lika grundligt som tidigare. Ett exempel är kursen professionell utveckling, där vi denna termin gick igenom HBT-kunskap via videorötter, exempelvis norrbottningar som väljer Sunderbyn från termin sex.

– Det borgar för att studenterna fortsätter sin karriär där efter examen och att vi kommer att klara en viktig målsättning med satsningen – att den ska bidra till läkarförsörjningen i hela regionen.



Emma Furberg



Madeleine Liljgren

denter. Men jag önskar att vi kunde få en ordentlig kartläggning av regionaliserings konsekvenser och har motionerat om att MSF centralt ska driva den frågan.

Madeleine Liljgren, vice ordförande i MSF:s förbundsstyrelse, håller med om att regionaliseringsfrågan måste få större tyngd:

– Jag tycker framför allt att vi har en viktig uppgift i att bevaka och se till att studenterna får en god klinisk handledning på de nya orterna. Vi vet från våra årliga enkäter att det är den enskilt största framgångsfaktorn för en god utbildning.

Fredrik Mårtensson
frilansjournalist

Socialstyrelsen kritiserar handledarlös AT

Socialstyrelsen riktar kritik mot att AT-läkare i Kiruna arbetat utan kontinuerlig personlig handledning, i strid med regelverket.

Situationen för AT-läkarna i Kiruna fick i höstas läkarföreningens regionala huvudskyddsombud i Norrbotten, Robert Svartholm (bilden), att slå larm till Arbetsmiljöverket. Sedan flera fast anställda kirurger slutat fick AT-läkarna ta ett orimligt stort ansvar, med många ensamma jourpass samtidigt som tillgång till kontinuerlig handledning saknades (LT 50/2011).



Eftersom problemen enligt läkarföreningen medfört att utbildningens kvalitet blivit lidande gjordes även en anmälan till Socialstyrelsen. I ett beslut konstaterar myndigheten nu att avsaknaden av fast anställda läkare drabbar kontinuiteten och att målet med personliga handledare med specialistkompetens inte uppfylls.

Lösningen att ersätta personliga handledare med en huvudhandledare för samtliga AT-läkare är ingen optimal handledning och inte i enlighet med föreskrifterna, skriver Socialstyrelsen och kräver att vårdgivaren säkerställer att kravet på specialistutbildade handledare uppfylls och ser till att AT-läkarna i möjligaste mån erbjuds personlig handledning.

Robert Svartholm ser beslutet från Socialstyrelsen som en bekräftelse på att man haft rätt i sin kritik.

– Om man låter sparkrav gå ut över utbildningen är det väldigt allvarligt. Tyvärr har insikten om detta i landstinget inte varit särskilt hög. Nu konstaterar Socialstyrelsen att de riktlinjer som gäller för AT-läkarnas utbildning inte följs i Norrbottens inland. Det är det vi har hävdat hela tiden.

När det gäller arbetsmiljöfrågorna konstaterar Robert Svartholm att det skett en del förbättringar. Man har löst schemalagningen, tydliggjort chefsansvaret och fått igång ett systematiskt arbetsmiljöarbete.

– Eftersom vi har fått igenom en del av våra krav ur arbetsmiljösynpunkt är det inte aktuellt att gå vidare med det.

Michael Lövrup



Norrköping.



Kalmar

dande programansvarig vid Örebro universitet.

Linköpings universitet planerar att upgradera Vrinnevisjukhuset i Norrköping till ett undervisningssjukhus.

– Vi har tappat ett antal VFU-platser till läkarprogrammet i Örebro och en naturlig lösning för oss blir att bygga upp en akademisk

miljö i Norrköping. Det är endast fyra mils avstånd så en del moment blir kvar i Linköping. Vi räknar ändå med att göra stora satsningar i Norrköping med bland annat upp till nio akademiska kombinationstjänster på lektors- och professorsnivå inom undervisningstunga specialiteter, säger Anette Philipsson, kanslichef vid

Hälsouniversitetet (medicinska fakulteten) i Linköping.

Sahlgrenska akademien ökar VFU-delen vid flera sjukhus i Halland och Västra Götalandsregionen, bland annat Skövde. KI och Uppsala universitet uppger att inga stora förändringar planeras.

Fredrik Mårtensson

Sjukhusläkarnas jourenkät:

Svårt att ta ut jourkomp i tid

Hälften av sjukhusläkarna kan inte ta ut jour-/beredskapskomp i tid, och majoriteten har inte möjlighet att ta ut ledig dag efter beredskap. Det visar en enkätundersökning som Sjukhusläkarna gjort.

Sjukhusläkarna har undersökt medlemmarnas erfarenhet av jour- respektive beredskapstjänstgöring (bakjour). Tre av fyra sjukhusläkare (73 procent) uppger att de har jour- och/eller beredskapstjänstgöring. Närmare hälften av dessa arbetar dock enbart beredskap, medan var tredje deltar både i jour- och beredskapstjänstgöring. Vanligt är att sjukhusbunden jour är inplanerad utöver full 40-timmars arbetsvecka.

Av rapporten, »Sjukhusläkarnas jourenkät 2011«, framgår att i snitt vart femte beredskapspass under vardagar är ostört, men bara vart tionde under helg. Beredskap under helger innebär en större belastning än under vardagar. Var åttonde sjukhusläkare anger att man under helg arbetar halva beredskapstiden eller mer. 30 procent arbetar då 26–50 procent av tiden, medan nästan lika många (28 procent) arbetar 11–25 procent av beredskapstiden.

Jour- och beredskapsarbete är extra krävande för gravida, småbarnsföräldrar och äldre läkare, framhåller Sjukhusläkarnas rapport. I synnerhet som jourläkare under helg kan få utföra ordinarie arbetsuppgifter: ronda patienter, justera mediciner

och skriva in och ut patienter.

Föreningens ordförande, Thomas Zilling, vill fokusera på äldre läkares villkor. Läkarkåren har åldrats. Vid en enkät 1996 var 18 procent av de svarande 55–64 år. 2004 hade andelen ökat till 30,8 procent. 2011 var 31 procent 55–64 år.

– Vi måste prioritera de äldre läkarnas arbetsmiljö. En stor andel av sjukhusläkarna är äldre. Sju procent av de yrkesverksamma sjukhusläkarna är över 65 år medan 31 procent av medlemmarna är 55–64 år. Rapporten visar att man jobbar mer och mer jour högt upp i åldern, vilket är ett stort arbetsmiljöproblem. Efter 60 år man ganska sliten och jourarbete är en väldig påfrestning och belastning som ger ökad stress, säger han.

Thomas Zilling anser att sjukhusläkararbetet har blivit mer jourtungt.

– Det blir fler och fler doktorer, och varför är det då så att de äldre jobbar betydligt mer jour i dag än vad man gjorde tidigare? Min bedömning är att man slimmat organisationerna samtidigt som det finns allt färre sjukhus. Det gör att belastningen på de sjukhus som finns ökar, säger han.

Är det något resultat i enkäten som förvånar?

– Det är förvånande att det är så få som är lediga dag efter beredskap och de långa jourpassen. När det nya arbetstidsdirektivet kom så förhandlade vi fram avstegs-

TABELL. Innestående jourkomptimmar (de specialiteter som angett att de deltar i jour- eller beredskapstjänstgöring ingår).

	Antal	Procent
< 50 timmar	237	21
51–200 timmar	435	39
201–500 timmar	321	29
1 001–2 000 timmar	27	2
> 2 000	7	1
Totalt	1 109	100



tal på många ställen. I detta avtal ingick en arbetsmiljöaspekt – att man skulle ha möjlighet till ledighet dag efter jour, säger Thomas Zilling. 71 procent av de svarande uppger att man inte kan vara ledig dag efter beredskap vardagar. 56 procent kan inte vara lediga efter beredskap under helg. Nästan 60 procent av sjukhusläkar-specialisterna har beredskapspass som är längre än 24 timmar på helger.

Den nya arbetstidslagen började gälla den 1 januari 2007. Denna ställer bland annat krav på 11 timmars sammanhängande dygnsvila, medan kollektivavtal stipulerar åtta timmars sammanhängande dygnsvila. Genom lokala avstegsavtal kan kravet på dygnsvila i samband med beredskap förhandlas om.

– Sannolikt är de här avstegsavtalen förhandlade lokalt. Då har man fått dem på papper en gång, sedan är det ingen som följer upp dem lokalt, säger Thomas Zilling.

– Det är ett bekymmer dels för våra doktorer och deras arbetsmiljö. Men det är också ett bekymmer för våra patienter. Det är en trovärdighetsfråga – hur pigg är den

doktor som väcks två-tre gånger under natten och sedan ska ha en full mottagning dagen efter?

70 procent av sjukhusläkarna föredrar att ta ut jour- och beredskapstjänstgöring framför pengar (31 procent av dessa vill ta ut allt i pengar medan 38 procent vill ta ut 70 procent i tid respektive 30 procent i pengar).

Bara fyra procent i Sjukhusläkarnas enkät uppger att de skulle föredra att ta ut all komp i pengar.

53 procent av läkarna som svarat på enkäten uppger att de arbetar i system där komp per automatik betalas ut i pengar, 29 procent hade inget sådant system och 18 procent känner inte till huruvida jourkomp betalades ut automatiskt.

Många läkare har svårt att ta ut ledighet på grund av kompetensbrist, medan det på andra arbetsplatser kan vara svårt att få ut jourtid i pengar på grund av ekonomiskt underskott i verksamheten.

Beredskapstid, så kallad bakjour, ersätts med ungefär en femtedel av den ordinarie timlönen.

Marie Närlid

Jourenkäten gick ut i juni 2011 till ett representativt urval om 2 415 medlemmar med hänsyn till kön och ålder. Rapportunderlaget omfattar 1 565 personer (svarsfrekvens 65 procent). Då ingår även de som inte besvarat hela enkäten.

LÄS MER Stressforskare Göran Kecklund: »Läkare bör betraktas som skiftarbetare«, *Läkartidningen* nr 4/2012, sidorna 138–140.
»Arbetstidsdirektivet har landat«, *Läkartidningen* nr 4/2012, sidan 141



Thomas Zilling

Ny metod för att bedöma arbetsförmåga efter första 180 dagarna

Försäkringskassan har under hösten 2011 prövat en ny modell för att bedöma arbetsförmåga. Modellen, som fortfarande är under utveckling, kommer att börja införas under senhösten 2012.

Metoden ska användas för bedömning av arbetsförmåga efter de första 180 dagarna, det vill säga vid bedömning i förhållande till hela arbetsmarknaden.

Resultatet av höstens »provkörning« i liten skala, 86 sjukfall, redovisas i en delrapport som nyligen lämnades till regeringen.

– Det har gått bra, även om det är ett litet material. Erfarenheterna är positiva, doktorerna tycker att metoden är på rätt väg, och handläggarna tycker att det är lättare att begripa intygen, säger Jan Larsson, projektledare vid Försäkringskassan.

Vad tycker de försäkrade?

– Där har vi inte riktigt analyserat klart. Vi har låtit TNS Sifo undersöka det, och jag vet mer om en månad, men det verkar som att de flesta tycker att självrapporterad förmåga är ett bra inslag.

Metoden är fortfarande under utveckling. Utvärderingen så här långt kommer att leda till justeringar i stort och smått. En större förändring som behöver göras rör informationen till den försäkrade om vad besöket hos bedömningsläkaren innebär.

– Vi ska vinnlägga oss ännu mer om att informera om vad det är för typ av bedömning, att det inte är ett vanligt läkarbesök.

Det nya instrumentet kommer att införas stegvis.

– Vi har infört det i väldigt liten skala och utvärderar och ser vad som behöver förbättras.

Försäkringskassan har sedan 2010 arbetat med att ta fram modellen, och arbetet ska slutrapporteras till regeringen i januari 2013. Under senhösten i år räknar Jan Larsson med att det används i större skala, i 500–700 ärenden. Under 2013 beräknas omkring 4 000 ärenden bedömas enligt modellen.

Den nya metoden ska inte användas av alla läkare, utan endast av de särskilda bedömningsläkare som gör bedömning efter 180 sjukdagar och som får utbildning för det. Det blir till att börja med samma läkare som fått utbildning i att skriva SLU och TMU (särskilt läkarutlåtande och teamutredningar). I dag har 360 personer i landet fått sådan utbildning. Kanske kommer det att krävas utbildning av ytterligare 100–200, tror Jan Larsson.



Jan Larsson

Så här är det tänkt:

■ Inför den 180:e sjukdagen får patienten besvara frågor om sin hälsa, vardagsaktiviteter, sina förmågor och sin syn på möjligheter att arbeta, med hjälp av ett frågeformulär. Under rubriken »Dina förmågor« ska patienten

» Vi ska vinnlägga oss ännu mer om att informera om vad det är för typ av bedömning, att det inte är ett vanligt läkarbesök.«

ta ställning till 13 olika förmågor, från mer konkreta som »lyfta och bära föremål som väger fem kilo eller mer« till mer abstrakta som »snabbt anpassa dig till nya krav, till exempel om du ombeds utföra en ansvarsfull uppgift som du tidigare inte provat«. Dessa ska skattas med hjälp av alternativen »Ja, utan svårighet«, »Ja, med vissa svårigheter«, »Ja med stora svårigheter« eller »Nej, inte alls«.

■ Resultatet har den sjukskrivne med sig till bedömningsläkaren, som försöker skapa en bild av funktionsförmågan, en bild som de båda kan ställa sig bakom, med hänsyn tagen även till den medicinska information som läkaren har.

■ Det hela, både sjukdomsbild och förmågeprofil, skrivs in i en ny typ av intyg som förmodligen får namnet »medicinska förutsättningar för arbete«.

■ Intyget skickas till Försäkringskassan där en handläggare

Medicinska förutsättningar för yrket »Läkare«

Höga krav ställs vad gäller psykiska förmågor. Praktiskt taget ingen tolerans finns för begränsningar i dem, medan arbetet i många fall kan utföras även med måttlig begränsning av förmågor relaterade till fysiska funktioner.

Läs hela utkastet till beskrivningen av vilka förmågor och medicinska förutsättningar som krävs för läkaryrket i anslutning till denna artikel på Lakartidningens.se. ■

Frågeformulär och intyg

Frågeformulär och blankett för intyg, se bilagor i rapporten »Metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen – delrapport III« på Försäkringskassans webbplats. ■

gare tar ställning till frågan huruvida personen har medicinska förutsättningar för att arbeta; huruvida det verkar rimligt att personen kan arbeta. Prövningen görs i relation till hela arbetsmarknaden.

■ Som ett stöd i bedömningen ska handläggaren ha en omfattande förteckning över vilka medicinska förutsättningar som krävs för olika yrken. Även denna del av modellen är under utveckling. För läkare, se ruta.

Elisabet Ohlin

elisabet.ohlin@lakartidningen.se

»Normalt förekommande arbete« återinförs i sommar

Arbetsförmåga vid sjukskrivningar längre än 180 dagar ska från den 1 juli i år åter bedömas i förhållande till »normalt förekommande arbete«, i stället för som nu mot »den reguljära arbetsmarknaden«. Men ändringen blir tillfällig. Regeringen avser att lägga en proposition

i frågan, meddelade socialförsäkringsminister Ulf Kristersson (M) den 1 mars.

Men båda begreppen innebär problem, enligt Försäkringskassan, som föreslår att ett helt nytt arbetsförmågebegrepp införs.

Ett nytt begrepp kan enligt

Ulf Kristersson formuleras först 2013, efter att Försäkringskassans arbete med att ta fram en ny metod att bedöma arbetsförmåga i relation till hela arbetsmarknaden är klart.

■ **LÄS MER** En längre version av artikeln är publicerad på Lakartidningen.se

Ny modell minskar specialiteternas insyn

Att ersätta externa bedömare med sakkunniga på Socialstyrelsen kan leda till att specialitetsföreningarnas inflytande över processen minskar. Det framhåller Läkarförbundet i sitt remissvar angående ny modell för prövning av specialistkompetens.

Efter omfattande problem med långa handläggningstider för ansökningar om specialistbevis, som bland annat lett till flera JO-anmälningar, meddelade Socialstyrelsen i januari att man vill ändra rutinerna för prövning av specialistkompetens.

I stället för att låta varje ansökan granskas av två externa granskare, utsedda av respektive specialitetsförening, vill man anställa nio sakkunniga specialistläkare på deltid, en för varje medicinskt område, som ska stå för bedömningen. Detta hoppas man ska göra

handläggningen både snabbare och mer enhetlig.

Läkarförbundet konstaterar i sitt remissvar att många medlemmar upplever dagens handläggningstider som orimligt långa.

– Ur löne- och karriärsynpunkt är det väldigt viktigt att den som gjort klart sin ST någorlunda snabbt kan komma i gång och arbeta som specialist, säger Malin Wreder, utredare på Läkarförbundets kansli.

Samtidigt anser Läkarförbundet att det är viktigt att värna den nära koppling till specialitetsföreningarna som finns i nuvarande system.

– Allmänt sett är det bra om bedömningen görs av personer som står nära verksamheterna.

Det finns en risk att specialiteternas inflytande minskar om man inte hittar sätt att ga-

rantera ett kontinuerligt samarbete mellan de sakkunniga och specialitetsföreningarna, säger Malin Wreder.

Läkarförbundet ser också med »viss oro« på den sårbarhet som följer av att det bara finns en anställd per område, och man förutsätter att det finns en plan för hur bedömningsarbetet ska fortlöpa när någon av de sakkunniga är frånvarande.

För närvarande pågår en översyn av specialitetsstrukturen som kommer att leda till en ny förordning för ST-utbildningen.

– En pragmatisk hållning är att man provar den nya modellen och utvärderar den i samband med att den nya förordningen ska skrivas, så får man se om fördelarna eller nackdelarna väger över, säger Malin Wreder.

Michael Lövtrup



Foto: Colourbox

»Förslag kan osynliggöra den kliniska forskningen«

Läkarförbundet är oroat över att ett förslag till nytt resursfördelningsystem kan missgynna den kliniska forskningen.

Regeringen vill att forskningsanslagen till lärosäten ska bli mer prestationsbaserade. En utredare har lämnat förslag till nya indikatorer som bland annat ska belöna lärosäten som är bra på att samverka med det omgivande samhället.

Rent generellt tycker Läkarförbundet att det är positivt att resursfördelningsystemet premierar samverkan. Problemet, menar man i sitt remissvar, är att den föreslagna indikatorn, uppdragsforskning, kommer att osynliggöra mycket av samverkan mellan akademi, sjukvård och näringsliv. Skälet är att klinisk forskning sällan har formen av uppdragsforskning.

Man opponerar sig också mot förslaget att publikationer från sjukhus inte ska räknas in i indikatorn för publicering. Rent praktiskt är det svårt att dra gränsen, då forskning i samverkan med hälso- och sjukvården ofta har flera olika finansieringskällor. Dessutom skulle det slå undan ett av incitamenten för samverkan i ett läge när den kliniska forskningen redan är hårt trängd på sjukhusen. Utgångspunkten, menar Läkarförbundet, borde vara att sådana publikationer ska räknas, men att systemet utformas så att det inte missgynnar lärosäten som inte har koppling till något sjukhus.

Läkarförbundet konstaterar också att indikatorer som baseras på tidskrifters genomsnittliga citeringsgrad, impaktfaktor, kan missgynna klinisk forskning, som trots att den kan vara världsledande sällan publiceras i de allra högst rankade tidskrifterna.

Michael Lövtrup

PATIENTSÄKERHET/ÄRENDE

Sammanlänkade journalsystem hade kunnat minska risken

Läkaren på kvinnokliniken bedömde att fostret var dött, fast det senare skulle visa sig att det levde. Om de två sjukhus där den gravida kvinnan sökte hjälp hade haft sammanlänkade journalsystem, hade risken minskat för en sådan felbedömning.

(Soc 9.2-5495/2011 och 9.3.1-14481/2010)

En kvinna sökte hjälp för magsmärtor på Södersjukhusets akutmottagning i Stockholm. Undersökning med ultraljud och graviditetstest visade att hon var gravid i vecka 5 eller 6. Hon uppmanades återkomma om smärtorna skulle tillta.

Smärtorna tilltog och fem dagar senare sökte hon åter hjälp akut, denna gång på Karolinska universitetssjukhuset i Solna. Efter en ny ultraljudsundersökning kom läkaren där fram till att graviditeten varat drygt 9 veckor. Eftersom ingen hjärtaktivitet

kunde upptäckas, drog läkaren slutsatsen att fostret var dött. Patienten ordinerades att ta misoprostol i vaginaltabletter för att fostret skulle stötas ut.

Tabletterna hade dock ingen effekt, och några dagar senare var patienten tillbaka på samma mottagning. Där undersöktes hon av en annan läkare, som konstaterade att fostret levde. Trots stor vända för om läkemedlet kunde ha skadat fostret, valde kvinnan att fortsätta graviditeten.

Läkaren som sade att fostret var dött har av kvinnan anmälts för felaktig diagnos och information. Samtidigt har vårdgivaren, Karolinska universitetssjukhuset, anmält händelsen enligt lex Maria. Socialstyrelsen har utrett båda ärendena parallellt.

I sin bedömning riktar Socialstyrelsen kritik mot den anmälda läkaren på flera punkter, bland annat för felbedömning

av graviditetens längd, felaktigt besked till patienten och för att ha ordinerat ett abortframkallande läkemedel redan vid första besöket, trots att detta stred mot klinikens rutiner.

Men Socialstyrelsen lyfter också fram att Södersjukhuset och Karolinska universitetssjukhuset – trots att de tillhör samma landsting – har olika journalsystem. Det förefaller som om journalhandlingar från Södersjukhuset inte fanns tillgängliga på Karolinska, konstaterar Socialstyrelsen. Därmed hade läkaren på Karolinska ingen direktinformation från undersökningen på Södersjukhuset. Nu hoppas Socialstyrelsen att informationsöverföringen ska bli bättre när båda sjukhusen får samma journalsystem.

Miki Agerberg

Redaktör:

Sara Gunnarsdotter 08-790 34 10
sara.gunnarsdotter@lakartidningen.se