



De riktigt svåra psykiatriska fallen

med multidiagnos får gå tillbaka till primärvården för att sjukhusen inte får ta dem på återbesök.



Alla patienter som inte omfattas av vårdgarantin trängs undan.

Återbesök som skulle vara efter en månad blir 6 månader. Alla kroniker, ledgångsreumatism.



Återbesöken prioriteras ned. Waranpatienter

ska kollas med vissa intervall, vanligen tre månader mellan återbesöken. Det blir vanligen 4, 5 eller 6 månader. Patienten kan ju dö i hjärnblödning för att han fått fel medicinering och ingen har kollat.



Patienter med grönstarr får stå tillbaka för gråstarrspatienter.

Patienter med grönstarr måste gå på regelbundna kontroller. Det är ett tryck i ögat som måste hållas. Gråstarr är inte så allvarligt, men gråstarr finns inom Vårdgarantin.

Citat från intervjuade läkare i Läkarförbundets rapport

– I många fall vet man inte diagnosen på förhand utan måste vänta och se lite vad som händer. Innan dess kan det vara svårt att planera för ett sammanhängande behandlingsförlopp, säger Marie Wedin, som samtidigt understryker att förslaget inte ska ses som mer än en utgångspunkt för vidare diskussion.

– Det viktigaste är inte att det blir just på det sättet, det viktiga är att det blir en utredning, och det här är ett exempel på hur man skulle kunna arrangera det.

Men även om man skulle ändra i vårdgarantin på det sätt som Läkarförbundet önskar är Marie Wedin tveksam till att koppla den till ekonomiska incitament för att den ska uppfyllas.

– Ersättningar ger alltid bifeffekter, så man måste vara försiktig.

**I rapporten** gör man även en utblick till de nordiska grannländerna, där medicinska vårdgarantier har införts eller håller på att införas.

– I Norge har man hittat en modell som både läkarförbundet och huvudmännen är rätt nöjda med, det tycker jag väcker respekt, säger Marie Wedin, som tycker sig märka en ökad acceptans bland beslutsfattare för tanken att den medicinska prioritering-

en ska väga tyngre i vårdgarantin.

– När vi började kritisera det här ville Socialstyrelsen och andra inte erkänna att det fanns några undanträng-

ningseffekter, man tyckte att vårdgarantin och kömiljarden lett till strålande resultat. Men nu känns det som vinden håller på att vända. Göran Hägglund verkar fort-

farande tycka att kömiljarden är det bästa som hänt Vårdsverige, och att vi inte ska röra den, men väldigt många andra verkar förstå att den skulle gå att göra bättre. ■

## Statssekreteraren avvisade individuell vårdgaranti

**Karin Johansson (KD), statssekreterare på Socialdepartementet, avvisade tanken på en individuell vårdgaranti vid Läkarförbundets Almedalsseminarium om vårdgarantin.**

– Det är viktigt att vårdgarantin är lätt att förstå och kommunicera. Jag tror inte att den blir lättare att kommunicera om den blir mer individuell.

När det gäller frågan om undanträngningseffekter till följd av kömiljarden hävdade Karin Johansson att evidensen var »anekdotisk«, och menade att undanträngning av kroniskt sjuka och multisjuka kan ha andra orsaker än kömiljarden.

– Jag tror inte livet var så bra för den här patientgruppen före kömiljarden heller.

Samtidigt medgav hon att det kan finnas behov av att finjustera konstruktionen så att den omfattar hela vårdprocesser.

– Vissa patientgrupper skulle må bättre av ett större helhetsgrepp, så att man inte kan ramlas ut.

Johanna Hållén från PRO be-



Foto: Michael Löfvrup

Vårdgarantin på agendan. Johanna Hållén, PRO, Petra Otterblad Olausson, Socialstyrelsen och statssekreterare Karin Johansson (KD).

rättade att man får signaler från medlemmarna att prioriteringsordningen inte följs.

– Vi uppmanar våra medlemmar att ligga på för att få återbesök eller eftervård, och så ska det inte vara.

Petra Otterblad Olausson från Socialstyrelsen tyckte att man

måste fundera över vad den individuella modell som Läkarförbundet föreslår skulle betyda för jämlikheten.

– Om den enskilde ska komma överens med doktorn om när man ska få sin behandling kan det bli svårt för vissa grupper att göra sin röst hörd. ■

# »Tiden är mogen att låta huvudmännen

**Det finns ett behov av mer struktur kring läkares fortbildning, och fortbildning måste ingå i uppföljningen av vården. Det rådde det enighet om när trenden att läkare får allt mindre tid för kompetensutveckling diskuterades.**

Sedan 2005, det år då etikavtalet mellan industrin och SKL trädde i kraft, har utrymmet för fortbildning för läkare, både extern och intern, stadigt minskat. Det visar Läkarförbundets regelbundna fortbildningsenkäter. Numera ägnar en läkare i snitt 7,4 dagar per år åt extern fortbildning och tre timmar i veckan åt egen och intern fortbildning (se LT nr 41/2011).

**Men variationen** är stor, konstaterade Läkarförbundets vd Håkan Wittgren på ett se-

minarium under Almedalsveckan.

– Det är väldigt tydligt hur klimatet påverkar utrymmet för fortbildning. Där det finns en fortbildningsplan får man också mer fortbildning. Det gör att vi tror att det är mer en strukturfråga än en chefsfråga.

**Det som Läkarförbundet** beskriver i siffror är det som personalen själv upplever, framhöll Peter Svensson, överläkare vid Skåne universitetssjukhus.

– Vi som är på golvet hör att det finns beslut om att vi ska dra in på kongresser.

Han tyckte att verksamhetscheferna borde ta mer ansvar för att se till att den fortbildning som läkare får blir strukturerad och motsvarar verksamhetens behov. Men något system med fortbildningspoäng

**»Det är väldigt tydligt hur klimatet påverkar utrymmet för fortbildning.«**



Fortbildning diskuterades vid ett av Läkarförbundets seminarier under veckan i Almedalen. Här sjukvårdslandstingsrådet Birgitta Rydberg (FP), Christina Åkerman, Läkemedelsverket, Peter Svens-

och recertifiering vill han inte se.

– Poängen ska vi ha kvar på

andra sidan Atlanten.

Även på Läkemedelsverket har man nåtts av signalerna

## Patientförening vill ha hela journalen på nätet

**Reumatikerförbundets ordförande Anne Carlsson vill att patienterna ska få tillgång till hela sina journaler på nätet, och det snabbt. Men Läkarförbundets Mikael Rolfs varnar för riskerna om hela journalen läggs ut.**

Patientjournaler på nätet är en omstridd fråga. Det framgick vid ett välbesökt seminarium i Almedalen, arrangererat av Sveriges läkarförbund.

– Vad är problemet med att jag som patient får tillgång till min journal? frågade Anne Carlsson, ordförande i Reumatikerförbundet. Min åsikt är att patienten ska ha tillgång till hela sin journal. Nya journaluppgifter ska dock vänta tills de är signerade.

I reumatologin är det van-

ligt att patienten själv regelbundet registrerar sitt tillstånd. Med en journal på nätet skulle sådan information nå läkaren direkt. Patienten skulle få ta del av provsvar, och på så sätt skulle läkarbesöken bli bättre förberedda och mer effektiva, hävdade hon.

**Men Mikael Rolfs** från Läkarförbundets centralstyrelse varnade för att lägga ut patientjournalerna sådana de ser ut i dag:

– Våra journalsystem är alldeles för ostrukturerade. Jag tror att många patienter skulle bli enormt besvikna om de



Mikael Rolfs

får se vad som står i deras journaler. Journalen är inte skriven för att ge information till patienten, utan som ett rapportverktyg till annan vårdpersonal.

– I dag har vi inte grunden att göra detta bra för både vården och patienterna. Det måste bli rätt från början – annars skadas förtroendet.

Vissa uppgifter anser Mikael Rolfs dock kan läggas ut redan nu: svar på laboratorieprov – med fördröjning, så att läkaren kan kontakta patienten i förväg om det behövs – behandlingsplan, remisser, läkemedel och tid för återbesök.

**Om journalen** blir tillgänglig på nätet kan det också få andra konsekvenser, påtalade Jo-

han Assarsson, ordförande för Patientmaktsutredningen:

– Allt fler spärrar redan nu sin journal, eller delar av den. Risken är att man spärrar information som är viktig för patientsäkerheten. Därför får det inte vara för enkelt att spärra journalen – det ska inte räcka att man sitter vid datorn och i vredesmod kryssar i ett antal boxar.

– Patientjournalen på nätet ställer också nya krav på hur man ska värna integriteten. Exempelvis måste man förbjuda arbetsgivare, försäkringsbolag och andra obehöriga att få se journalinformation.

**Miki Agerberg**

miki.agerberg@lakartidningen.se

# ta hela utbildningsansvaret»



Foto: Michael Lövtrup

direktör för Läkemedelsverket. Hon påminde om att en stor del av befolkningen över 80 år har många läkemedel, något som ställer höga kompetenskrav på vårdens personal.

– Därför är det väldigt oroväckande att allmänmedicinare och geriatriker är de grupper där fortbildningen gått ned mest påtagligt.

**Birgitta Rydberg** (FP), sjukvårdslandstingsråd i Stockholms läns landsting, menade att det skett ett uppvaknande hos landstingen den senaste tiden om att fokus på produktion varit för starkt.

– Jag vill inte säga att vi har tappat bort utbildningsuppdraget, men det har fallit lite bakom.

Hon menade att tiden, snart ett decennium efter etikavtalets tillkomst, är mo-

gen att låta huvudmännen ta hela fortbildningsansvaret.

Politikerna måste ställa krav på att verksamheterna har planer för fortbildning och på att man följer upp hur de efterlevs.

– Vi följer upp ekonomi och vårdproduktion. Vi måste följa upp utbildning och

forskning så att man lever upp till hela åtagandet, där det ingår att medarbetarna ska vara rustade för den vård som ges i morgon.

**Håkan Wittgren** berättade att man tagit upp frågan om fortbildning i samband med årets löneförhandlingar med SKL, och att det togs emot positivt.

– De har lovat att bjuda in oss till till diskussion kring frågan. De ser också att det är ett bekymmer.

**Michael Lövtrup**

michael.lovtrup@lakartidningen.se

»Jag vill inte säga att vi har tappat bort utbildningsuppdraget, men det har fallit lite bakom.«

## Anslagen till medicinutbildning har urholkats

Under perioden 1995–2011 har de statliga anslagen per helårsstudent inom medicinsk grundutbildning ökat med 23 procent. Men kostnaderna per helårsstudent har ökat med hela 77 procent. Det har Sveriges universitetslärarförbund, SULF, räknat ut i en ny rapport som granskar hur anslagstilldelningen utvecklats sedan det nuvarande resursfördelningssystemet infördes. Enligt rapporten, som presenterades vid ett seminarium i Almedalen, är medicin tillsammans med odontologi och undervisning det område där anslagen urholkats mest.

Den viktigaste förklaringen till urholkningen av resurserna är att lönekostnaderna inte räknats upp i en takt som motsvarar de verkliga löneökningarna, utan bara knappt hälften så mycket.

ML

son, Skånes universitetssjukhus samt Läkärförbundets vd **Håkan Wittgren**.

om att fortbildningen alltmer får stryka på foten, berättade **Christina Åkerman**, general-

## Utredare föreslår digitala hälsokonton

**Patientmaktsutredningen föreslår digitala hälsokonton. Kontona ska innehålla vårdinformation speglad mot journalen, tillsammans med frivilliga e-tjänster för patienter.**

Hälsokonton efter amerikansk modell, Kaiser Permanente. Det föreslår regeringens utredare **Johan Assarsson**, ordförande i Patientmaktsutredningen som i delar presenterades under politikerveckan i Almedalen. Kontot föreslås innehålla vårdinformation, en kopia av journalen, tillsammans med e-tjänster på hälso- och sjukvårdsområdet.

– Hälsokontot är tänkt att bli en sammanhållen enhet, vartill information kan tankas ner. Kontot ska vara gra-

tis och ska dels spegla patientjournalen dels fungera som en portal för ett antal statligt eller privat distribuerade tjänster på hälso- och sjukvårdsområdet, säger **Johan Assarsson** vid seminariet »Patientmakt i praktiken? Är det möjligt för alla eller bara för vissa?«, arrangerat av Center för e-hälsa i samverkan, CeHis.

**Den färskna promemorian**

»Patientens tillgång till sin journal« är en i raden av regeringens utredningar som syftar till att stärka patientens inflytande och egenmakt i vården, och ingår i



Johan Assarsson

2012 års Dagmaröverenskommelse.

– I dag har patienten rätt till en kopia av sin journal. Men det är många kockar i journalsoppa. Det måste vara tydligt för vilken information vården har ansvar, och vad jag själv som patient har ansvar för. Och det måste vara väldigt tydligt vilka delar som integreras i journalen, säger **Johan Assarsson**, till vardags regiondirektör i Västra Götaland.

– Vi har inte fått uppgift att göra rättighetslagstiftning i så mening att kunna gå till domstol och utkräva rättigheter, men jag utgår från att detta är rättigheter: att vården inte begår lagtrots och att någon av **Stefan Carlsons** utrednings generaldirektörer

kommer att sörja för att lagen efterlevs, fortsätter han.

En olöst fråga är att se till att obehöriga inte får tillgång till patientinformation, motsvarande vad som händer med belastningsregistret, varifrån arbetsgivare kunnat hämta information. Ett annat frågetecken gäller vem som tar ansvar för patientinformationen i hälsokontot.

– Det måste vara tydligt vilka delar som integreras i journal. För vilken information som vården har ansvar, och vilken information som åligger patient, säger **Johan Assarsson**.

**Marie Närlid**

**LÄS MER:** En förstudie av webbtjänsten »Mitt hälsokonto« gjordes av Vinnova 2008; <http://www.vinnova.se/PageFiles/181503630/MHK1.pdf>

# Läkarförbundet vill ha snabbare besked inför utlandsvård

**Snabbt förhandsbesked till patienten inför planerad vård utomlands. Det kräver Läkarförbundet i ett remissvar på ett lagförslag om vård över gränserna. Vårdskador och läkemedelsbiverkningar efter utlandsvård är en olöst fråga.**

Läkarförbundet har lämnat ett remissvar på regeringens förslag till implementering av patientrörlighetsdirektivet. Direktivet styr EU:s medlemsländers regler för medborgares planerade vård utomlands, och omfattar motsvarande den vård som ges av den offentliga vården i hemlandet.

**Enligt regeringsförslaget**, som syftar till en införlivning av direktivet i svensk lag, ska patienten få förhandsbesked om planerad utlandsvård från Försäkringskassan inom 90 dagar. Patienten ska ligga ute med pengar själv, för att bli ersatt av Försäkringskassan i efterhand. Försäkringskassan ska inför beslut inhämta yttrande från det landsting som skulle ha ansvaret för patientens vård om motsvarande vård hade utförts i Sverige.

Läkarförbundet stödjer regeringens lagförslag, men vill kraftigt skärpa tidsmarginerna

len för Försäkringskassans förhandsbesked till patienten. Läkarförbundet menar att patienten bör få förhandsbesked av Försäkringskassan om utlandsvård inom 30 dagar.

**Kåre H Jansson**, utredningschef på Läkarförbundet, ser implementeringen av direktivet som »ett första steg till ett fritt vårdval Europa«:

– Det känns väldigt bra att vi får bättre ordning på detta. Det räcker att ett enda landsting i landet ger en behandling, så har du rätt att söka och få den vården i annat EU-land.

– Det är Försäkringskassan som administrerar och tar beslutet medan hemlandstinget ska betala, säger han.

**Enligt förslaget** åläggs patienten att själv bekosta skillnaden mellan vad ett svenskt landsting betalar för motsvarande behandling i Sverige och vad den kostar i annat EU-land/sjukhus/klinik.

– Här måste Försäkrings-

kassan vara snabb att utreda och ge förhandsbesked. Ofta handlar det om mycket sjuka, där snabb behandling krävs.

En fråga som fortfarande helt hänger i luften är reglering av vårdskador och läkemedelsbiverkningar, konstaterar Läkarförbundet i remissvaret till regeringen.

– Vi har i medlemsländerna olika syn på försäkring. Sverige är ganska ensamt om att ha en allmän patientskadeförsäkring. Om man råkar illa ut utomlands så är den frågan inte löst. Det känns inte alls bra, säger Kåre H Jansson.

**Läkarförbundet förordar** i remissvaret till regeringen ett utökat nationellt ansvar för vilken vård som ska finansieras med offentliga medel. Kostnadsansvaret ligger på landstingen, men det är Försäkringskassan som avgör rätten till ersättning. Det »förstärker motivet för att på nationell basis tydliggöra gränserna för det offentliga åtagandet avseende sjukvårdstjänster, vilket Läkarförbundet har drivit i flera år«, skriver förbundet i sitt remissvar daterat den 19 juni.

Marie Närlid

## Gunilla Hulth-Backlund chef för nya inspektionsmyndigheten

Regeringen har utsett Gunilla Hulth-Backlund till generaldirektör för den nya myndigheten Inspektionen för vård och omsorg. Tanken är att denna ska ta över de uppgifter som i dag sköts av Socialstyrelsens tillsynsavdelning.

Gunilla Hulth-Backlund ska först leda arbetet med att bygga upp den nya myndigheten och sedan bli dess generaldirektör. Inspektionen för vård och omsorg ska ta över tillsynen av både sjukvård och socialtjänst. Anledningen till att regeringen vill bryta loss denna del från Socialstyrelsens övriga uppgifter är att man vill ha en renodlad tillsynsmyndighet.

Tjänsten som generaldirektör utlystes i början av juni, innan regeringens förslag om att inrätta den nya myndigheten gått ut på remiss. Förutom regeringsförslaget finns ett annat förslag till inspektionsmyndighet, från Statens vård- och omsorgsutredning, som presenterades i maj. Utredaren Stefan Carlsson vill ha en bredare inspektionsmyndighet, som också ska ha hand om tillsynen av bland annat läkemedelsfrågor. Både regeringsförslaget och Stefan Carlssons utredning är nu ute på remiss.

Miki Agerberg

## Ordinationsorsak ska bli dokumenterbar

Som en del i genomförandet av den nationella läkemedelsstrategin har Socialstyrelsen fått regeringens uppdrag att utveckla en nationell källa för ordinationsorsak. Tanken är att relevant information om ordinationsorsak ska kunna följa individen från beredning och administration över förskrivning och expedition till dess individen får och tar läkemedlet.

Uppdraget handlar bland annat om att skapa ett fält i ordinationsverket Pascal för dokumentation av ordinationsorsak och ta fram ett strukturerat kodsysteem för ordinationer inom öppen och slutenvård. Koderna ska utgå från indikation samt substanser i det substansregister som Läke medelsverket utvecklar.

ML

# JO uttalar sig inte om fotoförbuds lagenlighet

**Justitieombudsmannen (JO) uttalar sig inte om huruvida de generella förbud mot fotografering, filmning och ljudupptagning som många landsting infört det senaste året är förenliga med lag.**



Illustration: Colourbox

JO beslutade den 29 juni i de fyra ärenden som inkommit det senaste året, där an-

mälarna huvudsakligen vill att JO prövar om det är förenligt med svensk grundlag att landsting utfärdar generella förbud mot fotografering, filmning och ljudupptagning.

Alla fyra ärenden avskrivs. I två fall skriver JO att anmälningarna inte föranleder åtgärd från JO:s sida, i två fall att de inte föranleder fortsatt utredning.

Elisabet Ohlin

**FRÅN LAKARTIDNINGEN.SE**  
En längre version finns att läsa på vår webbplats.

# Den nya specialitetsindelningen klar

**Efter att förslaget varit ute på remiss är Socialstyrelsen nu färdig med ramarna för den framtida specialitetsindelningen.**

Det betyder att det är klart att ett antal av de specialiteter som i dag är gren- eller tilläggsspecialiteter blir basspecialiteter. Samtidigt införs en modell där ST-utbildningen inom ett antal »kluster« av närliggande specialiteter får

ett delvis gemensamt innehåll – en gemensam kunskapsbas – som bland annat ska ge primärjournalkompetens.

Akutsjukvård, urologi och klinisk fysiologi hör som Läkartidningen tidigare berättat till de specialiteter som nu får sin efterlängtda status som basspecialitet (LT 17-18/2012). Några skillnader jämfört med det förslag som gick ut på remiss i våras är att handkirurgi och ortopedi inte

får en gemensam kunskapsbas och att neuroradiologi förblir grenspecialitet. Dessutom blir allergologi – i dag grenspecialitet – tilläggsspecialitet och inte basspecialitet som förslaget var. Vidare har man lagt till en helt ny tilläggsspecialitet, arbetsmedicin. I höst startar arbetet med att revidera föreskrifterna för specialitetsindelningen och definiera de nya kunskapsbaserna. För att slippa behöva

hantera tre parallella regelverk är planen att den nya indelningen ska börja gälla den första januari 2014, det datum när det inte längre blir möjligt att söka specialistbevis enligt den gamla ST-indelningen där alla specialiteter var jämställda.

Socialstyrelsens skrift om den nya specialitetsindelningen: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18797/2012-7-9.pdf>

**Michael Lövtrup**

## Ingen vård på lika villkor för papperslösa

**Gömda och papperslösa får rätt till subventionerad vård motsvarande den som ges till asylsökande i dag, det vill säga endast vård som inte kan anstå. – Ett ekonomiskt och moraliskt dåligt beslut, säger Läkarförbundets Thomas Flodin.**

Regeringen presenterade på torsdagen en överenskommelse med Miljöpartiet om att ge gömda och papperslösa vuxna laglig rätt till vård som inte kan anstå. Papperslösa som inte fyllt 18 år ges rätt till subventionerad fullständig vård.

Detta träder i kraft den 1 juli 2013, och innebär alltså att personer som håller sig undan verkställighet av utvisnings- eller avvisningsbeslut (gömda) och personer som vistas i landet utan att ha ansökt om tillstånd för detta (papperslösa) får rätt till vård motsvarande den som asylsökande har tillgång till i dag.

**Thomas Flodin**, ledamot i Läkarförbundets centralstyrelse, beklagar att den parlamentariska utredningen från i fjol ligger i byrålådan. Utredningen, där Flodin satt med som expert, förordade lika vård till alla.

– Det är klart att det hade varit en fördel om man beslutat att ge vård på lika villkor. Det här blir en sorts kompro-

miss. Nu har papperslösa bara rätt till subventionerad vård som »inte kan anstå«. Men vad denna vård inbegriper har visat sig vara rätt svårt att tolka i praktiken.



**Thomas Flodin**

– Att behålla restriktionerna kring annan typ av vård, det vill säga förebyggande vård, leder sannolikt till högre kostnader, eftersom man inte kan förebygga kroniska tillstånd, utan att man tvärtom låter dem förvärras. Så jag tror att både ur ekonomisk och moralisk synpunkt så är det här ett dåligt förslag.

**Fanns det en förväntan om ett beslut om vård på lika villkor?**

– Ja, man kan tycka att den vanliga demokratiska gången i den här frågan hade varit att man hade skickat ut den utredning som gjorts på remiss. Och sedan lagt ett lagstiftningsförslag.

– Det är moderaterna som obstruerar och ligger på en utredning ett år utan att skicka ut den på remiss. Vi vet att det finns en parlamentarisk majoritet att ge vård på lika villkor, säger Thomas Flodin.

**Marie Närlid**

## PATIENTSÄKERHET/ÄRENDEN

### Socialstyrelsen kritiserar sjukhus men inte läkarna

**Flera olika läkare missade att patienten hade en kotfraktur. Den fördröjda diagnosen ledde sannolikt till att patienten blev förlamad och sitter i rullstol. Men Socialstyrelsen kritiserar inte de inblandade läkarna, utan sjukhusets bristande samordning. (Soc 9.2-7960/2011)**

En förståndshandikappad kvinna i 65-årsåldern uppsökte en vårdcentral, då hon hade ramlat och slagit i ryggen. Hon undersöktes av en läkare som inte hittade några tecken på fraktur. Han skickade remiss till en röntgenundersökning, men inte heller där kunde någon fraktur påvisas.

Några dagar senare uppsökte kvinnan akutmottagningen på ett sjukhus, sedan hon glidit ner på golvet och fått ökade smärtor i ryggen. Hon undersöktes av en ortopedläkare, som angav diagnosen »Ryggvärk, ospecificerad«, och skrev ut smärtstillande medicin. Dagen därpå kom patienten med ambulans till akutmottagningen; hon klagade över smärta i ryggen, att hon hade svårt att stå på benen och var urininkontinent. Hon undersöktes av två olika läkare, på grund av jourbyte, och fick diagnosen lumbago med ischias.

Tre dagar därefter kom patienten åter till samma akutmottagning. Nu var hon oför-

mögen att gå på benen och ryggsmärtan gav inte vika. Den läkare som då undersökte henne konstaterade att det fanns ryggmärgspåverkan med utslagna reflexer. DT-undersökning påvisade en förträngning av ryggmärgskanalen, och en MR-undersökning visade att det sannolikt fanns en fraktur genom en bröstkota. Patienten genomgick en stabiliserande operation, men sitter i dag i rullstol och har problem med att kontrollera avföring och urin.

Socialstyrelsen konstaterar att den fördröjda diagnosen sannolikt har medfört en allvarlig vårdskada, och finner det anmärkningsvärt att en patient som hade en fraktur genom en bröstkota, som dessutom försämrats, blir hänvisad fram och tillbaka utan att få rätt diagnos och behandling. De olika undersökningarna finner Socialstyrelsen vara alltför summariska och ofullständiga: var och en av de inblandade läkarna hade till exempel kunnat kontrollera patientens reflexer, vilket hade kunnat bidra till att korrekt diagnos ställdes tidigare.

Trots detta finner Socialstyrelsen inte anledning att kritisera någon av de inblandade läkarna, utan riktar i stället sin kritik mot vårdgivaren. I grunden är det bristande verksamhetsamordning vid sjukhuset som är orsak till att läkarna inte sett behovet av fortsatt medicinsk utredning, konstaterar Socialstyrelsen.

**Miki Agerberg**