

DEN KLINISKA HANDLEDNINGEN

Profession eller bisyssla?

Den kliniska handledningen bygger ofta på en »hantverks-tradition», dvs att det som görs också skall synas, ett förhållningssätt med klara brister när det gäller läkararbete. Det framgår av en undersökning omfattande 25 kurs- och handledare i Umeå som intervjuades om hur de utformar sin handledning. En begränsning både till inriktning och ambitionsnivå framträder klart.

Undervisningen ute på avdelningar och mottagningar är ett centralt inslag i läkarutbildningen, och läkarna – de kliniska handledarna – har ett stort pedagogiskt ansvar. Studenterna anser att de kliniska momenten tillhör de mest värdefulla i utbildningen, men har också kritiserat dem för ineffektivt tidsutnyttjande och brist på både personlig handledning och återkoppling [1, 2]. Trots detta har den kliniska undervisningen och handledningen varit ganska bortglömd i de utbildningsansvarigas diskussioner av utbildningen.

Vid Umeå universitet pågår sedan några år tillbaka försök att utveckla några strategiskt valda aspekter av läkarutbildningen, varav en är den kliniska handledningen [3]. År 1994 fick vi i uppdrag av grundutbildningsnämnden att göra en undersökning bland kliniska handledare och kursansvariga som ett underlag för kvalitetshöjande åtgärder.

Ungefär vid samma tid inleddes också ett försök med personlig handledning vid institutionen för obstetrik och gynekologi, vilket utgör ett gott exempel på

att kvaliteten på handledningen kan höjas väsentligt inom de givna ramarna [4].

Studier av handledning

Studier av handledningen i praktiken saknas förvisso inte. Enbart under perioden 1988–1994 har exempelvis dryga hundratalet internationella avhandlingar producerats med anknytning till detta tema. Aktuella forskningsöversikter och genomgångar av bl a Dissertation Abstracts, ERIC (Educational Resources Information Center) och Medline visar att forskning på lärarytelse, lärarytelseområdet dominerar, men också att studier av handledning inom studie- och yrkesvägledning, omvårdnad och psykoterapi är vanligt förekommande [5, 6].

Vi menar att viktiga insikter om den kliniska handledningen kan hämtas från sådana studier, liksom från handledningsarbeten av mera övergripande karaktär [7-9]. Vi ser det dock som en brist att det är ont om mera omfattande analyser av handledningen i läkarutbildningen. En del arbeten om problembaserad inlärning (PBI) kommer in på lärarrollen, men avser oftast inte klinisk handledning och berörs därför inte här [10]. Norrmännen Handal, Lauvås och Hofgaard Lycke, vilkas handledningsstudier fått stort genomslag i Skandinavien, behandlar bl a specialistutbildningen av läkare [11].

Vanligen har dock studierna om handledning i läkarutbildningen karaktären av mindre kartläggningar och begränsade utvecklingsarbeten. Exempelvis är det femtontal artiklar i Medical Education 1989–1994 som rör klinisk handledning till stor del beskrivande och/eller föreskrivande: Hur uppfattar studenter och handledare olika aspekter av den kliniska undervisningen, och hur bör denna idealt försiggå? Hur har nya metoder för instruktion och handledning förts in och fungerat [12-16]?

Mera sällan försöker man allsidigt och kritiskt belysa den kliniska handledningens förutsättningar och funktioner. Här finns enligt vår mening ett försummat forskningsfält.

METOD OCH MATERIAL

Vår undersökning genomfördes vårterminen 1994. Den omfattar sju kliniska kurser om totalt drygt 70 poäng, jämnt fördelade över de sex sista terminerna av läkarutbildningen. Studien bygger dels på strukturerade intervjuer med sju kursledare (alla män) och 18 kliniska handledare (fem kvinnor, 13 män), dels på analys av skriftligt material (kursplaner, scheman och övriga styrdokument) om de aktuella kurserna.

Begreppen handledare och handledning har definierats rent operationellt. Som handledare avses läkare med undervisningsuppgifter för medicine studerande på den del av grundutbildningen som är förlagd till avdelningar och mottagningar, och handledningen är det handledaren företar sig gentemot kandidaterna i pedagogiskt syfte.

Handledarna intervjuades

Mellan två och fyra handledare per kurs intervjuades, och urvalet baserades på kursledarnas förslag. Två av kursledarna hade varit kursansvariga fem år eller mer och lika många hade haft kursledaruppgiften i ett år eller mindre. Av de 18 kliniska handledarna befann sig tre i specialistutbildning. Tio av handledarna hade handlett läkarkandidater fem år eller längre, sex hade haft handledaruppgifter i mellan ett och fem år, och två under kortare tid än ett år. Drygt hälften (10) hade någon form av mera uttalat handledar- eller undervisningsansvar (klinisk assistent, kursansvarig eller motsvarande). Av samtliga intervjuade hade en (handledare) genomgått handledarutbildning.

Intervjuerna, som tog en till två timmar vardera i anspråk, behandlade tre huvudområden med ett antal mer specificerade delfrågor. Det första rörde den kliniska undervisningens faktiska uppläggning och resultat, inklusive ansvarsfördelning, kurs-/handledarens egna mål för undervisningen och typer av återkoppling. Det andra området avsåg villkoren för undervisning och inlärning: befrämjande respektive försvärande faktorer samt förslag till kvalitetshöjande åtgärder.

Slutligen frågade vi om hand-/kursledarens personliga syn på god hand-

Författare

EVA CARLSSON

med dr, universitetslektor, anatomiska institutionen

LISBETH LUNDAHL

fil dr, forskarassistent, pedagogiska institutionen; båda vid Umeå universitet.

ledning och egna erfarenheter av att bli handledd.

RESULTAT

Den yttre ramen

Oftast tillbringar studenterna ganska kort tid, en till två veckor, på den enskilda avdelningen eller mottagningen. Bakom denna uppläggning kan ses en strävan att täcka alla eller flertalet delområden av den aktuella disciplinen. I ett par fall förekommer dock långplaceringar om fyra till sex veckor.

Handledningen ute på avdelningen sker i regel i grupper om två till fyra kandidater. Oftast kompletteras handledningen med gruppundervisning någon timma per vecka med tillfälle till träning av vissa metoder, fallgenomgångar m m.

Handledning med begränsningar

Kandidaten kommer i kontakt med ett stort antal olika läkare/handledare som är knutna till de patienter som kandidaten tilldelas, oftast genom att hon eller han skall svara för inskrivningar. Bara i ett fall (en delkurs) har man satt i system att kandidaten har kontinuerlig kontakt med en och samma handledare över en längre tid. Tio av de 18 handledarna ser bristen på tid och uppsplittningen av den tillgängliga tiden som den faktor som starkast förhindrar att en god handledning skall komma till stånd. Lika många ser en utökning av tiden som den främsta kvalitetshöjande åtgärden.

Målen för det handledaren vill åstadkomma i den kliniska utbildningen är ofta begränsade till kliniska färdigheter och kunskaper, medan man mera sällan har en ambition att påverka studentens attityder och ställningstaganden. Totalt tar knappt hälften av de intervjuade upp någon form av attitydmål för den kliniska handledningen. En fjärdedel ser det som väsentligt att förmedla ett respektfullt bemötande av patienten, och endast en sjättedel berör studentens förmåga att göra etiska ställningstaganden.

Att förekomsten av återkoppling är väsentlig för inlärnin och professionell utveckling är väl belagt [17]. Den återkoppling som beskrivs i intervju-svaren är emellertid av starkt beskuret slag. Den gäller framför allt inskrivningar och andra avgränsade prestationer, och ofta tar man enbart upp de punkter där det brister. Någon allsidig bild av var studenten har sina starka och svaga sidor ges sällan.

I detta sammanhang kan nämnas att ett genomgående önskemål från sista-terminsstudenterna i Umeå gäller mer kontinuerlig, personlig handledning för att kvaliteten på den kliniska utbild-

ningen skall höjas. De ständiga rotationerna av handledare och praktikplatser ses som orsaker till »kandidatrötthet» bland läkare och övrig personal. De sista-terminsstuderande på läkarutbildningen vid Karolinska institutet i Stockholm som Dall'Alba intervjuade 1994 kom till liknande slutsatser [18]. Studenterna ansåg att de täta avdelningsbytena försvårade en önskvärd träning i samarbete med läkarkolleger och andra yrkeskategorier, och att de kortvariga kontakterna med handledarna utgjorde hinder för att definiera och utveckla den egna läkarrollen.

Studentens ansvar och handledarens

»Läkarlinjen består i att man är ute och övningskör helt på egen hand, eller sitter i högersätet och åker med passivt» (citat från linjeutvärdering bland avgående studenter 1994).

Begreppet ansvar används med olika betydelser i handledarintervjuerna. Det är mycket vanligt att säga att »Studenterna har ansvar för att hålla sig framme».

Man erbjuder ett smörgåsbord av möjligheter, men det är upp till studenten att ta initiativ och ta för sig. Här avser vi i stället i vilken mån det ingår i kursfordringarna att studenten, dvs alla studenter, relativt självständigt skall kunna undersöka och samtala med patienten och resonera kring sina fynd.

Det ansvar som läggs på studenten kan förhålla sig till handledarens grad av ansvarstagande på flera sätt. Vi har

Tabell I. Handledarens respektive studentens grad av ansvarstagande.

	Grad av studentansvar	
	Lågt	Högt
Grad av handledaransvar		
Lågt	1	2
Högt	3	4

strukturerat intervju-svaren i enlighet med Tabell I.

Vi har sett exempel på flertalet av dessa fyra kombinationer.

I kategori 1 tar handledaren ringa ansvar för att en lärorik kontakt mellan kandidat och patient skall komma till stånd. Man säger ofta att kandidaten får hålla sig framme, men ingriper inte om kandidaten underlåter att ta några initiativ. Återkopplingen på det kandidaten gör i patientkontakten är sparsam.

»Kandidaten skriver in patienten och går med på ronder. Jag diskuterar deras insatser i samband med direkta frågor. Det krävs att studenten tar direkt initiativ. Det är ont om tid vilket leder till att undervisningen blir lidande. Min handledning består mest i att instruera.»

I kategori 2 läggs ett stort ansvar på kandidaten att göra en självständig bedömning, men handledaren sätter av ringa tid för planering och uppföljning av kandidat-patientkontakten.

Kategori 3 kännetecknas av att handledaren i hög grad tar ansvar för vad som händer i patientkontakten, medan kandidaten får begränsade tillfällen att »pröva vingarna», och/eller det är bara de duktigaste kandidaterna som får ta ett större ansvar.

»Jag håller i trådarna, men kandidaten är delaktig. Jag tar anamnes, kandidaten ger förslag på diagnos och behandling.»

Kategori 4, som utgör det bästa inlärningsstillfallet, kännetecknas av att studenten får ta ett betydande självständigt ansvar, men detta är kopplat till ett aktivt handledarskap. Handledaren väljer t ex ut lämpliga kandidatpatienter, gör en kompletterande bedömning och har ordentliga uppföljningssamtal med kandidaten. Vi har sett kombinationen högt studentansvar-hög grad av ansvarstagande från handledaren bara hos ett fåtal handledare i vår studie.

»Jag väljer ut patienter som jag bedömer är lämpliga för kandidatundervisning och talar med dessa patienter i förväg. Kandidaten och jag går in på ett av läkarrummen, och kandidaten får vissa grunddata. Sedan får patienten komma in och berätta sin sjukhistoria. Ofta är jag helt tyst. Patienten får finna sina ord, kandidaten får fråga. Till sist får kandidaten undersöka patienten. Kandidaten har initiativet. Jag uppmuntrar till aktivitet. Jag uppmuntrar också kandidaten att gå in till patienten efteråt, läsa journaler, m m. Jag ser det som viktigt att ha en respektfull inställning till kandidaterna. De är yngre kolleger, som man inte får mästra. De måste få luft under vingarna.»

Det bör tilläggas att utrymmet för kandidaternas ansvarstagande självfallet är mindre under de första än under de

sista kliniska terminerna, och att detta måste få återspeglas i kursmål och faktiskt genomförande.

Demonstration, övning, korrektion

I handledarintervjuerna framkommer att den tid som kandidaten tillbringar på avdelningen i första hand ägnas åt att *observera* patienter, läkare och annan personal, därefter att *praktisera*. Bara en mindre del av tiden går åt för samtal, då studenten får tillfälle att *reflektera* över vad han eller hon sett och gjort, och handledaren kan ge respons på studentens insatser. Detta kan jämföras med de intervjuades åsikter om hur studenternas inläring på kliniken bäst går till. Samtliga menar att praktisk träning, att själv få prova vingarna, är ett centralt inläringssätt. Mindre än hälften (10 personer) av kurs- och handledarna nämner observation av förebilder och patienter, och bara tre intervjuade tar upp reflektion och samtal med handledaren som viktiga inläringsskillnader. Handledningen följer således i första hand ett mönster från lärlingsutbildningen inom hantverket med observation, instruktion, övning och korrektion som huvudbeståndsdelar [9, 11]. Det bör dock noteras att den långvariga relation som utmärker mästare-lärlingsmodellen helt saknas i handledningen i läkarutbildningen.

Handledningens styrning

Någon specifik styrning av den praktiska undervisningen förekommer varken i utbildningsplanen eller i den lokala planen för läkarutbildningen, inte heller i några andra riktlinjer från grundutbildningsnämnden eller annan högre instans. Det ankommer därför helt på institutions- och kursnivå att utöva den eventuella styrningen. I vilken mån styrning av handledningen faktiskt förekommer och hur denna styrning går till varierar mellan de sju kurserna, och även inom dessa.

Den i särklass vanligaste formen av styrning (sex av sju kurser) är den som sker genom scheman, anvisningar om vilka aktiviteter kandidaten skall delta i och regler för närvaro. »Flit-» eller checklistor kan förekomma. Det bör framhållas att nivån eller kvaliteten på det studenten förväntas kunna eller utföra är oklar i denna form av styrning.

Det finns genomgående skriftligt formulerade kursmål. Det är dock ovanligt att dessa regelbundet diskuteras av lärare och handledare och aktivt förmedlas till studenter och övrig personal. Vi fann bara ett uttalat exempel på detta. Många studier har visat att provets utformning är en av de starkaste styrfaktorerna för studenternas inläring. Flertalet kurser innehåller tentamens-

frågor baserade på patientfall, men endast i två av kurserna provas de studerandes kliniska kunskaper i en verklig situation, s k tentamenspatient.

Två kurser kännetecknas av att det jämte en innehålls- och tidsstyrning finns en undervisningstradition som tydligt sätter sin prägel på undervisningen. Inriktningen och ambitionsnivån för den kliniska handledningen är kända och förankrade bland lärare, handledare och annan personal utan att för den skull behöva vara formaliserade. Ämnesföreträdaren har en aktiv del i utformandet av denna tradition och i kursens genomförande.

I en kurs, slutligen, lämnas ansvaret för vad som skall ske under den avdelningsförlagda perioden så gott som helt till den enskilde läkaren. Handledningens innehåll och kvalitet kan därför variera mycket starkt.

En fråga för ledningen och arbetslaget

När vi frågade vad som bidrog till ett gott resultat av handledningen framhölls i första hand den egna inställningen till handledning och attityderna hos ledning, läkarkolleger och övrig personal. Två tredjedelar (16 personer) av alla intervjuade tog upp sådana attitydfaktorer.

Det finns en tydlig koppling mellan framgångsrik handledning i kombination med förekomsten av en institutions- och klinikledning som intresserar sig för och stöder undervisningen och en positiv anda på avdelningen i stort.

De handledare som har den mest genomtänkta uppläggningsplanen och mest positiva inställningen till sin kliniska handledning beskriver också en aktiv och engagerad institutions- och klinikledning.

Klinik- och institutionsledningen spelar en central roll för den kliniska undervisningen på flera plan. Det handlar dels om det stöd i form av organisa-

tion, tid och uppmuntran som man ger de kliniska handledarna, dels om det arbetsklimat ledningen bidrar till att skapa.

Vi har kunnat konstatera att övrig avdelningspersonal alltför sällan är informerad om vad den kliniska undervisningen förväntas leda fram till, vilket också framkommit i andra studier [19]. Att insatserna och attityderna hos denna personal är mycket betydelsefulla för utfallet av den kliniska undervisningen framgår emellertid inte minst av studenternas linjeutvärderingar.

DISKUSSION

Vi har av kursledar- och handledarintervjuerna dragit slutsatsen att den kliniska handledningen i regel är klart begränsad både till inriktning och ambitionsnivå. Den domineras av observation och tillämpning, medan tillfällena till handledningssamtal och återkoppling är relativt få och beskurna. Tiden har härvid av de intervjuade utpekats som en starkt begränsande faktor.

Vi vill emellertid också peka på att den existerande traditionen inom läkarutbildningen och läkarnas/lärarnas egna erfarenheter, kunskaper och attityder är faktorer som kraftfullt både styr och begränsar vad som sker i handledningen. Vi noterar att praktiskt taget ingen intervjuperson nämnde förebildliga handledare från den egna grundutbildningen, dock flera från AT- och annan utbildning. Därtill är det bara en enda person av de intervjuade handledarna som genomgått handledarutbildning. Det vill säga: man har få direkta modeller att gå till när man skall utforma sin egen handledarroll inom den grundläggande läkarutbildningen. Tradition och brist på förebilder kan därför antas bidra till den begränsade handledningsstrategin.

Hantverksmodellen framstår som ganska självklar i de flesta intervjuerna. De förändringar man vill göra ligger med få undantag inom den rådande traditionen. Hantverksmodellen har emellertid klara brister: Den förutsätter att det finns ett bästa tillvägagångssätt som bör användas, och den bygger på att det som görs också skall synas. Men läkararbetet bygger inte på en serie givna handgrepp, och det är inte statistiskt. Verksamhetens komplexitet och utveckling kräver professionella yrkesutövare, som är förmögna att göra självständiga och flexibla bedömningar. Då blir det också centralt att i handledningen resonera om varför man valt att göra på ett visst sätt i en bestämd situation, dvs att göra den praktiska yrkesteorin tydlig [8].

Vi fann att den kliniska handledningens yttre styrning i allt väsentligt består

av kandidat- och patientscheman, betydligt mera sällan av undervisningsmål, dvs uppställda kriterier för vad handledningen skall resultera i. Detta kan jämföras med resultaten från en tidigare undersökning av nio större kurser inom läkarutbildningen i Umeå. Endast två av nio kursledare menade att kursmålen i hög grad påverkade kursens uppläggning, medan två tredjedelar (sex personer) av dem ansåg att målen föga påverkade kursuppläggningen [20]. Man tycks med andra ord tillmäta undervisningsmål ringa praktiskt värde. Detta kan vara riktigt, om de enbart behandlas som en formsak. Vi vill dock framhålla värdet och nödvändigheten av att fortlöpande föra och förmedla en gemensam diskussion av vad de kliniska handledarna förväntas bidra med och vilka kunskaper, insikter och erfarenheter vi vill att studenterna skall förvärva under sin tid ute på avdelningarna och mottagningarna.

Andra nödvändiga insatser gäller att se över den tid som avsätts för undervisningen på avdelningar och mottagningar. Kan större varaktighet i relationen mellan student och handledare uppnås är mycket vunnet, som t ex Högbergs och medarbetares studie visar [4]. Ambitionsnivån kan därigenom höjas, bl a så att en del av handledningstiden ägnas åt analys och återkoppling. Det borde vara en självklarhet att det finns utrymmen där handledning kan bedrivas i lugn och ro, men i vår studie var det inte mindre än en tredjedel av handledarna som såg lokalbristen som en allvarlig begränsning.

En handledarutbildning kan ge insikter, nya perspektiv och förebildliga exempel och därmed bidra till att höja den kliniska undervisningens kvalitet. Den kliniska handledningen är en fråga som inte enbart rör den enskilde handledande läkaren. Den gäller i hög grad övrig personal och i synnerhet ledning för vård och utbildning.

Litteratur

1. Linjeutvärderingar från de avgående läkarstudenterna. Medicinska fakultetens grundutbildningsnämnd, Umeå universitet, 1991-1994. Stencil.
2. Medicine Studerandes Förbund: MSFs handledningsprogram. Stockholm 1994.
3. Egelrud T, Olivecrona T. Läkarutbildningen i Umeå. Kvalitet viktigare än pedagogisk modell. Läkartidningen 1994; 91: 2511-2.
4. Högberg U, Mählck CG, Hansson B, Lundahl L. Bättre handledning på förlossningen. Läkartidningen 1995; 92: 3900-2.
5. Mogensen E. Lära i praktiken: en studie av sjuksköterskeutbildningens praktiska avsnitt. Pedagogiska institutionen, Stockholm, 1994. Akad avh.
6. Franke A. Handledning i praktiken. En studie av handledares och lärarkandidaters uppfattningar av handledning i lärarytbildningens praktikdel. Linköping Studies in

Education. Dissertations No. 30, Universitetet i Linköping 1990. Akad avh.

7. Schön DA. Educating the reflective practitioner. San Francisco: Jossey-Bass Publ, 1987.
8. Handal G, Lauvås P. En strategi för handledning – på egna villkor. Lund: Studentlitteratur, 1982.
9. Lauvås P, Handal G. Handledning och praktisk yrketeori. Lund: Studentlitteratur, 1993.
10. Moust JHC, de Grave WS, Gijssels WH. The tutor role: A neglected variable in the implementation of problem-based learning. In: Nooman ZM, Schmidt HG, Ezzat ES, eds. Innovation in medical education. New York: Springer Publ Company, 1990.
11. Hofgaard Lycke K, Handal G, Lauvås P. Att handleda läkare – en pedagogisk introduktion. Lund: Studentlitteratur, 1992.
12. Crandall S. How expert clinical educators teach what they know. Journal of Continuing Education in the Health Professions 1993; 13: 85-98.
13. Harth SC, Bavanandan S, Thomas KE, Lai MY, Thong YH. The quality of student-tutor interactions in the clinical learning environment. Med Educ 1992; 26: 321-6.
14. Hewson MAB, Jensen NM. An inventory to improve clinical teaching in the general internal medicine clinic. Med Educ 1990; 24: 518-27.
15. McLeod PJ, James CA, Abrahamowicz M. Clinical tutor evaluation: a 5-year study by students on an in-patient service and residents in an ambulatory care clinic. Med Educ 1993; 27: 48-54.
16. Price DA, Mitchell CA. A model for clinical teaching and learning. Med Educ 1993; 27: 62-8.
17. Mann KV. Educating medical students: Lessons from research in continuing Education. Acad Med 1994; 69: 41-7.
18. Dall'Alba G. Through students' eyes: KI undergraduate medical education. Rapport nr 58, Institutionen för medicinsk informatik och pedagogik. Stockholm: Karolinska institutet, 1994.
19. Lundahl L. Vad formade kursen? En intervjuundersökning bland kursansvariga inom läkarutbildningen i Umeå. I: Den goda utbildningsmiljön. Rapport från universitetspedagogisk konferens i Umeå 1993. Umeå universitet, 1993: 167-79.
20. Biggs JSG, Price DA. Sustaining and rewarding clinical teaching. Med Educ 1992; 26: 264-8.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

SMITTNYTT

Nya fall av EHEC rapporterade

Infektion med enterohemorrhagisk E coli (EHEC) har vi haft anledning att diskutera flera gånger den här spalten. I höstas gjordes en omfattande utredning med anledning av sammanlagt över hundra svenska EHEC-fall, flera hos barn som utvecklat hemolytiskt uremiskt syndrom (HUS). Smittskyddsinstitutets motsvarighet i Tyskland – Robert Koch Institut i Berlin – rapporterar nu om en liknande utredning av EHEC-infektioner i Bayern. Det senaste året har man där diagnostiserat 45 fall av HUS hos barn, i sju fall har sjukdomen lett till döden. De tyska myndigheterna uppskattar att dessa HUS-fall motsvarar 600-1 000 tillfällen av EHEC-infektion. Denna anhopning har föranlett en omfattande utredning, först med en fall-kontrollundersökning, som inte är konklusiv, men ger misstanke om livsmedelsburen smitta. En mer riktad enkätstudie har därför påbörjats. I Bayern har man även infört anmälningsplikt för EHEC-infektioner. I den tyska rapporten poängteras vikten av att diagnostik avseende EHEC införs som rutin på bakteriologiska laboratorier. Robert Koch Institut arrangerar nu ett expertmöte för att diskutera kriterier och standardförfaranden för handläggning av misstänkta EHEC-fall.

Många paralleller

Det är slående hur likartat vi arbetar i olika länder. Bortsett från att vi inte känner till något dödsfall bland de svenska EHEC-fallen visar utredningarna många paralleller. Vår fall-kontrollundersökning kunde inte tydligt peka ut något enskilt livsmedel, varför mer riktade undersökningar gjorts: förnyade livsmedelsenkäter, mikrobiologisk typning av stammar, provtagning på djur och livsmedel. EHEC-infektion är sedan den 1 januari 1996 anmälningspliktig i Sverige. Expertmöten för att diskutera kriterier och rutiner har hållits.

Efter en vår med få rapporter om EHEC har nyligen uppmärksamats några nya fall, varav ett par bland hemvändande turister, men också HUS-fall hos barn som inte varit utomlands. Intensiv utredning pågår. Provtagning av djur och livsmedel i patienternas omgivning ställer stora krav på gott samarbete mellan centrala myndigheter, landstingens smittskyddsläkare samt miljö- och hälsoskyddsnämnden.

*Epidemiologiska enheten,
Smittskyddsinstitutet*