

**INTERVJU.** Staten bör ta ett större ansvar för kvaliteten i vården men lämna tillgänglighetsfrågorna åt landstingen. Det säger Ylva Johansson (S), het kandidat till socialministerposten om vänstern vinner valet 2010, i en intervju med Läkartidningen.

TEXT: MICHAEL LÖVTRUP FOTO: STEFAN BLADH

# »Ojämlikheten den viktigaste vårdfrågan«

**R**iksdagsterminen är snart över, och det är lugnt i korridorerna i fastigheten vid Ridarhustorget där den socialdemokratiska riksdagsgruppen har sina kontor. Allt som återstår för Ylva Johansson när Läkartidningen träffar henne ett par veckor in i juni är »en interpellationsdebatt med Göran Hägglund om KOL-vården«.

Men det betyder förstås inte att oppositionens ledande vårdpolitiker har fullt av luckor i kalendern. Höstens budgetmotion ska förberedas, och samtidigt pågår arbetet för fullt med att sy ihop en gemensam välfärdspolitik för den rödgröna alliansen.

Något annat Ylva Johansson för tillfället ägnar mycket tid åt är att fördjupa idén om ett nationellt certifieringssystem av vårdgivare, en tanke som sprungit ur de rådslag som partiet startade efter valförlusten 2006.

– I dag lägger staten sina insatser i stor utsträckning på efterhandskontroll. Vi tycker det är rimligt att man ser till att saker och ting är rätt riggade från början. Vi tänker oss en nationell kvali-

tetscertifiering där alla vårdgivare som är med i den gemensamt finansierade sjukvården får visa att man har bra rutiner och att man följer nationella riktlinjer.

Tanken, förklarar hon, är att det ska ske en kontinuerlig uppföljning där den som inte lever upp till kvalitetskraven riskerar att bli av med certifieringen. Exakt hur uppföljningen ska se ut är inte klart, men en intressant modell är enligt henne det danska systemet där läkare inspekterar varandra genom ett peer-review-system.

**Nämn något du tycker är bra med regeringens sjukvårdspolitik.**

– Det finns flera saker. Patientsäkerhetsutredningen som den här regeringen tillsatte tycker jag är en bra utredning, där jag hoppas att mycket av det som föreslås blir verklighet. Den nya patientdatalagen tycker jag är bra. Man har också tagit hyggliga initiativ för att förbättra tillgängligheten.

När det gäller Patientsäkerhetsutredningen säger Ylva Johansson att hon ställer sig positiv till förslaget att ansvaret för att utreda an-

mälningar om fel i vården ska flyttas från Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd till Socialstyrelsen. Syftet är att få en ordning där mer strukturer och mindre enskilda medarbetare ska stå i fokus för granskningen.

Förslaget har fått kritik för att Socialstyrelsens beslut inte ska gå att överklaga, vare sig av patienter som anser sig drabbade eller av personal som kritiserar. Risken, menar kritikerna, är att vi kommer att få se fler stämningar och polisanmälningar.

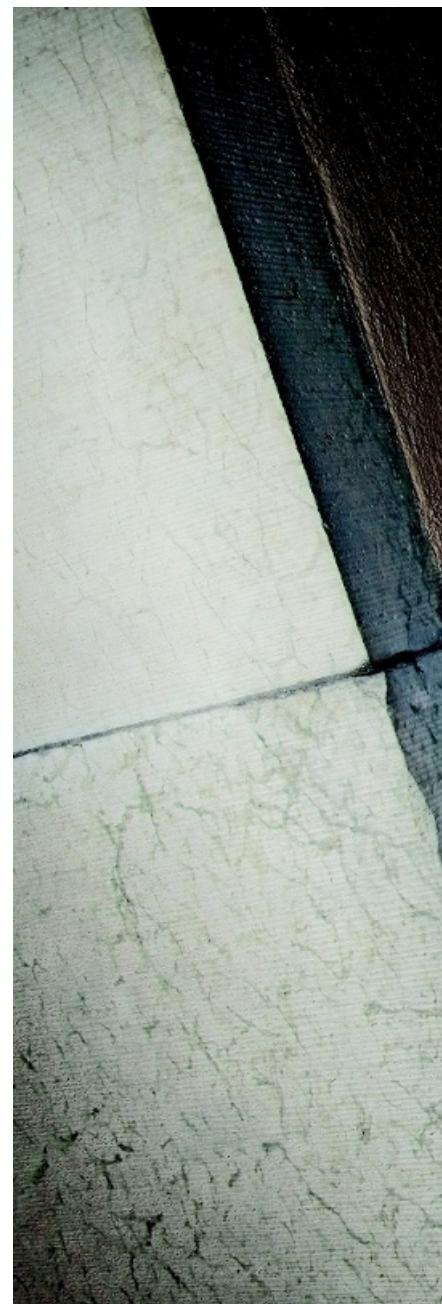
**Hur ser du på den kritiken?**

– Jag har lyssnat på kritiken, men det system vi har haft har inte fungerat tillräckligt väl, och då måste man kunna tänka nytt.

**En av de absolut viktigaste framtidsfrågorna för Ylva Johansson är ojämlikheten i vården.**

– Det finns otroligt stora skillnader när det gäller kvalitet och säkerhet i dag i Sverige. Det är förvånande att det väcker så lite debatt.

Förslaget om en nationell kvalitetscertifiering är en del i en politik som innebär att staten ska ta ett betydligt



– Det finns otroligt stora skillnader

större ansvar än i dag för att upprätthålla likvärdig kvalitet och säkerhet i vården. I gengäld bör man i högre grad lämna frågor som rör organisation, tillgänglighet och service till landstingen, menar Ylva Johansson.

– Jag tycker till exempelvis inte att alla vårdgarantier behöver se likadana ut i varje landsting.

En annan central framtidsfråga rör enligt Ylva Johansson sjukvårdens finansiering,



i kvalitet och säkerhet inom vården i dag. Det är förvånande att det väcker så liten debatt, säger Ylva Johansson.

där den demografiska utvecklingen kommer att medföra ett stort tryck på sjukvårdens resurser.

**Kommer vi att ha råd i framtiden med all den vård vi finansierar kollektivt i dag?**

– Ja.

**Du menar att vi inte kommer att behöva göra några prioriteringar?**

– Jag menar att om resurserna i framtiden inte räcker till allt vi vill göra är det inte i första hand inom sjukvår-

den utan inom andra delar av det vi finansierar gemensamt som bortprioriteringarna bör ske. Men självklart behövs det ett prioriteringsarbete, framför allt för att vi behöver en nationell likvärdighet. Det är inte rimligt att exempelvis vissa dyra cancerbehandlingar bedöms som kostnads-effektiva i ett landsting och inte i ett annat. Det måste vara lika över landet, annars förlorar vi vår trovärdighet gentemot medborgarna.

**Hur ser du på Läkarförbundets förslag om en nationell »behandlingsförmånsnämnd« motsvarande Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket?**

– Jag tycker att det är en intressant tanke. Den bygger på idén att man gör en bedömning av vad som är kostnads-effektivt.

Från flera håll har det konstaterats att den etiska plattformen för prioriteringar i vården som riksdagen antagit fått begränsat genomslag

i verksamheterna. Socialstyrelsen har föreslagit att man skulle revidera plattformen för att öka dess tillämpbarhet. Socialstyrelsen argumenterar bland annat för ökade möjligheter att balansera behov mot kostnadseffektivitet. I dag ska behov alltid gå före kostnadseffektivitet.

**Tror du att det kan vara nödvändigt att revidera den etiska plattformen?**

– Min bedömning är att det har varit större problem med ➤

INTERVJU

tillämpningen än med själva plattformen. Det har inte varit en prioriterad fråga att ta politiskt ansvar för prioriteringsarbetet.

**Ska behov alltid gå före kostnadseffektivitet även när det handlar om väldigt dyra behandlingar med marginell effekt?**

– Nej, det är alltid en avvägningsfråga, det går inte att svara ja eller nej. Jag har inte heller uppfattat det som att behov alltid ska gå före enligt den nuvarande plattformen.

**I den borgerliga sjukvårdspolitikerna har valfrihet, mångfald och konkurrens framställts närmast som trollspön med vilka alla kända brister och problem ska elimineras.**

Många socialdemokratiska politiker har, inte minst utifrån jämlikhetsargument, varit tveksamma och värnat den landstingsdrivna verksamheten. Men nu kan man i partistyrelsens förslag till nytt hälso- och sjukvårdspolitiskt program, tänkt att antas vid höstens partikongress, hitta formuleringar som »driftsformer är inget självändamål» och »valfrihet... kan skapa mångfald och förutsättningar för ökad kvalitet och bör därför stimuleras».

**Det känns som en ny ton i ert förhållande till alternativa utförare jämfört med för fem, sex år sedan.**

– Ja, det är det. Att vi är positiva till mångfald hör till det som är nytt i det här programmet tillsammans med det nationella ansvaret för kvaliteten och betoningen av det förbyggande arbetet.

**Är det en omvändelse under galgen eftersom utvecklingen inte kan vridas tillbaka?**

– Nej, det tror jag inte. Där emot har det sett väldigt olika ut i olika landsting, där några S-drivna landsting haft en positiv syn på många olika utförare, inte minst i primärvården, medan andra inte haft det. När vi nu samlar en nationell S-politik på området har vi landat i den här uppfattningen.



■ YLVA JOHANSSON

**Ålder:** 45 år.

**Familj:** Gift med Erik Åsbrink. Tre barn 8, 15 och 15 år och tre bonusbarn 23, 25 och 29 år.

**Bakgrund:** Utbildad ämneslärare i matematik och fysik. Arbetar som lärare vid Matteusskolan i Stockholm. Riksdagsledamot för V 1988–91, för S 2006–. Skolminister 1994–98. Vård- och äldreomsorgsminister 2004–06. Vice ordförande i Socialutskottet 2007–.

**Aktuell:** Valförspolitisk talesperson för Socialdemokraterna.

**När träffade du en patient senast?**

– Jag träffar inte så mycket enskilda patienter, däremot många patientorganisationer.

**Var är du listad?**

– Vid Serafens vårdcentral på Kungsholmen.

**Vad avgjorde valet?**

– Den var närmast.

**Vilken är den viktigaste hälsofrågan?**

– Ojämligheten i livsvillkor. Man ser hur starkt ohälsan följer faktorer som

arbetslöshet, maktlöshet och låg inkomst.

**Vilken är den viktigaste läkarfrågan?**

– Den strategiska kompetensförsörjningen och den kliniska forskningen.

**Något du gärna ägnar dig åt när du inte sysslar med politik?**

– Fotboll. Jag går på Hammarbys herr- och damlags hemmamatcher och på mina barns matcher. Jag sitter också i styrelsen för elitföreningen Damfotboll.

**Kommer ni att riva upp vårdvalsreformen om ni får makten?**

– Vi kommer att riva upp den del som innebär att man påtvingar landstingen etableringsfrihet. Vi tycker att det är en fråga som varje landsting själv har att besluta om, utifrån vår ståndpunkt att frågor som inte har direkt bäring på kvalitet och säkerhet ska staten hålla sig ifrån.

**I höst kommer ett utredningsförslag om att utvidga vårdvalet till öppen specialistvård. Hur ser ni på det?**

– Vi får väl se hur förslaget ser ut först, men i princip är vi positiva till att man får väl-

ja sin vårdgivare. Det vi principiellt har problem med är att man ger väldigt stor frihet för vårdgivarna. Hittills har Toivo Heinsoo [regeringens utredare, red anm.] lagt väldigt mycket energi på att ge stor frihet för vårdgivarna och inte lika mycket energi på vilken rättighet och frihet som ska finnas för patienten. Det verkar som om man tror att stor frihet för vårdgivarna med automatik ger goda valmöjligheter för medborgarna. Jag är inte alls säker på att det fungerar så. Det kan tvärtom leda till att det blir svårare att styra över resurserna på ett rättvist sätt.

**Ni säger att lagen om offentlig upphandling, LOU, inte är lämplig att använda på vårdområdet. Men om man inte heller har etableringsfrihet, hur garanterar man då rättvisa mellan olika utförare?**

– Det är ganska många län-der som inte använder LOU inom sjukvården, vi är ett av de få län-der som gör det. Innan vi har ett färdigt förslag på hur en ny lagstiftning skulle se ut kommer det att krävas att man går in i juridiken ganska ordentligt. Men principerna är att det ska vara rättvisa och öppna spelregler och att vi ska hämta inspiration från hur det fungerar inom barnomsorgen, där det under många års tid har funnits olika utförare men inte etableringsfrihet.

**Var går gränsen för er när det gäller privatiseringar?**

– Generellt anser vi att driftsformen inte är det viktiga. Om man ska sälja ut en landstingsdriven verksamhet måste man i varje enskilt fall fråga om just den skulle må bra av att någon annan drev den. Men vi drar en gräns vid sjukhusen. De är nästan alltid centrala nav i landstingens totala vårdutbud och behövs för landstingen ska kunna fullgöra sitt ansvar att tillhandahålla sjukvård för alla medborgare.

**Kan det bli aktuellt med en ny stopplag?**

– När det gäller de sex universitetssjukhusen är jag inte främmande för det. De kan ses som en nationell del i landstingens genom deras centrala roll för utvecklingen av sjukvården.

**Under 2008 har både Socialstyrelsen och Arbetsmiljöverket reagerat skarpt på vårdplatsbristen på landets sjukhus. De mer eller mindre permanenta överbeläggningarna går enligt myndigheterna ut över såväl patientsäkerheten som arbetsmiljön.**

I en interpellationsdebatt förra hösten kritiserade Ylva Johansson socialminister Göran Hägglund för att han inte ville ta något initiativ i frågan. Men Socialstyrel-



– Universitetssjukhusen är en nationell angelägenhet. Jag är inte främmande för en ny stopplag för att hindra att de privatiseras, säger Ylva Johansson.

sens rapport från 2008 var en uppföljning av en liknande tillsyn 2003, då situationen var precis lika illa. Vid den tidpunkten hade Socialdemokraterna regeringsmakten, utan att man agerade. Så handlar det inte lite om att kasta sten i glashus?

– Vårt parti har ett ansvar eftersom vi styr i många landsting, och det ser inte bättre ut i S-styrda landsting än i borgerligt styrda. Där emot anser jag att regeringen inte alltid kan gå in och agera varje gång Socialstyrelsen rapporterar ett problem, utan det naturliga är att sjukvårdshuvudmännen själva reagerar. Jag hade förväntat att det skulle hända något i den här frågan också. Där man kan säga att vi gjorde en felbedömning.

**Nu vet vi att landstingen inte gjort något åt saken under fem år. Vad är du beredd att göra för att komma till rätta med vårdplatsbristen om du blir socialminister?**

– Om problemet är lika stort då tycker jag att det rimliga vore att sätta sig ner med landstingen och se om man kan komma överens om en gemensam prioritering av de

här frågorna. Man kanske får överväga stimulansmedel ungefär som med kömiljarden.

**I höstas föreslog Statens medicinsk-etiska råd att man skulle utreda möjligheten till läkarassisterat självmord för döende patienter. Göran Hägglund har i ganska bestämda ordalag avvisat tanken, med hänvisning till att det skulle kunna skada förtroendet för vården.**

**Skulle oddsen för en sådan utredning bli bättre om socialministern hette Ylva Johansson i stället?**

– Ja, jag är mycket tveksam. Vårt parti har inte tagit ställning, men personligen har jag mycket svårt att se att det skulle finnas utrymme för läkarassisterat självmord inom sjukvården och inom läkaretiken.

**Även om det skulle öka patientens självbestämmande i livets slutskede?**

– Ja, min uppfattning är ändå att det går en gräns där. Men det är inget vi har haft en jättestor diskussion om, och det kommer säkert att röra på sig i frågan. Men jag skulle säga nej.

Ett uppmärksammat fall

som har med vården i livets slutskede att göra är den narkosläkare vid Astrid Lindgrens barnsjukhus i Solna som är misstänkt för dråp av ett döende spädbarn, sedan man vid den rättsmedicinska analysen funnit vad som beskrivits som onormalt höga halter av morfin och tiopental i barnets blod. Händelsen har fått många läkare att undra om det som de uppfattar som normal handläggning av döende patienter av åklagare betraktas som kriminellt.

**Tror du att det finns skäl att bli tydligare med vad som gäller för vården i livets slutskede?**

– Ja, det tror jag. Oavsett hur det går i det aktuella fallet är jag väldigt orolig för att det har spridits en rädsla hos många som arbetar inom vården, där man undrar vad man får göra och inte får göra. Skulle vi få en utveckling där man tvekar att ge smärtlindring eller ångestlindring i livets slutskede av rädsla för att förkorta livet några timmar eller ett dygn, då måste vi politiker ta ansvar eftersom vi har ansvar för lagarna.

**Hur ska man göra för att vården och rättsväsendet ska**

## Ylva Johansson:

**Vad händer med apoteksreformen om vänsteralliansen vinner valet?**

– Vi kommer att riva upp reformen och göra förändringar framförallt i prismodellen. Som det är nu behöver apoteken inte förhålla sig neutrala till olika läkemedelsbolag utan man får gynna vissa framför andra. Man kan komma överens om ett lägre pris om apoteket säljer mycket av ett visst läkemedel. Det kan leda till ett beroende mellan läkemedelsbolag och apoteksbolag som jag på sikt tror kan hota patientsäkerheten.

**Hur vi ska få mer vård för pengarna?**

– Det behövs ett politiskt ledarskap. Målet bör vara att inom fem år ska hälften av läkares och sköterskors tid gå till patientarbete. I dag är det en tredjedel. Myndigheter och landstingsledningar ska inte få införa nya regler i sjukvården med mindre än att man kan bevisa att de gör mer nytta än vad de kostar i arbetstid. Det behövs också ett statligt initiativ när det gäller IT-strukturen i vården. Jag tror inte som regeringen att landstingsledningarna själva kommer att skapa gemensamma system som fungerar.

**gå i takt så att de inte har olika uppfattning om vad man får och inte får göra?**

– Ett sätt skulle kunna vara att ge Socialstyrelsen i uppdrag att jobba med riktlinjer för vård i livets slutskede. Sedan skulle rättsväsendet kunna granska riktlinjerna, och om rättsväsendet har godkänt riktlinjerna, då är det okej att följa dem. Nu går man in på ett individuellt fall och har inte granskat de riktlinjer som kanske har följts, det vet vi inte. Det kanske finns andra sätt, men det viktiga är att det här är en fråga som regeringen bör äga, och inte bara en fråga för professionen eller myndigheterna.

Michael Lövtrup

## Ny webbplats jämför kvalitet hos vårdgivare

Svenskt Näringsliv öppnar i augusti en ny webbplats där vårdkonsumenter ska kunna jämföra kvaliteten hos olika vårdgivare.

Uppgifterna på webbplatsen Omvård.se kommer från offentliga källor som landsting och vårdgivare och handlar om sådant som väntetider, behandlingsresultat, listor över klagomål och patientföreningarnas omdömen om vårdgivarna.

Uppgifterna kommer inte att föra enskilda läkare, utan ska presenteras på enhetsnivå. ■

## Engelsk allmänläkare avled i svininfluensa

En allmänläkare från Bedfordshire, England, avled den 11 juli efter att ha blivit smittad av den nya influensan A/H1N1.

Dödsfallet är det sjuttonde i Storbritannien som sätts i samband med den nya influensan. Landet är ett av de mest drabbade i Europa. Hittills har närmare 10 000 fall bekräftats, men det verkliga antalet smittade tros kunna räknas i hundratusental. ■

# »Viktigast för patienten är att få veta vad man lider av«

**Mitt i konsultationen reste sig den äldre damen och sa: »Jaha, nu har jag sagt det jag ville ha sagt.« Och gick iväg. – Jag blev stum. Jag trodde att hon kom för att höra vad jag hade att säga, berättar Annika Andén, allmänläkare i Luleå.**

Händelsen var avgörande. Den blev startskottet till Annika Andéns forskning om hur läkare och patienter uppfattar samma möten.

I 30 år har Annika Andén varit allmänläkare, de senaste 20 åren på Bergnäsets vårdcentral i Luleå.

– Det är det mesta fantastiska och spännande jobb man kan ha, säger hon med eftertryck.

**Redan tidigt** i sitt yrkesliv hade hon emellertid en diffus känsla av att det händer saker i mötet mellan läkare och patient som inte benämns och därför »inte finns«. Under åren växte sig den känslan allt starkare.

Hon bestämde sig för att forska om saken och gjorde en inledande studie där hon intervjuade patienter.

## Bakgrundsfakta om studien

Annika Andén intervjuade först 28 patienter. Därefter intervjuade hon 17 läkare om 43 patientkonsultationer. Sedan delade hon ut enkäter till 25 slumpvis utvalda allmänläkare om 10 patienter var. Enkäter gick också ut till samtliga 250 patienter om samma konsultationer. I en avslutande studie fyllde 16 allmänläkare i enkäter om 366 patientkonsultationer med 378 problem.

– Resultatet var fantastiskt. Oavsett hur det går med forskningen leder det här i alla fall till att jag blir en bättre doktor, tänkte jag. Patienterna förklarade för mig att det allra viktigaste inte är att bli botad, utan att få veta vad det är för sjukdom man har. Några som blivit botade utan att få någon diagnos gav till och med uttryck för missnöje. Det är också viktigt att doktorn bekräftar att patienten »tänker rätt« kring sig själv och sin egen sjukdom, eller talar om om så inte är fallet. Det är alltså oerhört viktigt

att doktorn verkligen lyssnar på patienten.

Många människor är rädda för att de bär på någonting farligt. Detta kommer sällan fram i samtalet med läkaren, men som en lättad kvinna sa i intervjun med Annika Andén: »Nu vet jag att jag har bihåleinflammation och inte cancer.«

Annika Andén fortsatte med sitt forskningsarbete, och i juni blev hennes avhandling »Outcomes from GPs' consultations« klar.

**Läser man den** står det klart att läkare och patienter ofta uppfattar samma läkarbesök på olika sätt. Framför allt har man olika uppfattningar om vad som är ett (bra) resultat av besöket.

Viktigast för patienten är, som redan sagts, att få veta vad man lider av. Näst viktigast är att bot eller lindring ges och i tredje hand att man får hjälp att hitta strategier för att anpassa sig till eventuella förändringar.

– Patienterna talar om en förändrad självbild som ett resultat av läkarbesöket. Det är ett helt nytt begrepp i de

# Särskilt utsatta grupper prioriteras i höstens

**Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet ger upp försöken att hindra smittspridningen av den nya influensan A/H1N1. Nu ska resurserna inriktas på att minska effekterna i stället.**

Trots att stora resurser lagts ner i både Sverige och andra länder på att minska spridningen av den nya influensan har man i land efter land sett en omfattande spridning.

Det är bakgrunden till att myndigheterna nu ändrar

strategi. Hädanefter kommer man inte att leta upp alla som misstänks ha smittats av den nya influensan till exempel vid utlandsresor. Provtagning, behandling och förebyggande åtgärder begränsas från och med nu till riskgrupperna (se ruta).

**Samtidigt begränsas** anmälningsplikten för nya fall av influensa A/H1N1 till patienter som vårdas på sjukhus. Alla fall som diagnostiseras på laboratorierna ska dock

fortfarande anmälas. De friggjorda resurserna ska i stället läggas på att förbereda den stora vaccinationskampanj som ska äga rum till hösten samt på att se till att landstingen klarar att ta emot den stora mängd sjuka personer som väntas.

**Enligt Anders Tegnell**, chef för Socialstyrelsens smittskyddsenhet, finns det sedan tidigare beredskapsplaner i landstingen som innebär att 10–20 procent av alla sjuk-

husbäddar upptas av influensapatienter.

– Landstingen har sagt att man kommer att klara detta, men man kommer att få prioritera och kanske skjuta upp annat som går att skjuta upp.

**Vaccinationskampanjen** ska enligt planerna inledas i slutet av september, då de första av sammanlagt 18 miljoner doser vaccin som Sverige beställt ska börja levereras. Vaccinet ges i två doser med två till fyra veckors mellanrum



Foto: Jens Backström/Eurobild

Läkare och patienter har olika uppfattningar om vad som är ett resultat av en konsultation. Patienterna beskriver till exempel aldrig en sjukskrivning eller ett recept som ett resultat, enligt Annika Andén.

här sammanhangen. Det kan handla om att ta till sig att »nu är jag en sådan som måste äta mediciner« eller »nu kan jag inte längre springa på grund av den här knäskadan«, säger Annika Andén. Det sjuka blir en del av en själv, och det paradoxala kan då inträffa att man inte längre ser sig som sjuk. Den här mekanismen förklarar varför väldigt sjuka människor ibland kan beskriva sig som friska.

**Vad är då viktigast för doktorn?**

– Att göra rätt, svarar Annika Andén. Läkaren värde-

rar sin insats i relation till ett slags kollegial konsensus, det man hänvisar till när man talar om »good clinical practice«.

**När läkarna är tvungna att handla på ett sätt som inte är i enlighet med den kollegiala normen** sker det för det mesta med en känsla av misslyckande.

– En läkare berättade till exempel för mig hur hon en fredag eftermiddag remitterade ett barn som inte var akut sjukt till barnkliniken. Hennes bedömning var att

det var det bästa, just då, för familjen. Men hon våndades samtidigt över hur de på sjukhuset skulle prata om vilken idiot till distriktsläkare hon var som skrivit en remiss helt i onödan. Hon visste att beslutet inte var rätt i kollegial mening.

Eftersom åsikten om vad som kan räknas som ett resultat av en konsultation ofta skiljer sig åt mellan läkare och patient, och eftersom läkare och patienter många gånger tolkar samma begrepp på olika sätt, kan det vara svårt att göra korrekta utvärderingar av allmänläkarvården, menar Annika Andén.

– Tror man att de traditionella kvalitetsmåten täcker in allting, då tänker man fel. Och ser man vården som en vara och patienten som en kund tappar man en mängd dimensioner, understryker hon.

**Om man återgår till begreppet »nöjd«** så är det ändå så att över 90 procent av patienterna i Annika Andéns utfrågningar blev nöjda, lugnade och kände sig bekräftade av sina läkare. 75 procent sade sig förstå mer om sin sjukdom. Patienterna trodde också på bot och/eller lindring i högre grad än läkarna.

**Catarina Gisby**  
Redakta

## Anders Ekbohm granskar misstänkt fusk

**Professor Anders Ekbohm, som utredde fallet med den fus-kande norske cancerforskaren Jon Sudbø, har fått Vetenskapsrådets uppdrag att utreda misstankarna om oredlighet i den sk STAN-studien.**

Som Läkartidningen tidigare rapporterat (LT 44/2008) finns det misstankar om att journaldata förvrängts i en Lancet-artikel som visade att ST-analys, STAN, minskar risken för syrebrist hos foster i samband med förlossningen (rönen presenterades i LT nr 48/2004, sidorna 3875-81).

När misstankarna blev kända lät Lunds universitet, där författarna är verksamma, göra en oberoende granskning. Resultatet fick rektorn att i november 2008 vända sig till Vetenskapsrådet, VR, som har regeringens tillfälliga uppdrag att utreda oredlighet.

Nu har Vetenskapsrådet utsett Anders Ekbohm, professor i epidemiologi vid Karolinska institutet, KI, och Josef Mile-rad, docent i pediatrik vid KI och tidigare medicinsk chefredaktör på Läkartidningen, att granska misstankarna. Utredningen ska vara klar i höst.

Trots tidigare erfarenheter av att utreda misstänkt vetenskaplig oredlighet var det inte självklart för Anders Ekbohm att ta på sig uppdraget.

– Jag tvekade först, men VR övertygade mig om att det är något som behöver göras. Det värsta scenariot är ju om en person som är oskyldig blir uthängd på grund av icke verifierade anklagelser.

**Michael Löwtrup**

## stora vaccinationskampanj

och bedöms därefter kunna ge ett 95-procentigt skydd.

Enligt Annika Linde, stats-epidemiolog vid Smittskyddsinstitutet, kommer troligen viruset, när vaccinationen börjar, inte att ha förändrats så mycket att skyddseffekten reducerats i någon högre grad.

– Det kom nyligen en rapport från Finland som visar att viruset muterat förvårnansvärt lite. Mutationerna tar förmodligen först fart när folk fått antikroppar som vi-

ruset måste smita undan.

De grupper som kommer att prioriteras först i vaccinationskampanjen är speciellt utsatta grupper, som kroniskt sjuka, samt sjukvårdspersonal. I övrigt är det upp till landstingen själva att avgöra i vilken ordning man vill låta folk vaccineras. Det är dock oklart om vaccinet hin-ner godkännas för gravida och barn under två år redan när kampanjen startar, då säkerhetsdata för dessa grupper ännu saknas.

Förhoppningen är att vaccinationen, som beräknas pågå i tio veckor, ska »kapa toppen« av influensapandemin och därmed minska belastningen på samhället. Trots det finns det en klar risk för ett massinsjuknande, säger Annika Linde.

– I och med att skolorna kommer igång och folk börjar träffas på arbetsplatserna kommer vi nog att få en hel del sjuka innan vaccinet kommer.

**Michael Löwtrup**

### Till riskgrupper räknas personer med:

Kronisk lungsjukdom  
Kronisk hjärt-kärlsjukdom  
Svårinställd diabetes  
Nedsatt immunförsvar  
Neuromuskulära sjukdomar  
HIV

### Och dessutom:

Gravida  
Barn med vissa kroniska sjukdomar och utvecklingsstörningar  
Barn under två år