

PATIENTSÄKERHET. »För fan, jag sa ju peang! Finns det inga normala människor här!?» Kanske skrattar du lite överseende åt kirurgens dåliga humör och går vidare. Eller kryper du ihop en smula och hoppas att det inte blir du som får en åthutning nästa gång? Eller är det rent av du som är kirurgen?

TEXT: SARA GUNNARSDOTTER FOTO: ANN-SOFI ROSENKVIST ILLUSTRATION: IDA BJÖRS

Dåligt uppförande patientsäkerhetsrisk

Det handlar om dåligt uppförande på arbetsplatsen, något som på amerikanska benämns som »disruptive behavior» och som på svenska tills vidare får gå under benämningen professionellt beteende. Det kan vara något som sägs i en aggressiv eller nedsättande ton, svar som inte kommer trots upprepade påståtningar, menande suckar eller svordomar och grovt språk.

– I stort sett alla känner till det och alla har en uppfattning om det.

Det säger Marion Lindh, patientsäkerhetsstrateg i hälso- och sjukvårdsnämnden i Stockholms läns landsting. Men att professionellt beteende faktiskt också påverkar patientsäkerheten är en ganska ny tanke i Sverige.

När Marion Lindh 2007 deltog i en resa till några sjukhus i USA för att studera arbetet med patientsäkerhet så pratade man där om att personalens beteende kan påverka patientsäkerheten. Året därpå slog Joint Commission, en oberoende organisation som arbetar med standarder och ackrediteringar i hälso- och sjukvården i USA, fast att oförskämt språk och ovänligt beteende utgör ett allvarligt

■ MARION LINDH

Bor: I Bromma i Stockholm.

Familj: Man och tre vuxna barn.

Medicinsk specialitet: Internmedicin och geriatrik.

Träffade en patient senast: Har vårdat en anhörig under två års tid, men i tjänsten träffade jag en patient senast 1993.

Viktigaste hälsofrågan: Att patienter bemöts respektfullt och får precis den vård de har rätt att få, för att kunna få ett så hälsosamt liv som möjligt.

Viktigaste läkarfrågan: Att tillsammans med övrig personal bygga en god och säker vård.

Egen erfarenhet av oprofessionellt uppförande:

Jag var internmedicinare och hade ett oerhört tufft pass, det gick i ett. Jag jobbade hela lördagen och hela natten

och sov ingenting. På morgonen när jag gick rond så kände jag att jag inte var kapabel att fatta beslut. »Det här går inte. Jag är totalt väck.« Problemet var att jag inte blev avlöst. Jag ringde bakjouren som vägrade att komma in. Jag sa att jag inte klarar upp den här situationen, jag är en risk för patienterna, jag tror inte jag kan fatta rätt beslut, jag är rädd för att det ska hända något. Trots att jag var så explicit så fick jag höra att »Du klarar nog det där« och »Du får vänta till någon annan kommer och löser av dig«. Jag kände mig helt förtvivlad. Jag visste inte vad jag skulle göra. Det fanns ingen annan att vända sig till. Jag var liksom läkaren i tjänst på den där akutmottagningen. Och jag tyckte att det var vidrigt.

hot mot patientsäkerheten och vårdens kvalitet.

Marion Lindh har alltid varit intresserad av teamarbete så tanken att gott samarbete kräver fungerande kommunikation var inte ny för henne.

Det nya var att lyfta upp beteendet till ett riskområde bland andra risker för patientsäkerheten.

– Det tyckte jag var väldigt

intressant, jag hade inte hört någon i Sverige prata om ämnet på det sättet, säger Marion Lindh.

Men på vilket sätt skulle det vara skadligt för patienten, som kanske är sövd, eller inte ens närvarande, om personalen fräser åt varandra? Så länge man inte menar något illa så spelar det väl inte så stor roll? En del har helt

enkelt sämre förmåga att uttrycka sig finkänsligt och positivt. Det måste väl rent av betraktas som mänskligt, i den pressade arbetssituation som är många vardag, att nu och då tappa kontrollen över sin tunga?

– Situationsnärvaron förstörs och det leder till att medarbetare riskerar att göra fel, att skada patienten. Eller så blir man otrygg och tyst, vågar inte säga till när något verkar gå snett, för man vill inte riskera att få tillsägelser eller en knäpp på näsan, säger Marion Lindh.

En amerikansk studie [Porath C, Erez A. Does rudeness matter? The effects of rude behaviour on task performance and helpfulness. *Acad Manage J.* 2007;50:1181-97] visade att studenter som på väg till ett examineringsstillfälle utsattes för oförskämdheter från en lärare, presterade sämre både beträffande rutinuppgifter och kreativa uppgifter. De blev dessutom mindre hjälpsamma. En kanadensisk observationsstudie om teamarbete i operationssalar [Lingard L, Reznick R, Espin S, Regehr G, DeVito I. Team communications in the operating room: talk patterns, sites of tension,



»Jag tror att man som chef måste våga prata om att sådant här förekommer för om man inte som chef vågar lyfta på locket, vem ska då göra det?«, säger Marion Lindh, patientsäkerhetsstrateg i hälso- och sjukvårdsnämnden i Stockholms läns landsting.

and implications for novices. *Academic Medicine*. 2002;77: 232-7] visade att ST-kirurger reagerade på ett spant tonläge i kommunikationen med att antingen tystna och ligga lågt eller att hänga på de erfarna kollegernas vassa samtalston. Enligt författarna var båda strategierna negati-

va för ST-läkarnas egna teamrelationer och tenderade att intensifiera snarare än lösa pågående konflikter mellan personalgrupper.

Marion Lindh beskriver också hur man på Johns Hopkins' universitetssjukhus studerat införandet av checklistor för

procedurer runt centrala venkatetrar. Det visade sig att enheter med ett svagt samarbetsklimat inte lyckades implementera standardiserade evidensbaserade rutiner i samma utsträckning som de som hade ett bra teamklimat.

– Då kanske man inte ska stå och föreläsa om checklis-

tor, om inte kulturen fungerar, säger Marion Lindh.

Den här kunskapen har enligt Marion Lindh fått sjukhuset att, inför införande av till exempel checklistor, göra patientsäkerhetskulturmätningar för att först få en uppfattning om klimatet på enheten. Därefter sker införandet av nya procedurer parallellt med träning i patientsäker kultur.

Så vitt Marion Lindh vet finns ännu inga svenska studier i ämnet, men hon säger att amerikanska studier har visat att de som betar sig oprofessionellt finns i alla personalkategorier, även om fokus länge legat på läkarkårens uppförande i förhållande till framför allt sjuksköterskor.

– Läkare har traditionellt haft en högre position i hierarkin och man lägger kanske alldeles extra märke till doktorer och reflekterar över det. Väldigt många av de amerikanska artiklarna handlar om det här och man vet att personalomsättningen på sjuksköterskor kan påverkas om man har en negativ stämning, satt av någon i en arbetsgrupp.

Det betyder att bemötande också är en ekonomisk fråga. Dålig patientsäkerhet kostar pengar, men även dåligt arbetsklimat eftersom personalomsättningen då ökar.

– Det leder också till dåligt rykte och sjukhusen får då inte patientintäkter, patienter väljer annat, säger Marion Lindh.

Något som förklarar de satsningar som till exempel universitetssjukhuset Van-



BAKJOUR: »Kan du verkligen inte klara någonting själv?«

derbilt gör genom att skicka läkare, och numera även sköterskor, med återkommande oprofessionellt beteende på kvartalslånga CME-kurser. Marion Lindh säger att en ekonomisk kalkyl drivit på utvecklingen, och hon är också övertygad om att det lönar sig.

– Det är väldigt sympatiskt att man satsar så mycket för att hjälpa en individ åt rätt håll, säger Marion Lindh.

Hon beskriver att kurserna innehåller program för ökad självinsikt och aggressivitetshandling och föregås av omfattande utredning för att reda ut vilka omständigheter som finns i såväl privatlivet som arbetslivet.

– Min föreställning är att sådant här beteende är vanligare om man är väldigt utmattad och har en stark arbetsbelastning. Det blir svårare

att hålla tillbaka känslor av vanmakt eller trötthet eller ilska.

Även i Storbritannien har man sedan några år tillbaka organiserade åtgärder för att komma till rätta med läkare, tandläkare och apotekare med oprofessionellt uppförande, oavsett om det visat sig i utfallet av arbetet eller inte. Det är National Clinical Assessment Service, en gren av den statliga sjukvårdsorganisationen NHS, som hanterar frågorna.

I Sverige har Socialstyrelsen ansvaret för tillsynen över sjukvården, och i och med den nya patientsäkerhetslagen ska fokus bland annat öka på individer som verkligen utgör en patientsäkerhetsrisk. Den som blir föremål för skyddsåtgärden provotid ska få en tydlig plan

att hålla sig till för att verkligen ha möjlighet att bli en fungerande yrkesutövare igen. Marion Lindh säger att det i övrigt är företagshälsovården eller personalavdelningen som får hantera frågor om oprofessionellt uppförande bland de anställda.

– Men hittills har inte personalavdelningarna haft fokus på de här frågeställningarna utifrån patientsäkerhetsperspektivet.

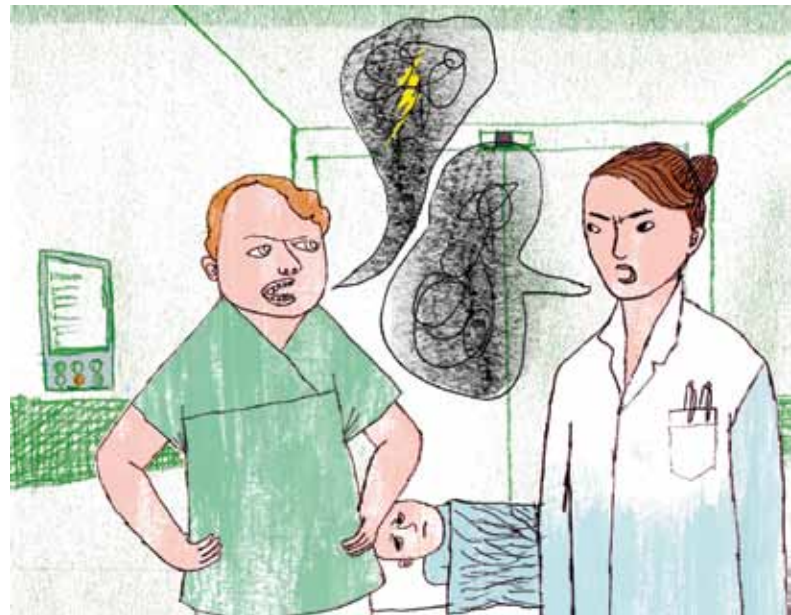
Hon menar att det finns ett system för att ta hand om problem på arbetsplatsen, framför allt för drog-, alkohol- och läkemedelsmissbruk.

– Men jag tror inte att det är så vanligt att man hanterar frågor om »disruptive behavior«. Vi behöver föra en diskussion mellan patientsäkerhetsexperter och personal-

»Vi behöver föra en diskussion mellan patientsäkerhetsexperter och personalavdelningar kring frågeställningar som påverkar patientsäkerhet.«

avdelningar kring frågeställningar som påverkar patientsäkerhet. Arbetsbelastning är definitivt ett sådant område, men också kvaliteten i teamarbetet och vad man ska göra åt det.

Enligt regeringens patientsäkerhetssatsning, som presenterades i december i fjol, finns det möjlighet för landstingen att få pengar från staten om



I HISSEN: »De fattar ju inte hur vi jobbar. Hur kan de tro att vi ska kunna ta emot ännu fler patienter?«

Efter en föreläsning som Marion Lindh höll fick hon ett brev från en läkarstudent som hade gjort praktik på en kirurgisk enhet:

Redan utanför operationssalen när jag skulle sprita händerna började det. Jag tar sprit vid tvättstället där kirurgen står och tvättar händerna och hans kommentar är »Hörru, det finns ett tvättställe där borta också om du inte noterat det«. Undertonen är besk.

Vi går in i salen. Han kommenterar oavbrutet att jag håller hakarna fel, är i vägen, är för långsam. Han ställer en fråga som han själv besvarar: »Vad är läkarkandidater till för?« »Jo, att assistera kirurgen utan att sy-

nas eller ta plats.« Han börjar förhöra mig om anatomi medan han dissekerar sig in i organet, samtidigt som han högt och ljudligt klagar på mina prestationer. Jag skäms, för jag kunde inte svara särskilt väl och var dåligt påläst. Han ger sig inte när jag inte kan svara utan frågar om varenda struktur och tvingar mig att upprepa ett antal gånger: »Jag är ledsen, jag är dåligt påläst« eller »Jag kan tyvärr inte«.

Det känns obekvämt, som att han på nå-

man bland annat mäter patientsäkerhetskulturen bland minst en fjärdedel av sin personal (se LT nr 51–52/2010).

Det tror Marion Lindh kommer att sätta fart på intresset för frågor om bemötande och förhållningssätt

– När man börjar lära sig om kopplingen mellan beteende och patientsäkerhet så kommer det nog att väckas ett intresse. Jag vet att personalchefer redan nu tillsammans börjar, just med anledning av kulturenkäten, fundera på hur man kan arbeta med frågorna.

Marion Lindh säger att när man i andra länder börjat mäta patientsäkerhetskulturen är det inte ovanligt att resultatet blir sämre andra gången man mäter, men att man ska se det som något positivt, för då har man öppnat locket och folk har förstått att det går att svara på enkäten. – Medvetenheten har ökat. Jag tror att det är ett medel som kan fungera för väldigt många verksamheter.

Marion Lindh tror att det blir svårt, när fler blir varse att mjuka data kan påverka utgången för patienterna, att säga »Det där var väl inget, lite får man väl stå ut med« om otrevliga kommentarer eller attityder.

– Man kan ju komma in på öppna expeditioner på ett sjukhus och höra hur någon ryar och sätter en agenda för alla andra, och sedan ska de ut och jobba, då har de med sig den där ryggsäcken, säger Marion Lindh.

Och hon påpekar att det inte är en fråga om rötägg,

utan precis som annat patientsäkerhetsarbete måste lyftas till systemnivå. Och sjukvården bjuder på många svåra och komplicerade system att verka i.

– Det händer hela tiden oförutsedda saker. Det gör det faktiskt inte när man flyger ett flygplan. I vården går inte saker alltid »by procedure«, då gäller det att hela tiden vara på alerten och vara medveten. Och att prata om vad som händer. Ofta när vi blir pressade så blir vi tysta, när vi tvärtom borde öka kommunikationen. Det är oerhört centralt i vårdarbetet. Att hjälpa varandra att hålla situationsnärvaron hög.

Marion Lindh tycker att det redan vid anställningen borde göras klart vad chefen och organisationen tycker är acceptabla respektive oacceptabla beteenden.

– Många sjukhus i USA har »code of conduct«, ett uppförandekontrakt, inför anställningen där man handfast beskriver vad som är okej och inte okej.

Sedan 2009 kräver Joint Commission att sjukhuset/organisationen har ett uppförandekontrakt som definierar vad som är acceptabelt och vad som är oprofessionellt eller olämpligt beteende. Ledningen ska också ha en plan för att hantera oprofessionellt och olämpligt beteende.

– Jag kan inte påminna mig om att jag någonsin under min läkarkarriär fått höra hur jag borde bete mig, säger Marion Lindh.

Och hon återkommer till att introduktionen av nyan-



PÅ TEAMKONFERENS: »Tänk att de idioterna inte ens kan skriva en remiss så man begriper!«

ställda är en väldigt viktig bit i teambyggarpusslet.

– Man måste lägga krut på den. Man kan inte bara lägga fram en pärm och säga »gå hem och läs, så vet du hur det är«. Många tror att man måste säga allt första dagen. Men allt går inte att proppa i direkt. Man måste sitta ner och prata med varandra. Man borde ha ett år på sig att skola

»När man börjar lära sig om kopplingen mellan beteende och patientsäkerhet så kommer det nog att väckas ett intresse.«

in någon i kulturen. För det är ju kultur det handlar om.

Marion Lindh anser att svensk sjukvård bör stödja medarbetare och chefer att hantera oprofessionellt beteende, till exempel genom att ta fram handböcker och skraddarsydda program.

Men hon vill samtidigt påminna om att även om problemet är välkänt, och kanske till och med upplevt, av de allra flesta så präglar det inte klimatet i svensk hälso- och sjukvård.

– Det tror jag inte alls, utan jag tror att det är ovanligt. Men ändå: om det finns personer som har de här problemen så kan det påverka rätt så många runt omkring. ■

got sätt ville förnedra mig och påvisa min okunskap inför alla på operationssalen. Han håller upp en struktur och säger sarkastiskt: »Nerv eller kärl, det måste du väl kunna? Har du sovit dig igenom hela läkarutbildningen eller?« Jag svarar att det var väldigt länge sedan jag läste anatomi men att »du får gärna berätta vad du ser, så



kanske jag kan lära mig.« Men det nappar han inte på utan svarar: »Så du har inte ens orkat öppna en anatomibok sedan dess!«

Han vill heller inte svara på mina frågor om anatomiska strukturer för detta borde

jag kunna efter tre års studier, tycker han. »Kan du inte anatomi, så ska du inte bli läkare.« Hela händelsen gjorde att jag kände mig enormt osäker och blev fumlig och att jag bara vara i vägen och inte gjorde ett särskilt bra jobb som assistent.

Jag ville bara gå ut ur rummet och be honom skaffa en ny assistent. Jag kände mig arg, ledsen och förnedrad och med självförtroendet i botten.

Jag lärde mig inte ett skvatt. ■

Minskningen av vårdplatser fortsätter

Ett hundratal vårdplatser försvann i Sverige under 2010 – trots att sjukhusen under året haft Arbetsmiljöverkets ögon på sig när det gäller överbeläggningarna.

Vårdplatserna i Sverige fortsätter att minska

Vårdplatserna fortsätter att minska

Tre landsting står för största förändringen

Redan för ett par år sedan förutspåddes att vårdplatsminskningen i Sverige, som pågått under decennier och fört Sverige till en bottenplats bland jämförbara länder, var på väg att stanna av och rent av vända.

När Sveriges Kommuner och landsting nu släppt sin årliga statistik om hälso- och sjukvården visar det sig att Läkartidningen och andra medier som följer frågan kan fortsätta med att återanvända sina gamla rubriker. Mellan 2009 och 2010 försvann totalt ett hundratal vårdplatser, vilket ihop med befolkningsökningen gör att antalet vårdplatser inom den specialiserade somatiska vården nu är nere på 2,2 per 1 000 invånare.

Arbetsmiljöverket, som med stigande irritation sett hur de ständiga överbeläggningarna sliter på personalen, genomförde under 2010 en stor nationell tillsyn. Samtliga akutsjukhus i landet fick redovisa hur man arbetar för att undvika överbeläggningar och för att inte personalen ska komma till skada när överbeläggningar likväl uppkommer (se LT nr 48/2010). På Arbetsmiljöverkets Göteborgskontor, varifrån den nationella tillsynen samordnades, reagerar arbetsmiljöinspektör Tommy Fahlander på de nya siffrorna.

– Det är lite förvånande. Vi har träffat SKL, och där säger man att landstingen jobbar

Ur Läkartidningen nr 24/2010 samt nr 36/2009

med överbeläggningarna och att man bland annat i Stockholm fattat beslut om att öka antalet vårdplatser.

Statistiken från SKL visar att för andra året i rad är det Västra Götaland som drar ned mest. 2009 försvann 91 vårdplatser och förra året 143 platser i regionen.

Har Västra Götaland större marginaler än andra landsting?

– Vi har inte sett att man skulle ha större marginaler där än på andra ställen. Generellt sett är det små marginaler på sjukhusen, och i de flesta fallen hanterar man överbeläggningar genom akuta lösningar i stunden, säger Tommy Fahlander.

Ett landsting där man efter beslut i landstingsstyrelsen dragit in många vårdplatser är Västernorrland. Vid Sundsvalls sjukhus minskades antalet vårdplatser med 42 under 2009–2010. Socialstyrelsen, som i februari i år genomförde en inspektion vid akutcentrum och medicinkliniken, konstaterade nyligen i ett bistert tillsynsbeslut att under samma period har överbeläggningarna ökat. Personalen är stressad, patienter läggs i korridorer och kvinnliga och manliga patienter blandas. På den medicinska allvårdsavdelningen har man, enligt Socialstyrelsen, i medeltal 3–4 överbe-

läggningsar varje dygn.

Socialstyrelsen skriver att det som är tänkt som en nödlösning, överbe-

läggningsar, är dagligen förekommande. Var det realistiskt att dra in så många platser?

– Ja. Ramen när det gäller antal vårdplatser i förhållande till behovet verkar rimlig, men vi behöver arbeta vidare med »mellanväggarna«, den inre logistiken. Vi visste redan tidigare att situationen på medicinkliniken är ansträngd i förhållande till andra block, säger tillförordnade chefläkaren Per Skude.

Är situationen, med tanke på överbeläggningarna, säker för patienterna i dag?

– Det är en svår fråga. Vi har, jämfört med andra sjukhus i länet, en högre förekomst av fall- och tryckskaador, men kopplingen mellan utlokaliseringar och överbeläggningar och faktiskt inträffade undvikbara vårdskador är inte helt klarlagd. Men vi kan se att det är ett riskområde, och därför ska vi undvika det så mycket som möjligt.

Som en uppföljning av förra årets nationella tillsyn genomför Arbetsmiljöverket för närvarande stickprovskontroller på sjukhusen för att se om den bild av hur man arbetar med överbeläggningar överensstämmer med verkligheten. Innan dessa är klara är det enligt Tommy Fahlander för tidigt att säga om tillsynsinsatsen haft avsedd effekt.

Michael Lövtrup

CEPN: »Etiklagen omöjliggör viktig forskning«

Centrala etikprövningsnämnden, CEPN, vill ha en snabb ändring av etikprövningslagen för att möjliggöra forskning på akut medvetlösa patienter. Nyligen tvingades man säga nej till en studie där man ville se om fler överlever vid hjärt-lungräddning om patientens ben höjs. Forskning på personer som inte kan ge sitt samtycke, som medvetlösa, får dock bara ske efter samråd med nära anhörig. I det aktuella fallet är det omöjligt att leva upp till det kravet, eftersom behandlingen måste påbörjas inom två minuter.

CEPN har skickat sitt avslagsbeslut till regeringen som ett »åskådningsexempel«.

Eftersom den lag om ställföreträderskap som just nu bereds lär dröja, krävde CEPN tillsammans med Vetenskapsrådet och Läkemedelsverket för en tid sedan av regeringen att man provisoriskt byter ut ordet »ska« mot »bör« i den paragraf i etikprövningslagen som tar upp samrådskravet. **ML**

Astrid Lindgren-fallet: Ingen överprövning av åtalet

Utvecklingscentrum i Göteborg beslutade förra veckan att inte göra någon överprövning av åklagarens beslut att stå fast vid det väckta åtalet mot narkosläkaren.

I maj begärde åklagaren en överprövning, eftersom narkosläkarens advokat ansåg att inget av det som gjorts gällande verkar gå att bevisa med säkerhet (se LT nr 21/2011).

Enligt Utvecklingscentrums beslut är det en väl etablerad praxis att inte ta upp beslut till överprövning om de kan prövas i domstol och om det inte är direkt felaktigt. Rättegången inleddes den 13 september. **SG**

Utredningsförslag: Samma vårdvillkor för papperslösa som för bosatta

Från och med 2013 ska asylsökande och papperslösa ha samma tillgång till vård som bosatta i Sverige och på samma villkor och med samma patientavgifter. Det föreslår betänkandet »Vård efter behov och på lika villkor – en mänsklig rättighet« (SOU 2011:48), som överlämnades till socialminister Göran Hägglund den 31 maj. **MN**

Fortsatt strid för allmänläkarkompetensen

Regeringen tar fortsatt strid mot EU-kommissionen för att få behålla dubbla kompetenser inom allmänmedicin, Europaläkarna respektive specialister i allmänmedicin. Läkarförbundet vill helst se höjda kompetenskrav för alla EU:s allmänläkare.

Den svenska regeringen tillbakavisade på tisdagen den 7 juni ännu en gång EU-kommissionens krav på att Sverige jämställer Europaläkare med specialister i allmänmedicin. I en skrivelse från regeringskansliets rättssekretariat till EU-kommissionens generalsekretariat motiverar Sverige i 22 punkter sin hållning, som i kortversion är: Europaläkare med tre års utbildning kan inte jämföras med specialister i allmänmedicin.

Skrivelsen för Sverige ett steg närmare en eventuell och i så fall mycket kostsam process, i händelse av en fällande dom i Europadomstolen.

– Vi är inte där än. Först ska i så fall komma en stämningensansökan som vi får ta ställning till, säger David Winks, pressekreterare hos socialminister Göran Hägglund (KD).

Det var i april i år som EU-kommissionen i ett så kallat motiverat yttrande upprepade krav på att Sverige måste jämställa Europaläkare med specialister i allmänmedicin. I sitt svar till kommissionen framhåller regeringen att »en specialist i allmänmedicin har en längre utbildning och kan behandla fler åkommor» [än Europaläkare], men att man ser en uppgift för Europaläkarna inom en växande svensk närsvård.

Samtidigt som den svenska regeringen kämpar för att be-

hålla de dubbla kompetenserna och den svenska modellen med en omfattande första linjens vård, så skiftar Läkarförbundet strategi för hur man vill arbeta med kompetensfrågan.



Ove Andersson och förbundet arbetar hårt för att höja kompetenskraven för allmänläkarna.

– **Grundhypotesen** som vi stridit för, och som vi kommer att fortsätta strida för på det politiska planet, är att det är en skillnad att vara specialist i allmänmedicin och att vara Europaläkare, säger Ove Andersson, ordförande i Distriktsläkarförbundet och ledamot i Läkarförbundets centralstyrelse.

– På längre sikt vill vi se att Europaläkarkompetensen uttrangeras helt från svensk lagstiftning och sjukvård.

Men i stället för att kräva en nationell kompletteringsutbildning av dem som vill verka som specialist i allmänmedicin i Sverige bör Läkarförbundet »tillsammans med övriga Europa» arbeta hårt för att höja kompetenskraven i yrkeskvalifikationsdirektivet för läkare inom allmänmedicin, menar Ove Andersson och hänvisar till artikel 28, som juridiskt definierar kompetenskraven för allmänpraktiserande läkare.

– Från förbundets sida har vi gjort den bedömningen att vi har ett ansvar gentemot patienterna och utvecklingen av vår specialitet i Europa att höja kompetenskraven för allmänläkare i EU.

Samtidigt med tvisten mellan Sverige och EU-kommissionen om kompetenser inom allmänmedicin pågår paral-

lellt en politisk process med att revidera yrkeskvalifikationsdirektivet. Det innebär att det politiska arbetet för ökade kompetenskrav kommer att vara viktigt det kommande året oavsett vad som händer i den pågående rättsprocessen.

– **Fackligt finns det** en europeisk samstämmighet om att utveckla den nuvarande juridiska kompetensdefinitionen inom den europeiska lagstiftningen. Det arbetet måste fortsätta oavsett den pågående juridiska processen som Sverige är inblandad i, säger Ove Andersson.

Marie Närlid

»Samla all högspecialiserad vård i Skåne på en plats«

I en rapport till regionpolitikerna, där framtida alternativ för Skånes universitetssjukhus, SUS, analyseras, hävdar sjukhusdirektören, Bent Christensen, att en koncentring av högspecialiserad och viss specialiserad vård till ett enda geografiskt sjukhusområde innebär flest fördelar för patienter, medarbetare, klinisk verksamhet, forskning och undervisning.

Att slå samman den högspecialiserade vården skulle kräva omfattande nybyggnationer, och i rapporten diskuteras möjligheten att bygga ett helt nytt sjukhus, dock utan att ta ställning till om det skulle förläggas till Malmö eller Lund – eller på neutral plats däremellan.

ML

Läkartidningen får språkpris

Bengt I Lindskogs språkpris, som delas ut vartannat år, går i år till Läkartidningen. Det beslutade Svenska Läkaresällskapets nämnd vid sitt möte i slutet av maj.

– Det är en högt värderad utmärkelse som bekräftar våra ambitioner att ha en hög språklig standard inom vårt område, säger Läkartidningens chefredaktör Jonas Hultkvist.

Jarl Holmén är sedan många år ansvarig för Läkartidningens språkvård:

– Det är roligt att Läkartidningen får det här priset och att vårt arbete med språket i artiklarna uppmärksammas, säger Jarl Holmén.

Han tror att en del av uppfattningen om Läkartidningen som pålitlig och trovärdig har sin grund i att texterna är



så väl bearbetade.

– Vi har fyra ledstjärnor för vår textbearbetning: klart, konsekvent, korrekt och kortfattat, säger Jarl Holmén.

Jarl Holmén sitter sedan 1990 i Läkaresällskapets språkkommitté. Det är kommittén som tar fram förslag på pris-

tagare, men i årets förslag till beslut har han inte deltagit, påpekar han.

Priset ska delas ut vid Läkaresällskapets årshögtid den 1 november.

Elisabet Ohlin

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

Prismotivering:

»Läkartidningen är den viktigaste medicinska facktidskriften på svenska, och har som sådan en central roll för utvecklingen av det

medicinska fackspråket. Förutom en hög vetenskaplig kvalitet på införda artiklar, tar tidningen också sitt ansvar för att hålla en hög språklig nivå. Genom att slå vakt om hur medicinska

facktermer ska stavas och hanteras grammatiskt, och genom att främja användningen av svensk medicinsk terminologi, bidrar Läkartidningen till god språklig sed inom hälso- och sjuk-

vården. Tack vare detta gedigna språkliga arbete har Läkartidningen också betydelse för språkbruket i svensk medicinsk litteratur överlag.«

EO