

IVO  
Avdelning Öst  
Box 6202  
102 34 Stockholm

Fax 010-788 56 37

Yttrande avseende anmälan till IVO som gjorts av Catarina Andersson Forsman (CAF), direktör Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting, ”Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg rörande legitimerade läkaren Stefan Blomberg (520301)”, vilken har kommit till vår kännedom.

Det HSF påstår bestrids.

#### A. YRKANDE:

Då inget som anförts av HSF skulle kunna leda till ett återkallande av dr Stefan Blombergs legitimation yrkas att IVO fattar ett omedelbart beslut och avskriver ärendet från ytterligare åtgärd.

Prövotid anser vi inte vara relevant i detta ärende.

#### B. GRUNDER:

B1. Grunden för yrkandet är att Stockholm Clinic — Stay Active, STAYAC AB ej kan beviljas avtal med HSF avseende fritt vårdval enligt LOV ”Rehabilitering för långvarig smärta med eller utan samsjuklighet och för utmattningssyndrom”, där ansökan ska lämnas in omgående, så länge som HSF anser att dr Stefan Blomberg har en pågående anmälan hos IVO.

B2. HSF riktar ingen kritik mot dr Stefan Blombergs medicinska behandling av patienter.

#### C. TILL HSF’S ANMÄLAN:

Vi vill omgående ha personuppgifter på de 2 anonyma anmälare som anmälan avser.

C1. I sammanfattningen skriver Andersson Forsman ”Trots att HSF inte erhållit allt material som HSF efterfrågat...”

Projektledaren för revisionen, Dag Ström, har under punkt 2.2.2 och 2.2.4 i revisionsrapporten efterfrågat patientmaterial och patientinformation som är sekretessbelagt. Det finns två principiellt olika sätt att lagligt få tillgång till patientjournaler. Den första modellen är att

fråga patienterna om medgivande den andra att slumpa ut ett urval journaler som sorgfälligt avidentifieras. Ingen av dessa modeller har accepterats av projektledaren när STAYAC föreslagit detta. För säkerhets skull har vi flera gånger kontrollerat detta med Socialstyrelsens expertjurister i sekretessfrågor – därvid har vår tolkning av lagen bekräftats. Vi har därmed inte kunnat lämna ut ovanstående efterfrågat material. Vi har vid upprepade tillfällen erbjudit en dialog om hur vi ska lösa informationsflödet men inte överhuvudtaget fått någon återkoppling från projektledaren.

Vi finner det anmärkningsvärt att Hälso- och sjukvårdsdirektören kritiserar Stefan Blomberg (SB) för att kliniken inte lämnat ut material på ett sätt som skulle innebära ett sekretessbrott om det lämnades ut.

C 2. Vidare skriver CAF att ”SB givit injektionsbehandling utan att själv undersöka patienten vid behandlingstillfället”.

Detta stämmer inte — alla som vet något om hur injektionsbehandling går till vet att det behövs en noggrann undersökning på varje patient för att veta var en injektion skall appliceras för att få önskad effekt.

C 3. CAF skriver att det finns ”journalanteckningar med mycket opassande innehåll”.

Vi har inte fått information om vilka anteckningar det gäller, men vid en genomgång av de 65 journaler som revisionen har arbetat med kan vi inte finna något journalnotat som har ett mycket opassande innehåll.

C 4. Under ”Bakgrund” skriver CAF ”SB var tills nyligen VD...”

SB har inte varit VD. Företaget har under några år inte haft någon VD. December 2013 tillträdde Stina Öhman som VD.

C 5. CAF hänvisar till ”Anmälare 1”. En patient som vill vara anonym. CAF skriver ”Patientens uppgifter rörande sakuppgifterna har inte kunnat kontrolleras, men framfördes på ett trovärdigt sätt.”

Detta handlar om ren hörsägen som inte torde vara underlag nog att fatta ett beslut på.

C 6. ”Anmälare 2” gäller också ett ärende som vi inte fått ta del av.

Det skulle mycket väl kunna röra sig om ett missförstånd. Detta handlar också om ren hörsägen som inte torde vara underlag nog att fatta ett beslut på.

C 7. Under ”Besöksrapportering av läkarledd patientundervisning” skriver CAF ”... framgår att minst fyra patienter under åren 2011 till 2013 endast deltagit vid fem gruppaktiviteter och inte haft besök i övrigt hos vårdgivaren. Detta kan indikera att anhöriga registreras som patienter.”

CAF har inte tagit i beaktande att det också skulle kunna handla om patienter som får behandling på annan klinik som inte har tillgång till patientundervisning och därför hänvisats till denna klinik för att delta i patientundervisningen.

C 8. Under ”Nybesök hos läkare” skriver CAF ”Vid stickprov på besöksrapportering framkom att patienter registrerats för flera nybesök hos läkaren under en behandlingsperiod. – – Diagnosregistrering fanns uteslutande vid besöksregistrering hos sjukgymnast och visar samma diagnos under hela behandlingsserien.”

Kliniken diagnosregistrerar i journalprogrammet, Profdoc, Journal 3. Vid ovanstående stickprov har HSF inte kontrollerat patientjournalerna utan kontrollerat de besökskvitton som kliniken inrapporterat till det så kallade ARV-systemet på HSF. Efter HSF önskemål sedan några år tillbaka är sjukgymnasters kvitton kopplade till en diagnos. Detta innebär att för att ett besökskvitto för en sjukgymnast ska bli godkänt i ARV-systemet måste sjukgymnasten koppla en diagnos till kvittot. Systemet ger ingen möjlighet att koppla mer än en diagnos per kvitto. Det finns ingen möjlighet för läkare att koppla en diagnos till kvittot. Däremot rapporterar kliniken in alla läkarbesök och deras samtliga diagnoser till Patientregistret på Socialstyrelsen varje år. CAF menar att patienterna endast haft en diagnos, vilket är grovt felaktigt.

C 9. Under ”Revision av Stayac” skriver CAF ”Stayac har fördröjt processen bland annat genom att inte lämna ut efterfrågat material.”

Enligt ovan har kliniken inte lämnat ut det material som Socialstyrelsens sakkunniga jurister bedömt att det skulle innebära ett sekretessbrott att lämna ut. Återigen anklagar CAF SB för att han vägrat begå ett sekretessbrott.

C 10. Längre ner står det ”Endast en av 65 journaler uppfyller kravmallen för MMR2.”

Vi anser att Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, HSF, har godkänt vår hantering av regelverket genom att INTE reagera när vi noggrant och öppet redogjort för hur vi hanterar vår verksamhet inom den Nationella Rehabiliteringsgarantin och genom att, under alla år, betala de fakturor vi ställt där det framgår hur vi agerat.

Som vi skrivit i ”Kravmall för Nationella Rehabiliteringsgarantin 2013” under punkt 4a:” Vår pragmatiska utredningsmodell enligt flödesschemat leder dock till stora individuella skillnader över tid. Vår MMR2 är inte standardiserad och likadan för varje patient utan högradigt skräddarsydd.” Kravmallen är godkänd av HSF.

Vi har i ”Kravmall för Nationella Rehabiliteringsgarantin 2013” informerat HSF om att vår klinik uppfyller de kompetenskrav som beskrivs för MMR2 i Överenskommelsen (sid 13-14).

Vi har öppet och noggrant redovisat för HSF hur vi arbetar inom rehabiliteringsgarantin. Vi har aktivt medverkat vid träffar på HSF för olika aktörer inom rehabiliteringsgarantin. Anne-Marie Norén, ansvarig för rehabiliteringsgarantin på HSF, inbjöd oss till "Möte för MMR-team den 23 augusti 2012" för att presentera vårt arbetssätt inom rehabiliteringsgarantin. Då HSF, inte på något sätt har reagerat, efter att ha fått den informationen har vi, självfallet, utgått från att vi har en samsyn kring vårt arbete inom ramarna för rehabiliteringsgarantin. Vi har verkat i god tro att vi har gjort allt korrekt enligt regelverket. Vi anser att HSF har godkänt vår hantering av regelverket, dels genom att under alla år betala de fakturor vi ställt till dem och dels genom att inte reagera när vi utförligt berättat om hur vi hanterar vår verksamhet.

HSF har sålunda varit välinformerade om vår tolkning av regelverket.

C 11. Under "Revisionsresultat gällande legitimerade läkaren och verksamhetschefen SB" skriver CAF "I sju fall har det vid genomgång av journalerna konstaterats att det finns uppgifter som uppenbarligen inte behövs för patientens vård..." som exempel ges att SB och en patient har gemensamma bekanta.

Vidare skriver CAF "I fem journaler återfinns journalanteckningar som utgör interna meddelanden av administrativ karaktär..."

Vi har inte fått information om vilka anteckningar det gäller, men vid en genomgång av de 65 journaler som revisionen har arbetat med kan vi inte finna något journalnotat som har ett mycket opassande innehåll. Huruvida det är adekvat eller inte att journalföra att läkaren och patienten har gemensamma bekanta finns det delade meningar. Vad CAF menar med administrativ karaktär framgår inte. Kliniken finner det angeläget att det av journalen framgår ärenden av administrativ karaktär såsom till exempel om patienten lämnar många återbud. Det är en del av behandlingen att till exempel kunna guida patienten i sitt eget motivationsarbete.

C 12. CAFs slutsatser är för oss oförklarliga och tendensiösa.

C 13. CAF hänvisar till den revision av kliniken som gjorts av BDO.

Vi bemöter nedan **några** av de brister vi funnit i revisionsrapporten.

C 14. Från BDO har Bo Andersson, certifierad kommunal yrkesrevisor varit uppdragsansvarig. I sin revision hävdar han att: "Granskningen har genomförts i enlighet med SKYREV:s riktlinjer och vägledning vad gäller revisionsarbete och god revisionsred. Vid granskningen har vi tillämpat lagar, föreskrifter och riktlinjer som gäller för aktuell period."

En revision ska enligt god revisionsred vara saklig och belysa en helhetsbild.

Den 20e februari 2014 presenterade revisionens projektledare, Dag Ström, BDO, sin revisionsrapport för oss och Olle Olofsson, Bengt Haglund, Britta Larssmark och Anne-Marie Norén på HSF. Ström kallade rapporten för "arbetsmaterial" men han betonade att han inte bedömde att han skulle göra några förändringar i densamma. I BDOs "arbetsmaterial" återkommer formuleringen: "Journaldokumentationen har i de fall vi granskat enligt vår

bedömning skötts i huvudsak korrekt och i överensstämmelse med patientdatalagens bestämmelser och Läkarförbundets etiska regler. Dokumentationen innehåller de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Signering har skötts korrekt. Personuppgifter har med några undantag utformats och i övrigt behandlats så att patienters och övriga registrerades integritet respekteras."

Av någon anledning har man i slutrapporten valt att ta bort ovanstående del av helheten.

C 15. Revisionen innehåller dessutom grova sakfel som inte hade uppstått om revisionen bedrivits i enlighet med god revisions sed och i kommunikation med oss. Revisionen har genomförts utan att överhuvudtaget kommunicera med någon på kliniken

C 16. Endast ett fåtal av SKYREVs etiska regler har följts; Det finns ingen saklighet eller objektivitet i revisionen. Det finns ingen allsidig belysning i revisionen. Man har inte redovisat samtliga omständigheter.

C 17. Under arbetet med revisionen har projektledare Dag Ström vid upprepade tillfällen krävt att kliniken ska lämna ut sekretesshandlingar på ett sätt som strider mot svensk lagstiftning. Trots kliniken hänvisning till uttalanden från Socialstyrelsens sakkunniga jurister har Ström fortsatt kräva ut detta material. Ström har på frågan "Kan du hjälpa oss genom att tala om var i sekretesslagstiftningen du finner en möjlighet för oss att lämna ut materialet så att vi kan tillmötesgå dig?" svarat "Jag kommenterar inte det i dagsläget.". I revisionsrapporten hänvisas det till "Vårdgivarens vägran att lämna ut begärda journaler..." på ett antal ställen. Vi anser det vara vår skyldighet och vår rättighet att följa svensk lagstiftning. En revision som kräver det motsatta har grovt brutit mot allt vad god revisions sed innebär.

C 18. Projektledaren på BDO, Dag Ström, har vid sittande bord sagt "Jag vet att ni begår ett sekretessbrott om ni skriver under de handlingar jag kräver att få underskrivna".

C 19. Revisionens syfte har tre frågeställningar:

#### Revisionens fråga 1: Granskning av journalföring:

Vi citerar den ursprungliga rapporten ("arbetskopian"):

"I de fall vi granskat har journaldokumentationen enligt vår bedömning skötts i huvudsak korrekt och i överensstämmelse med patientdatalagens bestämmelse och Läkarförbundets etiska regler. Dokumentationen innehåller de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Signering har skötts korrekt. Personuppgifter har med något undantag utformats och i övrigt behandlats så att patienters och övriga registrerades integritet respekteras."

Det vill säga: Journaldokumentationen är OK.

### Revisionens fråga 2: Nybesöksregistrering hos läkare:

Nybesök hos läkare, tabell 2 sidan 14 i rapporten. För att kunna bedöma åtgärdens samstämmighet med avtalet måste man även ange hur många av besöken som bedöms ha tagit mer än 60 minuter inklusive journalföring, vilket inte utretts. Vi förstår den stora utmaningen att utifrån löpande journaltext bedöma ett besöks längd. Vid klinikens interna utredningar kring tidsåtgång vid nybesök hos läkare har vi funnit att ett stort antal av nybesöken, inklusive journalskrivning, tar betydligt längre tid än 60 minuter. Det intressanta torde vara snitttiden på nybesök.

### Revisionens fråga 3: Inrapporterade MMR-patienter:

Vi anser att Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, HSF, har godkänt vår hantering av regelverket genom att INTE reagera när vi noggrant redogjort för hur vi hanterar vår verksamhet inom den Nationella Rehabiliteringsgarantin och genom att, under alla år, betala de fakturor vi ställt.

Som vi skrivit i "Kravmall för Nationella Rehabiliteringsgarantin 2013" under punkt 4a: "Vår pragmatiska utredningsmodell enligt flödesschemat leder dock till stora individuella skillnader över tid. Vår MMR2 är inte standardiserad och likadan för varje patient utan höggradigt skräddarsydd." Kravmallen är godkänd av HSF.

Vi har i "Kravmall för Nationella Rehabiliteringsgarantin 2013" informerat HSF om att vår klinik uppfyller de kompetenskrav som beskrivs för MMR2 i Överenskommelsen (sid 13-14). Vi har öppet och noggrant redovisat för HSF hur vi arbetar inom rehabiliteringsgarantin. Vi har aktivt medverkat vid träffar på HSF för olika aktörer inom rehabiliteringsgarantin. Anne-Marie Norén, ansvarig för rehabiliteringsgarantin på HSF, inbjöd oss till "Möte för MMR-team den 23 augusti 2012" för att presentera vårt arbetssätt inom rehabiliteringsgarantin. Då HSF, inte på något sätt har reagerat, efter att ha fått den informationen har vi, självfallet, utgått från att vi har en samsyn kring vårt arbete inom ramarna för rehabiliteringsgarantin. Vi har verkat i god tro att vi har gjort allt korrekt enligt regelverket. Vi anser att HSF har godkänt vår hantering av regelverket, dels genom att under alla år betala de fakturor vi ställt till dem och dels genom att inte reagera när vi utförligt berättat om hur vi hanterar vår verksamhet.

C 20. Sidan 2(21) "Etik och relevans i journalföringen" "I en patientjournal saknas journalanteckningar från samtliga vårdkontakter med en läkare".

Detta är inkorrekt. Hade BDO kontaktat kliniken under pågående revision, i enlighet med god revisionssed, hade detta misstag omedelbart kunna redas ut.

C 21. Under "Den multimodala behandlingsprocessen" står det "Hos vårdgivaren har det enligt journaldokumentationen konstaterats att det är uteslutande sjukgymnast som gör den kliniska bedömningen om inklusion i rehabiliteringsgarantin."

Om BDO hade kommunicerat med kliniken under pågående revision hade följande framkommit (information som för övrigt ingick i den presentation av vårt arbetssätt som kliniken hade för Anne-Marie Norén, ansvarig tjänsteman på HSF):

En remiss inkommer till kliniken och en remissbedömning görs av läkare. Om läkaren bedömer att patienten eventuellt skulle kunna ingå i den nationella rehabiliteringsgarantin skrivs det in i remissbedömningsnotatet. Om remissbedömningen inte förespråkat annat kommer patienten först att träffa en sjukgymnast på kliniken. Sjukgymnasten påbörjar utredningen om patienten bedöms kunna ingå i rehabiliteringsgarantin. Patienten ges skriftlig och muntlig information om rehabiliteringsgarantin. Det är vanligt att det kan ta fler besök innan man tillsammans med patienten fattat ett slutgiltigt beslut. Sjukgymnasten och patienten bokar in tider till läkare och vid behov psykolog. Vi finner det angeläget att behandlingen av patienten kommer igång så snart som möjligt varför den påbörjas redan vid första besöket hos sjukgymnast. Behandlingen kommer därmed att pågå parallellt med att bedömningen om rehabiliteringsgarantin pågår. De patienter där läkaren senare bedömer att det inte rör sig om en rehabiliteringspatient avregistreras från klinikens register över rehabiliteringspatienter och anmäls aldrig som rehabiliteringspatienter.

Ovanstående påstående att uteslutande sjukgymnast gör bedömningen om inklusion är alltså felaktig.

C 22. Sidan 4(21) ”Med detta som utgångspunkt finner vi att vårdgivaren genom att ha debiterat SLL ersättning för åtgärder enligt MMR2 utan att fullgöra avtalade insatser för denna verksamhet, sannolikt har erhållit för hög ersättning från SLL.”

Klinikens ersättningssystem ser ut så att varje patientbesök, enskilt eller i grupp, debiteras i det så kallade ARV-systemet. Det betalas alltså aldrig ut några klumpsummor för en rehabilitering utan endast för utförd vård. HSF har själva föreslagit denna faktureringsmodell där debiteringarna per patient är transparenta och tillgängliga. HSF kan genom att gå igenom redovisningen i ARV-systemet, på några få minuter, bedöma hur verksamheten på kliniken gestaltar sig i förhållande till regelverket.

C 23. Sidan 8(21) första stycket ”Det tidsmässiga förloppet för granskningen har varit utdraget. Det har tagit cirka sex veckor för vårdgivaren att tillhandahålla de underlag som begärts.”

Detta är helt felaktigt. Revisionsförloppet har dragit ut på tiden då revisionen i det ena upplägget efter det andra har krävt att kliniken ska bryta mot gällande sekretesslagstiftning. Det kan tilläggas att kliniken skrivit ut, avidentifierat och scannat in cirka 12 000 sidor journaler på begäran av projektledare Dag Ström. Det kan också tilläggas att när Ström tillhanda gavs de första 6 000 sidorna i materialet förkastade han dem med kommentaren ”Det här kan ju ni ha manipulerat.” Varpå han inte tog del av materialet. Var och en som har någon kunskap om dagens journalsystem, att journaler har en logisk kontinuitet, och att 6 000 sidor journaler är ett stort material förstår att en manipulering av materialet skulle vara ett i princip omöjligt uppdrag.

Det, under punkt 2.2.2 och 2.2.4, efterfrågade materialet har enligt ovan inte kunnat lämnas ut då kliniken inte tänker begå ett sekretessbrott.

C 24. Sidorna 11-12(21) "Mål för behandlingen" och "Den multimodala behandlingsprocessen". Här beskriver rapporten att målet med rehabiliteringen är återgång i arbete, minskad smärta, hälsa och livskvalitet med mera. Man skriver att det finns evidens för att multimodala program som omfattat 100 timmar eller mer haft positiva effekter medan program som omfattar mindre än 30 timmar inte bedöms ha någon effekt. Vidare skriver man att HSF har ett krav på minst 16 behandlingstillfällen, en siffra som för övrigt aldrig kommunicerats med kliniken.

Enligt "Kravmall för Nationella Rehabiliteringsgarantin 2013": Rehabiliteringsgarantins målsättning är en ökad återgång i arbete och att förebygga sjukskrivning genom ett evidensbaserat omhändertagande för de största sjukskrivningsgrupperna icke specificerad långvarig smärta i rygg, axlar eller nacke samt måttlig/medelsvår ångest, depression eller stress."

Detta har överhuvudtaget inte berörts i revisionsberättelsen. Ingenstans i rapporten kommenteras om patienterna blivit bra av behandlingen, kunnat återgå i arbete eller fått ökad livskvalitet. Vi är enligt avtal skyldiga att ge adekvat vård till de patienter som har behov av den. Detta innebär att den patient som blir besvärsfri och återgår i arbete efter 12 behandlingstillfällen ska avslutas och Stat och landsting bör vara glada för att målet med rehabiliteringsgarantin uppfyllts.

C 25. Sidan 12(21) "Teamens sammansättning" I "Kravmall för Nationella Rehabiliteringsgarantin 2013" framgår att kliniken ska ha tillgång till minst tre olika yrkeskategorier. Ingenstans i underlagen till rehabiliteringsgarantin står det att varje enskild patient måste träffa tre olika yrkeskategorier. Att kliniken tolkat rehabiliteringsgarantin på detta sätt framgick mycket tydligt då vi presenterade vårt arbetssätt för Anne-Marie Norén, ansvarig tjänsteman enligt ovan.

C 26. Sidan 13(21) "Bedömning och slutsatser" Enligt ovan är informationen icke korrekt.

C 27. "Registrering av nybesök". Vad gäller registrering av nybesök kan vi konstatera att klinikens grundavtal där de olika besöken innehåll finns tydliggjort inte speglar klinikens tilläggsavtal gällande rehabiliteringsgarantin. Grundavtalet är formulerat för en "Ortopedmedicinsk verksamhet" medan tilläggsavtalet gäller multimodal rehabilitering. Kliniken har utgått från att avsikten med tilläggsavtalet och rehabiliteringsgarantin är att varje patient vid sitt nybesök hos läkaren ska få den vård som behövs för den multimodala rehabiliteringen och inte nödvändigtvis det som ingår i en ortopedmedicinsk verksamhet. Det är varken medicinskt eller etiskt försvarbart att bortse från den individuella rehabiliteringspatientens behov. Om, till exempel, en patient som varit sjukskriven i 7 år har ett stort behov att få delge läkaren sin anamnes, få bli bemött i sin stora livskris, få svar på medicinska frågor, och få sin nacke undersökt bör läkaren svara upp på patientens behov och inte påtvinga den förtvivelde patienten en fullständig ortopedmedicinsk funktionsstatus. Det har inte funnits i klinikens begreppsvärld att HSF skulle önska något annat av våra behandlande läkare.



C 28. Sidan 15(21) ”Villkor för att inkluderas i gruppen för multimodal rehabilitering” står ”I ytterligare fem fall uppfyller inte patienterna rätt kriterium avseende diagnos för inklusion”

Detta är felaktigt. Bland dessa fem patienter ingår till exempel följande:

Patienten har smärta i bäcken och ländrygg och en sexuell dysfunktion. Patienten behandlas på kliniken av läkare, sjukgymnast och psykolog. Följande för rehabiliteringsgarantin relevanta diagnoser finns i journalen: M796E Smärta ospecifik i bäckenet, M544 Lumbago med ischias, R102 Smärtor i bäcken och bäckenbotten. Patienten blir bra av den behandling han får mot ovanstående besvär. I revisionsrapporten påstås felaktigt att patienten endast haft sexuell dysfunktion.

Nästa exempel, en patient som kommer på remiss från urolog med frågeställningen ”Bäckendysfunktion?” Patienten är behandlad av urolog för andra besvär. Följande för rehabiliteringsgarantin relevanta diagnoser finns i journalen: M796E Smärta ospecifik i bäckenet och R102 Smärtor i bäcken och bäckenbotten. Även denna patient behandlas av läkare, sjukgymnast och psykolog och blir besvärsfri. I revisionsrapporten påstås att patienten endast haft potensproblem och sexuell dysfunktion.

C 29. Sidan 17(21) ”Totalt har 15 patienter deltagit i smärtutbildning i grupp inom rehabiliteringsperioden varav sex deltagit vid ett utbildningstillfälle. Smärtutbildning i grupp baseras hos vårdgivaren på en serie av fem utbildningstillfällen.”

Återigen felaktiga påståenden som inte hade behövt göras om BDO frågat kliniken hur smärtutbildningen läggs upp. Det finns på kliniken olika smärtutbildningar av olika längd som vänder sig till olika patientgrupper.

Stockholm den 22 april 2014



Stina Öhman, VD  
Stockholm Clinic - Stay Active, STAYAC AB  
Stockholmsvägen 33  
181 33 Lidingö