



foto: Eric Fernandez Redo

Allmänmedicin Norrbotten

- kvartalstidskrift för allmänläkare och blivande allmänläkare

September - 2010



Detta är pappersversionen av AllmänmedicinBD.se. För ytterligare artiklar och recensioner av böcker samt senaste uppdatering, gå in på www.allmanmedicinbd.se/red

Artiklar

- [Hjärta och jäv](#). Peter Nilsson/Peter Olsson
- [Barriärer för akut förlossningsvård – avhandling](#)
- [e-intervju med Maria Truedsson, årets stipendiat](#)
- [Orientering i hälsa, lysande föreläsning på SFAM-BDs årsmöte](#)
- [Mänskliga möten över gränser- presentation av bok](#)
- [Solvando ambulando - Dag hammarsköldleden hösten 2011. Preliminär intresse anmälan!](#)

- [Vad en ung allmänmedicinare bör veta? Studierektorsmötet Växjö](#)
- [Regionschefsläkare avskaffas!](#)
- [En biodlares död.](#)
- [Patientenkät i NDR - viktig för utvecklingen av register - kritik](#)
- [Artiklar i kommande nummer](#)

Aktuella länktips

- [Presentation nya SFAM-BD styrelsen](#)
- [Utopisk socialism](#) (länk till wikipedia, då PN kategoriserade oss norrbottningar som anhängare)
- [Genus och Sjukdomsföreläsningar](#)
- [Marklund, teckningar från länsdiabetesdagen, känner du igen någon kollega och länk till läkartidningen](#)
- [Lean- kritik av Erik Bertholds, artikel i LT länk](#)
- [Testa dig själv, skrivningen i SFAMs examen! Använd i handledning!](#)
- [Annika Forssens föreläsningar. länk inbjudan](#)
- [Garanterad terapi? Jfr årets höstmöte.](#)
- [Full transparens?](#)
- [Handledarutbildning](#)
- [Tidningen Distriktsläkaren gratis för ST-läkare!](#)

Hjärta och jäv - dialog?

Peter Nilsson propagerar för blodtrycksbehandling i många olika fora. I maj nr av vår tidskrift ställde han en relevant fråga om norrbottensläkare har ett särskilt ansvar för den höga hjärtkärlsjukligheten i befolkningen. Jag har ganska utförligt kommenterat hans artikel och frågat om jäv och ansvar för tidigare alltför aggressiva riktlinjer. PN återkom men utan att svara på mina frågor. Jag känner att dialogen uteblir och sätter punkt för min del. Läs inläggen:

Vem ansvarar för den överdödlighet som tidigare rekommendationer orsakat?

Hjärta och jäv – personligt svar till Peter Nilsson fråga om Allmänmedicinens ansvar för hjärt-kärlsjuklighet.

Hej Peter Nilsson!

Jag har tvekat att svara då diskussionen blir på dina villkor och tycker att det redan är nog fokus på blodtryck. Sen har ju bl a Björn Olsson i Dagens Medicin fört fram synpunkter som jag och många instämmer i. Jag undviker diskussion om studier utan utgår från personlig erfarenhet och allmänna principer. Om jäv

Hur kom det sig att Du började ta emot ersättning från industrin (det du kallar akademins ”tredje uppgift”) När var första gången? Hur var dina överväganden? Vilka var nackdelarna? Det som slår mig är de förhållandevis, för läkare, låga summorna åtminstone i det som öppet redovisas. Jämfört med kardiologerna verkar ni sälja Er billigt. Hur tror Du att det påverkar dina läsare och dig själv? Är Du själv opåverkad och finns det en personlig gräns i summor? Har det varit värt det? Hur Du sedan använder ersättningen är givetvis din ensak.

Att det finns obundna allmänmedicinare är avgörande för vår profession, jag tycker det är tråkigt att Du lämnat den skaran. Jag vet ju aldrig i vilken roll du uttalar dig. Försäljare och industriföreträdare eller vetenskapsman. När jag tar del av synpunkter från ex Jan Håkansson eller Anders Hernborg behöver jag inte ha den restriktionen!

Jäv måste redovisas i alla sammanhang där en läkare eller professor uttalar sig med rekommendationer. Med jäv menar jag ekonomiska industrikontakter. Men även officiella uppdrag och uppdrag i specialistorganisationer som ofta är sponsrade, ex diabetes och hypertoni. Jag tycker att det danska (och amerikanska?) systemet med en databas som noterar alla ekonomiska ersättningar från industrin till läkare är rimligt. Det skulle förenkla för alla och vara mera transparent. Du skulle kunna ange länken i alla dina inlägg på Ordbyte! Deklarationen blir även viktig i ex

SFAMs möten och artiklar i Allmänmedicin eller Läkartidningen.

Att Bengt Järhults artikel om SBU Argus, som tar upp effekter av industrikontakter refuserades av LT (men publicerades i vår tidskrift) är anmärkningsvärt. Redaktionens och Läkarförbundets kommentar till Thörns och Järhults inlägg är oroväckande naivt speciellt vad gäller oberoende i förhållande till industrin. En annan aktuell intressant fråga är att en del anger att ersättningen går till ”enheten” och då neutraliserar kopplingen. Hur ska man tycker Du se på det nu när alltfler lämnar det offentliga och blir privata enheter med egen ekonomi?

Jag noterar också ett motstånd mot öppenhet. Utdatagruppen i NDR (där Du ingår) lovade i ett svar till min artikel om ”Nonsens i NDR- sluta med ranking och uppge jäv!” i Allmänmedicin att kommande årsredovisningar skulle innefatta jävsdeklarationer. Har jag missat nåt? Den nyligen presenterade årsredovisningen för 2009 (utkom 2010) hade ingen sådan utlovad redovisning tillkommit. Varför bryter Ni mot löftet, år efter år?

Jag funderar över min egen ståndpunkt och utveckling vad gäller kontakter med industrin. I Blekinge användes industristöd i olika projekt. SFAM hade sponsring länge. I Norrbotten hade vi möten i samverkan med apotekare. Långsamt började jag uppleva obehag inför detta. Vi blev också många gånger osakligt påverkade av alla små prylar som lusade ner mottagningar med reklamprodukter. Mer seriösa planterade firmamärken med utbildningar och böcker. Beslutet att sluta ta emot representanter och läkemedelreklam var så skönt och befriande, vi frigjorde tid att diskutera väsentligheter och vi köper själva den litteratur vi behöver, till betydligt lägre kostnad. Hade jag i en annan miljö oreflekterat kunnat hamna i din hållning? Det är möjligt och jag känner igen argumenten från kolleger som fortsatt lägger mycket tid på kontakten.

Om Hjärta

Så till din fråga om hjärt-kärlsjukligheten i Norrbotten och allmänmedicinens ansvar.

Andra har svarat Dig varför jag väljer några personliga synpunkter och erfarenheter.

Minskningen vad gäller hjärtinfarkter och stroke är den enskilt största förändringen under mina år i Norrbotten, fullt jämförbar med avfolkningen av glesbygden. Förbättringen är inte tillräckligt förklarad. Sjukvårdens roll är förmodligen i allmänhet grovt överskattad. Självt tror jag på ärftlighet som viktig vad gäller de högre talen i Norrbotten.

Den epidemiska utbredningen i exv forna öststater är viktig och där vet jag att Du är engagerad. Det finns säkert erfarenheter att dra för att undvika att upprepa sjukvårdens misstag. Med Marmots analys är vi nog

överens om övriga faktorerens betydelse som sociala förhållanden, rökningen, utbildningsnivå etc. Under mitt yrkesliv har jag känt alltmer tvekan inför förändring av gränser som inkluderar allt större delar av befolkningen som sjuka eller riskindivider. I praktiken får det många negativa konsekvenser som jag ser dagligen. Dels för en stor mängd enskilda individer och dels för sjukvårdens arbete.

Jag blir tveksam till totala effekten av våra insatser – så många människor som blir oroliga och slavar under mätningar. När friska människor oroligt frågar ”vilket blodtryck får man ha?” tycker jag det är sorgligt.

Biverkningar av farmaka är vanliga och underskattas. Jag föreslog företrädare för Monica-projektet att göra samma analys som Getz och medarbetare gjort i Tröndelag. Man skulle alltså använda de befolkningsdata som finns och se hur olika riktlinjer från kardiologer och hypertonisällskap skulle slå, dvs hur stor andel av befolkningen som skulle behandlas och monitoreras. Det är förstås inte gjort, jag blev erbjuden att göra det själv... Det går dock att grovt skatta redan ur det som publicerats om riskfaktorers utbredning. Om blodtryck, lipider, rökning och de som redan diagnostiserats med diabetes eller tidigare hjärtkärlsjukdom inkluderas är det en mycket liten andel av befolkningen som skulle gå fri.

Tveksamheten vad gäller riskepidemin är nog ganska utbredd bland erfarna verksamma allmänmedicinare. Det kan man se exempelvis i intervjuerna i Christer Peterssons bok ”Allmänmedicinens vardag – mitt i det mänskliga.” (där jag är en av 6-7 intervjuade kolleger). Olika Score-instrument grundas på för gamla material och överskattar därmed riskerna eftersom sjukligheten minskat så drastiskt. Hela tankesättet är tvivelaktigt och den omöjliga kommunikationen med den individuella patienten påminner om forna tiders astrologer. Vad betyder det att säga att med dessa uppgifter och provsvar är din 10års-risk att råka få en hjärtinfarkt eller slaganfall x procent? Själv använder jag det mera när risken är låg för att lugna och motivera att avstå behandling. För egen del tänker jag som dr Magnus E i TV-serien om Allmänmedicin i Stockholm. Jag kontrollerar inte heller mina värden och blodtryck då jag inte känner mig sjuk. Skulle inte vilja att någon i vården skulle kontrollera mig oombedd. Jag kan tänka mig en högrisk-strategi när det gäller preventiva insatser.

Om uppföljning

Vi försöker i Jokkmokk granska och jämföra vår verksamhet. Som exempel nämner jag något från de senaste åren. Vi har följt samtliga våra avlidna i palliativa registret. Vår hantering av hjärtsvikt fick vi belyst i ”pv-kvalitet”. Uppföljningen av

läkemedelsförskrivning visar på förhållandevis låg kostnad men vanligt förekommande problem i ordinationer. Hjärtkärl och diabetes-preparat är de stora produktgrupperna. Särskilt har användningen av laborationer undersökts och explosionen av provtagningar hänger delvis samman med ”kolesterolkampanjen” (med tveksam nytta?) Vad gäller diabetes har vi följt behandling ner till förskrivarnivå och har kliniska diskussioner om rimliga nivåer.

Jag tycker inte det är underligt att läkare och patient kan komma överens om olika sätt att behandla och följa upp. Det är ju själva individualiseringen som alla myndigheter nu rekommenderar. Man måste då lita på mötet mellan läkare och patient. Olika uppföljningar kan korrigera stora avvikelser efter kollegial diskussion om skillnader. En sjuksköterska gjorde för något år sedan ett intressant projekt kring blodtrycksmätning och behandling i praktiken i Jokkmokk. Utgångspunkten var mängder av BT-mätningar ”utan åtgärd”. Det visade sig lite oväntat att läkarna gjorde (sade sig göra) ganska lika, sköterskorna däremot skilde sig åt. Antalet mätningar minskade, något. Markus provocerade ju en del som alltid. Vi är dynamiskt oöverens om det mesta. Jag tror dock han har rätt i att de som verkligen bör ha behandling blir behandlade.

Så har jag prövat att jag svarat på Dina frågor: Vi försöker att ta ansvar för våra möten med patienter och försöker självkritiskt följa upp vår verksamhet. Så gott vi kan i en miljö av stora ekonomiska intressen där Du bara är en intressent i raden. Våra patienter har ju också andra sjukdomar, olycksfall o skador, cancer, psykiska problem, värk och alkoholproblem etc.

Om evidens

Vem ansvarar för den överdödlighet som tidigare rekommendationer orsakat?

Avslutningsvis vill jag vända på frågan om ansvar: Det första är att inte skada, enligt Hippokrates.

Ni som arbetar med rekommendationer ändrar nu på målvärden, eller med dina ord ”tar ett steg tillbaka”. Det gäller både blodtrycksnivåer och HbA1C.

Det beror på evidens om ökad mortalitet vid alltför intensiv farmakologisk behandling och för ambitionen att nå alltför lågt satta målvärden.

I svaret på artikeln jag tidigare nämnde i Allmänmedicin ”Nonsens i NDR. Sluta med ranking och uppge jäv” skrev Ni i NDRs utdatagrupp:

”PO påminner oss om att riskfaktorer bara är surrogatmått, men det stämmer bara när en viss behandling studeras avseende antingen effekten att minska en riskfaktor eller att minska den komplikation som riskfaktorn leder till. När sambandet mellan en riskfaktor och en komplikation har fastställts med evidens

är inte riskfaktorn längre bara ett surrogatmått, utan också ett viktigt mått på diabetesvårdens kvalitet.”

Resonemanget användes för ranking och som indikator på vårdkvalitet och har även legat till grund för ersättning i vårdval.

Vem är då ansvarig för den överdödlighet som rekommendationerna orsakat? För den ökade mortaliteten måste ju även gälla förfluten tid. Nu tror jag talen är för små för att beräkna på Vårdcentralnivå men teoretiskt bör det vara så exv för Norrbotten och Sverige totalt. Hur många kan ha avlidit till följd av alltför aggressiv behandling med farmaka? Det kanske är svårt att uppskatta exakta antalet?

Vem är ansvarig? Är det Patienten eller behandlande läkare eller de som utformat rekommendationerna? Även om detta skett i bästa välmening. Det ser ju inte bra ut om författarna till rekommendationer samtidigt fått betalt av industrin som tillhandahåller de farmaka som är orsaken till överdödligheten. Det vore intressant att höra hur Du ser på detta.

Evidensbaseringen faller ju alltid tillbaka på konstruktion av studier och tolkning – jag ser ju hur detta sker vad gäller diabetes. SFD(Svensk förening för diabetologi) behåller ju med NDR (Nationella Diabetesregistret) förslag om målvärden emot all modern evidens om individualisering. Den enda rimliga förklaringen jag kan se är sponsringen och bindningen till industrin, Slutsatsen stöds även av fördelningen av propagerande inlägg i bl a Läkartidningen vid lanseringen av nya otillräckligt prövade diabetespreparat. Jag vill hävda att samtliga som marknadsför har ekonomisk ersättning från industrin. Den läsare som känner ett särskilt ansvar är välkommen och kan komma till Norrbottens glesbygd och arbeta!

Peter Olsson Vareluokta/Jokkmokk maj 2010

Du är självklart välkommen med kommentarer i vår tidskrift, om de propagerar för preparat, nya indikationer och gränser vill vi förstås ansluta aktuell jävsdeklaration.

Hej Peter!

Jag har nu funderat vidare på de saker som Du tog upp i tidskriften ”Allmänmedicin, Norrbotten” enligt länken nedan. Du får gärna införa mitt svar i den tidskriften.

Låt mig börja med att jag respekterar Dig som erfaren läkare och att jag inte har någon större anledning att lägga mig i hur ni bedriver sjukvården i den vardagliga praktiken i Jokkmokk. Vad jag velat ta upp är mera ett teoretiskt resonemang om hur allmänmedicinens

uppdrag ser ut i relation till bl.a. det omgivande samhällets sjukdomspanorama. Man kan då hävda att detta inte spelar någon roll utan varje patient får behandlas individuellt (argument från Markus Beland) eller också att detta kan ha betydelse utöver den enskilde patienten, i ett lokalt folkhälsoperspektiv. Här ser vi uppenbarligen olika på saken. Om man nu inte kan rubba riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom i form av patientens ålder, genetik, familjehistoria, kön samt socioekonomiska situation så kanske man ändå kan rekommendera behandling av vissa riskfaktorer där evidens föreligger, om indikation finns (Läkemedelsverket 2006). Detta är väl ett ganska pragmatiskt sätt att se på problematiken och enligt mitt förmenande också etiskt riktigt, på basen av svenska riktlinjer inom området samt HSL.

När jag ser att Ditt inlägg nedan författats i Vareluokta/Jokkmokk så blir jag nyfiken och slår på nätet. Finner inte mycket, men det verkar vara en norrländsk skogs- och fiskemiljö (Skawejaur i folkmun). Tanken slår mig att vi har så olika verkligheter. Du befinner Dig i denna rena, vackra miljö, inte för mycket folk, inte så mycket som stör, medan min kliniska forskningsenhet ligger ett stenkast från Södervärn, en central busshållplats i Malmö med smutsig luft, stressade människor, olika språk, sociala friktioner, men även på närbelägna universitetssjukhuset en dynamik, kulturmöten och nya idéer. Om man gör en bildlik liknelse av ett akvarium för Dig och ett annat för mig så är Ditt ett med rent vatten, inte för många fiskar som dessutom är snälla och lugna, simmande runt i vana cirklar. Mitt akvarium är större, med smutsigare vatten, och med både stora och små fiskar, snälla och elaka, varav en del hajar rent av äter upp de små eller varandra. Vattnet är turbulent och ibland strömmar det åt olika håll. Konstigt resonerat? Kanske inte, eftersom jag menar att de olika miljöerna (akvarierna) ger oss olika referensramar och erfarenheter. Om medicinen på allvar skall kunna utvecklas, med metodutveckling, så krävs DYNAMIK, med nya idéer, människor, experiment. Detta är ibland problematiskt, konfliktfyllt, smutsigt, färgat av personliga och kommersiella motiv. etc. Inte desto mindre kan det i slutändan bli medicinsk utveckling och nya metoder. Ta exemplet diabetesgenetik och den kardiovaskulära genetiken, där Malmö är ett av de idag ledande centra i hela världen vågar jag påstå (men min egen roll marginell). Inom denna forskning möts människor från många olika länder, med olika motiv, personligheter och intressen. I slutändan hoppas man att förståelse av genetik och reglersystem (peptider, ligander) skall kunna ge upphov till nya ”drug targets” som måste testas i studier. Här finns i bakgrunden forskningsanslag, kommersiella intressen, personliga aspekter, etc. – allt vad som kan förväntas inom ett expanderande område.

Ingen vet hur det ser ut i slutänden, det kan man inte överblicka idag, men hoppet är stort om nya läkemedel och en "personalised medicine" på dessa områden. Omvänt tänkt, skulle vi slå oss till ro med att metformin löser alla problem vid typ 2 diabetes? Nej, så är det ju inte, dels p.g.a. biverkningar och risker (för ett fåtal) och dels för att inget läkemedel hittills har förmått att på ett väsentligt sätt reversera den kardiovaskulära överrisken vid diabetes. Slutsats: metodutveckling behövs, och denna kan knappast göras i Jokkmokk (om Du ursäktar). Observationella studier behövs inom medicinen för att påverka dess praktik (jfr. Semmelweis) men kan aldrig bli sant innovativ i bemärkelsen utveckla nya behandlingar, t.ex. läkemedel. Därtill krävs experiment och interventionsstudier. Någon annan väg finns tyvärr inte. Av detta följer att om man anser att medicinen skall kunna utvecklas så måste nya metoder föreslås, prövas – accepteras eller förkastas. Några positiva exempel som Du och jag fått uppleva under vår egen yrkesbana är protonpumpshämmare, statiner, ACE-hämmare samt s.k. biologiska läkemedel vid inflammatorisk ledsjukdom (TNF-alfa hämmare). Nya, dyra, oprövade i början, men sedan testade och accepterade (av de flesta). Inom kirurgin pågår en vetenskaplig debatt (kamp) om nyttan och riskerna med t.ex. laparoskopiska metoder, något som förändrar praktiken och evidensen.

Ibland tänker jag att skribenter som Du är andligen släkt med de s.k. "utopiska socialisterna" på 1800-talet, som vill bygga egna samhällen "fjärran från vimlets yra" och utan kommersiella intressen och friktioner med det omgivande samhällets ofullkomligheter. Detta blir just utopiskt. Medicinens metodutveckling tjänar i slutänden inte enskilda forskare, kapitalister, politiker etc. utan folkflertalet när goda metoder kommer fram, blir etablerade, lättillgängliga och billiga. Produktivkrafternas utveckling (metoderna) spränger till slut ramarna för produktionsförhållanden och strukturer, hela medicinen omformas. En drastiskt exempel på gott och ont är psykiatrins utveckling under de senaste 100 åren.

Slutsats: jag anser att vi behöver metodutveckling, åsiktsbrytningar, experiment och turbulent vatten, medan andra vill se spegelblanka vatten i den norrländska midnattssolens sken....

Visst behövs kritiska röster (som Din och Bengt Järhult, Anders Hernborgs m.fl.), men i Sverige försöker man balansera t.ex. kommersiella intressen med inflytandet av statliga myndigheter (där jag vid sidan av Anders Hernborg och Jan Håkansson tidvis fått spela en roll i sammanhanget). Riktlinjer och kvalitetsarbete är, som

jag hävdar, inte i första hand till för den fina patienterna hos de fina läkarna på de fina mottagningarna, utan för patienter som har det mindre väl förspänt och som bör garanteras någon form av minimistandard på sin vård.

För att glädja Dig så kan jag berätta att alla jävsdeklarationer från NDR-utdatagruppen finns tillgängliga på <https://www.ndr.nu/#>

Om Du anser att jag är opålitlig p.g.a. jäv så underkänner Du samtidigt de myndigheter och organisationer (samt N Engl J Med) som accepterat mig och mina bidrag. Var har jag propagerat för enskilda kommersiella produkter???

Hälsningar: *Peter Nilsson*

Röösts avhandling om barriärer för akut förlossningsvård

Mattias Rööst avhandling- Pre-hospital Barriers to Emergency Obstetric Care. Studies of Maternal Mortality an Near-miss in Bolivia and Guatemala.

Mödradödligheten är en avgörande hälsofråga i stora delar av världen. Vad som bestämmer användningen av mödrhälsovård är inte klarlagt. Författaren är en kollega, ST-läkare i allmänmedicin i Växjö. Det som imponerar är inte bara det viktiga ämnesvalet utan bredden i metodologi. Frågeställningarna kring barriärer prehospitalt för kvinnors användning av akuta förlossningsavdelningar i Latinamerikans landsbygd och tätort har undersökts med kvalitativa och kvantitativa metoder. Begreppen blir då viktiga för förståelsen. Resultaten har nog bäring även i andra delar av världen och olika ekonomiska förhållanden. Jag kommer att tänka på en fråga vi ställde på 90-talet när "ambulans" och "taxi"-förlossningar uppmärksammades i Norrlands inland. Då ställdes frågan "Vem är det som tar risken?"

/Peter Olsson

Maria Truedsson - Årets Stipendiat!

Årets Anders Lindman- stipendiat är Maria Truedsson. Hon får stipendiet för sin djupa förståelse av Allmänmedicinens betydelse för människors hälsa och för sitt envisa och kloka sätt att kraftfullt kämpa för Allmänmedicin på alla arenor som tänkas kan.

Pristagaren har i år utsetts av ett särskilt utskott av styrelsen på initiativ av prisinstiftaren, så att jäv ej uppstått. Här följer e-intervju med stipendiaten:

Varför blev jag allmänmedicinare i Hortlax jag bestämde mig för att bli doktor därför att jag visste att jag behövde ett yrke där jag skulle kunna försörja mig själv och mina barn. Och om man blev doktor skulle man alltid få arbete, så jag var jätteflitig i skolan och ambitiös och tog mig in på läkarutbildningen i Lund, och så gick jag där och hade svårt att känna mig hemma.

Av en tillfällighet kom jag att göra AT i Piteå det var Christer Anderssons fel eller förtjänst. Men jag var hela tiden inställd på att jag skulle åka tillbaka till Skåne och bli gynekolog när jag var klar med At, men när jag kom ut i primärvården kände jag med det samma att jag hade kommit rätt. Äntligen begrep jag vad jag skulle kunna göra som doktor, och jag fick vara med och bestämma. Och när jag väl visste att det var allmänmedicinare jag ville bli fick jag stanna i Norrbotten för det var ju här den ledande allmänmedicinen fanns, (skåne hade då ingen allmänmedicin värd namnet). och då blev det också självklart att jag skulle börja i Hortlax hos Christer Nordenhäll, vi hade följts åt i flera år då.

Sen gick det aldrig att flytta härifrån för här fanns så många starka kollegor som drev allmänmedicinen framåt och som inspirerade. (anders lindman, ulf måwe kenneth widäng meta wiborg med flera

Hur kan man behålla skånskan efter ett helt liv i Norrbotten? Det handlar om identitet och att veta vem man är, när jag kom hit upp hade jag levat 28 år i Skåne jag var skåning och har aldrig kunnat bli något annat, att byta språk hade varit förädeli. Men det är en lustig fråga för varför skulle jag inte prata skånska, Det är ingen som frågar Kenneth eller Bibbi eller dig själv för den delen,

Några diagnostiska triumfer har jag nog aldrig gjort, jag har oftast begripit när det har varit något allvarligt fel, men ngr triumfer har jag inte firat. Men min starka sida har nog varit att jag har vågat lita på när jag bedömt oklara fall och vågat avvakta och lita på min känsla att detta ligger på ett annat plan, och inte driva utredningar in absurdum. Det finns flera patientkontakter som jag känner stolthet över att de fortfarande är mina patienter och att de vill att jag också skall ta hand om deras barn. Och mina diagnostiska triumfer är nog att jag har patienter på min lista som jag har skött i många många år. För många år sedan skötte jag en kvinnlig patient som skulle dö hon var ett år

äldre än jag själv och hon hade en son som var lika gammal som minnitt i puberteten och jag glömmer aldrig hans ilska., det var tungt..men han och jag fortsatte att ha kontakt och när det strulade kom han alltid till min mottagning, sen hittade han en kvinna som han ville leva med och även hon var min patient, och i flera år fick jag ta hand om bägge . ,men nu har de rätt ut sina liv och kommer till mig med sina barn trots att de inte bor i vårt upptagningsområde. Det är nog det som är min kliniska triumf att patienterna vill gå kvar hos mig fast jag inte alltid har gjort kliniskt rätt .

Vad har handledningen gett? Hur fick du priset "Årets handledare?" vilka egenskaper var det som premierades? det är fantastiskt roligt att sätta sig ner och titta på hur en yngre kollega arbetar, få en massa ideer , och framförallt att försöka förklara varför man gör som man gör varför fick jag priset för att jag hade en st läkare som kunde formulera hur roligt hon hade haft under sin st tid. och jag vill tro att det också kanske berodde på att jag hade lyckats förmedla en trygghet i yrket. men hon var så bra , så det var ingen svårighet att handleda henne, men om man inte handleder unga doktorer finns risk att man stagnerar

Vad har studierektorskapet gett Dig? jag blev studierektor en gång i tiden därför att jag var så frustrerad över alla yngre entusiastiska kollegor som slutade i yrket för att de inte hade fått ngn handledning och som hade arbetat i dåliga arbetsmiljöer. så det var jag tvungen att ändra på..Men jag blev nog också studierektor i absolut rätt tidpunkt för det gav mig en möjlighet att göra något annat än bara patientarbete. hade jag inte fått detta andrum så är jag inte säker på att jag har orkat. studierektorskapet har varit det som har fyllt på min ryggsäck så himla kul att arbeta med alla dessa entusiastiska och duktiga st läkare och peppa dem att våga tro på sig själva. och att få dem att förstå att de äger makten att förändra sin situation

Hur motiverar Du kort att unga ST läkare ska bli medlemmar i SFAM, där Du varit aktiv och sekreterare och ordförande i flera år? För mig är det enkelt, utan allt det arbete man har lagt ner från sfam hade vi inte haft ett fungerande studierektorskap och en så välutvecklad st utbildning som vi har i allmänmedicin vi ligger ju hästlängder före de andra specialiteterna därför måste man vara medlem i SFAM

Hur ser du på kollegialitet, dvs samverkan med ex Christer N – vad betyder det?

Superviktigt det är jätteviktigt att bekämpa ensamarbetet. man måste vara omgiven av kollegor som man kan diskutera med och som man kan driva arbetet

framåt med, hur granskar man sitt arbete om man inte har kollegor som man pratar med, vår vårdcentral skulle inte vara där den är i dag om inte vi hade varit ett gäng som diskuterade allt även våra tillkortakommande, och det är dessutom viktigt att kunna dela arbetet under olika faser i livet.

Varför blev Du inte chef? Det har aldrig behövts jag har hela tiden haft en mycket bra chef som jag har litat på till 100 procent och som har litat på sina medarbetare och som har hört vad vi har sagt, jag har haft ett inflytande över min situation utan att vara chef

Rollen som kvinnlig läkare? Stödet i ”kvinnogruppen” (som i bakgrunden styr hela vår värld)

Vår **kvinnogrupp** för många många år sedan var vi 6 kvinnliga distriktsläkare här vid kusten som kände att vi behövde varandra och det gör vi fortfarande, vi träffas med stor oregelbundenhet, nu diskuterar vi kanske inte alltid allmänmedicinska frågor men vi har stöttat varandra i våra olika karriärvägar och vi har stöttat varandra i olika faser i privatlivet och vi har haft mycket roligt och nu planerar vi att fira en 60 åring i samband med Nordiskt möte i Tromsö nästa vår och vi skall gå på våra begravningar när det blir dags

Vad är det viktigaste som hänt (med allmänmedicinen) under ditt yrkesliv.

Vår identitet har stärkts och det är kul att det nu finns så många fler som verkar välja allmänmedicin för dess egen skull och inte bara för att det är ett sätt att få ett jobb, men vår ställning är ju definitivt inte stark och vi är fortfarande inte självklara i många slutenvårdssammanhang och absolut inte bland många patienter runt om i landet. och superspecialiseringen blir bara mer och mer omfattande.

Hur ser Du på utvecklingen av norrbottnisk och svensk allmänmedicin framöver?

Ibland blir jag mycket pessimistisk och tror att jag har levt i en 30 årig parentes, vi har sett hiur vi har blivit fler men samtidigt så är vi fortfarande långt från 1 doktor på 1500 och fortfarande är det inte självklart att det är primärvården som är basen för alla sjukvård och att det krävs en väl fungerande primärvård för att sjukvården skall bli så ekonomisk som möjligt. och jag är bekymrad för alla besparingar det här kan utvecklas mycket mer

Vad ska Du göra med 50% ledigt? Tja jag skall andas, bli lite mer social, försöka träffa mina barn lite oftare under året, de bor i södra Sverige och jag här, försöka få energi till att då och då bjuda vänner på

middag,. kanske inte alltid somna i soffan på fredagkväll, läsa fler böcker och kanske städa någon gång, i början av sommaren var jag ledig 2 veckor och efter det kände jag mig så inspirerad att jag putsade fönster, och såg att det fanns fogar i tegelväggen på huset mitt emot mitt.

/Peter Olsson, Jokkmokk

Orientering i hälsa! Riyadh Al Badawi på SFAM-BDs årsmöte

Sällan har jag hört en så stimulerande, humanistisk, kunnig och humoristisk föreläsning!

Diskussion om begreppen var eftertänksam, klarsynt och distinkt teoretiskt. Man har behållit namnet Orient-hälsan även om vare sig patienter eller terapeuter behöver komma från Orienten. Diskuterade trenden tidigare med specifika mottagningar för vissa språk eller etniska grupper.

Ifrågasatte frekvensen av PTSD post traumatic stress disorder i ett långt och komplicerat resonemang kring migrationens olika faser där hopp och förväntan kan vändas till förtvivlan och hemlängtan. Familjeteorier visar på barn och vuxnas skilda roller i systemet. Olika funktionella och dysfunktionella scheman för att hantera den existentiella krisen. Iatrogena skador när vården inte förstår när processen är normal. Alltför ofta remitteras till specialiserade psykiatrin – den begränsade tillgängligheten i Norrbotten hindrar dock detta.

Var lite frågande inför aktuell artikel i LT maj 2010 av Marie Åsberg om F438 Utmattningssyndrom (som endast finns i Sverige och inte accepteras av FK) Marie Åsberg maj 2010 LT

Som jag skrev inledningsvis bland det bästa jag hört i detta svåra ämne, Helt annorlunda än den utgångspunkt som förmedlades på ST-möte i Björkliden. Sen hann vi inte med det tänkta ämnet: metoder att möta kroniska smärtpatienter. Men föreläsaren tipsade om boken!

/Peter Olsson

Mänskliga möten över gränser- vård och social omsorg i det mångkulturella samhället. Red Carl Martin Allwood och Per Johnsson

Riyadh Al-Badawi, psykiater och psykoterapeut.

Boken innehåller många välskrivna kapitel. Författarna verkar alla vana vid undervisning och de pedagogiska sammanfattningarna av ibland komplicerade teorier blir stundtals lysande genomgångar med tydliga referenser och litteraturhänvisningar. Till exempel gör Elena Rozenberg en aktuell genomgång av kronisk smärta, giltig generellt. Lisbets Sachs skriver koncentrerat och vackert om placebo och tillit.

Al-Badawi hanterar det svåra och viktiga ämnet "Våldsmekanismer i invandrarfamiljer med patriarkal struktur" med distinkta teoretiska avvägningar alltid grundat i en humanistisk grundsyn. Det påpekas, som ofta i boken, att problemet ju även finns i traditionell etniskt svensk kultur. Det mesta är faktiskt allmängiltigt.

Redaktörerna inleder och avslutar, en del upprepningar är ofrånkomliga då flera kapitel överlappar varandra. Det är slående hur stimulerande det är att läsa kunniga och övertänkta erfarenheter från näraliggande praktiker och vetenskapsmän (sociologi, psykologi, antropologi) Jag håller inte med om allt och har fortfarande svårt med de exakta föreskrivande råden om hur primärvården bör organiseras och alla olika kompetenser som bör finnas där. Självklart ska vi som läkare samverka med sjukgymnaster, arbetsterapeuter, psyko (kbt)terapeuter och kuratorer men hur detta sker måste vara upp till oss.

Avslutningen är tänkvärd, just så har jag tänkt när jag varit i en slags omvänd situation och arbetat i främmande länder: *Svåra upplevelser upplevs på ett visst sätt för att vi är människor och inte för att vi är invandrare.*

/Peter Olsson, Jokkmokk

Solvando ambulando – Preliminär intresseanmälan!

Att lösa problem när man går

Vi har funderat på att ha en enkel fjällvandring i mitten-slutet av augusti 2011 längs Dag Hammarsköldsleden med flera meditationsplatser (från Abisko till Nikkaluokta, alt till Vakkotavare). Vi tänkte inte organisera så mycket utan sammanstråla i Abisko och påbörja vandring med lätt packning, bo i stugorna (den som vill kan ju bära tält). Man kan köpa proviant i flera stugor och behöver bara ha lakan med. Den som är intresserad kan titta på nätet :Kungsleden, STF, Dag Hammarsköldsleden!

Preliminär intresseanmälan till [Göran Waller](#) eller [Peter Olsson](#) med e-mail!

Vad en ung allmänmedicinare bör veta?

Vid studierektorsmötet i Växjö var vi indelade i arbetande grupper som försökte specificera rekommendationer på omfång och innehåll i de numera obligatoriska kurserna: *FoU och skriftligt arbete, Konsultationen, Allmänmedicinskt arbetsätt, BVC, Ledarskap och Handledarskap.* Ambitionen var att skapa konsensus i textform. Vi får se om det lyckas, kanske finns dokumentet tillgängligt under hösten?

NLL har ju ett särskilt arbete med flera av dessa kurser, gemensamt för alla ST-läkare.

På programmet var också yngre kolleger, som reflekterade över sin specialistutbildning. *Josette Troon* nybliven dl i Jönköping, med internationellt ursprung jämförde det holländska systemet som är mycket strukturerad utbildning.

Mattias Rööst-ST-läkare som disputerat på mödravård latinamerika (se särskild presentation i detta nummer!) hade tankar om forskningens plats.

Lena Ekelius ordf SYLF om utbildningsplaner och fackligt.

Avslutningen *Yrkeskunnande och Humaniora* – skönlitteraturens möjligheter hade Christer Petersson med tillsammans med Anders Palm som arbetar med litteraturvetenskap i Lund. Han samverkar med studenter och resultat redovisas bl a i artiklar i Läkartidningen

Annika Eklund-Grönberg och representant från *socialstyrelsen* informerade om aktuella situationen vad gäller arbete med godkännandeprocessen som ännu är lite utdragen i tiden. Vi fick höra att *den allmänmedicinska specialiteten är hotad av EU-regler*. Några ser det kanske som en möjlighet till rekrytering.

De komplicerade olika *regler* som gäller för olika individer utbildade inom och utom Europa beskrevs. Dessa utgör numer majoriteten av ST-läkare.

Erfarenheten är att *provttjänstgöring* är ett trubbigt instrument.

Sista datum för ”gamla ST är 31/12 2013 enl dok 1996:26.

Domkyrkan fick en fin presentation. Växjö är min gamla hemstad. Pär Lagerkvist var temat för en föreläsning av Margareta, litteraturvetare och Christer fru, som är aktiv i Pär Lagerkvistssällskapet. Betonade ambivalensen och sökandet hos vår store författare. Tonsatta dikter framfördes ex ”Det är vackrast när det skymmer”. Vi åt på Teleborgs slott, men den kyliga våren kunde inte bjuda på fågelsång.

/Peter Olsson

Regionchefsläkare avskaffas!

Några tankar om uppdraget

Först vill jag betona att jag helhjärtat stöder beslutet att denna administrativa mellan nivå avvecklas. Nu verkar den ändå bli kvar bantad, halverad.

Jag tog uppdraget (som ingen ville ha) i Malmfälten sista månaderna 2009 och fram till o med juni 2010. Det har varit spännande och gett en inblick i en annan värld.

Nu tar jag tillbaka Medicinskt ledningsansvar i Jokkmokk då Kjell flyttar hem till Härnösand.

Det tekniska och administrativa **stödet** till sådana här uppdrag brister. Skillnaden när jag väl fick mobil uppkoppling var enorm. Att slippa hantera ett par hundra mail på arbetet. Men de ska ju ändå bearbetas. Informationsflödet borde kunna moderniseras. Innehållet motsvarar inte tidsåtgången.

En annan tidstjuv är **resorna** och restiden är svår att utnyttja. Ofta blir det 14-timmar hemifrån mötesdagar. Det kunde många gånger lösts med kortare videokonferenser.

Kanske har jag haft för många uppdrag (även studierektor, examinator, etc) och det blev problem att kombinera med klinisk verksamhet, som i allmänmedicin fordrar närvaro och tillgänglighet.

Den medicinska kompetensen är svag i landstingshierarkin. Det är viktigt att noga tänka över **hur** chefsläkaren (i utförarorganisationen) ska ha stöd av läkarkollegium i framtiden.

Man bör utgå från verksamhetens behov, helt bannlysa nya, och avsluta alla gamla projekt som försöker implementera något i verksamheterna uppifrån. Nu bör det endast vara **beställningen** som gäller!

Vårdcentralerna får då lära sig ta ansvar och formulera behoven. Vårdvalet är här en möjlighet till förnyelse och vitalisering även av offentlig vård.

Jag hade tillsammans med regionchefen planer på att åka runt till vårdcentralerna.-Det har inte funnits tid och uppgiften, mandatet, var något oklart. Det handlar om att få igång uppföljning och klinisk kollegial diskussion. Det kunde varit ungefär som *pv-kvalitet*, ett koncept jag tror på och kommer att fortsätta informera om. Det blir svårare i en underbemannad situation.

I uppdraget har jag fått möta och samarbeta med många engagerade medarbetare. Värderingarna i administrationen var dock annorlunda. Till exempel har chefer fått beröm för att utan problem ha lagt ner olika delar ex filialmottagningar. Det kan aldrig vara bra med försämrad service. Visst går det ibland försöka lösa till likvärdig vård. Sen förstår ju jag att det med befolkningsutflyttning finns en brytpunkt där det inte går behålla alla delar. Resurserna måste användas optimalt. Men försämrad service är aldrig något bra i sig.

Vid varje möte har jag haft invändningar till många punkter på dagordningen och fått välja ut de där jag skulle höja rösten i protest, dvs en lite negativ och defensiv hållning. Det är tyvärr inte det allmänmedicinska perspektivet som dominerar.

Sammantaget har det varit ett givande uppdrag och mycket att fundera vidare på!

Peter Olsson /avgående regionschefläkare i Malmfälten

En biodlares död

Förtätad beskrivning av en medelålders man som avlider i någon form av cancer. Vi får följa hans tankevärld. Många intressanta iakttagelser kring liv, död och mening. Nära beskrivning av hur smärtan påverkar tänkandet och orken. En klassisk patografi, borde ingå i kanon för alla palliativt intresserade.

/Peter Olsson

Patientenkäten i NDR

Den som är intresserad av utvecklingen inom det som kallas "kvalitetsregister" (jag tycker benämningen "register för uppföljning" vore bättre) borde läsa redovisningen i NDRs årsrapport s s 134-142. Där redovisas en del intressanta resultat.

Huvudmännen (SKL) ställer krav på att patientperspektivet (PROM) är tillgodosett och NDRs modell kan få stora konsekvenser vid implementering i stor skala. Jag har tidigare kritiserat modellen i Riktlinjer har gått vilse – "Trygghet"! utan att få någon kommentar. Personligen tycker jag självklart att man måste få forska och testa olika modeller men vara mycket försiktig med att kräva att detta ska tillämpas av alla andra.

Har vi inte nog med tveksamma patientenkäter? En patient med flera diagnoser som registreras riskerar att få många enkäter. Är det en rimlig utveckling? Det som tas upp i enkäten är väl egentligen det som vi har som uppgift att ta upp vid konsultationen och organisationen av vår mottagning.

Nu redovisas en ganska komplicerad teoretisk process i utvecklingen av enkät-instrumentet. De principiella

invändningarna kvarstår. Man kommer dock inte ifrån essensen: att patienten sätter ett kryss på en fråga och man översätter sedan till ett numerisk värde för statistisk beräkning (oberoende av teorier) för koppling till andra variabler och ekonomi. Jag är kritisk till hela tankefiguren och tror den leder helt fel! I vårdvalet är det beställningen som gäller. Vet man verkligen vad man är ute efter? Man skriver uttalat att man vill identifiera grupper av patienter som inte mår bra och att detta skulle komplettera nuvarande registrering.

Ett exempel är ett intressant fynd som redovisas bland alla nya möjliga data-körningar:

Det visar sig att feta patienter med BMI över 30 upplever mera trygghet. Det framgår inte hur NDR tolkar detta. Jag vill upprepa att det handlar om bristande grundläggande begreppsförståelse (av begreppet trygghet).

Är ytterligare patientenkäter (och sammansatta index) något som vi vill ha, är det ett bra sätt att utveckla vården? Det är en viktig fråga att ta ställning till innan de blir obligatoriska för alla förekommande register!

Jag tror det finns många andra sätt som är betydligt effektivare och bättre. Problemet är att enkäterna inte, som andra marknadsundersökningar, riktigt fångar det vi menar med kvalitet.

Peter Olsson Jokkmokk

PS: Från NDR undrar man om det finns något konstruktivt förslag på hur man (med register?) skulle kunna upptäcka de allvarliga fall av metforminbiverkan som bl a beskrivits från Norrbotten. Själv har jag svårt att se hur detta skulle gå, det fordras helt enkelt vakna kliniker!

PS2* Äntligen har NDRs utdatagrupp redovisat jäv som man utlovat-visserligen med lite olika kvalitet men ett steg framåt? LÄNK

Fotnot: PROM utläses lite olika; Patient Reported Outcomes Measurement eller Patient Related Outcome that Matters.

/Peter Olsson

I kommande nummer...

kom gärna med egna förslag på artiklar som Du vill ha i vår tidskrift! här följer några planer:

Samtal mellan Peter Olsson och Andreas Karlsson om olika anställnings och driftsformer, vad som styr och hur det kan påverka arbetets innehåll, form och kvalitet

Jour på distans – Pajala och Övertorneå gör ett intressant försök att utnyttja tekniken och vi hoppas på en spännande rapport.

Lab-kostnad per listad! Vår ekonom tog redovisade labkostnader för vårdcentralerna och dividerade med antalet listade individer och fann stora skillnader. Det vore intressant att analysera närmare.

Det finns inga modeller! Om problemet med olika organisatoriska modevågor i vårt skrå, i grunden behövs en vettig bemanning.

Länkar och bilder samt recension av böcker finns på <http://allmanmedicinbd.se>

/Red: Peter Olsson och Andreas Karlsson