



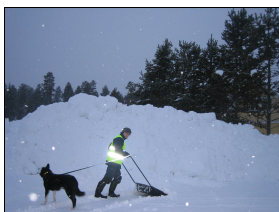
foto: Eric Fernandez Redo

Allmänmedicin Norrbotten

- kvartalstidskrift för allmänläkare och blivande allmänläkare

Februari - 2012

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



Artiklar:

- ▲ **Rapport från stämman** - Urban Mikko
- ▲ **Not cut out to be a doctor** – Patrik Warg
- ▲ **Från Brasilien till Björknäs**. e-intervju med Jose Santoro
- ▲ **Anmälan vårmöte**
- ▲ **Andreas tips till blivande chefer.** – Andreas Karlsson
- ▲ **Grattis Kalle W** – årets ledare!
- ▲ **Norrbottensuppropet** - Robert Svartholm
- ▲ **Klinik i tyska DEGAM, om vadkramper, magnesium, omeprazol, prostatacancer och syrgas** – Markus Beland
- ▲ **Konsultationen del 2, PRACTICAL**
- ▲ **Englunds julnöt**, Lars Englund
- ▲ **AXEL dags för bojkott av delar av etiska skäl?** – Peter Olsson
- ▲ **Diabetessköterskornas enkät**- Peter Olsson
- ▲ **Remissreturer och vårdgaranti** – Peter Olsson
- ▲ **Anmälan till Datainspektionen** – Åke Thörn

Aktuella Länktips (endast på nätet):

- ▲ Norrbottensuppropet Ska Du skriva på?
- ▲ EU-läkare. Dlf Ove Andersson.
- ▲ Läkare utan gränser 40 år!
- ▲ svd om registerdebatten
- ▲ Mats E om målvärden diabetes
- ▲ Filter tidskriften

Läst:

Björk, Bannerhed, Jerome, Flygt, Hirdman, Gustavsson, Fontander, Filter

Läkarestämman 2011, filosofiska versionen:

Så bra! Delar av mina osäkerheter medicinskt beror tydligen inte på egen inkompetens eller självupplevd ovilja att lära. Tydligen är eliten nationellt inte heller enig med sig själv, och den reella kunskapen dessutom tvetydig. Inte minst tydligt blev detta på symposiet kring SoS kommande riktlinjer om benskörhet. Att bisfosfonater hjälper och förebygger frakturer är solklart. Men däremot detta med behandlingslängd: Kanske antalet år vi ska behandla med vissa bisfosfonater endast och uteslutande baserar sig på hur många år studierna för dessa läkemedel är designade för... Och vem hade nu bekostat och designat studierna... Och varför är då standardlängden på behandling 5 år, när det finns vissa fakta som pekar på att exempelvis en (!) injektion av zoledronsyra (Aclasta) skulle kunna ha fullgod effekt...

Tvärt emot detta något paranoida konstaterande är det mest slående och kvarstående intrycket, insikten att det görs så oerhört ofantligt mycket bra grejer inom vår bransch. Både i Sverige och internationellt. Både inom forskning och ute i verksamheten, och allra helst där dessa två är synonyma. Det förbättras. Det mäts (mer eller mindre klokt). Det utvärderas. Det tänks nytt, ibland med andras erfarenheter som mall, ibland verkligt nytt. Även om Peter Provonost varit drivande inom utvecklingen av specifikt IVA-vården i USA, med drastiskt minskade dödstal som följd, finns det i hans anförande solklara paralleller att dra ifråga om verksamhetsutveckling även för primärvården. Eller rättare sagt, i än högre grad är de slutsatser han nämner relevanta för primärvården. Att alltid utgå från de lokala professionerna vid förbättring, men att vara ihärdig med uppföljning och se till att målen man satt verkligen nås.

Om det skiljer i arbetssätt och lokal kompetens olika IVA-enheter emellan, är nog de enheterna tyvärr ändå ett under av konformitet jämfört med svensk primärvårds olika enheter. Även om året är 2011. Kanske ska det också vara så, vilket då understryker behovet av lokal utveckling. Inte utveckling påtvingad och förutbestämd uppifrån. Att höra en av de 100 största tänkarna enligt Times' Magazine resonera kring detta blir lite stärkande för moralen. Det är alltså vi som är längst ner i beslutskedjan, som vet bäst hur just vår enhet ska bli bättre. Ingen annan.

Vägen till detta mål om minskat lidande, minskad sjuklighet och minskad död är dock uppenbart svårorienterad. Inte minst är det svårt att enas om antalet kontroller längs vägen. Särskilt då för primärvårdens snitslade bana.

Är t ex den rätta kursen via kontrollen "ökat preventivt arbete", och hur ska vi då utforma den kontrollstationen? Är det för övrigt det som är målet, att införa en kontrollstation för invånarnas levnadsvanor?? Att SoS till slut släppte sina riktlinjer kring sjukdomsförebyggande metoder under stämman bidrog än mer att sätta fokus på de här frågorna. Kanske det renodlat preventiva arbetet borde få en alldeles egen bana, t ex som i vårt grannlän Västerbotten. Där målet om världens friskaste befolkning 2020 inte längre är en utopi, bland annat tack vare de systematiska folkhälsoundersökningar man kallar befolkningen till regelbundet. Eller ska varje landsting ad modum datajournalssystemutveckling, uppfinna sitt eget lagomt kantiga hjul för hälsa?

Jag menar, ingen verkar ju ändå veta vilken väg som är optimal, om den nu finns. Christer Pettersson (DL Växjö) tog upp en intressant tankegång på symposiet kring "krämpa eller sot – vem får bästa bot". Istället för stela guidelines kan erfarna välutbildade allmänläkare använda mindlines, som en sorts lokalt professionell personlig beslutsgång i patientarbetet. Alltså att som doktor välja det bästa utifrån den unika situation som egentligen alltid råder på en allmänläkarmottagning, invägt både kunskap, riktlinjer, egen insikt om kompetens och de lokala förhållanden som råder för både patient och sjukvårdsapparaten. Mycket klokt. Extremt svårämbarbart. Allmänmedicinskt, typ.

Många frågor kräver långa diskussioner. En del frågor har inte bara med krassa fakta att göra, utan delvis också med lojalitet. Självklart är den främst riktad gentemot patienterna, men onekligen kan den också riktas mot en själv, kollegor, forskningsfält eller industri.

Hur många har en genuint bra magkänsla inför den kompasskurs som chefen, landstingsledningen eller för den delen socialministern stakar ut? Vem orkar, egentligen, säga ifrån? Vill de flesta, egentligen, ha något ansvar för orienteringen? Eller är det bättre att mest ta ansvar för sin egen personliga kurs, och mest då med ordets monetära betydelse? Av den nästan helt öppna lockmarknad som stafettfirmorna ägnar sig åt är det lätt att tänka, att inkomst är det enda viktiga i arbetet.

Är det rentav så systemet är tänkt att marknadsmässigt fungera för just vår yrkesgrupp? Att premiera de som enbart och uteslutande står på golvet och skottar och inget ifrågasätter eller utvecklar? Oavsett hur mycket som missas på grund av inkonsekvenser i strukturen. Onekligen får stafetteriet den konsekvensen, otänkt eller uttänkt, vad vet jag...

Onekligen får ledningen också svårt att ifrågasätta vårt individuella arbete, om ingen i ledande position har professionell kunskap att göra just det. Onekligen känner jag

kloka duktiga kunniga kollegor som sagt upp sig av delvis de här anledningarna, och istället valt stafetteriets inkomster och enkla förhållningssätt som arbetsform. Onekligen blir då systemet ur marknads-synvinkel i vart fall lite logiskt, och tyvärr självuppfyllande...

Bara det faktum att fler stafettfirmor än landsting var representerade med egen monter på stämman säger en del. Att kaffet var godast i Läkarjourens monter säger onekligen än mer om verkligheten, även om Läkarförbundets ugnsvarma bullar inte gick av för hackor direkt.

Bevisligen har vår yrkeskårs inflytande minskat gällande sjukvårdsorganisationen. Det var så tydligt i den kvalitativa studie som presenterades om läkares arbetsmiljö, att man hade fått ändra fokus på hela studien. Omorganisationer, minskande lokala beslutsmandat, MLA/MAL-roll helt utan inflytande parat med överdrivet ekonomiskt fokus från ledning, nämndes som orsaker till detta minskade medbestämmande. Konsekvenser som tydligt beskrevs var ledningsbeslut som går tvärt mot verksamheten, omorganisationer som påverkar kunskapsutvecklingen negativt, resurs och platsbrist och ofunktionella uppföljningssystem.

Man kan mer än misstänka, att ingen annan yrkesgrupp väger kvalitet eller patientsäkerhet lika tungt som vår. Lika lite som doktorn sätter ekonomin i absolut första rummet, sätter ekonomen medicinskt omhändertagande på allra allra första parkett. Om det nu inte skulle kunna ge än mer vinst på sikt att göra så.

Nej, hur det kunnat bli som det blivit är lite av en gåta, även om orsaken i luddig oskarp text kanske kan utläsas till att ha med enbart maktfördelning att göra. Att det blivit sämre för vår profession är klarställt. Att detta faktum i sig bidrar till något bra för sjukvården och patienterna ter sig i mina ögon osannolikt. Eller snarare så skulle jag hemskt gärna få den tankekedjan förklarad för mig. Så vem gynnas av utvecklingen, och är vår utmatning så total att vi gett upp?

Eller har vårdvalet mer effektivt än någon tidigare förändring, gjort oss alla till bittra konkurrenter istället för hjälpsamma kollegor? Detta då trots det oantastliga faktumet att patienterna och deras problem onekligen räcker till oss alla. Med råge.

Slutintrycket av stämman blir ändå lite splittrat, precis som innehållet här ovan. Vet höger hand vad vänster gör, och vem lyssnar hjärnan egentligen på? Kanske hjärtat lever lite i en egen värld, och i den

ekvationen, vem bestämmer egentligen? Och vem ska man tro på?

Ubbe Mikko

Not cut out to be a doctor

WARG OM Sig själv, som vanligt...

*Patrik Warg 120102, Norrbotten – för AllmänBD. 10 517
tecken – 2017 ord*

Ingen tycker synd om doktorn. Läkare har för bra betalt och åtnjuter fortsatt för högt anseende bland yrkeskategorierna, inte bara som sexualobjekt, för att någon ska tycka att de har rätt till ångest. Ungefär som våra piloter. Man förutsätter att de fan vet vad de gör och om det händer något så får de aldrig panik. Skillnaden är att piloterna faktiskt lider av samma potentiellt livshotande sjukdom som deras patienter. Jag får panik dagligen. Men så är jag heller inte ”cut out to be a doctor.”

Läkares jobb är också utifrån betraktat som ett kall. Det betyder att de älskar att jobba nätter och jourer för att där möta psykopater och missbrukare, veckolånga sofflockshostsyndrom samt folk vars föräldrakapacitet kan göra en vakthund mörkrädd. Nej, en läkare är det aldrig synd om, ty allt han gör är precis vad hon vill göra. Ungefär som en draghund. ”Men gud vad de sliter...” ”Nej, nej, det är det bästa de vet, att springa och dra tills tassarna blöder. De vet inget annat.”

Således är jag inte ens klippt och skuren till byracka heller.

Så mycket av min arbetsdag består av arbetsuppgifter kopplade till främmande yrken, krävandes helt andra utbildningar och talanger. Dessutom är uppgifterna styrda av andra instanser, som till större delen varken har ansvar för eller formell insikt i vad jag har utbildat mig till eller hur jag föresatt mig att hantera mitt valda yrke. Sammantaget gör det att merparten av arbetet är obeskrivligt omständigt och rent ut sagt, otrevligt. Som tur är väger de hjälpsamma och trevliga patienterna, medarbetarna, chefen, kaffemaskinen och den korta sträckan hem upp en avgörande del av veckans koncentrat av administrativa omvägar, rörörda informationsfunktioner, ogenomtänkta gränssnitt och evolutionsförhindrande ekonomiska och organisatoriska påbud.

Jo, jag förstår att jag är en av de få som är frustrerad och förvirrad och att övriga vårdcentralsläkare egentligen inte intresserar sig för eller begriper vad jag försöker förmedla.

Det är helt okej, ty värdet för er – som trots allt – läser detta utan att förstå vad jag söker uttrycka, är att ni verkligen kan klappa er för bröstet och säga: ”Ah, vilken tur och vilken glädje att jag fattar, att jag kan hantera allt detta, att jag aldrig får panik och därmed verkligen är: ”cut out to be a doctor.”

Att vi är få som upplever vårt yrke som ovan står helt klart. Hade vi bara varit ytterligare några som delade min ständiga känsla av att ”jag nog bara jobbar på McDonalds tills jag hittar rätt i tillvaron”, så hade vi, med den potentiella makt vi läkare besitter, helt enkelt, ändrat förutsättningarna för vår arbetsmiljö för länge sedan.

Vårdgivarjobb i allmänhet och distriktsläkarnas vardag i synnerhet, är till sin natur (i min natur) paradoxal i mer än ett avseende. Men det som ständigt plågar mitt bonnförnuft och min frihetslångtande själ – alldeles bortsett från de ovan beskrivna och obegripliga uppgifterna – är ekvationen mellan allvaret i vår gärning och den pådyvlade (men egentligen helt självpåtagna) produktionstakten. Ni börjar fatta va? Att jag inte fattar något. För ni andra förstår ju sambandet mellan produktionstakt, stafettkvoten och allvaret i att hantera människors hälsa.

Hur sjukt dålig förmåga att förstå det andra förstår kan en medelålders man som jag egentligen besitta? Till exempel förstår jag inte varför kulturen blivit sådan att vi spelar politikerna rakt i händerna och dessutom tar på oss deras ansvar? Varför har de ställt oss mot varandra och därmed faktiskt skapat en osäkrare situation för patienterna – god tillgänglighet – men sämre kvalitet. Varför ska inte alla läkare och övriga vårdgivare (som piloter och flygmeckare) verkligen ha tid att ägna sig i lugn och metodisk ro åt varje enskild patient, deras ordinationer, dokumentationer och uppföljningar, bearbetning av det inträffade, lagring som erfarenhet och kontrollplanering? Särskilt i perspektivet att kringarbetet hela tiden förlångsammas av nya klickningar och omständigare rapporteringsförfaranden. Och framför allt, det är ju där rekryteringsproblematiken har sitt svarta hål. Varför blir det då bara värre och värre? Jag vet svaret, men det säger jag inte. Att föreslå lösningar är inte heller läkarkårens starkaste sida. Bäst jag tonar ner det hela för att inte göra mig ovan med alla två som har fortsatt läsa så här långt.

Nåja, det försiggår inget hemligt mummel, av ren artighet, ärlighet och omtanke, bland det fåtal som vet att jag existerar, att undertecknad tillhör den av auktoritetsskräck allt mer obstinata och inte alltför

egenskapsstarke underklass bland läkare som inte ägnade tid på biblioteken som barn till förmån för variatorremmar och omedvetet bärande av apartheidanhängande företagsloggor på oljekepsen.

Med en sådan fostran och bekymmersfri bakgrund kan man ju dra slutsatsen att jag inte borde lida av omvärldens elände. Att jag av brist på fattningsförmåga, full av romantiserad glesbygdsinskränktitet inte tar in rasism, dekapiterad girighet, global orättvisa, maktmissbruk och att så många familjer i Norrbotten lever i socioekonomisk misär till följd av ovan. Men jag kan inte ens se nyheterna på teve utan att falla i tårar. Än mindre dokumentärer om tredje världen och framför allt inte Vem vill bli miljonär. Samtidigt vill jag faktiskt vara med, ta del av och generöst stötta rörelsen av klokskap och förändringsiver. Jag vill se och förstå att vi lever i den bästa av alla landstingsvärldar och att våra styrande har förmåga att hålla fler bollar i luften än jag själv.

Men det enda som slår mig när hjärnan försöker sammanfattar mitt skummande av samhällsaktualiteter, är att vi alla har något gemensamt. Inte bara fundamentala högerdemokrater, militanta miljövänner och eventuella skånska terroristsympatisörer. Det finns en gemensam nämnare som strömmar genom alla religiösa, vetenskapliga och politiska schatteringar och som kan föra oss alla närmare varandra vid insikt om dess existens: Homofobi. Jag menar, ett problem ska ju ses som en möjlighet, tycker ni inte det?

I klartext betyder ovan skrivna det att jag alltså försöker läsa AllmänBD:s seriösa artiklar och vidhängande kommentarer. AllmänBD är ju trots allt skriven av folk jag känner: Pekka, Karlssons pojke och Robban, typ. AllmänBD är ju inte heller Läkartidningen, vilken inte alls går att läsa utan att få svettångest i avundsjuk och skrämmande insikt kring författarnas engagemang i att skildra hur världen faller i spillror. För att inte tala om annonsörernas ivriga exponering. Det sista kunde ha varit en kommentar till Järhults utmärkta irritation* kring vad som trycks och inte trycks i Läkartidningen, men det är jag för dum för att koppla ihop. Ingen idé att sätta mig på svarta listan således. Trots allt är jag ofarlig för alla utom mina patienter. Läkartidningen bränner jag av efter behag. Nästan lika länge som en björkklabbe om man rullar den hårt. Utanför stugan står barnen i kvällstid och ser fyrfärgsfyrverkeriet ur skorstenen flyta ihop med norrskenet över Dundrets blåsvarta silhouette. AllmänBD brinner inte alls. Inte tar den ihjäl lika många träd heller. Det är ju suveränt.

Alltså, jag sätter mig ner vid paddan med kaffe i nystadat kök när barn och hustru är på marknaden och köper krigsleksaker och bestämmer mig för att bli klokare, att delta i debatten, att – för helvete – ta lite ansvar här i världen. Det håller i fyra minuter innan jag inser att jag inte kan ta in alla vändningar, alla åsikter, all den allvarstyngd som texterna innehåller.

Nej, för min egen skull måste allvaret i artiklarna lättas upp, tänker jag och bestämmer mig för att skriva något mittemellan. Att bidra med någon slags acceptabel utfyllnad för att visa att jag verkligen försöker stödja alla ni som lever under vanföreställningen om att det skrivna ord kan påverka makthavare och solens livslängd. Att pennan är vackrare än vädret. (Plus att Andreas Karlsson har beordrat mig textproduktion, eftersom han själv är pappaledig just nu och – enligt min bestämda mening – inte bör ägna energi till att begrunda omvärlden över huvud taget.)

I denna mellanradstematiska text uttrycker jag således frustration, som ni märker. En frustration som inte grundar sig i ovan nämnda auktoritetsskräck eller ständiga underdogfeeling, utan egentligen på min längtan tillbaka till det som var jag – från början. Då, när jag hade den så avgörande friheten i min slitna skoterhandske utan att fatta det. I det perspektivet ska jag beskriva min situation och förhoppningsvis träffa åtminstone ett par andra kollegor rätt i mellangärdet (epigastriet för Er andra).

Trots många års hjärnbrottning har jag inte lyckats sätta fingret på frihet. Det är förstås inte bara en fix idé utan ett ständigt grubblande som grundar sig i min ständiga längtan efter just frihet – trots att jag alltså inte vet vad det egentligen är. Det närmaste jag kommer en symbol för det jag saknar är den sena dagens ljus i väster. Ett rätt stabilt återkommande fenomen som alltid får mig att stanna upp, inte kliva in i bilen, inte stänga dörren, inte lyssna på mina barn som vill något. I dagens sista ljus försöker jag fånga bilden av ”där bortom” med alla mina sinnen likt en rotlös nomad eller en forna tiders cowboy, ”go west young man”. Känslan är så stark över att lyckan finns i solnedgången att jag ofta börjar gråta över hur synd det är om mig som är kvar här vid grillkiosken i Gällivare, Överkalix, Åre, Chamonix (crepeskiosk), San Diego (tacosstånd) eller Langkawi (hmm... nåt med ingefära tror jag...). Solnedgången är alltid ”där borta” var jag än står alltså.

Men den starka och ständigt påtagliga längtan och funderingarna över hur jag ändå, via magi, ska ta mig dit kostar på tok för mycket tankekraft och energi. Så mycket kraft går åt av den lilla jag har som behövs till att vara trebarnsfar i långtifrån traditionell familjekonstitution, att ägna arbetsdagar åt att tömma mejlboxar fulla av skit, komplettera intyg vars frågeställningar består av slumpvis utvalda standardmeningar ur byråkratins historia, vänta på apodossidor som inte fattar och samtidigt

vara lyhörd för omstruktureringar, kapiteringar, geografiska upptagningsdiskussioner, ritningsplaner, nytillkomna kommunikationskanaler (inte utbytta – nytillkomna) – samt, inte minst, leva upp till nationella levnadsvanor för att med gott samvete kunna förkunna dessa till Folket. Det är inte vad jag kallar att vara distriktsläkare – utan röstfiskare åt en organisation vars enda motiv är komma undan ansvarsfrågor.

Längtan efter att nå den romantiserade värld, där jag som allmänmedicinare med min bakgrund och uppväxt får möjlighet att verka ambulerande i ett distrikt större än Eden, men lika full av möjligheter, är i nattens timmar reell. Där störtar jag ner för branter och uppför fjäll i midvinternatt på skidor, genom skog och över myr med hundspann för att leverera insulin till storsamens dotter, spjåla drängens tibia, skära ut ett fiskedrag ur en vindpinad haka, lära friska ungar om vådan av köldskador, familjerådgiva granntorpets unga barnlösa par, hugga ved och slakta härk åt ofärdiga gubben Pannas innan jag lämnar allmänna råd, en satellittelefon och numret till 1177 och får stekt suosvas med potatismos och äggröra för att sedan sova ett par timmar på renfäll framför köksspisen.

Efter kokkaffet i gryningen ger jag mig av mot en lavin som just dragit med sig fyra brädpunkare på Piellåives sydsida där jag är först på plats och min vovve Snöskall (OBS, fingerat namn – jag har nämligen ingen jycke) får sedermera medalj av kronprinsessan (som vid den tidpunkten förstås har av sagt sig monarkin av ren självbevarelsedrift och för att skydda sina ungar från kamerablixtallergiska reaktioner). Då är jag åter den jag vill vara – den jag är och alltid har varit: en variatorremsfixerad, tvåtaktsdoftande kolmonoxidterrorist – förlåten av etablissemanget för min humanitära mission och för att jag har ”NO LOGO” tryckt på kepsen.

Det är vad jag kallar att vara distriktsläkare.

Nå, det verkliga testet för att ta reda på om just DU är ”Cut out to be a doctor” besvaras genom en snabb analys av din förmåga att sortera viktigt från oviktigt, prioriterat från oprioriterat och din disciplin att alltid ansvarsfullt planera din tid väl, genom att avstå från all distraktion. Med andra ord: om du har läst hela denna text så bör du se dig om efter ett annat yrke.

Ha ett varmt 2012, trots ditt kall!

Warg



Jose- designer för vårmötets hemsida – e-intervju

Jag är född i Brasilien och kom från en lite stad strax söder om nuvarande huvudstaden Brasília. Min far hade en liten affär i en stad och min familj miste all egendom efter att Brasília grundades på 60-talet och vi tvingades att flytta därifrån. Vi bodde på många ställen i landet. Sedan

17 års ålder har jag arbetat parallellt med mina studier som det är mycket vanligt i mitt land.

Vid 21 års ålder hade jag lyckats att få ett jobb som banktjänsteman i det största bankföretaget i Brasilien och det hjälpte mig mycket ekonomiskt. Jag studerade samtidigt vid högskola som började med sjukhusadministration utbildning i tre år och därefter medicin. Efter läkarlegitimation 1985 följde jourtjänstgöring på olika ställen och två års (obetalt) arbete som ST-läkare på reumatolog i São Paulo, Brasiliens lokomotiv stad. Jag försörjde mig genom att jobba på banken på kvällen dvs från kl. 09.00 till kl.3.00 på natten varje dag under veckan och vaknade ständigt ca kl. 06.30. Från 1988 till 1999 var jag företagasläkare på Banco do Brasil som hade när jag började 130 000 anställda och från 1994 även på EMBRAPA den största jordbruksforskning offentlig sektor företag som med 10 000 anställda. Mit arbete krävde mycket eftersom jag var ansvar i båda företagen för hälsovård och arbetsmiljö frågor med ständiga resor i hela landet och något oreglerade arbetstider.

Tidigare i 1979 försökte jag studera medicin i Sverige. Det gick inte dels på grund av pengar, dels på grund svårigheter att anpassa till sociala villkor som språket till exempel. I 1999 efter långtids inkubation sa upp mina jobb i Brasilien och fick en plats på ergonomikurs vid Luleå Tekniska universitet men jag ville stanna kvar i Sverige. Så småningom kontaktad jag Björknäsvård vårdcentral och efter många samtal och byråkratisk huvudbrus fick jag en ”preliminär tid” som tjänstprovning. Till slut lyckats jag få läkarlegitimation i 2005 och nu jobbar jag på samma vårdcentral som välkommat mig i 2002.

Jag tycker att Sverige är ett gott land att leva i och upplever att man har tid att planera, organisera och njuta av livet. Dessutom man får inte glömma att det medicinska systemet i Sverige är väldigt attraktivt och kompetent jämfört med olika länder. Det är som mest attraktivt men ”money matters!” naturligtvis och det spelar roll när man kämpar på att skapa en säkert och lugn framtid.

Jag inte är SFAM Norrbottens webbsida redaktör utan designer. Det var mitt sätt att delta i kommittén. Jag tycker om att rita, skriva, fota och redigera texter och bilder och använda den erfarenhet som jag har när jag bodde i Brasilien och layout själv kan hjälpa att uttrycka den.

Jag har flera intressen bland annat ekonomi och astronomi, även försökt att patentera små ”uppfinningar” men det krävs massor av resurser.

José Santoro, Boden

Chef inom sjukvården, med hemligt karriärstips

Denna fråga är som alltid viktig och aktuell. Historien känner väl vi alla till, om läkaren som den naturliga och aldrig ifrågasatte chefen som några decennier senare är en raritet. Något vi från läkarsidan väl(?) vill få en ändring på. Både på denna sida, i Läkartidningen och i andra forum är det trots allt en högst levande fråga. Bl a anordnades i Luleå en Karriärkväll för läkare där detta var huvudtemat. Trots detta minskar nu antalet läkare i ledande befattning med en accelererande hastighet. På senare tid ha man också börjat ge sig på slutenvården.

Det färskaste exemplet som jag stött på, och som också i mina öron är det grävsta samt har den störste effekten för sjukhus, personal, medarbetare och patienter, är att Kjell Melander INTE blev chef för medicin i Kalix. Eftersom jag inte är ute efter att trampa hans motkandidat på tårna så lämnar jag henne utanför detta inlägg. Det handlar således inte om den personliga besvikelsen hos Kjell och inte heller om den förmodade kompetensen hos den nye, valde chefen, utan om det aktiva valet att Inte välja en läkare som chef. Två argument jag hört är dels att han är för bra läkare för att bli chef och dels att han inte har nog med erfarenhet som chef.

Dessa argument är ju båda idiotiska, men också väldigt klagörande:

Vill du chef så skall du se till att skaffa dig stor erfarenhet som chef först... Joseph Heller kunde inte sagt det bättre själv utan skrev istället boken catch-22 för 50 år sedan.

Det andra är lite mer klagörande: se till att sköta ditt jobb uruselt så har du goda chanser att få en ledande befattning.

Jag ser här en potentiell genväg: **genom att ansöka om delegering av sig själv ökar din chanser avsevärt!!!**

Andreas Karlsson, Luleå

Årets chef – grattis Kalle W!

Norrbottnens Läkarförening

har glädjen att utse

Carl-Johan Westborg

till

Årets Chef 2011

Carl-Johan bedriver snabbt och omsorgsfullt kliniskt arbete med tydlig förankring i allmänmedicinsk tradition. Han klarar att vara både kollega och chef i vardagsarbetet. Han har utrymme till ledarskap i vardagsarbete på vårdcentralen genom ett klokt samarbete med enhetschefen och lägger intresse på långsiktiga frågor. Detta kompletterat med blick för strategiska utvecklingsarbeten och en förmåga till ”helikopterseende” gör att Carl-Johan väl förtjänar denna utmärkelse.

Luleå 111222

Robert Svartholm

Robert Svartholm

Ordförande Norrbottens Läkarförening

[Pressmeddelande](#)

[diplom_kalle](#)

Presskonferens – utmärkelse i Boden 111222 kl 1150.

Svensk sjukvård står inför stora utmaningar och inte minst i Norrbotten har vi stora ekonomiska problem att hantera. En viktig nyckelfråga är då att sjukvården ska kunna rekrytera – och behålla – kompetent personal på en i övrigt dynamisk och internationell arbetsmarknad.

Detta och mycket annat ställer stora krav på en fungerande ledning och att cheferna är kompetenta och engagerade. För att stimulera detta har Norrbottens Läkarförening sedan fyra år utsett Årets Chef, och nu är det dags att utse årets pristagare. I år äger ceremonin rum i det nya konferenscentret på Björknäs Vårdcentral – Bodens centrala vårdcentral på Idrottsgatan i Boden. Prisutdelningen kommer att äga rum torsdag 22 december kl 11.50.

Massmedia hälsas välkomna och kommer då att få reda på vem som får utmärkelsen och motiveringen till detta.

Det första priset gick till GITT STRÖM, Jokkmokks Vårdcentral 2008. Gitt är en sköterska som en längre tid kunnat driva vårdcentralen som en attraktiv arbetsplats med full läkarbemanning och med aktivt deltagande i både lokal och nationell utveckling av primärvården.

2009 gick priset till Meta Wiborgh, Bergnäsets Vårdcentral, som på några år vänt en nedläggningshotad central till en attraktiv och komplett enhet som numera kunnat ta ansvar för att härbärgera delar av den Regionala Läkarutbildningen – en ”filial” till Umeå universitet.

2010 delades priset mellan Pia Byström och Christer Nordenhäll. Pia är psyksköterska som i ett krisläge tog över ledarskapet vid kliniken på Sunderbyn och snabbt skapade en attraktiv utbildningsmiljö för unga läkare – AT-läkare – trots de välkända problemen som finns inom länets psykiatri. Christer Nordenhäll var verksamhetschef på Hortlax vårdcentral. Christer var nybliven pensionär som varit chef i ”eviga tider” och hållit ihop sin enhet trots alla stormar som härjat genom vårdsverige under årens lopp. Han lyckades vidmakthålla en situation med synnerligen god och kontinuerlig vård – ett föredöme för omgivningen och en stimulans för nya läkare som tänkt sig satsa på allmänmedicinen och primärvården.

Nu är det alltså dags igen – årets chef är föreslagen av Norrbottens Läkarförenings medlemmar och ska få sin utmärkelse.

Robert Svartholm

Ordförande

0706234509

Vi publicerar åter intervjun med Kalle när blev chef:

LEDARSKAP

E-intervju med Kalle Westborg

Hur har Du förberett dig?

I flera år har jag tänkt på ett chefskap. I första hand på Björknäs, annars någon annanstans. Vid årsskiftet sökte jag, och fick, tjänsten som chefläkare i PV Luleå-Boden, men som chefläkare är man egentligen inte "chef". Man har ingen budget och bestämmer inte nåt, utan är mer ett smörjmedel i organisationen (så ser jag det, i alla fall). Jag har varit MAL på jourcentralen i Boden sedan 2000, och den vägen deltagit i landstingets chefsutbildningar, två omgångar, samt varit med i vårt lokala regionråd i Boden.

Att vara studierektor, och leda ST-läkarnas utbildningar och vara med och träffa andra studierektorer är mycket utvecklande. Det är ett härligt, egensinnigt gäng!

Efter årsskiftet har jag även deltagit i Luleås regionråd samt ingår i ledningsgruppen för primärvården. Jag ser allt detta som förberedelser för chefskapet på vårdcentralen.

Kurser, utbildning, fackligt, föreningar etc.

Viktigast?

Det fackliga arbetet med dess kurser, möten, förhandlingar etc är en jättebra chefsutbildning. I allmänhet finns ingen motsättning mellan fack och arbetsgivare utan vi arbetar mot samma mål. I övrigt vill jag påstå att allt som formar mig som person även tränar mig för ledar- och chefskap. Det jag saknar mest är någon sorts kurs i "praktiskt chefskap". Allt detta datorpysslande!

Vad beror det på att så få tar på sig ledarskap samtidigt som det efterlyses?

Så få läkare antar jag att du avser. Jag tror det beror på att vi har en tradition att det ska vara de bästa klinikerna som blir chefer, och de ska fortsätta med patienter i oförminskad omfattning. Det kanske gick för 15 år sedan, men kraven på ledarskapet har vuxit, administratörerna centralt blivit färre

samtidigt som administrationen snarast vuxit. Datorn avlastar inte, snarare tvärtom. Den öser in uppgifter, i IP, PAW, budgetuppföljningar i LUPP, å så denna evigt förbannade och välsignade mail!

Läkare som blir chefer idag måste vara beredda på att avstå från viss del kliniskt arbete. Jag har chefläkeriet på 30%, och har en förhoppning att det ska finnas synergier så att chefskapet på vårdcentralen ska ta ca 20% till. Utmaningen framöver är att få ner patientantalet så jag kan klara dem på en halvtid. Få se hur det går!

Kommer Du att fortsätta med kliniskt arbete? Hur blir fördelningen?

Se ovan.

Hur skulle Du karaktersiera din ledarstil? Vem

bestämmer hemma? (Frun chef på ögon) Jag försöker arbeta med konsensus och att alla om möjligt ska vara med på båten. Samtidigt har jag en tendens att bestämma mig ganska fort, ibland för fort, och trycka min åsikt på omgivningen. Gäller att balansera de två. Hemma bestämmer vi tillsammans, lite olika beroende på kompetensområde. Numera är barnen så stora att även de har ord med i laget, och t o m veto i vissa frågor./Kalle

Från Bibbi Breitholtz, Kalles föregångare:

Men så här är det att jag har varit chef i knappt tretton år. Det är ett roligt men intensivt arbete. I perioder har vi haft glest med dr vilket slår tillbaka på hela vc dvs all personal och våra patienter.

Att jag avgår nu ja jag tycker att det är dags vc är i "balans" Jag får en mkt duktig efterträdare och för mig ger det möjligheter att utforska nya områden ännu oklara för mig dock

Markus från DEGAM – om vadkramper, magnesium, omeprazol, prostatacancer och syrgas

Bästa Kollegor!

Här följer en översättning av en del av ett utskick som medlemmar i tyska SFAMs motsvarighet DEGAM några gånger om året får. Intressant läsning, tyckte jag, även för oss.

Nästan inget ämne diskuterades i vårt forum lika intensivt som PSA screening. Det amerikanska US Preventive Services Task Force Har nu tagit ställning emot screeningen.

Enligt traditionen finns det möjlighet till offentlig diskussion av rekommendationen som kan kommenteras t o m 8 Nov. Inför det stundande beslutet har NEJM publicerat en rad online first texter från förespråkare och motståndare. Dessa kan laddas ner fritt

<http://www.nejm.org/search?q=psa+screening&asug=psa>

Särskilt en av texterna träffar huvudet på spiken enligt min mening. Författarna är Allen S. Brett, Medicinare på Department of Medicine, University of South Carolina School of Medicine och Richard J. Ablin, uppfinnaren av metoden, på Department of Pathology, University of Arizona College of Medicine. Båda tar klart ställning mot PSA screeningen och deras ställningstagande är enligt min syn mer än läsvärt (Prostate-Cancer Screening — What the U.S. Preventive Services Task Force Left Out, NEJM 2011).

2. Inte så sällan kommer patienter till mottagningen och klagar över oftast nattliga vadkramper (sendrag). Många kollegor rekommenderar i den situationen Magnesium som märkligt nog verkar hjälpa. Märkligt nog för att vetenskapliga belägg för en ev orsakande magnesiumbrist är tämligen sparsamma och serumbestämningar ofta visar normalvärden.

Jag vill inte närmare fördjupa mig i problematiken huruvida serummagnesiumvärden representerar kroppsmagnesium utan bara påminna om att en fråga hos patienten med dylika besvär inte ska missas: Tar du protompumpsinhibitorer?

I två bifogade publikationer kan ni läsa några fallbeskrivningar om sammanhanget som uppenbarligen uppträder vid PPI behandling med saknas vid behandling med H₂ antagonister. Sätter man ut PPI upphör besvären. (Originalarbeten QJM 2010 und Curr Opin Gastroenterol 2011).

4. Syrgas räknas i prehospitalt omhändertagande av hjärtinfaktpatienter till rutinåtgärderna. Jag vet inte om även ni tror att denna åtgärd är biologiskt förståeligt och vetenskapligt belagt – åtminstone jag trodde hittills att detta var allmänt säkerställd kunskap.

En grupp brittiska och spanska forskare kring allmänmedicinen i Oxford har i en metaanalys kommit fram att antagandet av nyttan angående smärta, komplikationer och mortalitet är minst sagt optimistiskt.

Trots att författarna letade i världens alla databaser blev resultatet tämligen klen: Man hittade hela tre kontrollerade studier med sammanlagt 387 patienter

– tämligen litet för detta frekventa problem. Som mått för nyttan beräknades den relativa risken (RR).

Risken att dö var med syrgas (jämfört med rumsluft) 2,88, vid bekräftade infarkter till och med 3,03. Att dessa värden – sannolikt på grund av det lilla antalet patienter – inte var statistiskt signifikanta är en klen tröst. Med rätta uppmanar författarna till att göra stora och metodiskt invändningsfria undersökningar för att äntligen för mer tillförlitlig klinisk evidens (Originalarbeit Emerg Med J 2011)

Herzliche Grüße/Michael M. Kochen

Konsultationen del 2, Practical

Konsultationen del 2 rapport och utvärdering **Practical**
Ut värderingen är övervägande positiv och invändningarna vettiga och tänkvärda, se länk på studierektorernas hemsida!!

Vid första delen i Kukkola fick vi frågan om detta var den enda modellen för konsultationsträning. Man kan väl sägs att den historiska utvecklingen och teoretisering kring ämnet väl sammanfattas i en A4 sida med acronymen PRACTICAL. Till mötet i Sunderbyn försökte jag visa den i en gammaldags ”transparens” dvs overhead-bild (Blev nog ganska misslyckat). Referenser längst ner för den som vill läsa vidare.

Den visar likheter mellan olika delar hos lite olika författare. Några av dem är kända brittiska auktoriteter där vi kunde visa korta videosnuttar där dessa sammanfattar vad de tycker är det allra viktigaste, Här är länkarna till Neighbour, Heath, Tate. Haslam, Skelton, Silverman.

<http://www.e-lfh.org.uk/projects/egp/splay2.html>

Englunds julnöt, citat att reflektera över

Kan läsas på ordbytte

AXEL – dags att bojkotta delar av etiska skäl?

Axel är inte bara ett mansnamn och en kroppsdel.

Det är även en katalog över kriterier för uppföljning av utförarnas verksamhet i vårdvalet. Där försöker man översätta olika politiska målsättningar till mätbara data. Efterhand kommer allt fler av dessa att vara knutna till särskild ersättning till enheten.

Alla som sysslat med uppföljning i primärvård vet hur svårt det är att fånga den typen av data på ett säkert tillförlitligt sätt. Systematiska fel är vanliga och även medveten

manipulering. Särskilda registreringar är osäkra och extremt tidsödande och förödande för arbetsglädje och effektivitet.

Vår vårdcentral tröskade igenom katalogen på årets planeringsdagar. Vi uppnår redan många av de registrerade målsättningarna. Så det är inte där tveksamheten och oron för framtiden ligger. Vi kan säkert rikta registrerandet på särskilda medarbetare och förbättra resultat ytterligare något.

Problemet är mera det moraliska dilemmat med den närmast sjukliga vågen av total registrering av vad någon kallat ”medborgare med osunda levnadsvanor”. Det väcker frågor om respekt, sekretess, integritet, våra arbetsmetoder och synsätt.

Nu ser vi hur sökordet ”alkohol” endast kan registreras med det mycket tveksamma måttet ”antal glas”. Förstår den som registerar och den som registreras verkligen vad detta kan innebära och då tänker jag inte bara på framtida försäkringar. Nu ska det angivna värdet på antal glas automatiskt hämtas in och uppdateras i VAS försättsblad som inte är klinikbundet utan tillgängligt för alla som öppnar journalen i hela landstinget.

Det är viktigt att vara tydlig med att vi visst ska diskutera alkohol, tobak, kost och motion med våra patienter när det passar. Debatten handlar om registreringen.

På vårdcentralens möte väckte det viss munterhet när jag påtalade att nästa steg kan vara att registrera sexliv mera detaljerat och att alla som journalför noga bör tänka över etiken i vad som registreras.

Jag menar att det är dags att överväga att organsiera ”bojkott” av delar av AXEL till exempel registrering av ”antal glas”.

(Jämför med redaktören Karin Träff Nordströms rapport om sitt deltagande i liknande styrgrupp som utformar regler för ersättning i Skåne i senaste numret av Allmänmedicin nr 4 2011)

[Länk till uppropet från läkare i Luleå/Boden i förra nr Norrbottenskuriren. blir det blogg där man kan ansluta sig?](#)

Tillägg: Ovanstående inlägg spreds tidigare, dessutom visade det sig att det var tekniska problem med inhämtning av data till försättsbladet, jag ställde också frågan hur jag skulle göra vid förändring i försättsbladet och vid signering blev tvungen att signera tidigare inmatat ”antal glas” som jag inte kunde stå för. Nu (den 19/1)får jag ett oväntat meddelande att man drar tillbaka det tvingande dåliga måttet ”antal glas”! Tyvärr vill avsändaren inte att jag publicerar mail, som jag tycker skulle varit väldigt instruktivt att det faktiskt går att påverka i administrationen! Vi får se hur det blir till slut./Peter



Alkohol i VAS, efter eget huvud av William Warg

Diabetessköterskornas enkät-som hand i handske

<http://www.dagensmedicin.se/debatt/dags-for-en-nationell-diabetesstrategi/>

För några år sedan reagerade jag och en kollega på en sifoenkät som diabetes-sjuk-sköterskornas förening (SFDS) presenterade. Den visade sig vara helsponsrad av ett läkemedelsföretag.

Därför läste jag med förvåning i Dagens Medicin ett nytt inlägg från SFDS. Samma artikel presenterades oavkortad i Norrbottenskuriren och säkert i många andra tidningar.

Jag har tillskrivit föreningen där man förnekar att man nu har något industrikontrakt. I skrivande stund har jag dock inte fått svar på frågan hur den aktuella sifo-enkäten finansierats. Hur kan en så liten förening ha råd med så pass omfattande enkäter? Man har dock samarbetat med en marknadsföringsfirma vad gäller resultatet av enkäten.

Anledningen till min fråga är den glidande formuleringen i rapporten om hur stor andel av diabetespatienter som känner till att det finns viktminskande medicin. Däremot inte hur många som känner till Socialstyrelsens och Läkemiddelsverkets mycket restriktiva hållning till dessa mediciner beroende på bristande dokumentation, biverkningar och säkerhet. Det är ju en lite märklig total överensstämmelse mellan industriintressen, marknadsföring och rapporten. Det är knappast en lämplig utgångspunkt för en ”nationell strategi”.

direkt citat ur rapporten:

”I vår studie hade bara 5 procent fått information om överviktskirurgi, 6 procent om att det finns viktminskande medicin och endast 8 procent kände till att det finns diabetesmedicin med viktminskande effekt för en del patienter.”

Det hela påminner något om diskussionen om andrologerna och testosteronkampanjen. Någon öppen redovisning av finansiering förekommer inte, tidskrifterna som får stora inkomster av annonskampanjerna ifrågasätter inte och kräver inte utförliga och öppna jävsdeklarationer, tvärtom har man samverkan kring symposier med både sponsrade specialistföreningar och industrin.

Remissreturer och vårdgaranti

Läste i Dagens Medicin om en allmänmedicinsk klinik i Göteborg som hade stora problem med att sjukhusets kliniker vägrade ta emot remisspatienter. Jag vill berätta om ett lite positivare förlopp i samma ämne.

Hos oss märkte vi att det började sändas remisser i retur utan att kliniken sett patienten, det gällde särskilt ortopederna. Eftersom det ställde till med mycket trassel för både oss och patienter bestämde vi för att följa upp. Vi vet att även annan vårdcentral haft liknande problem med ibland upprepade returer. Det är ju inte alltid det är samma läkare som får ta emot returen som den som skrev remissen.

Det är viktigt att framhålla det alldeles utmärkta samarbetet vad gäller akuta patienter med ortopediska problem. Exempelvis kan en patient som skadar sig på morgon bli undersökt av oss och röntgen utförs (röntgenläkare bedömer ibland akut speciellt vid svårtolkade bilder) och vid fråga om handläggning av fraktur kan bakjouren kontaktas och bedöma de digitala röntgenbilderna och patienten få behandling före lunch eller remitteras vid behov av operation. Det är mycket effektivt och smidigt.

Men *genomgång av två års samtliga icke-akuta remisser och svar* visade att det var en ganska stor andel av dessa som returnerades och effekten blev dubletter och ibland fick vi till slut sända till Sy istället för Gve.

Nu har vi haft en tämligen konstruktiv dialog med ortopederna och hoppas på en bättre samverkan. Till del handlar det om, som vi ser det, ensidig tolkning av HÖK som verkar väldigt mycket dikterad av ortopedens vilja att mest utföra operativ verksamhet effektivt, att ha korta köer. Det har ju alla, inte minst patienter nytta och glädje av.

Men det finns ju ändå patienter med muskuloskelettala besvär där vi inser att det inte går att operera men som ändå behöver en konsultation, ibland av formella skäl, intyg begärda av myndigheter eller försäkringsbolag. Ofta föreslagna remiss av annan klinik ex rehab, neuro, med klin. Flera patienter är ortopedens egna, som i samband med med annan besöksorsak hos oss vill ha en uppföljning ex av någon anpassad ortos eller ny bedömning av ett operationsresultat. Dessa grupper kommer jag att undvika att skriva remiss på, de får ev med anhörigs hjälp själv kontakta kliniken som då får beställa de rtg undersökningar man önskar före.

Servicen minskar men det är inte försvarligt att läkare under lång tid skickar remisser fram och åter och antalet besök på olika röntgenavdelningar med långa resor som följd ökar dramatiskt.

Detta är väl effekten i de områden i landet där ortopederna inte tar emot pat som inte är undersökta med både slätrtg, dt och mr(och i förekommande fall även ultraljud) och sjukgymnaststatus. En del av dessa fall skulle kanske ha nytta av en privat specialistkompetens?

Om jag förstår ortopederna rätt så handlar det till största delen (förutom ngr direkt tokiga svar, likväl som det finns obegripliga remisser) om att klara *vårdgarantin* och det gör man inte om man måste beställa olika bildframställningar och vänta på svar innan man kan kalla pat. Därför returnerar man och begär ny remiss (med nytt startdatum för vårdgaranti). Det borde gå att lösa administrativt utan ny

remiss!

Se där effekt av uppföljning av politiska mål som bara ställer till trassel för hela vården och särskilt patienter!

Nu planeras ju även uppföljning av remiss-frekvens i vården och då bör ju dubletter undvikas. Kanske borde det finnas en särskild typ av förfrågan där remittenten inte begär att mottagaren ser pat men bedömer underlaget (journal, anamnes, status, lab, rtg) och ger råd om fortsatt handläggning/utredning. Sådan fruktbar och effektiv kontakt har vi ju med en del specialistkliniker vi känner!

Fullständiga artiklar och länkar samt recensioner finns på allmanmedicinbd.se

/Peter och Andreas

Åke Thörns anmälan till Datainspektionen

Det blev uppmärksammat i riksmedia när EpiHealth och LifeGene fick avbryta verksamheten när Datainspektionen hävdade att den jättelika registreringen bröt mot personuppgiftslagen. Här presenteras den anmälan till Datainspektionen som skrivits av Åke Thörn. Den är intressant som bakgrundsmaterial, visar att väl underbyggd argumentation kan spela viss roll!/peter

▲ [Anmälan](#)

▲ [Klagomål](#)

▲ [Bilaga](#)

Debatt i SvD

1. http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/trangsynt-beslut-hotar-forskningen_6726411.svd

2. http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/deltagare-lockas-till-register-med-formaner_6730407.svd

3. http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/alltfor-diffust-hanvisa-till-framtida-forskning_6733897.svd

4. http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/dis-beslut-hindrar-forskningen-och-maste-omprovas_6749031.svd

/Åke Thörn, Sverige