



*foto: Enric Fernandez Redo*

## *Allmänmedicin Norrbotten - kvartalstidsskrift*

2017 – December



### Innehåll

**Kris och utredning, Något har gått snett med Norrbottens Nära Sjukvård, SFAM BD årsmöte, Wanderlust, Möte med Divisionschefen mfl**

### Kris och utredning

Redaktörens spridda tankar

Primärvården är åter i en tillspetsad bemanningskris. Ännu en utredare tillsätts. Många ärrade äldre kämpar deltar i debatt och diskussion. Vi har en rimlig lösning på många av sjukvårdens problem, men lyckas inte förmedla till beslutsfattare. Hoten är många, hyr och bemanningssektorn är ofta räddare i nöden men ska knäckas. De giriga e-hälso företagen dränerar den offentliga primärvården utan några tak. Vad kan vi förvänta oss, en spännande eller

frustrerande tid framför oss? Min tolkning är i grunden pessimistisk. Även i andra länder finns stora problem med finansiering och rekrytering Bör jag omvärdera en företrädare för "Läkare med gränser". Tidigare ifrågasatte jag skarpt utgångspunkterna. Det är inte patienterna som är vårt problem eller fiender. Men med dagens slitna och trötta åldrade kår kanske det fanns en poäng? Själv vandrar jag allt närmare mot pensionering, om jag nu hinner ifatt planerad ökning av pensionsålder. Det är en hel del att sätta sig in i, svårast kanske att avveckla rollen, självbilden som allmänmedicinare.

Ordbyte blir kvar tills vidare, när norska motsvarigheten Eyr läggs ned.

Kommer vi att fortsätta med tidskriften? Det skulle bli svårt att inte få formulera och uttrycka sig, ett svårställt behov. Den som lever får se.

Peter Olsson

### Något har gått snett med Norrbottens Nära Sjukvård - Robert Svartholm

Ständig kris i bemanningen av primärvården

1974 drev Landstingsförbundet, Socialstyrelsen och Läkarförbundet tillsammans arbetsgruppen BRA (Behovet att Rekrytera Allmänläkare) och vid det tillfället fanns det 67 allmänläkartjänster – tyvärr 14 vakanta – i Norrbotten. Man konstaterade att det var nödvändigt med en kraftfull utbyggnad av det som då kallades primärvård i riket. 1981 debatterades sjunkande antal läkarbesök. Vid Gällivare vårdcentral var nergången nästan 40% mellan 1971-1981. Analys visade på tillkommande andra arbetsuppgifter, inkl administration, effektivare patientmottagande med delegering till annan personal. Dessutom ersattes flera korta besök med sammanhållna längre med fler uppgifter och möjlighet att förlänga kontrollintervall vid läkarkontinuitet och välinformerade patienter med vissa kroniska sjukdomar. Denna modell har Norrbotten hållit fast vid genom 2

”husläkarreformer”, där andra landsting valt andra modeller.

Norrbottnens Landsting drev på utvecklingen med två primärvårdsplaner 1982 och 1992. Dessa utvärderades 1994 och man skrev: ”Tidigare byggdes en inre byråkrati upp på vårdcentralerna för att skydda läkarna vid låg bemanning – ett system som knappast behövs idag... Det finns inte några längre väntetider i primärvården i länet”. Trots läkarvakanser hade ”rekryteringsläget förbättrats avsevärt”. LTH/LTU hade garanterade tillgång till andra personalkategorier i primärvården.

Mot slutet av 90-talet oroade sig DLF för kommande generationsskifte och uppmanade till satsning på rekrytering, när antal ST-läkare sjönk. 2000 fann SR CJ Westborg att 50% av de ST som utbildades försvann från specialiteten i Norrbotten. I samförstånd med landstingets revisorer skrev DLF och SFAM en debattartikel i början av 2000-talet med rubriken ”Norrbottnens sjukvård är inte jämlik och säker” utifrån vakansläget och växande diskontinuitet, men det blev inget genomslag. Ett par år senare fick DLF genom stöd från Arbetsmiljöverket igenom ett avtal om ”Avgränsat Uppdrag för allmänläkare” för att göra specialiteten ”populär” och bryta de stigande sjuktalen. Under 2015 frångick NLL detta avtal, trots att Arbetsmiljöverket samtidigt konstaterade att alla anställda har rätt till avgränsade och definierade arbetsuppgifter anpassade till sin arbetstid (OSA 2015:4).

Under 2016 konstaterade SKL i sin sammanställning av tillgängliga utfallsmått, att Norrbotten lagt sig på en tydlig bottenplats när det gäller de flesta medicinska/organisatoriska indikatorerna. Särskilt anmärkningsvärt var kanske att befolkningens förtroende för primärvården var lägst i landet. På senare år har allt fler allmänläkare gått ner i arbetstid eller slutat, och nu 2017 är situationen prekär. Vi har nu uppnått bemanningsmålen från 1974! Det finns anställt motsvarande 65 heltidsarbetande allmänläkare i primärvården och köerna till sjukvården växer ( T Eriksson. Seriös primärvård efterlyses. NK 171124). Trots att NLL begränsat antal hyrläkare till 18 linjer, så stiger kostnaderna markant för inhyrd personal och detta gäller även på sjuksköterskesidan. Dessa räcker inte heller till för att bemanna sjukhusens avdelningar, trots att antal vårdplatser reducerats rätt kraftigt under åren. Antal läkare på sjukhusen har vuxit, men vi har fortfarande lägst andel läkare per invånare i riket. Den optimistiska stämning som BRA-rapporten skapade ledde till ökad tillväxt av allmänläkarkåren,

som vid millennieskiftet bestod av ca 140 allmänläkare, men under den senaste 10-årsperioden har antal anställda läkare successivt minskat och i bästa fall ersatts av stafettläkare – eller ”doktor vakant”. De 60-talet ST-läkare som nu finns kommer prognostiskt att medföra att pågående pensionsavgångar NÄSTAN kompenseras. VI kommer alltså att få leva med denna situation under 10 år framöver, knappast en lika optimistisk stämning som 1974.

Robert S

## SFAM BD årsmötet

Hanna Åsberg, Christer Andersson, Mikael Bellander, Milestones, utbildningsvårdcentral, ny styrelse, Rudebeck

Hanna Åsberg vår nationella ordförande berättade om pågående utredningar och processer Milestones i ST, Maud och Anna, SR i Norrbotten, nyanserade budskapet något om preciseringar i ST.(vi försöker tänka enligt konceptet när det gäller BVC och ansvar för särskilt boende). Mikael Bellander åter Anders Lindman stipendiat,välförtjänt systematiskt arbete med bl a Distriktläkarnas länkportal, och vår ALK-sida med HÖK handläggningsöverenskommelser. UtbildningsHC-vad blir det? Magnus Tufvesson och Maria Nordendahl om projektet Christer Andersson, Bergsjön Göteborg – Spännande berättelse om engagerad entreprenör i utsatt område. Fantastisk byggnad, prisbelönt. Min kommentar: Många av Christers käpphästar går att tillämpa även i offentligt driven vård. Vi har mycket gemensamt. Carl Edvard Rudebeck. Tyvärr kunde jag inte vara kvar hela dragningen. Spännande funderingar om en allmänläkarroll i förvandling. Är generalisterna i allmänmedicin en historisk parentes. Relationen mellan patient och läkare betonas, vad innebär det med dagens teknikutveckling? Generalister på sjukhusen blir eftertraktade. SFAM BDs styrelse: Maria Truedsson ordf, Lisa Zakrisson, Stefan Wallmark, Bibbi Breitholz, Lucia Gamlin, Marie Molin, Kerstin Rönnblom. Revisorer: Magnus Tufvesson, Peter Olsson Valberedning: Göran Waller, Mikael Bellander, (Meta Wiborgh) , Maria Drugge

## Wanderlust. Att gå till fots. Rebecca Solnit

Sprängfylld med välformulerade tankar och ideer om vandrande. Stimulerande läsning.

Vid läsningen tänker jag på Yngve Ryd som gick bort alltför tidigt, han berättade om ett oavslutat projekt han hade. Det handlade om att gå till fots, eller snarare hur vi väljer väg genom landskapet. Solnit går tillbaka till antikens peripatetiker, filosofer som tänkte och föreläste samtidigt som de vandrade omkring.

DH Thoreaus Walden och Walking är andra referenser. Uppehåller sig mycket vid hur det gick till att vi blev uppegående tvåbenta människor. För att visa könsorganet var Freuds förklaring. I boken löper kontinuerligt citat i botten på varje sida och de ger ibland en intressant spänning åt texten.

Det görs en jämförelse mellan vandrare och klättrare-de är helt olika personligheter.

Rousseau och Kirkegaard var vandrare.

De speciella religiösa pilgrims vallfärderna har en lång historia.

Att bara vandra, ströva omkring utan mål eller avsikt däremot en ganska kort. Den språkliga roten till travel, travail sammanfaller med arbete.

Boken är sprängfylld med välformulerade tankar, varierande, funderande, filosofiska, kulturhistoriska och inte minst självkritiska.

Vandrandet finns i många varianter religiösa, politiska, icke vålds marscher, internationella skillnader, andligheten.

Det finns många språkliga metaforer kring vandrande-livet, landskap, labyrinter.

Wordsworth, Coleridge, Keats är självklara återkommande kulturellt bestämda referenser.

Författaren analyserar kritiskt olika myter om gåendet. Det gäller natur-romantik, dygder, sport, romantik, essäer. Själv har jag väl delar av alla.

Det finns i alla texter om vandrande många "bör" och "måste".

Tar särskilt upp långvandringar över hela kontinenter. Sponsorer till sådana.

Politiska och militära, ex Maos långa marsch, Che guevara med flera.

Jag tänker även på Ivar Los. gårdfarihandlaren, och projektet att kringvandrande skildra arbetare i Europa.

Olika länders allemansrätt eller motsatsen, där Europa ställs mot USA, äganderätt till land och även synen på naturen som produktionsyta,

Olika städer – hur uppleva, historisk utveckling, demokratiska möten mellan människor jfr olika världsdelar och städernas funktion. Allt oftare

åtskillnad mellan olika grupper.

Flanören, James Joyce, Dublin, och den moderna romanen

Kvinnors möjlighet att vandra, ostört eller risk för att bli antastad, den ensamma kvinnans ställning historiskt om.gatflickor och prostituerade.

För mig har det värsta med jourbördan varit att man inte kan vandra fritt. Vid utlandsuppdragen var långvariga

curfew och instängdheten en plåga. Inget problem att sysselsätta sig med läsning och att skriva och tänka, meditera. Men att inte kunna röra på sig är tungt. Då har jag saknat de årliga fjällvandringarna och skidturerna.

Att gå blir ett psykiskt och fysiskt beroende, vanebildande, är det hälsosamt eller övervärderat? I telefonen finns antal steg och km som uppfodrande feedback. Jag har många minnen av vandringar tillsammans med hunden Grim, salig i åminnelse.

Walter Benjamin beskrivs. Att gå ensam eller att gå i grupp. Historien och den tekniska utvecklingen med, bilar, cyklar, tåg som förändrat resandet.

Dagens gym med märkliga "gåband" – fördöms inte moraliskt men känns meningslöst och andefattigt.

Las Vegas -skildring, gestaltning av den moderna staden genom vandrandet.

Peter

## Divisionschefen - krav på kvalitet

Positivt möte

Vi, kolleger och verksamhetschef, träffade vår nytillträdde divisionschef, som är läkare i botten. Det var faktiskt en positivt möte! Våra invändningar mot detaljerade mätningar av det mätbara möttes av förståelse men även uppfodrande motfrågor om hur vi själva ser på kvalitet och hur vi kan redovisa några resultat av hur skattebetalarnas medel används.

Vi var flera som fick med oss vidare tankar och det var kanske inte vad vi förväntat. Kul och inspirerande.

## Progres eller regress? Test Medibas/SFAM

Vi planerar att prova på våra ST, men även testa som handledare.

Nämndes av Hanna Åsberg på årsmötet. Iden är god men kanske svår att genomföra i praktiken. Dels behövs ett större antal frågor i en bank. Det kan också finnas problem med att samverka med privata aktörer. Jag har i alla fall haft kontakt med de på Medibas som jobbar med frågan och våra ST (och kanske färdiga specialister) testat gärna.

Så just före deadline (slutet av november) fick jag göra testet, det speglar ganska väl ett brett allmänmedicinskt panorama, vad saknas?

Det är inte så lätt att konstruera provet och frågor som ska spegla hela spektrat, jag gissade för ofta, särskilt där jag kände att jag behärskade ämnet.

Bra är att man direkt får "korrekt svar". Det motverkar felinläring.

Man fick dock bara en halv poäng avdrag när man gissade fel. (I Medscapes fem frågor Quiz får man även hur andra valt, dvs svarsfördelningen).

Mitt förslag är att man anger referens i länk till hur det rätta svaret konstruerats.

När det gäller interaktioner, det håller inte jag i huvudet utan söker på vårt kunskaps stöd. Ett alternativ är att man vid testet använder sitt eller sina Kunskapsstöd, det gäller att hitta rätt bara.

Blödningsrisk vid antiokoagulantia måste man väl ta hänsyn till? Min AT informerade mig om exakta värden för tolkning av reversibilitet vid kol spirometri. Det hade jag nytta av.

Det här konceptet kan nog utvecklas!

Själv hade jag nog betydligt bättre resultat på testet för utländska läkare, men vet inte utfall för våra ST ännu..

Kommer man att kunna se pro- eller regress.?

Peter Olsson

## Kunskapsstöd

Explosiv utveckling och motstridiga intressen?

Stöden utvecklas nu snabbt och det sker på olika nivåer, inte särskilt samordnat men det är kanske inte heller möjligt. Det är på landsting, nationellt, fackligt, centralt, olika privata initiativ osv. Intressena är många men jävsdeklarationerna färre. Det är ett känsligt kapitel. Tänk att få in något lönsamt, med tveksam evidens, i en avgörande algoritm som styr tusentals läkares handläggning.. Det sker en mycket snabb utveckling på området.

Vi har fått länkat i vår läkemedelsmodul hjälp med njurfunktion och rekommendationer om ev dosanpassning, interaktioner, biverkningar

(sökbara) etc, det mest är väl från janusinfo?.

Det är ett utmärkt hjälpmedel som vida överstiger vad en stackars pensionsfärdig allmänmedicinare kan hålla i huvudet. Jag är även svag för konstruktionen med olika färgflaggor som man kan välja att använda sig av men att det inte är tvingande.

Vad gäller interaktionerna dock en risk för att bara kända interaktioner noteras och kan ge en falsk trygghet, särskilt som Socialstyrelsen numera märkligt nog inte ser extrem polyfarmaci som ett problem(?)

Kan man tänka sig robotisering i framtiden? Jag tror det, men det är riktigt långt fram i tiden.

Peter Olsson

## Utveckling av ALK-dagar

Perspektivet måste ändras

Anna B har förtjänstfullt organiserat utbildningsdagar. Formen har efterhand blivit , (stelnat till?) att olika sjukusspecialister håller föreläsningar. De har väl snart gått laget runt och det fanns kanske ett uppdämt behov. Lite olika för den äldre generationen och de unga, (det saknas en generation allmänmedicinare däremellan). Vi äldre hade tidigare en erfarenhet att ensidiga föreläsningar inte gav oss något ytterligare utbyte då perspektivet var inskränkt och inte utgick från våra dagliga problem. Till exempel bröstsmärta ska vi handlägga, men kardiologen är mest intresserad av kardiell orsak.

Vi har nu fått en hel del föreläsningar om vilka patienter vi inte ska remittera och det blir trist i längden.

(det tillspetsades av en tråkig inställning av första omgångens gynekolog sist, motsatsen var tycker jag den kunniga dragningen av bräck som även hade bredare förståelse, liksom dietisten).

Det finns andra sätt att organisera så att det allmänmedicinska perspektivet dominerar, ex från Kronoberg efter koncept från Storbritannien. Hur ska man nå dit, dvs att vår fortbildning utgår från våra behov och inte sjukhusens? Kanske måste ALK få starkare mandat, om det nu ska vila på dem, beror vår underdanighet gentemot sjukhusen på den saknade generationen?

Peter Olsson

## Pånyttfödd arbetsglädje! Markus Balint Oxford

Det var härligt med smittsam arbetsglädje när Markus varit på möte i Oxford

Kanske kan man (Dorte K) organisera något via internet med alla begränsningar av att inte träffas IRL.

Markus text kommer först i feb nr

## Tysk Allmänmedicin Markus rapport från konferens

Vårt allmänmedicinska känselspröt till kontinenten

Text kommer i feb nr?

## Anna Beck till Nya Zeeland

Anna berättar i e-intervju om sitt projekt som kan ge nya perspektiv

Jag har länge varit nyfiken på hur primärvård fungerar i andra länder som har kanske liknande förutsättningar som Sverige.

Med de strama ekonomiska förutsättningar idag som driver primärvården till förändring har jag bestämt mig för att arbeta i Nya Zeeland för att undersöka om eller vilka alternativa sätt det finns för att driva primärvård. Nya Zeeland har liksom Sverige stor läkarbrist ffa i allmänmedicin. På fler och fler ställen i Sverige specialutbildas sköterskor som ska ta enklare patientbesök för att avlasta doktorerna. Hur gör man i Nya Zeeland? Som jag vet har man i Nya Zeeland endast 15min per patientbesök i motsats till 30min som jag är van vid här i Sverige samt att läkaren skriver anteckningarna själv. Ett klagomål bland mina kollegor i Sverige är att primärvården får fler och fler uppgifter att ta över från specialistvården. Är avgränsningen eller primärvårdsuppdraget tydligare i Nya Zeeland? Klara man att skapa en lika värdefull relation till patienten under den kortare tiden? Under 12 månader från januari 2018 till december 2018 kommer jag att arbeta som general practitioner på Care First i New Plymouth (<http://carefirst.co.nz/>). Denna vårdcentral är lite större än den jag arbetar på i Luleå samt att det finns 13 kollegor. Sedan är den privat driven i motsats till min nuvarande arbetsplats.

Redan processen att få komma till Nya Zeeland skiljer sig väsentligen från det svenska. I början står ett test på akademisk engelska där man ska uppnå minst 7,5 av 9

poäng där 9 motsvarar modersmålsnivå. Flera timmars telefonintervju med rekryteringsagenten om exakt vilka färdigheter och kunskaper jag har ingick i första samtalet. Därtill intervjuades 3 referenspersoner lika länge som jag som jag har jobbat med i minst 3 år för att bekräfta mina utsagor. För att få arbeta som specialist i allmänmedicin krävs att man har en handledare/mentor i 12 månader på arbetsplatsen i Nya Zeeland av den Nya Zeeländska motsvarigheten till socialstyrelsen.

Under skype-intervjun med min arbetsplats för 2018 berättade läkarchefen som ffa arbetar kliniskt att en gång per månad följer specialistkollegorna parvis med varandra under en halv dag för kollegialt utbyte och feedback.

Ett sätt att bedriver continuous professional development som låter väldigt lockande i mina öron. Jag arbetar också som studierektor i Norrbotten och har varit aktivt med att implementera den kompetensstyrda målbeskrivningen. Utbildningsmiljön och arbetsmiljön är båda viktiga komponenter för en lyckad ST utbildning. Norrbotten har legat på botten av ST – läkarnas nöjdhet (se artikel: "Målbeskrivning för Dummies" av undertecknad i

[http://distriktslakaren.se/sites/default/files/magazine/pdf/DL\\_3-17\\_ma.pdf](http://distriktslakaren.se/sites/default/files/magazine/pdf/DL_3-17_ma.pdf)) vi studierektorer i Norrbotten har gjort stora anställningar att vända den trenden. I Nya Zeeland verkar ST vara mer en utbildning än en tjänstgöring. Vad har det för konsekvenser på nöjdhet samt upplägg av själva utbildningen, på motståndskraft av färdiga specialister? Vårdcentralen Care First är en utbildningsvårdcentral där jag avser att ta del av deras utbildningsmetoder och resultat. Förutom den praktiskt upplevda utbildningsmiljön och själva utbildningsmetoderna på vårdcentralen har jag också skapat kontakt med Dr Liza Lack, huvudkoordinatör bakom den Nya Zeeländska ST utbildningen för allmänmedicin. Detta för att närmare diskutera den teoretiska bakgrunden. Jag hoppas här kunna få med mig tekniker och metoder att använda hemma i mitt arbete som studierektor för att exempelvis utbilda handledare eller gestalta ST träffar.

Familjen har lovat att följa med om än maken är samvetsgrann och funderar att åka hem några månader tidigare för att inte vara borta från sitt eget jobb alltför länge. Har ena partnern arbetsvisa så få även den andre partnern ett arbetsvisa. Barnen betraktas som inhemska och har rätt att få gå i skola. Svarast har varit att hitta någon som gör mitt jobb när jag är borta. En sköterska blev så ledsen att hon började gråta. Med den läkarbristen som råder var det särskilt ingen som ville ta på sig de extra jobben som ALK samordnare eller studierektorsuppdraget. Även om man delar upp

uppdragen i mindre bitar – ALK uppdraget i 1) att sköta HÖK och SVF och kommunikationen mellan primärvård och specialistklinikerna och 2) anordna ALK dagar och studierektorsjobbet i 1) att närvara och anordna ST träffar/följa med på ST interna och 2) att följa ST läkare och utbildningsmiljön samt stöttar handledare och verksamhetschefer i att fullfölja sina uppdrag inom ST utbildningen. Men som det verkar faller saker och ting på plats så småningom- om jag än inte kan avslöja allt i

skrivande stund  
Anna Beck

## Pharmakofili hos Socialstyrelsen

Fler än tio läkemedel inte längre tveksamt

Ur vårt "Behandlingsbladet" från läkemedelskomitten i Norrbotten om Socialstyrelsens revision om "Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre":

Indikatorn "samtidig behandling med tio eller fler läkemedel, regelbundet eller vid behov" har tagits bort (som kvalitetsindikator då många patienter har flera diagnoser/symtom som kräver behandling och att utvecklingen av nya läkemedel leder till att allt fler tillstånd blir behandlingsbara. Därför säger indikatorn ingenting om kvaliteten i behandlingen.

Är det inte en cirkel i resonemanget? Är det något nytt att det finns många tillstånd och behandlingar?  
Undrar  
Peter  
När SBU skrev liknande i en tidigare genomgång frågade jag om det inte fanns något piller mot farmakofili.

På ordbyte föreslogs "Kräksirap"

## 11 Drugs You Should Seriously Consider Deprescribing

Är det samma som vi skulle lyfta fram?

[http://www.medscape.com/slideshow/deprescribing-6009041?nlid=117715\\_1982&src=WNL\\_mdplsnews\\_170908\\_mscpedit\\_fmcd&spon=34&impID=1428677&faf=1](http://www.medscape.com/slideshow/deprescribing-6009041?nlid=117715_1982&src=WNL_mdplsnews_170908_mscpedit_fmcd&spon=34&impID=1428677&faf=1)

För den som inte kan öppna länken: argument för utsättning av följande preparat:  
tarmreglerande

antibiotika vid tandingrepp  
PPI  
statiner för primärprevention (särskilt äldre)  
bensodiazepiner  
betablockerare  
Asthma/KOL  
antimuskarin för inkontinens  
cholinesterasinhistorer Alzheimer  
muskelrelaxantia vid ryggvärk  
vitaminer/mineraler

## Sexvaneundersökningen

Jag blev utvald. Fyllde i enkäten mest av nyfikenhet på hur studien var upplagd.

"Alla har rätt till sexuell och reproduktiv hälsa". SRHR Vi lär vara 50 000 personer mellan 16-84 år som slumpmässigt valts ut.

Det mest slående är den tidstypiska neutraliteten till sexuell identitet och preferens. Det kan inte ha varit lätt att formulera frågorna med detta i åtanke.  
Hade #metoo påverkat utformningen?

## Palliativa begrepp

När ska man ställa den palliativa diagnosen?

Vår ST berättade från kurs om betydelsen av de vanligen använda begreppen. Det aktualiserade några tankar.

Den palliativa vårdens begrepp spetsas till när det blir ekonomi i besluten:

"Döende patienter blir av med avancerad sjukvård i hemmet"

<http://www.svt.se/nyheter/lokalt/stockholm/doende-patienter-blir-av-med-avancerad-sjukvard-i-hemmet>

För mig väcktes frågan om tidpunkt för att ställa palliativ diagnos av en kommunsköterska på särskilt boende. När jag frågade vår utmärkta sköterska på PRT Palliativa rådgivningsteamet fick jag liknande synpunkter, de ville att vi tidigare och oftare ställde diagnos. De upplevde att de ofta kom in för sent. Verkar som att vi är i ett mellanläge mellan kommun, PRT och sjukhusklinikerna.

Jag hade en mycket svårt sjuk patient i svår invalidiserande smärta av metastaserad prostatacancer. Han fick palliativ diagnos. Jag bedömde att han inte hade lång tid kvar. Nu många månader efter intensifierad mycket dyrbar behandling mötte jag

honom när han promenerade i samhället. Hans cancer kan visserligen inte botas, men vi är alla palliativa, från födelsen.

Behandlingsstrategi är verkligen ett olyckligt sökord, när det endast är avsett för begränsningar som OHLR, ej intravenösa antibiotika, ej iv-dropp etc. Att skriva om eventuell framtida planerad eskalering av smärtlindring är knappast meningsfullt då det gäller samtliga.

De olika brytpunkterna är ångestlindrande konstruktioner som ses helt ur vårdens perspektiv, kulturellt betingad. (Vad ska brytas i samtalet) Hade varit bättre med tydlig information om prognos och det bör ju ske vid varje samtal med patient och anhörig. Det är även svårt att förutse vid många tillstånd. Oftast lättare i efterskott, retroaktivt, efter döden. De flesta är nog i förväntade dödsfall väl medvetna om att döden närmar sig. Åtminstone vad gäller den sena brytpunkten.

Samtidigt är bristen på ärliga samtal och bedömningar och dokumentation ibland irriterande från ansvarig sjukhuskliniker, även onkologer. Patienter som är allt närmare slutpunkten fraktas till exempel i ambulans för att få ytterligare en palliativ cytostatikakur eller annan åtgärd till mycket tveksamt värde för individen. Dessa frågor har finstämt och tänkvärdt resonering diskuterats av onkolog i Läkartidningen.

Detta speglar en dödsångest hos patient, anhörig men inte minst vårdarna, man vågar inte ta ett ärligt samtal om prognos och rimlig vård den sista tiden i livet. Våra begrepp och "kvalitetsregister" illustrerar denna dödsångest. Möjligen skiljer sig de specifika processerna något mellan olika diagnoser som cancer, demens, andra neurologiska sjukdomar, njursvikt, hjärtsvikt.

Att det skulle vara kvalitet att ha en dokumenterad ordination på fyra-fem iv eller sc läkemedel innan man hinner avlida är en märklig konstruktion som liknar den religiösa ritualen "sista smörjelsen". Det är möjligt att det en gång hade en viktig funktion att propagera för farmaka men känns överspelad, jag tror inte det idag är underbehandling av palliativa patienter, däremot stor risk för medikalisering av hela processen, även det ett klart tecken på dödsångest. Hos vårdarna.

Samtal och engagemang är viktigare och då behövs samverkan i teamet! Det är när vi kan stödja varandra i de existentiella utmaningarna som vi utvecklas.

Peter Olsson

Läckberg deckare, sommar efterlyssning, omläsning Andersson.

- **Wanderlust. Att gå till fots.** Rebecca Solnit.se ovan.
- **Doahkke -fågelflock**  
Samiska fågelnamn och myter. Fjällgåsens hemligheter  
Yngve Ryd. Lilian Ryd. Foto gunilla falk.  
Gamla samiska fågelnamn, Tjuona fjällgåsen, om många informanter. Många av våra patienter som numera är borta. Stora personligheter. Syskonen Ryd har utvecklat en intressant metod för att sammanställa praktisk kunskap. Yngve ställde frågan: Hur mycket kan en människa veta? Praktisk kunskap, på djupet. Noggrannhet i de precisa iakttagelserna. Språket når stundtals poetiska nivåer i sin exakthet. Boken får bli spännande läsning över årsskiftet.  
Yngve berättade att han hade en ide, tanke om att gå eller snarare att välja väg beroende på hur man läste landskapet. Något vi alla gör med vår erfarenhet om risker, bärighet, möjlighet att gå igenom. Det hade varit intressant att jämföra med solnits olika perspektiv.
- **Omläsningen: Hans Andersson Ett årsvarv i Lappland.**  
Illustrerad med tusch(?)teckningar. Läste när jag just flyttat till Jokkmokk, boken som gavs ut i "En bok för alla", Följde sedan Hans genom åren tills han gick bort 2010. Vacker bok. Nu ramlade den ur hyllan när jag letade runt efter en förlorad bok. Så kommer det inte att bli med ljudböcker.  
Egentligen är den en samling av fyra olika årstidsböcker, naturdagbok. Förmedlar en varsamhet och vördnad inför det levande och människans utsatthet.
- **Kallentoft. Leon Zack** Herry missbrukande kriminalare i högt tempo
- Jo Nesbø **Törst** Harry Hole, kvinnan tömd på blod.
- **Mats Strandberg Hemmet.** skräckroman på äldreboende
- **Liane Moriarty Andras vänner.** Skarpsynt om tre familjer som på ytan lyckliga familjer som möts på en ödesdiger grillfest.
- **Jens Lapidus Top Dogg.** Åter de omaka karaktärerna, lite spännande intrig, språket har diskuterats liksom om gestaltningen glorifierar de kriminella.
- **Jussi Adler Olsen Selfies.** Det var lite märkligt att se gruppen i avdQ i tv-version, ljudboken ger en viss bild av karaktärerna.

## Böcker

Solnit, Ryd Yngve och Lilian, Nesbø, Kallentoft, Strandberg, Moriarty, Lapidus, Mårtensson, Dahl,

- **Jan Mårtensson Elakt spel.** Antikhandlaren Homan, släktfejder och nazisternas konstplundringar.
- **Arne Dahl.** Utmarker och Inland Sam Berger och Molly Blom , (där den extrema glesbygden blir den enda plats man inte går att nå eller spåra)
- **Camilla Läckberg Häxan.** Känns väl lång med mycket onödig utfyllnad, men intressanta historiska paralleller.
- **Sommar, efterlyssning** av de som inte hanns med under säsongen.

## Länkar

ASK, Lehman, BNP ofta meningslöst, precisions medicin, bisfosfonater, diabetesstudier, tio i topp preparat och kostnad, alkohol ketoacidosis, om förändrad läkarroll. Fugelli, överdiagnostik, osteoporos, burnout.

- **ASK – Robban**  
[http://www.sfam.se/foreningen/rad/kompeten\\_svaraderingsradet-ask](http://www.sfam.se/foreningen/rad/kompeten_svaraderingsradet-ask)
- **Richard Lehman BMJ BLOG** alltid läsvärd och humoristisk, prioriterad läsning veckovis
- **BNP-guided heart failure treatment.** "Brain" natriuretic peptide was discovered as a cardiac hormone in the early 1990s, and I latched on to it at once. Here was the very voice of the ventricles: ever changing, always saying something. But over years of measuring it in primary care (via research studies), I learnt that in all this chatter there is much more noise than signal. I am amazed at how long it has taken the cardiology community to realize this. Here is the latest attempt at using BNP to guide therapy in systolic heart failure. It adds 894 patients to the 3660 already assessed in the 18 randomised trials included in a recent Cochrane Review.  
<http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2649188>
- **This latest US trial was discontinued for futility.** "In high-risk patients with HFREF, a strategy of NT-proBNP-guided therapy was not more effective than a usual care strategy in improving outcomes." There is no longer absence of evidence for BNP-guided heart failure treatment: there is evidence of absence. Don't do it. It doesn't work  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008966.pub2/full>
- **Precision medicin.** Precisely what is precision medicine?

"Precision medicine (PM) describes prevention, diagnosis, and treatment strategies that take individual variability into account. While PM aims to incorporate individual variability in genes, environment, and lifestyle, the emphasis in current practice is on personalized genetic profiling for diagnosis and risk assessment." So begins a Viewpoint which is open access and worth reading. It may even be worth your while to print it and cover with comments in red ink. Yours will probably be different from mine, which would be longer than the article itself. If you think medicine is messy now, just you wait till it becomes "precise."

- **Om osteoporos.**  
<http://www.thennt.com/nnt/bisphosphonates-for-fracture-prevention-in-post-menopausal-women-without-prior-fractures/>
- **Finns någon som helst självkritisk distans eller ifrågasättande?**  
<http://www.sls.se/om-oss/aktuellt/kalendarium/riktade-halsosamtal/>
- **Lehmann 18 sept** Om alla nya diabetesstudier med glidande tolkningar: I'm an old man and I have long since said all I want to about drugs for diabetes. I'll just commend to your attention two of the latest abstract summaries from the world's most prestigious journal "Among patients with type 1 diabetes who were receiving insulin, the proportion of patients who achieved a glycated hemoglobin level lower than 7.0% with no severe hypoglycemia or diabetic ketoacidosis was larger in the group that received sotagliflozin than in the placebo group. However, the rate of diabetic ketoacidosis was higher in the sotagliflozin group." Q: In that case, why would you use sotagliflozin in type 1 diabetes? Next: "Among patients with type 2 diabetes with or without previous cardiovascular disease, the incidence of major adverse cardiovascular events did not differ significantly between patients who received exenatide and those who received placebo." Q: Why not give them placebo then?
- **Why Family Medicine Burnout Is Different (and How Docs Fight Back)**  
[http://www.medscape.com/viewarticle/884670?nlid=117799\\_430&src=WNL\\_mdplsfeat\\_170912\\_mscpedit\\_fmed&uac=161939FG&spon=34&mpID=1431382&faf=1](http://www.medscape.com/viewarticle/884670?nlid=117799_430&src=WNL_mdplsfeat_170912_mscpedit_fmed&uac=161939FG&spon=34&mpID=1431382&faf=1)  
(krävs nog inloggning, intressant perspektiv)
- **Radioprogram om FK.** Äntligen en vettig akademiker om sjukförsäkringen Ruth Mannelqvist, professor i juridik vid Umeå Universitet, menar att det är tillämpningen som blivit strängare. Hon har undersökt



överklaganden och domar i samband med sjukförsäkringen.

- **Tio selling top**  
<http://www.medscape.com/viewarticle/886404>
- **Ola bergstrands tips**  
[http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2017/10/Sa-blir-du-en-gron-doktor/Jag\\_haller\\_med\\_om\\_det\\_mesta\\_men\\_absolut\\_inte\\_om\\_ett\\_par,\\_kan\\_du\\_gissa\\_vilka?](http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2017/10/Sa-blir-du-en-gron-doktor/Jag_haller_med_om_det_mesta_men_absolut_inte_om_ett_par,_kan_du_gissa_vilka?)  
Vilka instämmer du i? Vilka tips har du invändningar emot?
- **Olika nivåer vid ketocidos?**  
Kan någon reda ut varför det anges så olika gränser för åtgärd vid test av B-ketoner vid diabetes resp alkoholrelaterad?  
Hur ska man hantera den inte ovanliga kombinationen av bägge?  
<http://lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2017/10/Alkoholketocidos-ar-en-val-dokumenterad-men-tamligen-okand-diagnos/>  
[http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/18842/2031\\_2032.pdf](http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/18842/2031_2032.pdf)
- **Pensionerade kämpar om en föränderlig läkarroll:**  
<http://www.lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2017/10/Lakaryrket-ges-total-make-over/#comments>
- **Fin lärorik text om palliativ vård:**  
<http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Kultur/Kultur/2017/11/Vad-jag-lart-mig-av-att-arbeta-inom-palliativ-varld/>
- **Verkar inte vara någon vits med att screena för diabetes:**  
Simmons RK, Griffin SJ, Witte DR, Borch-Johnsen K, Lauritzen T, Sandbæk A. Effect of population screening for type 2 diabetes and cardiovascular risk factors on mortality rate and cardiovascular events: a controlled trial among 1,912,392 Danish adults. Diabetologia. 2017;60:2183-2191.
- **Per har gått bort:**  
<https://www.aftenposten.no/personalia/i/P7xPb/Nekrolog-Per-Fugelli>  
Tillit  
<http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=4335>
- **Om överdiagnostik i Norden:**  
<http://www.preventingoverdiagnosis.net/2017/Articles/positionpaper.pdf>
- **nytt möte i Luleå**  
<http://masterclasspsychiatry.se/>
- **Resemedicin- gula febern WHO, ska HC skaffa stämpel och ge vaccin?**

/Peter och Andreas