

# Allmänmedicin Norrbotten

Februari -08

Elektronisk kvartalstidskrift press stopp 1/5, 1/9, 1/12, 1/2. Spara länken på ditt skrivbord! Be din Redaktör på Vårdcentralen att länka tidskriften på din Vårdcentralers hemsida. Skriv ut på papper och läs när Du vill! Tips och textbidrag (helst i Word, även bilder) till [peter.olsson@nll.se](mailto:peter.olsson@nll.se)

## Innehållsförteckning:

- [St-dagar: Piteå](#)
- [Har barnen i Hortlax gått upp i vikt?](#)
- [Rapport från NäSTas årsmöte i Växjö](#)
- [Från NäSTa](#)
- ["Scandinavian journal of primary health care"](#)
- [Allmänmedicinen - en anakronism?](#)
- [Om Läkemedelsplanen](#)
- [Meta årets lejoninna](#)
- [Personligt protokoll för kompetensutveckling](#)
- [Ineffektivt om kurser och möten, förslag](#)
- [Smurfdebatten sans och måtta!?](#)
- [Arkangelsk](#)
- [Kan vi värdera vår vård i livets slutskede?](#)
- [Enkäten från palliativa registret](#)
- [Helen Magnusson- årets bästa uppsats](#)
- [Vetenskapsjournalisten Gary Taubes](#)
- [Från Ordbyte](#)
- [Ny Handläggningsöverenskommelse HÖK DIABETES](#)
- [Läst](#)
- [Specialistexamen](#)
- [Mitt-i-ST](#)

ST-dagar: Piteå 30/1 - 1/2 vi hoppas på intressanta rapporter! [www.st-dagar2008.se](http://www.st-dagar2008.se)

## Har barnen i Hortlax gått upp i vikt?

### Intro

Vi är två relativt nyblivna specialister i allmänmedicin som jobbar på Hortlax vårdcentral utanför Piteå. Vi heter Mats Kåhrström och Magnus Tufvesson. Denna artikel beskriver vårt gemensamma arbete med att skriva en ST-uppsats från idé till färdig uppsats.

Uppsatsen gjordes som en del i specialistexamen i allmänmedicin.

### Ämnesval och start

När vi väl bestämt oss att skriva ST-uppsats var valet av ämne inte så svårt. Vi hade mött överviktiga barn och även mött enstaka när de blev äldre och kom till oss som patienter

Utifrån den allmänna debatten kring övervikt i vårt samhälle ville vi bilda oss en uppfattning om hur det såg ut i vårt närområde.

Vi valde därför att titta på åldrarna 4 respektive 13 år med 10 års mellanrum, 1996 resp 2006.

Efter ämnesval var det dags att hitta någon som kunde hjälpa oss att kryssa förbi de största fallgroparna då man ska göra en studie för första gången.

Vi tog kontakt med FoU-samordnare dr Åke Thörn. Denne modige man tog sig an oss utan någon större förkunskap om vårt sätt att arbeta och vara. Han förmedlade även kontakt med statistiker Lars Holmgren som hjälpte oss hålla reda på siffrorna och placera dem i rätt kolumn.

#### *Faktainsamling och bearbetning*

Det stora arbetet med faktainsamling gjordes under en försommarvecka i juni 2007.

Vi gick då igenom ca 400 journaler från BVC och skolhälsovård. Individerna avkodades och vi plockade ut följande parametrar: längd, vikt, kön och föräldrarnas yrke. BMI räknades fram.

Siffrorna vi fick fram bearbetades i statistikprogram vi fick tillgång till genom våra handledare.

Vi arbetar i Hortlax utanför Piteå och våra handledare satt på landstingshuset i Luleå. Vid träffarna åkte vi till Luleå.

Inledningsvis träffade vi handledarna vid ett tillfälle för att planera studien. Under arbetets gång hade vi relativt tät mailkontakt och träffades personligen ytterligare en gång i slutet av studiearbetet för att gå igenom resultaten och hur de skulle redovisas.

Tiden för detta arbete fick vi avsatt motsvarande 5 veckors heltidsarbete, denna tid inkluderade även övriga arbetet med specialistexamen.

#### *Resultat*

Studien visar att 4-åringarna i Hortlax genomgått en minimal ökning av medel-BMI på 0,21 kg/m<sup>2</sup> medan andelen överviktiga och feta minskat något.

Bland 13-åringarna såg man en tydlig ökning i medel-BMI på 1,83 kg/m<sup>2</sup>. Andelen med övervikt har nästan dubblats och andelen med fetma har mer än dubblats. Vår studie visar delvis samma och delvis helt olika resultat mot tidigare studier. Det oväntade var att vi inte fann någon ökning i övervikt och fetma hos 4-åringar, något som man sett i tidigare studier. Däremot såg vi en tydlig ökning av både övervikt och fetma hos 13-åringar. En sådan tendens har kunnat ses i tidigare studier men inte lika uttalat som hos 13-åringarna i Hortlax under studerade årtal.

Vid subgruppsanalys fick vi fram att pojkar i arbetarfamiljer var den grupp som stod för den största ökningen. I denna grupp hade ca 2/3 övervikt eller fetma.

Intressant i sammanhanget är att vår studie är den första vi funnit som gjorts på en landsortsbefolkning.

#### *Redovisning*

Resultaten redovisades i en obligatorisk uppsats samt i form av muntlig presentation vid SFAM-dagarna i Visby 10-12 oktober 2007.

Vi planerar även att skriva en artikel för publicering i medicinsk tidskrift framöver men detta är fortfarande på planeringsstadiet.

Dessutom planerar vi att, tillsammans med en av läkarna på barnkliniken, Piteå/Sunderbyn, skriva ett lokalt vårdprogram för övervikt och fetma hos barn.

#### *Epilog*

Har vi då lärt oss något av detta arbete?

Det självklara svaret är att vi lärt oss det vi funnit i studien.

Därutöver har vi sett flera olika saker som framträder då man får förmånen att sitta

ner och läsa om sin befolkning.

Att göra ett arbete i sin egen vårdcentral upptagningsområde är väldigt intressant, man får många oväntade kontakter med kommun, skola mm. Det är något vi kan rekommendera alla. Var dock noga med att avgränsa studien och att få tillräckligt med tid avsatt, det blir ändå alltid tidsbrist i slutändan. /Mats och Magnus

### **Rapport från NäSTas årsmöte i Växjö**

NäSTa, nätverk för ST i allmänmedicin, håller två gånger årligen en konferens där ST-läkare träffas för att diskutera olika frågor av betydelse för allmänmedicin. Särskild tyngdpunkt läggs givetvis på frågor som har extra stor betydelse för ST-utbildningen. NäSTa är ett fristående nätverk under SFAM och tanken är att NäSTa ska ha minst en representant inom alla landets studierektorsområden och därigenom kunna verka lokalt när det gäller frågor som är viktiga för ST-läkare. Piteå studierektorsområde representeras av Kristina Bergstedt och Mohammed Nori (Öjebyns VC) samt Sven Hagnerud (Norrfjärdens VC)

I år var konferensen förlagd i Växjö och över trettio delegater var representerade från landets olika hörn. Undertecknad representerade Piteå studierektorsområde. Under första dagen diskuterades dels ST-läkarnas utbildningssituation i olika delar av landet, genom att titta på de förutsättningar som ges i olika landsting. Hur varierar de? Vad är bra vad är dåligt? Därefter hölls en föreläsning om ledarskap i primärvård och en ny typ av ST som håller på att utvecklas där ledarskapsfrågor integreras i den ordinarie ST-utbildningen. Kompetensportföljen som läkarförbundet utvecklat för inte bara ST-läkare utan även AT och färdiga specialister diskuterades också. En del delegater tyckte att det var svårt att komma igång och det var inte så många av delegaterna som använde sig av kompetensportföljen. Kompetensportföljen hittas under adress: [www.kompetensportfoljen.se](http://www.kompetensportfoljen.se). Första dagen avslutades sedan med ett föredrag om allmänmedicin i Kanada som på många sätt skiljer sig från den svenska modellen. Enligt föreläsaren har kanadensiska allmänmedicinare tre års specialisttjänstgöring. Allmänmedicinerna kan sedan vara verksamma inom ett stort antal områden allt från primärvårdscentraler, till intensivvårdsavdelningar och akuttjänstgöring på sjukhus. Dagen avslutades sedan med middag på det trevliga konserthuset i Växjö. Då NäSTa och SFAMs ST-råd många gånger arbetar med samma frågor diskuterades under andra dagen hur detta samarbete kan fördjupas ytterligare och kring vilka frågor NäSTa och ST-rådet bör samarbeta. Vidare hade undertecknad skrivit ihop ett förslag på ett välkomstbrev som ska gå ut till alla de som påbörjar sin ST i allmänmedicin. Detta behandlades sedan i seminarieform där förslag på förändringar och revideringar av detta brev behandlades. Brevet håller nu på att skrivas om och kommer antagligen att kort beskriva SFAM, ST-rådet och NäSTa. Genom hänvisning sedan till hemsidorna kan den nyblivna ST-läkaren i allmänmedicin förkovra sig ytterligare. Under andra dagen presenterade även distriktsläkaren Bengt Järhult en studie som gjorts av handikappföreningarnas samarbetsorgan i Västernorrland: "Godtycke och rättsosäkerhet styr försörjning för sjuka". Studien finns i sin helhet att läsa på [http://www.hso.se/filesserver/2007-04-16\\_RAPPORT.pdf](http://www.hso.se/filesserver/2007-04-16_RAPPORT.pdf)

Höstens konferens tog med andra ord upp många viktiga punkter för allmänmedicin. Då alla studierektorsområden i Norrbotten ännu inte är representerade i NäSTa vore det av stort värde om Du som finns i ett sådant studierektorsområde kunde kontakta antingen mig, Kristina Bergstedt eller Mohammed Nori.

/Sven Hagnerud, ST-läkare Norrfjärdens VC.

**Från NäSTa** fick vi som studierektorer vidarebefodra en enkät om vad vi ska kalla oss. Man beskrev problemet i följande termer:

“Ett varumärke kan översättas till kärnvärden eller värderingar. Människor väljer varumärken som de väljer vänner. Man vill kunna lita på och dela värderingar med dem. Den vän som uppfyller ens behov förblir man lojal mot. Som kund så vet du vad du får. Ett exempel är IKEAs kärnvärden som är folklighet, prisvärde, design och kvalitet. Följande frågor rör specialiteten allmänmedicins varumärke.”

Kan det finnas invändningar mot den självbild som ordvalet speglar: Varumärke, kund, välja, IKEA (eller ICA och blandfärs) /Peter

<http://www.informaworld.com/smpp/title~db=all~content=t713691568> “Scandinavian journal of primary health care” mera svårläst och vi saknar pappersversionen! Är nästa generation mera vana vid att bläddra elektroniskt?

**Förtydligande** (då flera inte förstod): I föregående nummer citerade vi vår kristdemokratiska socialminister Göran Hågglund, från en serie om äldrevård i SVT aktuellt: “Avmystifera vinstbegreppet”

Som påminnelse ville vi ange ur Johannesevangeliets andra kapitel:

*14. Och han fick i helgedomen se huru där sutto män som sålde fäkreatur och får och duvor, och huru växlare sutto där.*

*15. Då gjorde han sig ett gissel av tåg och drev dem alla ut ur helgedomen, med får och fäkreatur, och slog ut växlarnas penningar och stötte omkull deras bord.*

*16. Och till duvomånglarna sade han: “Tagen bort detta härifrån; gören icke min Faders hus till ett marknadshus.”*

### **Allmänmedicinen - en anakronism?**

Jag sitter med två dokument framför mig. Det ena är Division Primärvårds plan för 2008-2010. Det andra är målbeskrivningen för Specialiteten Allmänmedicin enligt det förslag som lämnats in till Socialstyrelsen.

-Jag vet effektiviteten i det allmänmedicinska konceptet där mötet med patienten är centralt med kompetens att möta alla åldrar och alla sorters hälsorelaterade problem även upplevelser och besvär som inte orsakas av definierbar sjukdom. Jag är övertygad om kontinuitetens betydelse, om vikten av omgivningskunskap och att kunna väga in den i det allmänmedicinska handlandet.

-Vidare tycker jag att den humanistiskt präglade medicinen har sitt fotfolk inom allmänmedicinen och att det är i allmänmedicinarnas krets som de viktiga diskussionerna förs om sjukvårdens roll, människors livsvillkor medikaliseringens faror osv.

-Men jag kan ju ändå inte att undgå att märka en växande frustration hos mig själv. Ständiga vakanser inom allmänmedicinen, en oförmåga både hos samhälle och hos huvudmän att ge allmänmedicinens idé flygkraft.

-Jag ser följande hinder och svagheter mot allmänmedicinens idé:

-Fragmenteringen av samhället. Människor lever i dag inte sina liv i kontinuitet, varken vad gäller familjebildning, arbete eller bostadsort. Att då lansera en vårdide som har huvudtankar i kontinuitet, sammanhållna familjer osv. är en anakronism. Vad vi ser, och som också framkommer i vår divisionsplan är en större individuell valfrihet som vill göra sig oberoende av sammanhang. Man byter vårdgivare till den som

passar bäst. Man byter vårdgivare till den man kommer sams med.

-Fragmenteringen i medicinen och teknologimyten. Få människor har den kompetens som krävs för att se styrkan i ett sammanhållet generalistperspektiv. Andra starka intressen vill ta över lämpliga delar av våra arbetsuppgifter. Med lämpliga utsnitt i verksamheten kan man också enkelt producera mätpunkter som visar på uppnådda resultat. Vi generalister vet styrkan i vårt arbetssätt men vi blir färre. Vi blir också alltmer undanträngda från inflytande över vårdens utformning och utförande.

Särintressen och teambildning sker kring specifika åkommor som KOL, diabetes, demensvård, palliativ vård, kommunal samverkan i ungdomsmottagningar . I allt detta arbete ryms inte allmänläkarperspektivet om inte av annan orsak så av att vi är vi de flesta vårdcentraler i Norrbotten konstant underbemanning. Det finns helt enkelt inte hjärnkompetens nog att tillgå för att vi som allmänläkare aktivt ska kunna bidra till utformningen av dessa vårdteam. Vi diskuterar lokalt öppnandet av ett s.k. Familjens hus som innebär samverkan med förskola, sociala myndigheter och BVC, MVC. Det kan kanske finnas fördelar med ett sådant arbetssätt men det nöter ned familjeläkarkonceptet och allmänmedicinens idé åtminstone som vi hittills valt att beskriva den. Företagshälsovården kommer med all sannolikhet att stärkas och utvecklas mot vårdcentraler för personer med anställning på arbetsmarknaden.

-Ekonomiseringen i vården. En allt hårdare ekonomistyrning leder arbetet mot det mätbara. Det är också ett framträdande perspektiv i divisionsplanen. Att då, som vi gör i vår specialitets målbeskrivning hävda att vi ska bedöma och behandla de upplevelser och besvär som inte orsakas av definierbar sjukdom blir problematiskt. Det är lätt att argumentera för att vi inte ska befatta oss med sådant. Att säga att det är viktigt ur ett hälsoperspektiv och för en effektiv sjukvård kräver en god argumentation och en insikt hos vårdens planerare för att förstå hur viktigt det perspektivet är.

-Bristen på läkare som ledare i vården. Att leda vården in i framtiden och bevara och utveckla allmänmedicinens goda idé kräver chefer som ser vårdens uppgift och möjligheter från ett allmänmedicinskt perspektiv. Det perspektivet har inte beaktats av lagstiftaren som inte längre kräver att verksamhetschefen vid en vårdcentral skall vara läkare. Vårt eget landsting har hitintills i handling visat att man inte vill verka för ett allmänmedicinskt perspektiv genom att få läkare som chefer för vårdcentraler.

-Omdefinieringen av allmänmedicinens innehåll så som den utformas t ex i vårt eget landsting. Jag tycker mig se en tydlig tendens, i vart fall i min del av länet att man vill se allmänmedicinen som en väg till den universelle doktorn. Den doktor som kan anförtros allt. Divisionen driver hårt förslag om att allmänmedicinens ska utvecklas till akutläkeri på akutmottagningarna i Kalix, Piteå och malmfälten. Man andas utvecklingsiver i form av ökat samarbete som jag uppfattar innehåller en inte liten önskan att upphäva specialitetsbegränsningar. Dessa lägger nämligen hinder i vägen för vad man organisatoriskt vill uppnå. Det odelade lasarettet uppfattar jag som hägrande vision hos starka krafter inom landstinget för småsjukhusen i länet. All denna omdefiniering sker mitt framför ögonen på oss utan öppen diskussion. Den har inte vad jag kan se någon förankring i beskrivningen av vår specialitet som den beskrivs i Målbeskrivning för allmänmedicin, nu inlämnad till Socialstyrelsen.

-Vilka möjligheter öppnar sig då?

Jag är ingen förespråkare för vård med vinstintresse. Däremot ser jag hur alternativa vårdgivare utan vinstintresse snabbt, enkelt och med stor kompetens och uppfinningsrikedom skulle kunna förvalta allmänmedicinens bärande idéer och arbetssätt. Omvärldsförändringarna, trenderna i samhället osv. kan vi inte göra så mycket åt. Däremot kan vi göra mycket åt brister i ledarskap och åt orealistiska

visioner. Vår ide om allmänmedicin måste få utsätta sig för verklighetsprövning. Inte bara i vår egen profession och genom interna diskussioner utan också genom att prövas mot andra alternativa vårdformer och driftsformer.

-Hur står sig en god allmänmedicin med skickliga allmänmedicinare mot duktiga barnläkare, ambitiösa gynekologer och kunniga geriatrier? Lagförslag kommer inom något års tid som kommer att öppna upp för alternativa driftsformer. Det är en nödvändighet. Vi ser ju med egna ögon hur allmänläkarkonceptet och Primärvården nära nog kapsejsar över hela landet. Ständiga vakanser och nu är läget sådant att tillgången på hyrläkare och vikarier är starkt begränsad. Detta ger dåliga arbetsförhållanden, bristande resultat, otillfredsställelse med arbete, rekryteringssvårigheter som ytterligare förstärker problemen osv.

-Division primärvård räknar i sin divisionsplan att alternativa vårdgivare kommer och öppnar upp för en sådan utveckling i sin divisionsplan. "För att möta nya krav och förväntningar från beställare och kunder på fler driftsformer och kundvalsmodell etc. är en fortsatt utveckling av primärvårdsmodellen central under kommande treårsperiod."

-Vilka är de största hoten mot allmänmedicinens ide och allmänmedicinens kompetensområde? Jag tror att konceptet för allmänmedicinen håller för verklighetens påfrestningar. Det kräver välbemannade enheter med god ledning och kunniga allmänläkare öppna för samarbete med omvärlden och inom sitt eget arbetslag. Omvärldsförändringarna är inte det stora hotet. Landstinget är inte det stora hotet. Det stora hotet är vi själva. Rädslan att inte anta utmaningen. Oviljan att förändras. Men det hotet råder vi själva över ? eller hur?

*/Göran Waller Distriktsläkare November 2007*

**Om Läkemedelsplanen** - (Markus arbetar på att formulera ett dokument som vi som kolleger kan stå bakom.../Red)

Nu måste alltså alla länets vårdcentraler också ha en "läkemedelsplan". Vem som har kläckt ur sig denna ide vet jag inte. Det verkar finnas kvar en del öststatligt planekonomitänkande i landstingsvärlden. Bara det finns en plan blir allting bra. -

Tack vare engagerade kollegor sparar vi i Jokkmokk en icke oansenlig del läkemedelskostnader vilket utan tvekan avspeglar sig i vårdcentralens ekonomiska balans. Merparten lär dock försvinna i landstingets svarta hål.

För att lyckas med att göra en vårdcentralers läkemedelsanvändning rationell behövs det dock flera förutsättningar:

- Förutsättning ett är en fast bemanning.
- Förutsättning två åtminstone en engagerad kollega (vilket oftast var Peter Olsson) som driver frågorna.
- Förutsättning tre är intresserade kollegor där intresset livnär sig av ett obehag i pillerförskrivningskulturen.
- En plan kanske hjälper också i fall man är landstingstroende.

-Vi valde enskilda originalpreparat som utgör en hög kostnad för skattebetalaren där prisskilnaden mot generika är betydande, inte mer än tre eller fyra åt gången och bytte successive ut preparaten, var och en kollega i sin takt och enligt sin benägenhet att riskera en konflikt med patienten. Det ser ut som om vi har lyckats hyfsat bra.

Vi slutade också med sk läkemedelsinformationer. Jag funderar på att skriva en

artikel om "Också jag var läkemedelslunchmissbrukare". Det är väl några bland oss? Det är skönt utan dessa luncher.

Ett problemområde som måste uppmärksammas mer är de så kallade "förförskrivningar" av recept. Det handlar inte sällan om årsförskrivningar eller förskrivningar av potentiellt beroendeframkallande sömn- eller värkmediciner. Särskilt problematiskt blir detta förskrivningssätt när förskrivande läkare inte är patientens behandlande vilket trots annan överenskommelse hos oss ganska ofta är fallet. Nödvändig granskning och utvärdering av behandling kan då lätt utebli. Detta förskrivningssätt avlastar läkaren förvisso från ett visst arbetsmoment men främjar i vilket fall som helst och onekligen slentrianmässig förskrivning. Läkarens ansvar för övervakning och strikt läkemedelsförskrivning urholkas. Läkemedelsförskrivning ju egentligen är ett centralt moment i allmänläkarens arbete och del av patient-läkar alliansen. Märkligt att vi inte tar tillvara detta instrument lite mer.

-Avslutningsvis är det kanske värt en tanke att läkarens förskrivningsrätt ju egentligen är fri och ett högt juridiskt gods. Huruvida budgetansvar för verksamhetens rationella resursförvaltning verkligen kan utkrävas och om läkarens förskrivningsmönster får bli föremål för granskning och ev del av löneförhandlingen är ganska oklart.

/Markus Beland

**Meta årets lejoninna** (SFAMs utmärkelse delat med Gösta Eliasson)

Meta Wiborgh, Luleå får priset med motiveringen:

Omutlig - Hederlig - Tydlig. Ständigt med djupt mänsklig omtanke om såväl patienterna som medarbetare.

### Personligt protokoll för kompetensutveckling

#### **Ineffektivt om kurser och möten, förslag**

*Problem:* Kurser och utbildningar för AT ST och specialister i Allmänmedicin anordnas av en mängd arrangörer som på olika sätt försöker nå sin målgrupp. Informationsflödet är ineffektivt och svåröverskådligt. Antalet påminnelser i mailhögen växer och tiden det tar att öppna mail och bifogade dokument för alla mottagare kunde användas bättre.

*Vision:* En hemsida tillskapas. Det behövs någon form av kansliresurs, som från kursarrangörer kan ta emot presentation och inbjudan, sista anmälningssdag etc. Vi som får kurser fvb kunde sända till kansliet istället.

Målgruppen kan nås genom prenumerationsfunktionen så att var och en får ETT mail med direktlänk till hemsidan med lämpligt valfritt tidsintervall ex en gång /7-14 d.-På hemsidan presenteras i kronologisk ordning kurser och möten och anges målgrupp (AT, ST Specialister, Studierektor, Medicinskt ledningsansvariga, geografiskt område, handledare etc)

Kurserna presenteras kort och i länk finns fördjupad info.

I anm kan anges om det fortsatt finns platser kvar.

-Jag tror att en hemsida som beskriven (ev utveckling av primärvårdens/Landstingets kalendarium?) skulle spara MYCKET onödigt mailarbete för MÅNGA./Peter

#### **Smurfdebatten sans och måtta!?**

"vid undersökning, vård och behandling eller annan direktkontakt med patienter"

1. Arbetskläderna ska ha korta ärmar.
2. Arbetskläderna ska bytas dagligen, eller vid behov oftare.

3. Händerna och underarmarna ska vara fria från armbandsur och smycken.
4. Händerna ska desinfekteras med ett alkoholbaserat handdesinfektionsmedel, eller något annat medel med motsvarande effekt, omedelbart före och efter varje direktkontakt med en patient.
5. Händerna ska desinfekteras både före och efter användning av handskar.
6. Händerna ska, om de är synligt smutsiga, tvättas med vatten och flytande tvål innan de desinfekteras.
7. Vid vård av en patient med gastroenterit ska händerna alltid tvättas med vatten och flytande tvål före desinfektion.
8. Händer som har tvättats ska vara torra innan de desinfekteras.
9. Ett engångsförkläde av plast eller en skyddsrock ska användas, om det finns en risk för att arbetskläderna kommer i kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material.
10. Skyddshandskar för engångsbruk ska användas vid kontakt med eller risk för kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material.
11. Skyddshandskarna ska tas av direkt efter ett arbetsmoment

*/Halvsmurf Peter*

### **Arkangelsk**

Vi har via entusiasterna Anna-karin Fahlen haft besök av ryska kolleger, Sergej och Galina från Arkangelsk under två intensiva dagar. Traditionenligt hade de med sig presenter, av Galina har jag fått en liten typisk träklocka, som kan användas för att fördriva "dålig stämning" i konsultationsrummet, om inte det hjälper får jag ta till den Putin-vodka som jag fick av Sergej!

Det är så kul och viktigt med utbyte, vore otroligt intressant med motsatt besök. (Tyvärr är det stopp vad gäller studiebesök utanför Norden. Vi fick ett trist NEJ när vi för några år sedan föreslog att ST-möte skulle förläggas till Murmansk ALLA var intresserade. Tänk vad det kunde gett i perspektiv på vår verksamhet!)

Det finns en risk att våra gäster stirrar på vår fina och tekniska yta, allt är ju inte bra här. De har betydligt mera och tätare kontakter med sina patienter medan vi administrerar våra datorer altmera tidsmässigt. Forskrivningsmönster skiljer mycket. Vi diskuterade Rehabilitering och kunde tipsa om TALCs hemsida i London (Teaching Aids at Low Cost) där man billigt, ibland gratis, kan få bild och bokmtrl särskilt till områden med små resurser.

Sergej var mycket intresserad av detta område och där finns säkert mycket att göra även med små resurser. Spännande och stimulerande!

### **Kan vi värdera vår vård i livets slutskede?**

Öppna jämförelser av SKL publicerades 2007 och Jokkmokk utmärkte sig med i särklass lägst andel av personer över 80år med tre psykofarmaka. Vi hade bra värden i övriga parametrar också men avvek markant vad gäller andel som avled på sjukhus (60%).

Vår första reaktion på detta var att ifrågasätta uppgifterna och den andra att försvara vårt agerande?

Samtidigt har krav kommit på att gå med i "Palliativa registret" <http://www.palliativ.se> Först tyckte vi att det lät absurt och fick aldrig svar på frågan hur "palliativ" definierades, för strängt taget är vi alla palliativa.

Efter många diskussioner beslöt jag mig för att undersöka underlaget till "Öppna jämförelser" och kontaktade palliativa registret och fick mycket resonande och intresserade svar som stimulerade till vidare funderingar och diskussioner. Hur ser



den ideala döden ut i vår kultur och hur speglas det i registret? Hur komplicerat ska det få bli att dö, kan man inte få ha sin död ifred? Man kan ha många invändningar och se begränsningar men kan inte komma ifrån att just vi kan ha nytta av att självkritiskt granska hur och vad vi gör inom detta fält.

Nu har vi bestämt att försöka prova att göra några registreringar.

Se mitt underlag för rapport till kolleger och övrig personal i bifogade bildspel och word.fil

Det visade sig att vår andel som avled på sjukhus (inkluderande vår egen OBS-avd sjunkit på två år till 40%! ). [Bildspel Stundande natten](#) [Text till bildspelet](#) som användes på "Klinisk kafferast"

Är det någon som har erfarenhet av Palliativt register? Rapportera gärna i denna tidskrift!

Se även recensionsdelen [Wijkmark](#), [Strang](#) och [Paasilinna](#).

[Den utmätta tiden](#) (från dec 2005)

/Peter

[Enkäten från palliativa registret](#) Gunnar Carlgren, tidigare framstående allmänmedicinare i Norrbotten, numera chef för en "Avancerad hemsjukvårdsenhet"(ngnstans i södra Sverige) argumenterade engagerat FÖR att delta i  
?Palliativt register? verkar kvalitetshöjande (från Ordbyte) [Gunnars text från Ordbyte](#)

**Helen Magnusson- årets bästa uppsats vid examen** presenterar sin "essä" på ST-dagarna i Piteå! Uppsatsen handlar om palliativ patient.

<http://www.sfam.se/documents/sammanfatt-uppsats2007.pdf>

[Kursrapport](#) om Palliativ baskurs i Gällivare 23/1 Bertil Axelsson, Östersund. Att tolka VETENSKAP.

**Vetenskapsjournalisten** Gary Taubes (New York Times) har skrivit flera viktiga kritiska artiklar. [What if It's All Been a Big Fat Lie? neg recension i NYT](#) )

["Do We Really Know What Makes Us healthy?" för utskrift](#)

[Is Good Health Merely a Guessing Game?](#)

**Från Ordbyte:** Vår egen

Sven Hagnerud kommenterade

Anders Hernborgs presentation av och Gary Taubes.

[länk till texterna i Ordbyte](#)

### **Ny Handläggningsöverenskommelse HÖK DIABETES**

e-Intervju med Ulf Bolsøy:(frågor från DUVan Peter)

1) *Vad är de (tre) viktigaste nyheterna i HÖK om diabetes?*

Svar: HÖK:en ska vara en snabb hjälpreda som visar hur diabetikern ska handläggas i varje situation. Sidan 1 är en översikt med framför allt problemorienterade rubriker varifrån man ?klickar sig? till aktuellt avsnitt på sidan 2 där anvisningar ges. På sidan 2 finns också länkar till nationella dokument som ger mer information i aktuellt ämne.

Länsgrupp Diabetesvård ansvarar för och uppdaterar fortlöpande sidorna 1 och 2.

2) *Vi allmänmedicinare är ju ibland kritiska till att andra talar om vad och hur vi ska göra. Hur har Du/Ni försökt komma tillrätta med det problemet?*

Svar: Primärvården har den största representationen i Länsgrupp Diabetesvård.

Arbetsgrupperna har innehållit många personer från primärvården och länsgruppen har haft möten med bl a länets alla diabetessköterskor och foterapeuter. Välbesökta implementeringsmöten med länets primärvård har hållits på 8 platser. Länsgruppen har under arbetet haft kontakt med minst 500 personer av alla yrkeskategorier med anknytning till diabetesvården och arbetar för fortsatt nära kontakt med länets diabetesvård via kontaktpersoner på alla enheter.

Således uppfattar länsgruppen att det är primärvården som talar om hur primärvården ska göra och att meningen med handlägningsöverenskommelsen är att man är överens om handläggningen över hela länet och mellan alla länets diabetesvårdande enheter.

3) *Vilka aspekter är viktigast när man ska bedöma kvaliteten på diabetesvård? (Det är en omdiskuterad fråga då den på vissa håll kopplas till ersättningar)*

Svar: Länsgrupp Diabetesvård kommer att använda hela NDR-dokumentet som bas för kvalitetsuppföljning.

## LÄST:

### **-Trisha Greenhalgh Primary Health Care Theory and Practice**

Först måste betonas att detta är en enastående, imponerande och mångsidig översikt och introduktion till forskning inom fältet primärvård.

Pedagogiskt föredömligt inleds varje kapitel med en kortfattad summering i punktform, referenserna är väl uppdaterade. Nordiska referenser saknas nästan helt.

I introduktionen betonar TG att modern primärvård måste vara multidisciplinär med teamsamverkan. Som jag förstår är argumenten riktade mot ensampraktiker i Storbritannien. Kanske är det en traditionell svensk primärvård hon ser i visionen? I Sverige brukar vi ju skilja på den administrativa nivån Primärvård och specialiteten Allmänmedicin och skilja på team och samverkan

TG ser primärvård som en sekundär, tillämpad disciplin utan eget vetenskapligt paradig. I stället föreslår hon ett antal underbyggande primära discipliner, vars urval inte är självklart. Hela boken kan ses som eklektikerns trosbekännelse.

Om man endast utgår från (forsknings) praktiken finns dock en risk att man inte når längre än till beskrivning, deskription. Men det finns inget så praktiskt som en bra teori.

Vi får inte väja för att verkligheten är mångfasetterad. Det finns goda exempel på detta i de otroligt många spännande studier TG redovisar och ofta även tolkar eller kommenterar.

Förutom biomedicin och epidemiologi menar TG att vår forskning stödjer sig på sex ?ologier?: Psykologi, Sociologi, Antropologi, Litteraturvetenskap, filosofi och pedagogik. Urvalet förefaller inte självklart. Man skulle kunnat hävda att idéhistoria, juridik, ekonomi, ekologi med klimatlära, historia är lika viktiga. I en sen fotnot (s244) noterar hon själv att politisk vetenskap kanske borde ingå!

Avsnittet blir mera en expose och det är ibland svårt att kortfattat fånga essensen i de olika vetenskaperna. Särskilt i punktform förloras nyanserna.

I kapitlet om forskning märks att TG är på hemmaplan. Det är lysande och man förstår att hon är van att handleda och förklara på ett begripligt sätt. Hon betonar att den ?bästa? designen och metoden beror på frågeställningen. Vidare att analysfasen är det som skiljer agnarna från vetet! Särskilt fäster jag mig vid påpekandet att ibland är analysen av helheten större än summan av delarna.

Först i det fjärde avsnittet kommer vi så till patienten. Sjuk-rollsbegreppet skärskådas och moderniseras. Berättelsen om sjukdom relateras till karaktärer och begrepp i

klassisk litteratur och dramateori (hjältar, skurkar, offer, katharsis etc). Val av hälsobeteende och livsstilsintervention problematiseras. TG undviker själv begreppen efter att klokt ha lyssnat till diabetespatienter i en fokusgrupp. Olika nivåer i kunskap om hälsa mellan skilda sociala grupper ställer nya krav, det gäller inte minst egenvård.

I detta kapitel får jag en rapport om kritik mot "motivationsstegen" som används i motiverande samtalsmetodik (MI) Den lär inte vara grundad i kognitiv teori och stämmer dåligt med verkligheten hos patienten, men hjälper terapeuten.

För att effektivt verka som kliniker fordras uppdaterad hantering av akademisk kunskap, kommunikation, teamarbete och förmåga till förändring. Den sista punkten ser jag som tvetydig, all förändring och utveckling är inte till det bättre!

Bayes teorem, som blivit populärt, presenteras begripligt. Osäkerheten i kliniska beslut betonas. Det finns risker med algoritm-styrd medicin.

Den kliniska interaktionen analyseras ur fyra perspektiv: interactionsanalys, sociolingvistiskt, psykodynamisk t(Balint), och narrativ analys. För den ökande andelen konsultationer över språk och kulturella gränser argumenteras för sociologisk metod

Kärn-familjens upplösning diskuteras i ett kapitel som även tar upp hemlöshet.

I befolkningsavsnittet kommer kraven på screeningprogram på tal. Det framhävs att även riskfaktorer som är följden av individuella val faller under sociala mönster.

Problemen med att skapa "hälsosamma samhällen" och folkhälsoarbete tas upp i kapitlet om sociala skillnader.

En viktig del behandlar komplexa problem, multisjuklighet, IT-datorjournalens påverkan på vår praktik, vårdkedjor och organisatoriska lösningar. Om jag inte missförstår hävdas där att det personliga förtroende mellan patient-läkare måste ersättas med ett tillit till systemet?

Det avslutande kvalitets-kapitlet ger en kvalificerad överblick och föreslår en teoretisk modell av "organisational sense-making" som verkar förnuftig. Mer tveksamt däremot förefaller förslaget om "mystery shopper" dvs fejkade patienter som skulle analyseras med fenomenologi.

TG greppar över mycket och har en självkritisk reflektion som måste anses extremt ovanlig inom akademien saknar jag ibland helheten.

Ett par detaljer är dock viktiga: I en tabell jämförs en logico-scientific approach med en tolkande humanistisk. När det gäller values (värden) så ses den första som etiskt och politiskt neutral medan den senare är engagerad. Åtminstone när det gäller biomedicinsk kunskap är jag inte enig. Resonemanget återkommer i flera varianter i boken.

I avsnittet om "diffusion of innovations" tycker jag att TG något förbiser det positiva i motstånd mot förändring. Den kan tidvis vara motiverad, även om man riskerar att bli betraktad som en omodern offentliganställd. Det exempel som sociologen Rogers ursprungligen analyserade (med kraftfull kemisk gödning inom jordbruket) är kanske inte så fullständigt problemfritt om vi betänker långsiktiga miljöeffekter?

Evidens för att en åtgärd mot ett tillstånd (en risk) eller laboratorie-avvikelse får ett visst resultat innebär inte automatiskt att åtgärden ska utföras. Åtgärden kan få andra och oönskade effekter i helheten och själva konstruktionen av evidens utgår alltid från grundantaganden som inte är värderingsfria och sällan redovisade. Vi ser detta i guidelines, konstruerade av experter med tunnelseende, som sjukliggör majoriteten av befolkningen. Tyngden av EBM ökar inte av tusen eller fler vetenskapliga referenser (inom samma paradigm) om tanken från början är fel.

Slutordet måste ändå bli positivt! TGs öppna attityd som inte väjer från praktikens

verkliga komplexitet kan antyda en integrativ lösning för en ödesdiger uppdelning av allmänmedicinare. Dels de "kliniskt" intresserade inom vår kår som blir utsedda till experter när guidelines utformas och den kritiska massan av tvivlande kolleger. Dessa verkar inte mötas även om man är på samma konferens! Dessutom är boken en rik guldgruva att ösa ur när man önskar en kort översikt och lästips inom ett område, (Tack för tipset om boken Cecilia)

### **-Katastrofala behov och myter**

Johan von Schreeb, Needs assessments or international humanitarian health assistance in disasters.

Akademisk avhandling KI, ISBN 978-91-7357-375-7

<http://diss.kib.ki.se/2007/978-91-7357-375-7>

Inledningsvis beskriver författaren kort sin första erfarenhet av biståndsarbete i Afghanistan 1989. Han blev sedan en av grundarna av "Läkare utan gränser" i Sverige, 1992. Sedan 2002 studerar han "behovs-värdering" vid KI, handledare är Hans Rosling, pappa till Gapminder. Först var fokus på de allra fattigaste länderna (Sudan, Sierra Leone och DRC Congo men efterhand inriktning på plötsliga katastrofer i medelinkomstländer.)

Avhandlingen tar upp olika begrepp om utvärdering av behov vid humanitärt medicinskt bistånd vid katastrofer.

Fältarbetena använder en mängd olika metoder; litteraturstudier, observation, strukturerade intervjuer, fokus grupper och systematisk intervju.

SIDAs katastrofbistånd år 2003 grundades sällan på behovsbedömning. Det berodde sannolikt på dåligt anpassade riktlinjer från givarna.

Palestina studerades under konflikten 2002. Någon nämnvärd hälsopåverkan kunde inte dokumenteras. De internationella hälsoinsatserna borde istället koncentreras på att minska sårbarheten hos den utsatta befolkningen.

Vid terrordådet i skolan i Beslan, Nord Ossetien, behövdes inte internationell medicinsk hjälp.

Internationella fältsjukhus studerades vid fyra naturkatastrofer (Bam Iran 2003, Haiti 2004, Aceh, Indonesien 2004 och Kashmir, Pakistan 2005. Kostnaden var hög per sjukhussäng och inget anlände inom 48 timmar då liv anses kunna räddas.

Vid jordbävningen i Kashmir intervjuades 196 personer besökande hälsoinrättning som representerade 1847 hushållsmedlemmar. Det dominerande behovet var tak över huvudet. Resultaten vad gällde antal döda och svårt skadade stämde väl med senare studier av hela befolkningen. Metoden var enkel för att anpassa hjälpen till de drabbades behov. Media upprepar myter som att främmande medicinska volontärer behövs omedelbart med alla typer av mediciner och utrustning. Att döda kroppar skulle vara en risk för spridning av infektionssjukdomar är inte heller visat och inte heller att epidemier efter alla sorters plötsligt inträffade katastrofer.

Allmänt måste man känna till det socioekonomiska sammanhanget i drabbat område och land.

Myter styr vår syn på katastrofer - och vår syn på oss själva som hjälpare och donatorer.

Avhandlingen ta upp ett outforskat område som är inpyrt av "militärmedicin" och "goda föresatser" som kan slå så fel.

### **-Fem sidor populärvetenskaplig sammanfattning på svenska. Service för alla eller profit för få?**

Julian Tudor Hart. The political economy of health care. A clinical perspective. ISBN

1-86134-808-8

I över 30 år arbetade författaren som läkare i det lilla gruvsamhället Glyncoirwg. Han har blivit internationellt känd som epidemiolog och i arbetet med "community care". "Inverse care law" summerade en banal truism 1971: Över hela världen gäller att ju mer behov av medicinsk vård som behövs i ett samhälle desto mera osannolikt att det får den vården. Lagen får ny aktualitet då marknadskrafterna tillåts härska.

"Rules of halves" är en annan internationellt känd minnesregel från Hart. För alla viktiga diagnoser gäller mer eller mindre exakt att vi känner till hälften av de med sjukdomen, hälften får behandling och hälften når målen med behandling.

Approximationen har visat sig stämma för ett tjugotal stora sjukdomsgrupper.

I denna bok som tagit 8 år att skriva försvarar författaren en rekonstruktion av NHS National Health Services. Målsättningen är att ge yngre studenter en "big picture" helhetsbild av sjukvården sett i ett samhällsperspektiv, hans egen erfarenhet av verklig hälsoekonomi.

Han attackerar krypande "consumerism" och kommersialisering med kliniska, politiska och ekonomiska argument. Ursprungligen var NHS en service till alla för att nu glida över till att skapa profit för få. Det blir dyrare och ineffektivare vård samtidigt som samhället destabiliseras och hälsoklyftorna ökar. Administrativ kontroll ökar katastrofalt.

Konsultationen bör ses som atomen i hälsovården och rådande hälsoekonomi kritiserar för att se mötet som en affär mellan säljare och köpare. "Managed care" konstrueras för att passa varu-tänkandet.

Ofta jämförs Storbritannien med USA där kostnaden för sjukvård uttryckt som andel av BNP varit dubbelt så stor med betydligt mindre effekt på vanligt använda hälsomått.

I texten och inte minst i fotnoter finns många intressanta anekdoter och berättelser ger det historiska perspektivet. Mentorn Archie Cochrane beskrivs som en urbotta pessimist men ärligt trogen mot vetenskapliga fakta.

Fackföreningens roll tas upp i ett kritiskt perspektiv. Ägandet av sjukvårdsinstitutioner likaså, och även om de flesta GPs är fria entreprenörer så är systemet hotat av internationella vårdkedjor och Hart verkar föredra offentlig anställning.

De aktuella riktlinjerna för hypertoni (med nivåer nedåt 115/75) kommenteras som stupida och groteska. För varje person med ansvar för en hel population är de omöjliga att logistiskt implementera och ignorerar fullständigt sjukdomsmärkningen av majoriteten av befolkningen. Detta sagt av en proaktiv kliniker som tidigt undersökte hela sitt samhälle och fann 16 % hypertoniker.

Två faror med rigida guidelines diskuteras. Dels riskerar de att ersätta det kliniska omdömet med checklistor för rituellt utförda åtgärder, dels att farmakoindustrins intressen blir för starka i utformandet. De är dessutom ofta konstruerade av experter med tunnelseende utan förståelse för den verklighet som ska tillämpa dem.

Även IT diskuteras vad gäller risker och möjligheter, bl a dehumanisering och konfidentialitet.

Hart argumenterar för att solidaritet inte bör ses som altruism utan "poolad risk" och egenintresse (med referens till Adam Smith).

I sista avsnittet formas en vision av vad som måste göras, grundat i solidaritet och vetenskapligt tvivel.

En sjukvård för alla, skattefinansierad, effektiv, utan vinstintresse och marknadsmekanismer.

### **-I trygghetsnarkomanernas land. Sverige och det nationella paniksyndromet.**

David Eberhard. ISBN 91-518-4742-6.

Vad är det som gör att jag känner sådan tvekan inför resonemanget i denna bok som flera av mina kollegor från andra länder höjer till skyarna? Många av exemplena för att driva tesen är drastiska och humoristiska och har stor förklaringskraft till samhällsfenomen. Någon gång är det inte helt lätt att se hur de hänger samman. Att vi inte har en särskild skola för de mest begåvade, att man inte kan avskeda de som missköter sig. Vad skulle konsekvenserna bli om svenska folket, statliga verk och myndigheter tog till sig av kritiken? Möjligen kunde man undvika en del kontraproduktiva beslut. Men inte ska man väl acceptera fler arbetsolyckor bland byggnadsarbetare, det blir väldigt fel och konstigt om man vänder på argumenten, Författaren har fått kritik för att det saknas politisk och social analys. För egen del tror jag att "tryggheten" är ojämnt fördelad och att de som inte blir inkluderade när alliansregeringen ska bryta "utanförskapet" kan komma att fara än mer illa och då kan uppmaningen om att individerna ska ta ökat personligt ansvar smaka illa i mun.

### **-Livsglädjen och det djupa allvaret : om existentiell kris och välbefinnande.**

Peter Strang ISBN10: 9127025756

Författaren är professor i palliativ medicin och har bla skrivit kapitlet i Läkemedelsboken, och flera böcker i ämnet.

Här tar han upp den existentiella utmaning som drabbar människor med en obotbar livshotande sjukdom. Den teoretiska ramen är existentialfilosofisk. Till en början deklarerar Strang att han inte vill trassla in sig i teoretiska distinktioner, Ämnet är väl disponerat och stilen och ordvalet föredömligt enkelt och anonymiserade fallbeskrivningar exemplifierar. Boken är ett utmärkt komplement till den farmakologiska slagsida som jag uppfattar tynger ämnet.

Jag kan ändå känna en brist i all klok saklighet, det handlar ju om starka känslor, liv och död. Som läkare är man kanske för van vid möten med utsatta människor. Strang tar på ett ställe klart ståndpunkt emot utilitarister (Tännsjö) och jag kan känna med honom när han i slutet beskriver svårigheter att förstå meningen med att en tvåbarnsmor ska ryckas bort från sina barn.

Det självkritiska inslaget inskränker sig till att författaren ångrar att han inte lyssnade till en nybliven änkring som han av en händelse stötte på i hissen på ett sjukhus där han var onkologjour.

Nog finns det mycket mer vi kan ifrågasätta i vårt bemötande, agerande, våra kulturella roller (och resultat) inte bara i förhållande till anhöriga, personal och patienter i palliativ vård?

### **-Stundande natten Carl-Henning Wijkmark ISBN10: 9113017403**

Gripande om terminalvård sett ur en cancersjuk mans perspektiv, Fyra män har hamnat på en nedläggningshotad palliativ avdelning på sal 5. Författaren som lär vara mycket större i Europa än i Sverige har tidigare berört temat i "Den moderna döden". Den senare har iscensatts på flera teatrar i Tyskland. En självständig författare som inte underordnar sig marknadens publika krav. Här finns många uttalade och outtalade referenser som man inte alls behöver uppfatta för att med stor behållning ta till sig denna viktiga bok. En är faktiskt en bok vi tidigare skrivit om i denna tidskrift. Peter Nolls "Den utmätta tiden".

Kritiken mot läkare och tanatologer är skoningslös, istället lyfts de sjuksköterskor, Birgit och Angela, som är närmast patienten fram. Sett ur genusperspektiv är det drama som gestaltas knappast politisk korrekt.

(Christer Petersson i Växjö berättade i mail att man där i läkarnas litteratursirkel läst boken och omdömena var blandade, Christer har planer på att använda boken i undervisning. Jag tror att den är utmärkt som komplement till utbildning i palliativ medicin).

**-Kollektivt självmord. Arto Paasilinna.**

Rolig roman av en egensinnig stor finsk författare om en annan aspekt av döden, självmordet.

**-Orkanpartyt : roman om en myt, Klas Östergren,**

ISBN10: 9100116041

Imponerande, fantastisk berättelse av en gudabenådad författare. Den dystopi han beskriver om ett framtida samhälle efter katastroferna är obehagligt verklig. Detta vävs skickligt samman med forn-nordisk mytologi. I väven urskiljs små detaljer som skruvas men ändå behåller en otäck nyans av trender i tiden. Huvudpersonen kommer över en samling av gamla mekaniska skrivmaskiner som repareras och säljs. TomBola jättekvinnan i TV som varje kväll har våldsamt sex med en ny man och männen köar för att få delta! Affektkommisionen som utreder rödlistade och utdöda affekter som vilken vetenskaplig myndighet som helst. Kärleken sätts på prov.

**-Stieg Larsson. Tredje delen av Millenium.** Luftslottet som sprängdes. Mp3 många timmar. Lätt att lyssna på denna typ av litteratur. Spännande, osannolik. Det som är speciellt statistiskt är personernas egenskaper. Man kan dela in människor i goda eller onda. Bland alla personer i romantrilogin kan jag inte påminna mig någon enda som bytt sida. Det verkar något förenklat, ingen utveckling.

**-Flyga drake Khaled Hosseini ISBN10: 9146211837**

Bestseller som en bekant absolut tyckte jag skulle läsa. Författaren beskriver skickligt om vänskapen mellan två pojkar som växer upp i Kabul. Kriget och landets historia utgör relief till detta drama om skilda kulturer, klasser och sviken vänskap och blodsband. Mycket läsvärd!

**-Ren och Varg, Yngve Ryd.**

Traditionell kunskap, metoden densamma som i Snö och Eld. Presentationen fungerar fint. Vi som lever nära renskötsel och även "äldre samer" bland våra patienter har kanske särskilt intresse?

Illustrationerna av Lukas Thelin är i verklig mening kongeniala, just för att de vuxit fram i samarbete med informanterna!

**-Jane Fonda. Mitt liv-så här långt. Mp3**

Min sambo får denna som bihang till reklam för ngn hudkräm. Lite skeptisk började jag lyssna:

Spännande, självreflekterande och genomarbetad. Om plågsam känslökyla, moderns självmord, sin prestationsångest och ätstörning, framgångarna och

Oscarsstatyetter, männen Vadim, Haiden, Hunter och fadern.

Barbarella, Hanoi, engagemang och söndande äktenskap, otillräcklighet i

föräldraskapet. Det magiska i att få barnbarn. Ändar upp i kristen(?) feminism i den "tredje akten".

Som ikon och förebild har hon väl betytt lika mycket som Clinton för vår(a) könsidentitet(er)?

**-Åke Thörns bok:**

<http://www.internetbokhandeln.se/vem-ger-verkligheten-namn-ake-thorn-9172240652/bok/9789172240650/>

Tvivel är det som utmärker en verkligt vetenskaplig undersökande attityd.

[Förlagets sammanfattning](#)

**Specialistexamen:**

Det är dags att anmäla sig till specialistexamen 2008 (senast 20 februari).

Anmälningssblankett och all information om examen finns på SFAMs hemsida

<http://www.sfam.se/specialistexamen.html>

**Mitt-i-ST:**

Anmälan till Mitt-i-ST kan skickas när som helst. Det är bra att anmäla sig några månader innan man vill ha sin mittvärdering genomförd, så är det lättare att hitta värderare och att uppfylla ST-läkarens önskemål. Anmälningssblankett och information finns på <http://www.sfam.se/mittist.html>