

mitt i ST

Underlag för ansökan inskickad 100620

---

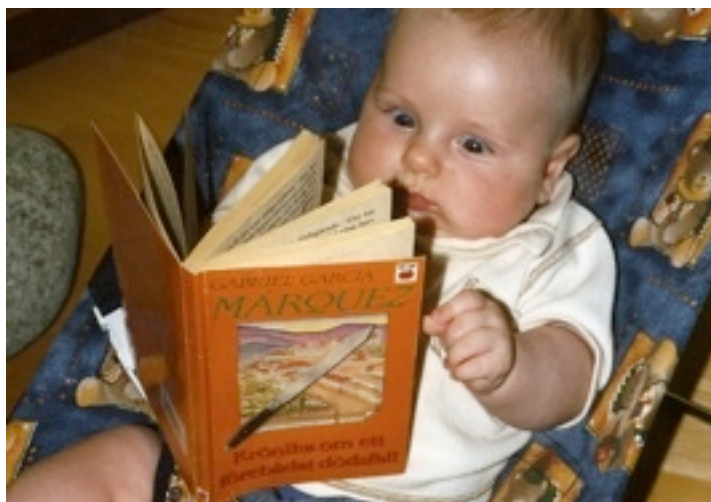
## 620212-8937 Warg, Per Patrik

ST-läkare Allmänmedicin, Stadsvikens vc, Luleå, Norrbottens Läns landsting  
Besöksadress: Robertsviksgatan 9, 972 42 Luleå  
070 232 77 73 [patrik.warg@bredband.net](mailto:patrik.warg@bredband.net)

Handledare:  
Studierektor:  
Verksamhetschef:

Sonia Bertogna  
Stefan Wallmark  
Kristina Renkvist

---



# A Egenpresentation



Patrik Warg, 48 år och boende i Luleå. Trebarnsfar med maka i resande arbete. Född i Gällivare. Norrbotten trogen (i evighet. Amen!)

Naturvetenskaplig linje på gymnasiet, två läsår i USA; biologi, språk och idrott. Kompanibefälsutbildning Kiruna. Arbetat som frilansande journalist, bartender, pizzabagare, pistör/liftskötare, badmästare, lärarvikarie och fjällguide/skidlärare med associerade utbildningar. Ett års språkskola i Frankrike och utbildad videoproducent vid Filmakademien Göteborg. Ambulanssjukvårdare vid såväl kommunal räddningstjänst samt senare under NLL.

Under femton sommarsäsonger kursledare för Livräddarskolans utbildningar för havslivräddare i Tylösand, SLS. Deltog i Europamästerskapen i Livräddning 1983, med bästa resultat i HLR (Laerdals Anne). Skidlärarexamen -87. Läkarutbildning i Umeå mellan 1990-96 med ambulansarbete under ferier.

Tävlat på nationell nivå i golf, friidrott (löpning) och snöskotercross. Farsan helikopterpilot, journalist och författare. Morsan språklärare på gymnasiet.

AT 96-98, fd sjukhuset i Luleå. Leg.läk april 1999. Har totalt över 90 månader läkartjänst efter legitimation samt 10 månader som underläkare i Primärvård - mellan AT:n och legitimationsdatum.

Vikarierat som underläkare vid Luleå vc efter AT och legitimation. Pappaledig i två längre perioder (3 år). ST vid vuxenpsykiatri under sex år. (Största merit inom psykiatri är nog att jag var aktivt delaktig i en *samlad* läkargrupps anmälan av ledningen till arbetsmiljöinspektionen - två gånger. Och att ingen av mina patienter har tagit livet av sig - ledningen till trots.)

Motiv till läkarutbildning väcktes under arbetet vid livräddarskolan från sexton års ålder - där ett flertal läkare deltog i undervisningen. Intresset för allmänläkariet började som en romantisk bild av hembesök i den glesbygd jag härstammar från. Tyvärr är den typen av uppgifter ett minne blott men det finns fortfarande visst utrymme för någon slags grundläggande kontakt med människor och ett stråk av kreativitet kvar inom primärvården (i skrivande ögonblick...)

Hans "Alfred" Krook var en förebild som läkare (för mig). Han var tidigare ansvarig för navalmedicinutbildningen på Berga örlogsbas och i Karlskrona vid röj/attackdykarutbildningen. Viktigast som förebild var att han inte var snål som flertalet av de läkare jag mött - och framför allt var han en rolig jävel off-duty. Kontrasten mellan arbetsansvarets seriositet och den fria livsglädjen var betydelsefull för mig.

Efter beslut om utbildning och under arbete som vårdgivare har jag mött många inspirerande läkare i norrbotten, främst inom primärvården: Meta Wiborgh, Robert Svartholm, Jan Hennix, Ulf Måwe, Gustav Melin, Johan Alsén, Lars Grundström, Ulf Theen m fl.

Det som mest påverkat mig av dessa läkares framtoning är deras förmåga till just "allmänt synsätt". Då menar jag inte enbart i mottagningsrummet utan en helhetssyn som omfattar hela samhället, dess historia och dess framtid - på gott och ont. En förutsättning för preventivt arbete i folkhälsoavseende och kanske även för sin egen överlevnad, bland annat.

Intressevässigt är jag en ganska splittrad person. Ofta avundsjuk på de många läkare jag mött som i större utsträckning identifierar sig och sitt liv med sin yrkesroll och därför inte behöver brottas med annan sysselsättning i samma utsträckning (utom skilsmässor). Jag skriver musik för flera medier, texter för pappers- och etermedia och skulle när som helst kunna öppna en kursgård i glesbygd istället för att läsa mejl från divisionschefer, som trots occasionally vettigt innehåll är så jävliga dåligt författade att man får skämmas över vilken sorts kompetens som sitter vid makten.

Jag ser sex timmars arbetsdag som barnens, folkhälsans och fritidssektorns (samt den totala sysselsättningens) framtida räddning. Jag är ofta frustrerad över byråkrati och över ansvar som skjuter över de förväntade arbetsuppgifterna i läkarrollen (svärmotiverad administration, exempelvis). Men jag är int bitter... ;) Fjället står kvar, stort sett orört av klimatförändringar - än så länge.

#### Skäl att gå igenom Mitt-i-ST:

Det är tydligen obligatoriskt. Hade gärna hoppat över det eftersom det tar tid att skriva det här. Tid som jag kunde ha ägnat i Läkemedelsbokens fascinerande värld. Det är, för övrigt, ett antal kollegor som sagt att: "Men du behöver inte göra Mitt-i-ST, du går ju efter gamla systemet. Jag önskar det var sant eftersom jag anser att jag har blivit kontrollerad och bedömd i ovanligt omfattande utsträckning sedan tonåren. Jag är medelålders och jag har gått igenom en del - inte bara som en del av vägen mot läkarrollen - utan också i allehanda utmaningar jag tidigare valt (eller ofrivilligt) varit tvungen att testa mina förmågor via.



Så, om det här inte är nödvändigt. Kan vi inte - pretty please, with sugar on top - bara skita i det? Den dag jag ska träffa min examinator/utvärderare kan vi väl säga att jag använder till att ta mina tvillingflickor till badhuset för att bättra på vattenvanan inför den kommande simskolan. Jag är övertygad att den aktiviteten har alla alternativets ingredienser och dessutom leder till bättre säkerhet, hälsa, integration och begränsad kriminalitet - än om jag sitter och käftar teoretisk konsultationsteknik med någon examinator som har en helt annan plattform än den som lilla jag praktiserar.

Men om det nu ska göras så är min förhoppning att Mitt-i-ST leder till att jag får någon slags objektivitet gällande kvarvarande mål och nuvarande nivå. Blir det riktigt bra så kanske jag möter någon slags pragmatisk förståelse för hur jag ska lösa (dämpa traumat) av de sidoplaceringar på medicin och (eventuellt) kirurgen, som lurar i vassen som en psykotisk gädda med tandvärk. Jag vill verkligen inte uppleva den situation av kaos som jag mötte på dessa avdelningar under AT:n och senare under psykiatritiden.

Nuvarande arbete som ST i primärvård sedan september 2007 på 75% pga familjesituation.

Eventuellt specialintresse, förutom den grundläggande drivkraften att just bara hjälpa medmänniskor under så avdramatiserade former som möjligt, är att ifrågasätta traditionalism/konservatism likväl som aspekter kring den ekonomiska makten över vårdansvaret. Som vårdgivare på ledarskapsnivå anser jag det som viktigast - förutom en prestigelös ansvarsroll - att kunna bidra till en bra stämning och trygghet bland medarbetare och skapa möjligheter för deras utveckling efter individuella ambitioner och inriktningar till förmån för patientsäkerheten men som också harmonierar med det överordnade uppdragets mål. (Förutsatt att dessa mål är vettigt formulerade ur ett "mänskliga rättigheters" perspektiv).

Har länge känt mig omotiverad att gå vidare i allmänläkarutbildningen pga alla oroligheter kring fria vårdval, produktionsmål, klantiga politiska utspel om sänkt budget och - inte minst - läkaretablissemangets ambivalenta försök till gemensamma ställningstaganden.

Allmänläkarrollen har en potential för respekt, god funktion och service och en möjlighet att verkligen vara den grund på vilken hälsovården/sjukvården står, vilket i den bästa av alla världar skulle utgöra en fenomenal grund för rekrytering. Men primärvården får inte vara ifred, den får inte utvecklas i någon slags evolutionär mening, vilket vore det mest stabila tillståndet, utan utsätts ständigt för trakasserier och förhastade förändringsbeslut. (Därmed inte sagt att psykiatrin inte är prioriterad när vi ringer 112 för vårdens överlevnad).



B

## Sammanställning av kompetensutveckling



620212-8937 Patrik Warg, Stadsvikens vc NLL, Luleå - 070 232 77 73

Hemadress: Östra Järnvägsplanaden 22 B, 972 42 LULEÅ  
E-postadress: [patrik.warg@nll.se](mailto:patrik.warg@nll.se) / [patrik.warg@bredband.net](mailto:patrik.warg@bredband.net)

Legitimationsår: 1999

Handledare:  
Studierektor:

Sonia Bertogna, Stadsvikens vc (NLL) Luleå  
Stefan Wallmark, Division Primärvård, NLL

---

### Tidigare meriter

AT-tjänstgöring, Gamla sjukhuset Luleå: 960901-980531  
Vikariat underläk/distriktsläkare i Primärvård: 980601-991130  
ST vuxenpsykiatri Luleå/Boden: 000501-031217 (70%)  
031218-070831 (100%)

Trebarnsfar: 11, 4, 4 (2010)

Ambulanssjukvårdare/förare Gällivareområdet, NLL under ferier läkarutbildning.  
Kursledare för SLS havslivräddarutbildning Halmstad, 15 säsonger.

Samt ett flertal anställningar inom olika yrken som givit mig insikt om mig själv, om andra människor och om vår psykologiska komplexitet. Lärdomar som är och kommer att vara av stor betydelse i nuvarande ST-situation och som framtida allmänläkare.

### Specialiseringstjänstgöring:

**Rubriker från gamla målbeskrivningen och motivation till uppnådda mål.**

#### Administration och ledarskap

Arbetsplatsmöten under huvud- och sidoplacering.

Teamkonferenser under ST-tjänst Vuxenpsykiatri

Ledarskaps/Organisationskurs NLL, planerad 2010 Lars Rydberg

SK-kurs Allmänmedicin, Göteborg augusti 2010

Litteratur: *Verksamhetsplan. Pinocchioeffekten. Den översvämmade hjärnan.*

*Ledarskapsteori.*

#### Folkhälsoarbete, miljömedicin och prevention

SK-kurs Folkhälsa och prevention, Östersund mars 2010

SK-kurs Allmänmedicin

Litteratur: *FYSS, kursmaterial tobak, alkohol, kosthållning, ungdomar.*

*FHI:s rapporter. Nationella riktlinjerna, Barn och socker...etc...*

#### Konsultation

Tio års arbetserfarenhet övriga yrken. Tidigare ST-tjänst Vuxenpsykiatri 2000 - 2006

Kommunikativ analys av faktiska patientfall i med handledare. (K. Pedersen)

Psykoterapigrupp månadsvis under handledning hela ST-utbildningen med fokus på konsultation, metakommunikation och relationsaspekter.

SK-kurs Allmänmedicin

SK-kurs Folkhälsa/prevention - MI - det motiverande samtalet.

Litteraturstudier: *Medicinen och det mänskliga*, Carl-Magnus Stolt

*KBT i utveckling*, Anna Kåver. *MI, det motiverande samtalet, kursmateriel.*

### Läkemedelsbehandling

Samlad erfarenhet av patientfall under såväl Primärvårdstjänst som sidoutbildningar i slutenvården (Geriatrisk). Samtliga SK-kurser har delvis avhandlat läkemedelsbehandling och kritiskt synsätt gällande farmaka.

**SK-kurs Allmänmedicin augusti 2009**

**SK-kurs EBM, Huddinge. (Planerad maj 2010)**

**Litteratur: Läkemedelsboken, FASS, STRAMA**

**SK-kurs Handläggning av infektioner i Primärvård**

### Vetenskapligt förhållningssätt

Går det att undgå?

ST-tjänst vuxenpsykiatri 2000 - 2006

Ledarskaps-/organisationskurs NLL, planerad 2010 Lars Rydberg

**SK-kurs Allmänmedicin**

**SK-kurs EBM, Huddinge planerad maj 2010**

**Forskartjänst under läkarutbildning.**

### Barnaårens förlopp och sjukdomar

Sidoplacering Barnkliniken SUS augusti - december 2009

BVC-mottagning/patientfall under huvudplacering

**BVC-kurs NLL och**

**SK-kurs Pediatrik, Uddevalla.**

### Endokrina sjukdomar

Patientfall under huvudplacering

Sidoplaceringar: ÖNH, Barn, Geriatrisk...etc...

**SK-kurs Diabetes/övrige Endokrinologi, Huddinge**

Litteratur: *Läkemedelsboken, Diabetes, Thyroideasjukdomar*

### Gynekologiska sjukdomar/MVC

Sidoplacering Kvinnokliniken/förlossning SUS januari - april 2010

Litteraturstudier: "Gynekologi i Öppenvård" Patientinformation.

### Infektionssjukdomar

Infektionsassocierade patientfall under Primärvårdsplacering.

Sidoplacering: Barnkliniken, ÖNH, Hud, Gyn,

**Geriatrisk planerad till hösten 2010 2 månader.**

**BVC-kurs NLL**

**SK-kurs Infektioner i Primärvård, Jönköping April 2010**

**SK-kurs Pediatrik, Uddevalla**

### Luftvägssjukdomar

Sidoplacering ÖNH jan-mars 2009

Primärvårdsplacering KOL, CF, ASTMA

Astma/Allergi seminarium Anna Sandin, barnavd, SUS

**SK-kurs Infektioner i Primärvård, Jönköping april 2010**

**SK-kurs Pediatrik, Uddevalla**

**SK-kurs Lungsjd, utredning o prevention, höst 2010**

**SK-kurs ÖNH, planerad vår 2011**

### Missbruk- och beroendesjukdomar

ST-tjänst Vuxenpsykiatri 2000 - 2006

**SK-KURS Neurologi, Borås**

Litteraturstudier: *Läkemedelsboken*

### **Nervsystemets sjukdomar**

Sidoplacering ÖNH-kliniken SUS

Geriatrisk sidoplacering planerad höst 2010

Patientfall under huvudplacering

**SK-kurs Neurologi, Borås**

Litteratur: *Akut neurologi*

### **Psykiska och psykosomatiska sjukdomar**

ST-tjänst vuxenpsykiatri Luleå/Boden 2000 - 2006

Primärvårdsarbete, patientfall under handledning och huvudplacering.

SK-kurs Neurologi

SK-kurs Pediatrik

### **Rehabilitering och försäkringsmedicin**

Barnhabilitering under sidoutbildning Barnkliniken SUS aug-dec 2009

Vårdteamskonferenser primärvård och slutenvård

ST-tjänst Vuxenpsykiatri.

**SK-kurs Ortopedi, övre extr, cerv, thorakal, Gävle**

Kurs i föräkringsmedicin (Ej planerad)

SK-kurs Ortopedi, nedre extr. Gävle, planerad vår 2011

### **Urinvägssjukdomar/manliga könsorgan**

Sidoutbildning Barnkliniken SUS, Gyn

Patientfall under huvudplacering

Geriatrisk, sidoplacering hösten 2010

SK-kurs Pediatrik

**SK-kurs Infektioner i Primärvård**

### **Könssjukdomar**

Sidoutbildning Hudkliniken, SUS

Litteraturstudier: *Dermatologi och Venereologi.*

*Läkemedelsboken*

*Regionalt PM för Smittspårning och associerade sjukdomar.*

### **Tumörsjukdomar**

Uppföljning av patientfall under huvudplacering primärvård

**SK-kurs Neurologi 2009**

Sidoplacering: ÖNH, Ögon, Hud, Gyn, Barn, Geriatrik

### **Åldrandets sjukdomar**

**SK-kurs Neurologi, Borås 2009**

Sidoutbildning Geriatrik, höst 2010

### **Ögonsjukdomar**

Sidoplacering Ögonkliniken, SUS 2009

Patientfall under huvudplacering Primärvård

**Litteratur: Patient-/kursmaterial**

### **Öron-,Näs- och Halssjukdomar**

Huvudplacering primärvård

Sidoplacering ÖNH-kliniken/hörcentral SUS jan-mars 2009

**SK-kurs Infektioner i Primärvård**

SK-kurs ÖNH planerad vår 2011

## **EJ UPPFYLLD KOMPETENS I FÖRHÅLLANDE TILL MÅLBESKRIVNING**

Svart text: delmål uppfyllda

Röd text: planerat kompetensunderlag med frågetecken.

### **Blodsjukdomar**

**Uppföljning av patientfall under huvudplacering.**

Litteraturstudier?

SK-kurs internmedicinsk utredning i Primärvård planerad vår 2011

### **Hjärt-/kärlsjukdomar**

**Patientarbete inom huvudplacering**

**Sidoplacering Geriatrik, höst 2010**

Litteratur: *Läkemedelsboken*

*EKG, Svikt, Akutvård? (sidoplacering medicinklinik samt SK-kurs Akutvård i glesbygd 2011).*

### **Kirurgiska sjukdomar/Skador**

Sidoplacering Kvinnokliniken jan - april 2010

Patientfall under huvudplacering

Prickmottagning, Litteraturstudier, PM? SK-kurs AKUTVÅRD I GLESBYGD 2011.

### **Mag-Tarmsjukdomar**

Sidoutbildning Barnkliniken SUS, fall samt föreläsningar.

**Geriatrisk sidoplacering (planerad)**

SK-kurs Gastroenterologi/hepatologi höst 2010

### **Rörelseorganens sjukdomar**

**SK-kurs Ortopedi övre extr. thorakal, Gävle 2008**

Sidoutbildning Rheumamott/avdelning SUS maj-juni 2010

Auskultation Ortopedmottagning?

SK-kurs Ortopedi, nedre extr. bäcken, ländrygg, fot och skoanalys vår 2011.

**MITT i ST: Planerad till vintern 2010/2011**





**SAMMANSTÄLLNING AV KVARVARANDE MÅLSÄTTNINGAR (from 1 januari 2011) (Gamla målbeskrivningen) samt förslag till tidpunkt för specialistansökan beroende av tillgodoräknande av ST-tid psykiatri.**

**\*Hjärta/Svikt/Hypertoni: (Litteratur och sidoplacering med SUS planerad 2011. Internmed SK-kurs planerad vår 2011. Akutvård Glesbygd SK-kurs vår 2011.**

**\*Blodsjukdomar: (Litteratur?)**

**\*Ortopedikurs/auskultation 1 mån?**

**\*Mag/tarm/hepatologi: (SK-kurs planerad. Ev. sidoplacering?) (Rekto-/proktoskopi).**

**\*Relevant kirurgi: Akutvård i Glesbygd (SK-kurs, vår 2011. Prickmottagning, Litteratur, annan sidoplacering än konv. Leo Hassler?)**

---

**ÖVRIGA EV. KVARVARANDE MÅLSÄTTNINGAR SOM INTE BEHÖVER TA TID**

(Praktisk diabetes)  
(Kem lab. kurs)  
(Waranbehandling)  
(Försäkringsmedicinsk utbildning/kurs)  
Mltt - i - ST (planerad vinter 2010/2011)

---

**REALISTISK TIDSÅTGÅNG till ovanstående ÄR ca 9 mån (from sep 2010)  
Dvs ansökan till specialist skulle **teoretiskt kunna skickas in i maj 2011.****

**Då är målen formellt uppfyllda men jag har följande problematik:**

Om ovanstående målsättningar beräknas ta till maj 2011  
Så har jag ca 35 månaders ST-tjänst Primärvård (korrigerat för deltidsarbete)  
Då beroende av tillgodoräknande av ca 25 månader psykiatri.

Om ytterligare 12 månader (maj 2012) har jag ca 43 månader ST-tjänst Primärvård.  
Då beroende av tillgodoräknande av 17 månader psykiatri.

Om ytterligare 12 månader (maj 2012) har jag 55 månader ST-tjänst Primärvård.  
Då beroende av tillgodoräknande av 5 månader psykiatri.

Vad är rimligt? Vilket svar kan jag acceptera?

## Allmänmedicin

**ST-tjänst Primärvård:** Stadsvikens vc. Luleå 070901-081231 (15 mån)



Vårdcentralen i fråga är samma vårdcentral som jag tidigare vikarierat på. Följaktligen har jag sedan länge haft god kännedom om personalen och om vårdcentralens utveckling och omlokalisering (x flera) varit av positiv betydelse sedan jag påbörjade ST-tjänst på arbetsplatsen. Jag har bytt handledare under perioden ovan då den förra hade många andra uppdrag utanför vårdcentralen. Under utbildningen har öppenheten varit stor och erfaren vårdpersonal av alla kategorier har varit hjälpsamma och alltid funnits till hands vid frågor eller åtgärder. Jag har inte undantagits från någon syssla och jag har haft BVC i perioder. Många patienter från tidigare arbete på psykiatrien har sökt sig till mig på vårdcentralen och jag har haft möjlighet att dela med mig av mina kunskaper och erfarenheter från vuxenpsykiatrien till den övriga läkarkåren på vårdcentralen.

## Sidoutbildning.

**Öron-Näsa-Hals.** Sunderby Sjukhus: 090101-090331 (3 mån)

Instruerades bl a för utrustning som vi inte har tillgänglig på vc, hade egen mottagning och jourtjänst med direkt tillgång till stöd av specialister. Deltog i lokala fortbildningar för ÖNH-specialister. Fick god kännedom om rutiner, kontaktvägar, bedömning och handläggning av allehanda tillstånd som jag förväntar mig möta som allmänläkare. Mycket bra handledning. En vecka vid Hörcentralen.

**Ögonkliniken.** Sunderby Sjukhus: 090401-090431 (1 mån)

Bra handledning och följde i stort det PM för innehåll i utbildning kring "distriktsläkarrandningar" som fanns tillgängligt på ögonkliniken och som överensstämde med målbeskrivningens formuleringar.

**HudKliniken.** Sunderby Sjukhus: 090501-090618 (1.5 mån)

Såväl hudpatologi som kontroller, prick- och venerologisk mottagning. Mycket god handledning under bl a egen mottagning. Deltog i lokal fortbildning med befintliga specialister.

**Primärvård.** Stadsvikens vc. Luleå: 090619-090831 (3 mån)

...forts... se ovan...

**Barnkliniken.** Sunderby Sjukhus: 090901-091231 (4 mån)

Barnmottagning, avdelningstjänst och arbete på neonatalavdelning. Mycket god handledning och veckovisa fortbildningar avsedda för allmänmedicinska ST-läkare. Egen mottagning, jourtjänst och mängder av auskultationsmöjligheter. Mycket hjälpsam personal som stöd för att uppnå målbeskrivningens riktlinjer.

**Kvinnokliniken.** Sunderby Sjukhus: 100112-100431 (3 mån)

Utmärkt handledning, egen mottagning, jourtjänst och seminarie/konferensdeltagande. Ständiga diskussioner kring innehåll i utbildning i förhållande till målbeskrivning. Även samtal kring remisskommunikation och innehåll. Litteratur- och PM-studietid.

**Rheumatologen** Sunderby Sjukhus 100501-100630 (2 mån)

Mycket bra upplägg, egna patienter. Tillgängliga handledare. Seriöst.



### Litteratur:

Medicinen och det mänskliga, Carl-Magnus Stolt (Intressant vinkel och påminnelse om avgrunden mellan människor och vetenskap, omfattande och i många stycken FÖR akademisk)  
KBT i utveckling, Anna Kåver (Komplicerade tankesätt och metoder beskrivna och exemplifierade på begripligt språk. Mycket bra.)  
Läkemedelsboken: Den sista boken som fortfarande slår ut Internetsökning.  
Plus några till som jag inte kommer ihåg namnet på men som säkert inte gjort mig sämre rustad för den krassa verkligheten. Typ Gynekologi i öppenvård, Dermatologi, ändlösa kursmaterial och PM/Rutindokument

### ÖVRIG INPUT:

Läkartidningen  
Dagens Medicin  
Landstingstidningen Norrbotten  
Vetenskapens värld SR  
Janusinfo  
Internetmedicin  
Regionala och lokala nätbaserade handläggningsdokument och PM  
Bamse och hans vänner.

### Konsultationskonsten – hur har du tillägnat dig den?

46 års livserfarenhet, 15 år som garderobiär, bartender, skidlärare, journalist, ambulanssjukvårdare. Bra handledning under läkarutbildningen och jag har mött och arbetat med många läkare inom primärvården (under såväl utplaceringar som vikariat) som stått i kontrast till de många misslyckade konsultationssituationer jag upplevt, exempelvis, inom slutenvården.

Medsittning och samtal med ett flertal konsultationstrygga läkare inom primärvård, Ulf Måwe, Robert Svartholm, Meta Wiborgh, Kristian Pedersen, Johan Alsén, Sonia Bertogna, Gustav Melin, Ulf Måwe, Ola Schenström etc... Plus sex års arbete inom vuxenpsykiatri Luleå/Boden under handledare Peter Skeppar, psykiater. Samt utvärderingar och analyser av primärvårdsmöten/patientmöten av medsittande (fd) handledare, Kristian Pedersen.

Rent teoretiskt har jag också tillgodogjort mig stor kunskap beträffande konsultationskonsten via Lena Svedin, psykoterapeut som håller månadsvisa föreläsningar och diskussioner kring våra egna patientfall i ST-grupp. (Se ovan) Etik-seminarie under studierektorerna i Allmänmedicin gav också betydande input i ämnet.

Men framför allt; all den feedback från andra parter (medarbetare och patienter) som indirekt och direkt försäkrat mig om att jag tydligen besitter en god kommunikationsförmåga som ger patienterna förtroende och som hittills inte skapat några farliga avvikelser i möten med vårdtagare.



## C Självvärdering

### Allmänmedicinskt arbetssätt

Allmänmedicinskt arbetssätt, det låter fint va? Men vad är det egentligen en måndageftermiddag på en hårt belastad vårdcentral? Ja, inte är det den önskade definitionen på ett arbetssätt som alltid fungerar, inte heller är det den hårt arbetande vårdpersonalens vision om en tillvaro där säkra rutiner och strukturerat förutsägbara arbetsdagar med semlor till kaffet ger arbetet och livet mening.

Det allmänmedicinska arbetssättet är lika många nyanser och definitioner som det finns individer inom primärvården och potentiella landstingsråd i norrbotten. Att tro något annat är att förneka mänsklighetsfaktorn i den nog så komplicerade vårdekvationen.

Däremot är det nog så, att själva vetenskapen om att det finns en gemensam strävan att en gång faktiskt kanske *kunna* definiera ett allmänmedicinskt arbetssätt som innefattar samtliga situationer, bildar en slags trattlik väg där erfaren personal drar med sig yngre medarbetare in i en smalare definitionskanal, vilket utelämnar avarter och störande tillvägagångssätt och ger en klarare bild av vad som fungerar och vad som inte fungerar, dels i ögonblicket med varje vårdsökande individ och dels med tanke på långsiktig hållbarhet. Men strömmen i en tratts smalare delar har också högre hastighet, vilket kan göra säkerheten mindre säker och dessutom locka arbetsgivare/beställare att utnyttja personalen till produktionsmål som hindrar och försenar personalens arbete och utveckling. Det allmänmedicinska arbetssättets evolution, om ni så vill.

För att besvara frågan om vilken relation det allmänmedicinska arbetssättet har till mig och min utbildning säger jag följande: Texten ovan bör på något sätt få läsaren av detta dokument att anse att jag på något plan låter medvetenheten om närvaron av ett potentiellt men också föränderligt och delvis regionalt/lokalt olikfärgat "allmänmedicinskt arbetssätt" leda mig hyfsat allt "rättare" i en oändlig utveckling.

### **Konsultationen och patientläkarrelationen**

"Man ska ha en professionell distans..."

"Hmm, säger jag". Det är ett uttryck som jag hört lika många gånger som jag har mött läkare i korridorerna och jag kan inte se det annat än som ett rationaliserande uttryck för egen osäkerhet kring uppträdande och attityd i tänkta och otänkta situationer. En osäkerhet som inte bara utgår från individens självförtroende utan till stor del skapas av det oändliga antal böcker och försök till formuleringar av en situation som i mycket stor omfattning innefattar själsliga och andliga moment och därför inte så lätt låter sig definieras eller beskrivas med ord. Om det fanns ett världsmästerskap i konsultation så kommer vinnaren i långa loppet på verklighetens vårdcentral sannolikt inte vara PAL för fler än den som tog jumboplatsen. Inte ens i rent språkkunskapslig aspekt. De två läkarna skulle bara ha olika målgrupper.

För att på något sätt inblanda mig själv i detta resonemang, vilket sannolikt är avsikten med detta dokument, så är konsultationen och min mänskliga relation till vårdsökande den del av läkarrollen som jag faktiskt skulle kunna vinna ovan nämnda världsmästerskap i. **Nota Bene:** Inte för att jag tillskansat mig information ur skrifter och sedan tar för givet att EN hållning mot alla patienter ger den bästa utdelningen, utan för att jag ständigt, i varje vårdmöte, till en betydande energikostnad för övrigt, ifrågasätter mitt agerande och min upplevelse kring "vem jag egentligen har framför mig". Konsultationsmetodik är lika varierad som antalet patienter jag möter. Det är inte jag som väljer konsultationsteknik - det är varje patient som kommer in genom dörren som, oftast omedvetet, beslutar hur samtalet ska nyanseras.

Dessutom erkänner jag gärna att vi inte alltid lyckas skapa en optimal kommunikation som ger en gemensam värdegrund kring den aktuella frågan för dagen. Men jag ser till att dra lärdom av varje möte efter analys. Min utbildning och arbetserfarenhet har hittills också påmint mig om att det ofta inte heller går att avgöra huruvida konsultationsmetodiken i det unika fallet egentligen var optimal. (Även om den var det rent teoretiskt). Med andra ord är jag spontant skeptisk till "recept" och "formler" i samband med kulturellt relaterad aktivitet, exempelvis direktkommunikation.



### Medicinska kunskaper

Okej, här sätter ni mig på pottan. Här sätter jag mig själv på pottan. Här sätter vi oss alla på pottan.

"Välkomna till VEM VET MEST, programmet där läkare ställs inför en rad symptom och sedan, på kortast möjliga tid, ska kunna kasta fram adekvat diagnos, behandlingsplan och prognos, utan att fråga patienten: Hur mår du egentligen?"

Att tänka på begreppet "medicinska kunskaper" är svindlande, som universum, utan slut och dessutom med krökningar i tid- och rumsaspekten. Att lämna snöskottning, barn, äktenskap, energigivande intressen och söndagarnas telefonsamtal till gammelmormor på jorden för att ge sig ut på jakt efter stjärnornas samlade hemligheter är en omöjlighet för de flesta. Ändå stressas, ffa primärvårdens läkare (och även annan personal) att göra just detta. Balansen mellan de konkreta kunskaperna och den delvis "omedvetna" förmågan att sovra bland möjliga syndrom och orsaker kommer alltid att finnas som ett irriterande ravin framför dem som förtvivlat försöker hitta en "acceptabel" nivå av medicinska kunskaper som alla, likt datorer, kan rabbla i sömnen. Nog sagt om detta mellan raderna. Jag är trygg i patientsäkerheten i förhållande till mina aktuella medicinska kunskaper och den takt med vilken jag har valt att tillgodogöra mig ny sådan. Men jag kräver att ha tillgång till kollegor som kan stödja, kritisera eller förkasta mina hypoteser.

Om man ska kräva samma sak av primärvården som av slutenvården ifråga om att begränsa sig till rutiner och fastslagna handlingsplaner - där det i slutenvården alltid finns en kollegial diskussion i varje patientfall - så måste man också ta hänsyn till målbeskrivningen när man utbildar allmänläkare, som alltför ofta blir sittande utan stöd från kollegor, trots att de sitter vägg i vägg.

*"PROBLEMET BLIR ATT OM MAN SOM BESLUTSFATTARE INOM OMRÅDET SJUKVÅRDSPOLITIK BEGRÄNSAR SIG TILL ATT LÅTA SIG PÅVERKAS AV DEN EVIDENSBASERADE MEDICINEN OCH UTESLUTER DEN ERFARENHETSBASERADE, PRAKTISKA KUNSKAPEN, SÅ KOMMER MAN ATT BIDRA TILL ATT DRIVA SJUKVÅRDEN I EN TAYLORISTISK RIKTNING. MED DETTA MENAR JAG FÖRSÖKEN ATT FORMALISERA, SPECIFICERA OCH BRYTA NED DE OLIKA VÅRDPROCESSERNA FÖR ATT GÖRA LÄKARENS ARBETE MER LIKT EN INDUSTRIARBETARES I DEN MENINGEN ATT MAN VILL KUNNA DETALJSTYRA VAD MÖTET MELLAN LÄKARE OCH PATIENT SKALL INNEHÅLLA."*

Christer C. Andersson



### **Hur inhämtar du kunskaper och fakta**

Härmed infriar jag er förhoppning om att jag kan läsa, skriva, knacka på dörrar och tangentbord, be om ursäkt för att jag kommer sent samt ringa i telefon tills jag anser ett problem preliminärt vara utrett.

En konkret relation till utbildningen är att jag tydligt sett och reagerat på hur användandet av EBM, populära PM-sidor och skrivna rutiner i allt större utsträckning har börjat överskugga förnuftsmässigt individualiserande och därför kreativa handläggningar. Säkert jättebra för patientsäkerheten, för likvärdig behandling och som forskningsunderlag - men skittråkigt.

### **Dokumentationsförmåga**

Ah, det var knepigt, med tanke på hur mycket skäll jag får för att jag tar arbete från sekreterarekåren genom att oftast välja att skriva journaler, patientbrev, remisser och intyg för egen maskin. Att diktera är inte min grej. Dels kan jag inte se ett sammanhang växa fram om jag inte skriver, dels kan jag inte vara säker på att andra kan ta del av min information i nog kort tidsrymd om jag dikterar. Men även här handlar det om - precis som det mesta inom mitt "allmänmedicinska arbetsätt" - att ifrågasätta vad jag sätter på pränt, och varför. Jag ber helt enkelt om att få vara en "excentrisk doktor" i denna blygsamma bemärkelse. Jag avstår gärna, utan bitterhet, från de hyllningar som förlänas The MedSpeech SpeedMasters.

### **Medicinsk-teknisk utrustning som du behärskar på din vårdcentral**

I min vilja att avlasta annan personal, när så är möjligt, och att samtidigt uppfylla mitt eget intresse och behov av att veta hur akututrustning, ögonmikroskop och manometrar bäst behandlas - tror jag mig alltid ha en bristande kunskap kring dessa. Det viktiga måste ständigt övas och det mindre viktiga löser vi tillsammans.

### **Ledarskaps- och organisationserfarenheter, för att kunna ta hand om min mottagning:**

Ja, jag har gått de obligatoriska kurserna. Nej, jag har inte fått annat än positiv feedback i det avseendet från övrig personal sedan den dagen jag för första gången, med viss försiktighet, satte min obalanserade fot på vårdkarriärens första våta bäcksten. (En karriär som följaktligen inte leder uppåt utan snarare ut på ett stormigt och oändligt hav där navigeringen sköts av olika instanser - samtidigt).

Med respekt och hänsyn mot medarbetare, med förståelse för andra vårdgivares uppgifter och arbetssituation, med lyssnande och med patientsäkerheten i fokus i ett övergripande perspektiv av långsiktigt samarbete så måste det alltid lösa sig till de flesta inblandades fördel - eller till en minoritets fördel, om minoritetens hälsa hänger på mitt eller vårt gemensamma beslut. Med den mängd olika yrken i vitt skilda personalgrupper som jag haft sedan gymnasiet, anser jag mig ha inkorporerat en självrannsakan och perceptionsförmåga i min personlighet som är lämpligt avvägd i hittills kända situationer inom vårdarbetet. En nyckelfras här, för de som behöver det, är: Prestigelöshet utan att göra avkall på sin övertygelse i en allvarlig situation. Det kan undvika många onödiga konflikter och missförstånd.

I rubriken "ledarskaps- och organisationserfarenheter..." inbillar jag mig, paranoiskt nog, att det antyds: "hur är din lojalitet mot vårdbeställare och ekonomiska intressen"? Jodå, jag har fattat, om än motvilligt.

### Samarbetspartners

Alla som kan avlasta mig och mina medarbetare och utföra jobbet bättre än vi är välkomna. Det verkar som om utvecklingen generellt inom allmänmedicinen faktiskt ger en mer öppen approach till andra instanser, må det vara redan avtalsmässigt associerade samarbetspartners eller nya och obundna, typ populärfriskvård, religionsanknuten service och/eller patientorganisationer.

### Specialintressen

Jag är speciellt intresserad av att ingen inom teamet, inte minst jag själv, ska uppleva negativ stress på arbetsplatsen. Det gagnar ingen på längre sikt. Möjligen kan vissa nivåer av "det demokratiska argumentets nyanslösa företrädare" dra falsk framgång av stressad personal under en, låt oss säga, fyraårsperiod...

### **Vilka är dina bästa sidor?**

Tveklöst är det samtalet och övriga inslag av omätbara mmHg i mötet med patienten. Självvrannsakan och ständig ångest kring patientsäkerheten i förhållande till, de ofta outtalade men ständigt överskuggande produktionskraven. (Sista meningen avsedd att visa på en sida som är arbetsam men som skyddar patienten).

Jag är också bra på att bidra till den familjära stämning, trygghet och samarbetsvällighet som genomsyrar Stadsvikens vårdcentral. Denna naturligt fungerande attityd, i arbetslivet över huvud taget, tar jag med mig på sidoplaceringar och kan tydligt se att den har och har haft positiva effekter på samarbete, arbetsglädje och respekt.



### **Vad skulle du vilja utveckla ytterligare?**

Jag skulle vilja utveckla avvecklingen av många invecklade delar av hela sjukvårdsapparaten. Som småbarnsfar med maka i resande karriär har jag inte nog med energi att försöka se en struktur i det omfattande och mångfacetterade informationsflödet och i prioriterandet av de olika arbetsuppgifterna, vilket gör att min motivation att bli/vara allmänläkare ständigt svälter, med risk för svår undernäring. (Ett tillstånd som man inte alltid hämtar sig ifrån - oavsett framtida kosthållning).

Fast ni menar nog vad jag skulle vilja utveckla hos mig själv i rollen som läkare?

Jo, i känslan av det ständigt ökande antalet inblandande faktorer och förändringar att ta hänsyn till, så önskar jag att jag kunde utveckla mina insikter om hur jag ska kunna påverka och styra min framtida yrkessituation (som specialist) för att - helt enkelt - kunna stå ut med den fram till pensionen, och kanske en bit efter det.

Den utveckling som senaste åren har tagit fart - åtminstone i norrbotten - där methis, och frostheme har fått lämna plats för epistheme är möjligen en god utveckling i en objektiv, statistisk analys av folkhälsan - men det kommer snart inte att finnas någon som utför den. Man kan lika gärna ersätta vårdcentralen med en telefonanknuten dator, istället för att göra distriktsläkare till stela instrument. Jag har annat att göra än att leka maskin.

Sedan har jag förstås en del att utveckla/inhämta gällande ren och skär kunskap, i förhållande till målbeskrivningen, i skrivande stund. Områden för vilka jag i ovan sammanfattning kring "ej uppfylld kompetensutveckling" har listat.

## **D ST-läkarens beskrivning av handledningen**





## Huvudhandledningen i allmänmedicin

### Hur regelbunden och omfattande har handledningen varit?

Den fasta handledningen har varierat beroende av utplacering men skett veckovis under arbete på hemmacentralen. Delvis har avsteget från den rekommenderade regelbundenheten under utplaceringar på andra kliniker berott på faktisk tidsbrist, familjesituationer och geografiska avstånd. Handledningen har då kompenseras genom den "nya" klinikens aktuella handledare samt indirekt kommunikation med fast

handledare via mejl. Den, i jämförelse med andra ST-läkare, ganska ostrukturerade handledarkommunikationen beror helt på undertecknad och inte på min handledare - som nog gärna hade sett mig oftare.

### Hur ofta har du träffat din huvudhandledare under sidoutbildningen?

Ett par gånger per utplacering i formell bemärkelse. Oftare vid informella situationer. En gång i veckan under huvudplacering - samt varje dag vid kafferaster.

### Hur har ni valt innehållet i handledningens innehåll?

Vi har sett till att ständigt ha en diskussion om vad som bör vara strukturerat och vad som, för närmaste period, kan lämnas oprioriterat med hänsyn till yttre faktorer. Att orka med alla dagens uppgifter och åtaganden i längden genom delmål och så småningom kunna sammanställa ett möjligt slutmål har varit centralt.

### Hur har utvecklingen till allmänläkare stimulerats?

Med den belastning som jag kan se att min handledare är utsatt för av det vardagliga arbetet på vårdcentralen, bortsett från handledning, kan jag inte säga att jag stimulerats överhuvudtaget. Däremot har handledarens personlighet, envishet, empati, kunskap och noggrannhet inspirerat till hjältedåd och varit avgörande för beslut om fortsatt utbildning.

### Vilken roll har din huvudhandledare haft i din konsultationsträning?

Vi har lärt varandra genom att diskutera patientfall och prestigelöst delat med oss av våra erfarenheter kring konsultationssituationer och efterkloka analyser av avslutade ärenden. Till detta kommer förstås en informell kännedom om privata förhållanden kring bägges våra liv - som indirekt eller direkt påverkar vår arbetssituation och vår varierande förmåga att dagligen angripa de oförutsägbara problemlösningar som presenteras utan hänsyn till struktur och lämplig spridning. Men så är det ju bara, helt enkelt.

### I vad mån och på vad sätt har du stimulerats till att göra ett projektarbete?

Trots återkommande försök till motivation från handledaren har jag inget som helst intresse för projektarbete för tillfället. Jag har presenterats för möjliga ämnen och områden av min handledare men min familjesituation, min förvirring i försöken att tolka målbeskrivningen (dess reella tyngd) och min allt tveksammare motivation till att bli färdig allmänläkare gör sammantaget att det inte finns utrymme för ytterligare sidoprojekt under överskådlig framtid.

### I vilken grad och hur har du haft möjlighet att påverka din arbetssituation och utbildning?

Jag haft stor möjlighet att påverka arbetssituationen och utbildningen men också valt att låta handledaren föreslå en struktur med stöd av sin egen utbildning och erfarenhet av ansvaret och uppgifterna som allmänläkare. Verksamhetschefen har visat stor förståelse för min familjesituation, för min egen upplevelse av arbetstakt, min egen (och handledarens) syn på behovet av inhämtande av kunskap och på vilket sätt och i vilket tempo jag bäst kan tillgodogöra mig detta. Å andra sidan, målbeskrivningen och studierektornas ständiga mantra kring denna gör det ju inte helt lätt att påverka varken arbetssituation eller utbildning - bara själva takten.



Det som är inspirerande är ju att hjälpa människor. Det har gått bra hittills och jag vill egentligen inte bli störd av de krav som målbeskrivning och övriga ST-relaterade formalia hela tiden prackar på mig. I mitt fall, och jag erkänner att jag nog inte tillhör majoriteten (än), så har de formella delarna av ST-utbildningen varit mer till skada för mig som harmonisk person, för patienternas hälsa och faktiska kontinuitet, för produktiviteten och för den reella vården - än tvärtom. Till och med landstingsråden hade haft större glädje och nytta av mig som ständig underläkare i primärvården. Om det finns ett gott och öppet samarbete mellan distriktsläkare/underläkare/ST-läkare så upprätthålls produktionen utan att "äventyra patientsäkerheten", vilket är ett jävla korkat uttryck; för om du väljer att gå till valfri vårdgivare så är din säkerhet äventyrad - oavsett.

On the other hand, jag är ju som jag är. Precis som du är och alla andra...

För att inga missförstånd ska skapas pga min något obstinata syn på utbildningen, yrkesorganisationen och landstinget, vill jag tydligt framhålla att min handledare är superbra och har inget med ovanstående cynism att göra - tvärtom. Det är tur att hon finns, annars hade jag skrivit detta dokument i blod. Nu har det bara kostat svett och någon enstaka tår... Till vilken nytta, frågar man sig dock?

Nu räcker det, va?

Må gott! P

För att inga missförstånd ska skapas pga min något obstinata syn på utbildningen, yrkesorganisationen och landstinget, vill jag tydligt framhålla att min handledare är superbra och har inget med ovanstående cynism att göra - tvärtom. Det är tur att hon finns, annars hade jag skrivit detta dokument i blod. Nu har det bara kostat svett och någon enstaka tår... Till vilken nytta, frågar man sig dock? Återstår att se...



