

Dalsland upp mot norska gränsen utom att vara svensk?

## Statistikkontor räcker

Stat, landstingsförbund, landsting och huvudstad har dåligt lyckats administrera sjukvården under tider av ekonomiska nedskärningar. Det krävs förändringar inte främst på sjukvårdens verkstads-golv men i överbyggnaden.

Det första jag önskar bort är Landstingsförbundet. Det kan ersättas av ett kontor som samordnar och jämför statistik från olika sjukvårdsenheter. Det räcker med två instanser som har övergripande ansvar, Socialstyrelsen, med mera muskler än nu, och den lokala/regionala instansen. I Norge planerar Arbeiderpartiet att ta bort fylkeskommuner som sjukvårdsansvariga och ge staten det övergripande ansvaret med fyra sjukvårdsregioner centrerade till landets fyra universitet. Det är något att fundera på.

## Fartygschefen skall vara sjökapten

Politiker må finna sin rätta plats som är utanför detaljstyrning av det professionella sjukvårdsarbetet. Sjukvårdsenheter, som har som huvuduppgift att syssla med diagnostik och behandling, är som fartyg. Fartygchef skall vara sjökapten med högsta kompetens i navigation, även om det finns andra ombord som gått många ledarskapskurser.

Liksom skepp skall sjukvårdsenheter ledas av någon med högsta professionella kompetens, inte av dem med flest ledarskapskurser. Visst finns det de som misslyckas som ledare, men då kan man byta ut dem. Jag påstår däremot inte att högsta chef för ett sjukhus måste vara läkare, men om icke måste personen ifråga ha långvarig erfarenhet av sjukvårdsorganisation.

Jag inser att många sjukvårdsadministratörer och politiker förbannar mina åsikter, men det beror på det rådande Ideologiska Systemet. Enligt detta behöver man ingen eller ringa erfarenhet av det som man skall vara chef över.

## Läkarförbundet har gjort för lite motstånd

Fler än jag anser att Läkarförbundet har bjudit dåligt motstånd mot läkarnas minskande inflytande på sjukvården. Läkarförbundet har varit alldeles för fint i kanten och för lågmält. Kom ihåg att sjukvårdsadministratörer kan man fritt byta ut utan skada, men utan goda klinikchefer, som jag fortfarande vill kalla dem, fungerar inte sjukvården. De har en makt som varit oanvänd.

Jag vill instämma i Bastiansens slutkommentar: Det nuvarande Ideologiska Systemet är säkrat fortsatt tillväxt till dess att det spricker i det pinsamma mötet med verklighetens värld. •

## Kjell Hellström till minne:

# Humanistisk läkare och komplett forskare

■ Före klinikchefen, docent Kjell Hellström, Danderyd, har avlidit. Han blev 70 år och efterlämnar sonen Magnus, med maka Lena, och sondottern Anna.

## Fysiologisk kemi

Kjell Hellström bedrev medicinstudier vid Karolinska institutet och kom där efter till Serafimerlasarettet. Efter att ha etablerat sig som en kunnig och omdömesgill läkare påbörjade Kjell Hellström doktorandstudier vid den medicinsk-kemiska institutionen vid Karolinska institutet, med dåvarande laborator Jan Sjövall som handledare. Där utvecklade Kjell Hellström tekniker för att studera kolesterol- och gallsyraomsättningen i såväl försöksdjur som på människa, ett forskningsområde då i frontlinjen av den fysiologiska kemin.

Efter sin disputation forskade Kjell Hellström hos professor Marvin Siperstein i Dallas och återvände sedan till Serafimerlasarettet som biträdande överläkare och klinisk lärare. Han byggde där upp ett avancerat experimentellt laboratorium i sjukhuslokalerna.

## Klinikchef på S:t Eriks sjukhus

År 1975 blev Kjell Hellström överläkare och klinikchef vid medicinska kliniken, S:t Eriks sjukhus, där han med stor kraft fortsatte sin vetenskapliga verksamhet genom att skapa en liknande infrastruktur för integrerad forskning vid kliniken. Kjell Hellström var en central och varmt uppskattad person i samarbetet mellan klinikerna samt vid det gemensamma forskningslaboratoriet; han var även under många år ordförande i etikkommittén.

## Sedan till Södersjukhuset

Efter omdaning av S:t Eriks sjukhus 1985 tillträdde Kjell Hellström tjänsten som överläkare och klinikchef vid medicinska kliniken III vid Södersjukhuset, där han fortsatte sin vetenskapliga gärning. Han var dessutom under några år prefekt för institutionen vid Södersjukhuset. 1995 gick Kjell Hellström i pension.

## Medicinsk redaktör vid Läkartidningen

Kjell Hellström var 1985–1997 medicinsk redaktör vid Läkartidningen, ett uppdrag som belyste hans förmåga och lust att lära ut till andra vad som rörde sig i medicinens värld. På Läkartidningen drog han ett tungt lass som huvudansvarig för bedömningen av Läkartidningens material inom främst invärtesmedicin



Kjell Hellström

och närbesläktade områden samt kliniska laboratoriediscipliner.

Med sin breda kliniska överblick och vetenskapligt kritiska attityd var han en stor tillgång i den medicinska redaktionen. Han bevakade särskilt den praktiska medicinens intressen och påverkade genom sin språkmedvetenhet skribenterna att bearbeta sina artiklar till den för Läkartidningens läsare mest nyttofulla formen.

## En klassisk klinisk forskare

Kjell Hellström framstår på många sätt som den klassiske forskaren inom klinisk medicin. Han var i grunden en stor humanist med mycket gedigen klinisk kompetens. Hans omdömesgillhet och personliga engagemang i sina patienter gjorde honom ytterst omtyckt och respekterad av såväl patienter som medarbetare och studenter.

Genom sin tidiga fördjupning i avancerad laboratorieteknik och sin internationella erfarenhet var han en föregångare med ambitionen att hela tiden tävla med de bästa forskarna i världen. Som ett bevis på sin pionjärgärning tilldelades Kjell Hellström också det prestigefyllda Adolf Windaus-priset första gången det utdelades 1980.

## Entusiasmerade de yngre

En sann kritisk blick och en inre kompass för god forskning karakteriserade Kjell Hellström. Han kunde, inte minst baserat på sin humor och sin känsla för fair play, entusiasmera ett stort antal yngre medarbetare, och han har genom

åren handlett 12 doktorander till disputation. De flesta har senare fått ledande positioner inom den internmedicinska sfären. Kjell Hellström, som själv innehade viktiga positioner vid flera ledande sjukhus i Stockholm, kom på så sätt att utöva ett inflytande på den kommande generationen ledare inom olika delar av sjukvården.

Kjell Hellströms minne bevaras mycket starkt hos alla oss som fått förmånen att arbeta med honom som lärare, forskarhandledare och vän.

På så sätt påverkar hans person och gärning även kommande generationer av kliniska forskare, som förhoppningsvis även de kan få dela den renässansupplevelse som gör klinisk medi-

cinsk forskning till en så fascinerande och givande livsuppgift.

*För många kolleger och medarbetare:*

**Bo Angelin**  
**Eva Andersén-Karlsson**  
**Björn Beermann**  
**Curt Einarsson**  
**Erik Vinnars**

## 20-poängskurs i ortopedisk medicin vilar på vetenskaplig grund

■ Bengt Sjölund beklagar i Läkartidningen 17/01 (sidorna 2010-1) att Umeå universitet startat en 20-poängs kurs i ortopedisk medicin. Sjölunds kritik synes mer vara ett uttryck för negativ inställning till begreppet ortopedisk medicin än kunskap om kursens innehåll, varför en kommentar är på sin plats.

### Med sikte på primärvården

Problemen med kronisk smärta i rörelseorganen är så vanliga att de måste hanteras i primärvården för att motverka den nuvarande ökningen.

Som följd av detta har nämnda kurs utformats i samarbete mellan fyra professorer vid Umeå universitet, och den vänder sig huvudsakligen till läkare och sjukgymnaster i primärvård. Syftet är att man inom primärvården på ett bättre sätt skall kunna ta hand om problem i rörelseapparaten, och på så sätt i tidigt skede kunna genomföra adekvata undersökningar och behandlingar.

För detta krävs att man bl a har god

känedom om de många olika symtom som förekommer vid dessa problem. Grundläggande för denna förståelse är en god, vetenskapligt förankrad kunskap om nervsystemets funktion och dess samordnande roll i muskelsamspillet. Även smärtfysiologiska mekanismer, nervsystemets plasticitet och dess kliniska betydelse ingår.

Detta neurofysiologiska betraktelsesätt utgör basen i kursen, vartill kommer diagnostiska undersökningsmetoder såväl kliniskt som med laboratorietekniker, exempelvis röntgen. Att kritiskt beakta olika undersökningars och behandlingars möjligheter och begränsningar betonas. Till detta kommer anatomiska undersökningar och krav på kritiska litteraturstudier.

### Bredare kunskapsbas

För att allmänläkaren skall kunna hantera sina arbetsuppgifter inom området måste han/hon ha en bredare kunskap än vad den traditionella ortopedkirurgiska

synen förmedlar. Umeå universitet har mot denna bakgrund gjort en helt korrekt bedömning, att en kurs i ortopedisk medicin riktad till primärvården, på sätt som den utformats vid universitetet, är mycket värdefull för att minska antalet kroniska smärtfall. Detta bör avlasta rehabiliteringskliniker och rimligen hälsas med tillfredsställelse från dessa.

### Högsta vetenskapliga kunskap

Kursen anordnas av institutionerna för idrottsmedicin, klinisk oral fysiologi, anatomi och Belastningsskadecentrum (Arbetslivsinstitutet). Med den erkänt höga vetenskapliga nivå som dessa institutioner företräder borgar det för att högsta kända vetenskapliga kunskap kommer att tillämpas vid undervisningen.

**Bengt H Johansson**

*Stocksund; f d ordförande i  
 Svensk förening för ortopedisk medicin  
 drbengt@algonet.se*

### Replik:

## Den kliniskt vetenskapliga förankringen är otillfredsställande

■ Den förra ordföranden i Svensk förening för ortopedisk medicin, dr Bengt H Johansson, enligt uppgift »forskare vid Belastningsskadecentrum«, menar att den 20-poängskurs i ortopedisk medicin som för närvarande ges som enstaka kurs av medicinsk-odontologiska fakulteten i Umeå skulle ha en god vetenskaplig bas, och att min kritik skulle häröra från en »negativ inställning till begreppet ortopedisk medicin«.

### Ortopedisk medicin liknar kameleonten

Min uppfattning är att ortopedisk medicin är som kameleonten – den ändrar färg efter omständigheterna. Tidigare var manipulation av anatomiska förhållanden i kotpelarens ledapparat det avgörande i denna lära; nu spekulerar man i att behandlingen skulle minska »central sensitisering« i nervsystemet.

Enligt annonsen i Läkartidningen fo-

kuserar den aktuella kursen på »Rehabilitering vid besvär från rörelseorganen«, och Johansson anger att primärvårdens läkare och sjukgymnaster med kursen som grund skulle kunna minska antalet kroniska smärtfall.

Kursen anordnas av anatomer och fysiologer; de praktiska momenten lärs ut av sjukgymnaster med »högre examen i ortopedisk medicin« och listan över rekommenderad litteratur speglar inte på något sätt evidensläget när det gäller rehabilitering vid besvär från rörelseapparaten.

### Inget stöd för långvarig effekt

Även om manipulationsbehandling kortvarigt kan minska ryggbesvär, finns inga hållpunkter för en förebyggande eller långvarig effekt vid kronisk smärta. Däremot finns det omfattande bevis för att man med ett modernt smärtkliniskt ar-

betssätt (bl a innefattande analys och saklig information) och med interdisciplinära kognitivt orienterade rehabiliteringsprogram får goda och stabila långtidseffekter vid funktionsnedsättning på grund av smärta i rörelseapparaten, och också att riskpatienter tidigt kan identifieras med psykologisk teknik.

### Kritiken vidhålls

Så, Bengt Johansson, även om kursplanen innehåller en anatomisk och neurofysiologisk bakgrund är den kliniskt vetenskapliga förankringen otillfredsställande i denna universitetsskurs, och jag vidhåller min kritik.

**Bengt H Sjölund**

*professor i rehabiliteringsmedicin,  
 överläkare, Umeå universitet/  
 Norrlands Universitetssjukhus  
 bengt.sjolund@rehabmed.umu.se*