



## *Allmänmedicin Norrbotten - kvartalstidsskrift*

**2016 – Maj**



För att öppna hela numret i en fil, klicka på “Skriv ut” ovan! Bidrag till kommande nummer emottages tacksamt! /red

Inledning: Maj nr med intervjuer med Lina, Meta och Risten. Jäv, diabetes, hjärtats oro, SPUR, SFAM-möte i Luleå, palliativ lärobok, böcker och utbildande länkar.

### **Innehåll:**

- **Glesbygdsrandning- alla borde göra det. Sfam möte Luleå maj program, 13-14 maj.**
- **Meta Wiborg: Läkare i världen e-intervju**
- **Akut Sjukvård i extrem glesbygd- RISTEN UTSI dl Jokkmokk**
- **Ultraljud verkar på väg att slå igenom i praktiken i Danmark.**
- **Kolesterol i MONICA**
- **Clarence Crafoord Hjärtats oro.**
- **Bättre behandling- vilka vetenskapliga bevis behövs i vården?**
- **Beställningen**
- **Standardiserade vårdförlopp**
- **Användbar lärobok vid livets slut**
- **Tidskriften Palliativ vård**
- **JÄV ska redovisas öppet i Europa**
- **Diabetes målnivåer hos äldre**
- **DIABETES-kampanjen på Medscape**
- **Labkursen - som öppen app!**
- **Checklista SPUR pdf**
- **Mini-CEX!?**
- **Om demensdiagnostik**
- **Reumatologernas skönlitterära kanon**
- **Nytt i Läroboken**
- **Länkar**
- **Böcker**

## Glesbygdsrandning- alla borde göra det.

Lina Forssell ST-läkare e-intervju

Byta vårdcentral en tid – lärorikt och kul att vidga sina vyer.

Varför 'glesbygd'?

Jag jobbar på vårdcentral i Stockholm till vardags. En landstingsdriven, stabil och välfungerande vårdcentral i ett ganska välmående område. Vi har 10 min med bil till närmsta sjukhus, och en mängd privata specialistläkare att välja mellan på nära håll. Jag kände att det vore intressant att se ett annat sätt att arbeta, i en annan del av landet, i en annan miljö. Jag har även förstått att det kan vara stor skillnad mellan landstingen och hur arbetet är upplagt, och detta ville jag uppleva.

Varför Norrbotten?

Hade träffat Peter på en konsultationskurs med deltagare från hela landet, vid den tiden var han studierektor i Norrbotten. Vi talade om saken, men bestämde inget. Jag kände själv att jag ville bli lite mer erfaren innan jag lämnade 'hemnavårdcentralen'. Så efter en tid kontaktade jag Peter som glatt sa 'Välkommen!' Så det var en slump att det blev just Jokkmokk och Norrbotten.

Vad sa studierektorn?

En placering på vårdcentral i glesbygd är att räkna som sidotjänstgöring, och det ska din chef acceptera och du ska ta med dig din lön som vid vilken annan 'randning' som helst.

Vad sa chefen?

Så spännande! Kommer du klara kylan? Åk du!

Farhågor?

Kylan utomhus, tysta människor, ensamt jobb med hög sannolikhet att behöva handlägga svårt sjuka patienter på egen hand eller med specialistkollega per telefon.

Förväntningar?

Jag hoppades på en spännande och lärorik tid, med lite annorlunda patienter, kanske mer sjuka och mindre 'gnälliga' än i Stockholm. Några annorlunda fall, t.ex. förfrysningar eller spark av ren... (Ja, lite

fördomsfull var jag allt!) Jag såg också fram emot att prova att arbeta enligt ett annat sätt än det i Stockholms primärvård.

Vad upplevde jag utanför vårdcentralen?

Jag fick boende ordnat via vårdcentralen, ett rum med pentry i korridoren. Det fungerade smidigt. När jag var tvungen att flytta för att rummet var bokad under marknadsdagarna fick jag flytta hem till en kollega som vänligt erbjöd plats. Det var nära till allt i byn, till mataffären, biblioteket, simhallen och gymmet. Jag besökte riksmuseet Ajtte, både för utställningen och för god lunch och fika. Jag fick uppleva vad paltkoma innebär! Jag fick åka med på renskiljning och uppleva det mäktiga skådespel som det innebär, och lära mig mer om den samiska kulturen. Och marknaden såklart, den stora händelsen i byn. Massor av folk, fantastiskt hantverk, god mat, föreställningar och konserter att uppleva.

Utfall?

Toppen! Alla jag har mött är vänliga, pratglada och hjälpsamma. Nyfikna på var jag annars jobbar och vad jag gör här. Stor förståelse för att jag är ny i kylan, i journalsystemet och på byn. En glad stämning över lag. Arbetet är annorlunda uppdelat mellan sköterskor och läkare pga annan ersättningsmodell från landstinget; mer självständiga distriktsköterskor än hemma. Fler kompetenser samlade på Hälsocentralen, t.ex BVC, röntgen, solbehandling och arbetsterapeuten i samma lokaler. Ambulanserna kommer till Hälsocentralen i första hand, i Stockholm åker de från: logiskt med en första bedömning av sjuka och skadade pat här innan vidare transport. Alla borde prova att byta perspektiv någon gång under utbildningen, man blir ganska hemmablind!

(REDs kommentar: Förutom att det är trevligt med besök av pigga damer är det också bra med synpunkter och ideer utifrån för oss i glesbygd. Linas sejour resulterade bl a i att vi äntligen beställde för näsblödningar: Rapid-Rhino. Nu är det också på gång med basal utrustning på varje läkarexp i små vita skåp med glashyllor. Det kom igång efter Linas påpekande och erfarenhet från sin HC i Sthlm!

Vi hoppas att nästippen hämtat sig från den värsta kylan på länge och välkommen åter!/Peter)

## Sfam möte Luleå maj program, 13-14 maj.

med Ingvard Wilhelmsson, Saskia Bengtsson, Christer Petersson, Jonas Sjögren, Minna Johansson, Annika Forssen, Robert Svartholm, Urban Mikko m fl mfl.

[Program pdf fil.](#)

## Meta Wiborg: Läkare i världen e-intervju

Vi lyckades få mail-kontakt med en mycket aktiv pensionär

*Beskriv Din väg till Allmänmedicinen.*

När jag läste medicin tillbringade jag en sommarmånad i Vilhelmina tillsammans med distriktsläkaren Boris Nachmansson. Han visade mig vad allmänmedicin var, fast varken han eller jag använde det ordet.

Han hade ett sådant förhållningssätt till sina patienter som jag sedan dess har försökt uppnå. Min studietid var också präglad av politisk aktivism och protester, och i det fanns i alla fall för mig ett ställningstagande för "de svaga" i samhället. Sedan jag kom till Norrbotten för att börja min AT har jag haft många goda kollegor. Vi i Norrbotten startade en av de första SFAM-lokalföreningarna i landet. Vi har varit många och det har ju varit härligt

*-Förebilder?*

Förutom BN se ovan tycker jag att en av de fina sakerna i mitt arbete har varit att få arbeta med så många goda kollegor, både rent kliniskt och också mer allmänmedicin-politiskt. Jag vill i alla fall nämna min bäst vän Maria Truedsson. Under min tid som ordförande i SFAM hade jag så gott stöd från många erfarna kollegor. Morgonsamtal med Ulf Måwe och skrivarverkstad med Karin Lindhagen, var viktigt för mig. Men många många många kollegor har varit mitt stöd i vått och torrt!

*-Vilka slutsatser drar Du som anhörig? Hjärnkraft.*

1991 drabbades min Britta av en svår hjärnskada. Hon blev påkörd då hon cyklade på ett övergångsställe. Att vara närstående och anhörig är en ständig kamp. Och genom mitt engagemang i Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft har jag ju med alltför stor tydlighet sett att så är det för oss alla som hamnat i den situationen. LSS, en rättighetslag, som initialt presenterades som en möjlighet för att även personer med funktionshinder skulle få leva ett självständigt liv, den lagen har troligen missutnyttjats, så att man nu från regeringen ålagt

FK att spara. Det är inte längre de personliga behoven som ska avgöra. Många assistansberättigade har redan blivit av med sin assistans.

*-Du gjorde en utvikning till företagshälsovården? Hur ser Du på det nu?*

Det var nyttigt. Jag hade en tanke att det som jag på Vårdcentralen såg som ständigt återkommenade behov av sjukskrivningar, som jag tolkade som beroende av arbetsmiljö, skulle kunna mötas på ett annat sätt. Mina två år på Kommunhälsan i Luleå, var på den tiden då det fortfarande fanns utrymme för att ordna alternativa jobb för personer med tillkommet arbetshinder. Det har ju förändrats mkt sedan dess (Första åren på 90-talet). Men, det blev trist att inte ha ngr läkarkollegor, jag längtade tillbaka till vårdcentralsjobbet.

*-Du var länge framgångsrik läkarchef för vårdcentralen, erfarenheter?*

10 år som chef på Bergnäset, lärorikt. Jag hade ju tur som blev chef under den tid då vår PV-chef Bosse, svarade mig på frågan, var gränserna gick för vad jag fick göra, när jag skulle börja, att jag fick göra vad jag ville, bara jag höll budgeten. Och det gjorde vi. Det var mkt jobb, men det var kul. Kul att se att man kunde hoppa över en hel del dumheter som hade hittats på för att kontrollera eller detaljstyra oss.

*-Som en bland flera norrbottningar var Du ordförande för SFAM vår vetenskapliga förening. Hur ser Du på SFAM idag?*

OJ. Ja, det är svårt att svara på. Jag vill att SFAM ska utvecklas till en kraftfull organisation som kan vara med och styra svensk sjukvård. Men föreningen går kräftgång. Stagnerat medlemsantal och som jag ser det som medlemsrevisor finns det en bristande demokrati i föreningen. Jag har funderat mkt på hur vi gjorde på "min tid". Vi hade ganska mkt möten, med råd och möten med lokalföreningarna. Nu har vi haft en del tråkiga saker, som jag inte kan låta bli att nämna. SFAMs styrelses hantering av En Värdefull Vård. Svenska Läkaresällskapets utredning om den svenska sjukvården. Ngt med det mest hoppningivande jag hade läst på länge avfärdades av SFAMs styrelse. Men det finns ju så mkt bra med SFAM, och det borde gå att "komma igen"

*-(Jag minns din fundering: Är svenska allmänmedicinare beredda att axla patientansvar? Den är avgörande)* Ja den frågan är avgörande. Att ta det personliga ansvaret för sitt jobb och sina patienter. Utan det kan det inte bli något.

*-Nu är Du pensionär. Med engagemang för flyktingar, berätta!*

Ja men det var så enkelt. En kompis ringde mig i höstas och sa att du som är läkare, kan inte du komma o titta på ett barn som verkar må dåligt som är på väg mellan tåget fr Malmö till bussen till Finland. Och jag gick dit, och så fortsatte det hela tiden fram till julafton, då allt tog slut. Stängda gränser. Regeringens tanke om att säga nej till familjeåterföreningen och deras tanke om tillfälligt uppehållstillstånd. Jag blir så upprörd varje gång jag tänker på det. Så klart är det inte lätt att ta emot många flyktingar, men vi borde kunna, senast idag träffade jag en äldre kvinna som var kritisk till att Sverige tagit emot så många flyktingar, hon sa att jag har ju jobbat från det jag var 13 till jag fyllde 67, jag vill ha glädje av den skatt jag betalat in under den tiden nu när jag är gammal. Men då jag sa att vem ska ta hand om dig, vi behöver ju folk i det här landet, för att nån ska ta hand om oss då vi blir gamla, då höll hon med mig. Men det är inte det viktigaste. Det viktigaste är att vi måste inta en humanistisk hållning till alla de som flyr från krig och nöd. Vi som har ork kan göra massor. Vi får chansen att träffa nya människor. Vi får lära oss nya saker. Jag lär mig nytt då jag jobbar ( lite då och då) på flyktingmedicinska enheten i Boden.

*-Du ställde fråga om hur mycket pensionärer bör arbeta för att behålla kompetensen,(på Ordbyte)Utveckla.*

Ja, jag tänkte på det redan då jag var ordförande i SFAM. Mats Weström och jag diskuterade det då (han var min chef då)Vi kom fram till att man inte kunde jobba mindre än 35%, jag minns inte riktigt hur vi kom fram till det. Saker som man gör sällan blir man inte bra på Tex är jag mycket sämre på att göra ett ortopedmedicinskt status idag än jag var för 10 år sedan.

*– Framtidsvision för Allmänmedicinen i Sverige och Norrbotten?*

Fler allmänläkare som vill ta ett personligt ansvar, är grunden. Det behövs krafttag, och jag tror fortfarande att ngt likande den norska modellen skulle kunna förändra situationen.

Visst skulle det vara kul att få vara ung en gång till, med den erfarenhet man har nu.

Nu hoppas jag på att kunna fortsätta jobba lite till, och lära mig lite mer. Det är ju mkt utanför jobbet också. Tillsammansskapet, Läkare i Världen, vara god man. Och sist men inte minst familjen med barn, barnbarn och Janne

Hälsningar Meta

## Akut Sjukvård i extrem glesbygd- RISTEN UTSI dl Jokkmokk

Vi bad Risten berätta om AXG och kursen

*Vad står AXG för?*

Akutsjukvård i extrem glesbygd. Ett projekt finansierat av Socialdepartementet och landstingen i Norrbotten, Västerbotten, Jämtland och Dalarna. Västerbotten läns landsting startade projektet genom Akut- och katastrofmedicinskt centrum vid Norrlands Universitetssjukhus i Umeå och Glesbygdsmedicinskt centrum i Storuman i 2011. AXGH; H står för HLR. Syftet är, kort förklarat, att utbilda folk som ofta färdas ute eller arbetar långt från farbar väg i att hantera skador och sjukdom i väntan på medicinsk hjälp. Lokala helikopterföretag har försetts med ett mobilt medicinskt utrustningspack.

*Finns info på nätet?*

Här kan man titta på två filmer som illustrerar hur det kan vara om en person drabbas av skada eller sjukdom långt ifrån farbar väg.

<http://www.larandelandsting.se/course/view.php?id=179>

*Berätta om kursens innehåll?*

Utbildning av nya instruktörer till AXG och AXGH.

Vilka var lärare?

Helge brändström, Lena Kroik, Erika Hubersdotter, Lena Fjällgren, Svante Mattsson, Marit Sarri, Norbeth Hansson.

*Så Nu är Du kompetent HLR instruktör?*

HLR instruktör och AXG instruktör, men tyvärr inte A-HLR instruktör.

*Hur använda denna kompetens?*

Ska vara instruktör i AXG utbildningar. I första hand två AXG utbildningar i 2016 i Norrland för samebyar, helikopterföretag, polis, Laponia och Länsstyrelsen.

*Vilken nytta har kompetensen i vardagen för dig?*

Jag har fått repetera HLR och prehospitat traumabehandling. Fick även råd om att gå PHTLS kurs. Planerar att göra det. Nyttigt både som jourläkare i distrikt och om man i sin fritid skulle råka ut för skada eller sjukdom ute i glesbygden. Som instruktör vara med på att utbilda dom som ofta färdas ute i naturen.

/Risten

## Ultraljud verkar på väg att slå igenom i praktiken i Danmark.

Två artiklar från Månedskrift antyder att ultraljud kommit längre i Danmark än i Sverige?  
Den tekniska utvecklingen är snabb och kommer att påverka kliniken i framtiden.

Via våra nordiska grannar till vår Facebook-grupp "Ultraljud i Norrländsk glesbygd" får vi länkar och tips.

LÄNK till [artikel 1](#) och [artikel 2](#), pdf

Bland annat tar man upp hur man ska säkra kvaliteten i utbildning och kontrollera färdigheter.

Den tekniska utvecklingen är snabb och olika specialiteter har olika behov av prestanda. Det fanns med liten ultraljudsapparat i beskrivningen av akutläkare i helikopter i Läkartidningen. För narkosläkare är det nog numera självklart att vägledas vid centrala nålar etc.

Det är lite svårt orientera sig i tillgängliga hjälpmedel och stöd på nätet. På vår hemsida har vi länkat en samling av inte bara hur man hittar och identifierar olika organ utan även exempel på patologi.

Har instrumenten börjat användas i biståndsarbete för flexibel mobil diagnostik?

I vår tidigare rapport ställde vi frågan om moraliskt ansvar av vad man ser när ultraljudet speglas i andra människors kroppar och organ. dvs frågan om över och underdiagnostik.

Tekniken är spännande och ställer oss inför nya frågor. Det saknas dock tid och vi i den äldre generationen hinner inte göra tillräckligt många undersökningar för att få tillräcklig erfarenhet.

## Kolesterol i MONICA

Nyligen presenterades sänkta lipidnivåer i Norr och Västerbotten i MONICA-materialet. En av kolesterolhypotesens oförklarade anomalier är att äldre med högt kolesterol lever längst. Det brukar skeptiker påpeka. Vi ställde frågan till Mats E om det undersökts. Det vore lämpligt som uppsatsarbete.

Hej Mats!

Såg i pressen och Insidan om Era studier om kolesterolnivåer.

En av anomalierna i kolesterolhypotesen som Uffe Ravnskov brukar framföra är att äldre med högt kolesterol lever längst.(hans refflista bifogas)

Finns data om detta i MONICA-studien?

Mvh

Peter

Ev svar kunde publiceras i "Allmänmedicin Norrbotten" [www.allmanmedicinbd.se](http://www.allmanmedicinbd.se)

Hej Peter

Vi har inte använt MONICA-data till någon sådan analys – men vi har överlevnad och insjuknande och död i CVD på individer som vi undersökte redan 1986. 1986 och 1990 hade vi dock bara med individer upp till 65 år och från 1994 upp till 75 så vi har inte inkluderat några 80+. Det är mycket möjligt att ett högt kolesterol efter denna ålder inte spelar roll och det vore bra om frågan om detta resp effekten av statiner som sekundärprevention hos äldre-äldre kunde klarläggas på ett evidensbaserat sätt och med aktuella data.

Hälsningar

Mats

Mats Eliasson

Professor i medicin

Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin,  
Umeå Universitet

Överläkare, Medicinkliniken Sunderby sjukhus, 971 80 Luleå

Uffe Ravnskogs lista från hans hemsida,

(vg se hemsidan)

## Clarence Crafoord Hjärtats oro.

Anteckningar från ett vardagligt sjukdomsfall

En läsupplevelse. En välskriven patografi.

En bekant fick hjärtinfarkt och PCI. Jag fick frågan om man kan känna av en stent, eller om man kan känna från insidan av kärl. Jag tillfrågade en kollega med egen erfarenhet. Så fick jag låna denna fina lilla bok. Välskriven, med vackert enkelt språk och med humor o analys av egna reaktioner på patientroll, sjukvårdens totala undvikande av känslor, sex och psykologiska faktorer. Det är ett samspel som den hospitaliserade patienten ställer upp på.

Typisk är reflektionen om hur stressade de som administrerar forskningsprojektet, om stresshantering, där författaren lottats till behandlingsgruppen. Han blir lika stressad som forskarna. Dagdrömmarna som illustrerats med dansande älvor, erotiska fantasier. Boken kan noga vara till tröst och lindring av oro.

## Bättre behandling- vilka vetenskapliga bevis behövs i vården?

Mina spridda stolpar till presentation för HC på "Klinisk kafferast". mars 2016

Boken är väldigt genomarbetad med enkelt språk och lättläst och populärvetenskaplig.

Texten lättas upp typografiskt och även en hel del lite roliga och tänkvärda skämtteckningar.

Boken finns för gratis nedladdning på nätet:

<http://www.sbu.se/sv/publikationer/skrifter-och-faktablad/battrebehandling/>

Kan beställas för pappersversion 50 kr.

Från engelskans "Testing treatments" av Imogen Evans, Hazel Thornton, Iain Chalmers, Paul Glasziou, finns även interaktiv hemsida [www.testingtreatments.org](http://www.testingtreatments.org)

Evidensbaserad medicin, idag systematiska översikter över kunskapsläget.

Ragnar Levi bearbetat

SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering, Startades av Lars Werkö – cardiolog som ett tag var Astras VD och senare i livet ifrågasatte kolesterolhypotesen.

Idag är EBM omdiskuterat. Rymde det fröet till sina nuvarande problem med rigida riktlinjer eller har det blivit kidnappat av administratörer och industri Antingen försvarar man EBM, vetenskapen och menar att det som sker inte är riktig EBM och kommer med förslag till hur man ska komma framåt. Eller så ifrågasätts själva grunderna, pretentionerna att framföra dagens "sanning" vilket leder till

Ivan Illich – "Den farliga sjukvården" från 1974.

"All trials" protokoll där alla studier skulle publiceras. Idag är det bara en bråkdel som publiceras och det snedvrider även systematiska översikter. Olika intressen bakom att inte publicera negativa resultat.

Patienternas och allmänhetens medverkan ses som en möjlig väg framåt av författarna, ex bröstbevarande kirurgi driven av en enda aktiv patient- Man kan jämföra med "tvivelsbaserad medicin" där helheten i det vi utför kan ifrågasättas.

Problemet med industrin inverkan på patientföreningar, expertråd även svenska myndigheter och läroböcker. I alla de områden där jag dykt ner lite djupare förekommer grava

bindningar det gäller: diabetes, hjärta-kärl, palliativt, KOL, flimmer, osteoporos, demens.

Bättre behandling anmäldes, presenterades i Allmänmedicin av Jan Håkansson, hedersdoktor från Krokomb.

Jfr med Peter Goetzsche "Deadly medicine and organised crime" finns även på svenska Goetzsche är chef för danska Cochrane institutet, något som inte finns i Sverige-

Boken innehåller beskrivningar av en mängd olika medicinska katastrofer och grava missgrepp som beror på att man inte tagit hänsyn till den samlade vetenskapliga kunskapen. Det blir en skrämmande medicinhistoria om t ex, spädbarns sovställning, hjärtrytmrubbning vid infarkt, östrogenbehandling i klimakteriet, jättenattljusolja vid eksem ,screening för neuroblastom – tidigt behöver inte alltid vara bättre

Problem med screening överhuvudtaget och att det blir alltmera utbrett med nya projekt och bildframställningar och provtagningar som skapar stora nya patientgrupper. Aortaaneurysm, colontumörer, lungklinikens arbete med små förändringar etc.

Bra eller dålig forskning – etiken (ex konstgjorda luftstrupar KI och KS) argumenterar starkt för att det är oetiskt att inte forska och värdera olika behandlingar.

Alltför rigida regler kring forskning kan hindra och vara betydligt striktare än vid vanlig behandling. Tar upp en del medicinska kontroverser och tvistefrågor.

Marknadsföringsforskning och "me too", slumpen, signifikans, risk-kommunikation Författarna är dock mycket mera hovsamma i formuleringarna kring läkarkårens korruption jämfört med Goetzsche.

En annan bok jag fått av just en lekman som läser vår tidskrift, om 500 vetenskapliga ref till giftigheten av statiner (Statins toxic side effects, David Evans 2015). Det gäller blodfettsänkare som Simvastatin, Atorvastatin, Crestor.

Det är ett internationellt nätverk, som även de är starka, de ifrågasätter kolesterolhypotesen. Jfr Werkö ovan.

Svårvärderat när bägge lägren tolkar allt inom sina ramar.

Noterat / Peter Olsson Jokkmokks HC mars 2016

[Goetzsches bok](#) som vi tidigare har presenterat har kommit på svenska:

<http://www.bokus.com/bok/9789187207372/dodlig-a-mediciner-och-organiserad-brottslighet-hur-lakemedelsindustrin-har-korrumpert-sjuk-och-halsovarden/>

Minna Johansson och Marklund i LT om Cochrane och Alltrials

<http://www.lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2016/02/AllTrials-kampanjen-och-varfor-vi-behover-Cochrane-i-Sverige/>

### Beställningen

Formateringen föll bort i förra nr, här har jag bara kvar det jag ville kommentera, med kursivering:

I förra nr skrev jag att beställningen var både döv och blind för allmänmedicinska synpunkter. Här preciserar jag kritiken och utgår från den presentation vår verksamhetschef gjorde på möte.

Slutsatsen är att all särskild ersättning borde strykas.

Baseras endast på listning, ålder, besök.

Läkemedelspeng och glesbygd.

Uppföljningar i samråd med professionen och försiktiga tolkningar av skillnader.

Det verkar som att flera tänker på samma sätt just nu. Se Stiernstedts utredning som är länkad i detta nr, om styrning och ersättning.

Från vårt fack efterlyses saneringsförslag efter fråga från landstingsledningen(!?)

I min genomgång utgår jag från det bildspel vår verksamhetschef presenterade på möte.

Jag kursiverar det jag vill kommentera. Resten lämnas okommenterat.

Länk till pdf-fil: [Leverantörsträff](#)

Beställning dialog –

Förbättringsområden?

Standardiserade vårdförlopp; stor risk för ytterligare arbetsuppgifter läggs på en underdimensionerad primärvård utan att resurser tillförs. Detta måste bevakas så det inte blir ytterligare försämring för patienterna.

Aktuella medicinska frågor

Journal på nätet – personligen är jag för, med utgångspunkt i egen patienterfarenhet, även som anhängig. Orimligt att vården där terapeuter växlar har en svårtillgänglig fil på mig, den bör vara min, sen får problem med osignerade provsvar, hypoteser etc lösas efterhand. På sikt kan mycket sparas vad gäller kommunikation om ofta normala resultat, patientens egen anamnes etc.

ACG som ersättningsmodell har bromsats, men kommer väga tyngre framöver.

[http://plus.rjl.se/info\\_files/infosida26087/sven\\_.pdf](http://plus.rjl.se/info_files/infosida26087/sven_.pdf)

Engström, Lindström de som bäst undersökt detta avråder i sin sammanfattning från att använda ACG som mått för ersättning i svensk primärvård.

Ska vi slippa en massa onödigt upprepat registrerande är detta en viktig punkt att ta bort. Det borde räcka att viktiga diagnoser finns i försättsblad och inte upprepas var 18e månad till föga nytta.

Hälsosamtal – Slopa helt särskild ersättning! SBU och Cochrane har konstaterat att det saknas evidens och att ytterligare forskning inte behövs. Att det inte skulle handla om hälsokontroller motsägs av att man nu försöker införa analys sv socker och lipider i samtalen. Det är dåligt använda pengar och tidsödande administration. Lyckligtvis har den bara nått ett fåtal individer.

Hälsokontroller leder till fler diagnoser och behandlingar men inte bättre hälsa eller längre liv. Se även SFAMs punkter på vad vi inte bör göra. De som gått särskilda utbildningar har tränats i att tala kost och motion, droger med patienter.

Läkemedelspeng, Ansvaret bör vara kvar, fått goda effekter på läkemedelsanvändningen. Kräver inte någon ny ytterligare registrering. Bör justeras när nya preparat introduceras.

Glesbygdstillägg Är cirka 1000 kr/inv?

Åldersindelning ändrad Baserat på tidigare konsumtion. Verkar vara tveksam mekanism.

Varför Sänka ersättning särskilt för de äldsta som vi bör jobba mera med. Verkar vara en felprioritering?

Stryk följande Tidigare motiverat i flera inlägg och se även SFAMs onödiga listan:

Tobaksavvänjning 1000 kr (vi fortsätter ge råd och följer upp)

FaR 500 kr (tag bort från LM!)

Hälsosamtal 1000 kr (avsluta)

Oplanerade återinskrivningar – förefaller konstant I redovisad statistik, vi har tidigare påtalat att den riktar sig emot de allra sjukaste och svagaste bland våra innevanare, vi fick 80 000 i avdrag, tvärtemot vår uppgift och vi får värna de stackars patienterna vars sjukdom och skröplighet inte går att förutse i slutskedet, hur mycket vi än vårdplanerar.

Syftets kan va gott, men kanske borde man tänka över hur man konstruerar mått?

Vi får försvara våra patienter trots att det ger oss avdrag

Mått för kontinuitet , Det man valt är ett dåligt mått på om du har en ansvarig läkare, en gång per år. Hur räknas jourbesök i glesbygd? Jag tror det vore bättre att betona ansvar. Se tidigare inlägg om kontinuitets begreppet vid sfam kongress i Luleå.

Demens, Svårfångad hantering, man har valt att "vänta på automatisk hämtning" till kvalitetsregister, dvs det kommer aldrig att ske kan jag säga efter att sett problemen med att koppla diabetesöversikt till NDR. Vi har löst med att registrera diagnosen i år på särskilt boende. Läkarpuppgiften är begränsad vid mera framskriden demens.

Fast vårdkontakt – trassligt i Ge 43  
Vi får sätta någon att utföra registrering?

Tillgänglighet, hur mycket tid ska läggas på detta år ut och år in, vi ligger på nästan 100 % hela tiden. Meningslös trassel med verksamheten, registreringar som blir fel och helt obegripliga val registrering, med många klick, ingen har heller kunnat förklara, Att avsluta mycken kon tinuerlig och onödig registrering för att visa nollan och sjuan vore en bra åtgärd. Dvs att pat når oss på telefon samma dag och får besök enl behov inom en vecka.

Levadsvanemottagning  
Diabetes? Absurd konstruktion, det är ju just vad vi arbetar med dessa patienter professionellt, själva registreringen tveksam se SFAMs onödiga gruppen. Jag ser det som ett onödigt klåfingrigt sätt att intervensera i det som läkare och sköterskor Utför. Psykiatri – kan vara ok med tanke på biverkningar av medicinering och stor risk?

Målblodtryck – andel som når, Hur tänkte man sig registrera det, sista BT eller när, akutbesök alltid högre, andel av alla BT. Manipulerbara och inte adekvat. Tokigt och inte upp till modernt synsätt, ens för de som är företrädare för riskfaktor epidemin...  
Bland det tokigaste hittills!

Läkemedelsgenomgångar – Mycket olämpligt mått!  
Man har förväxlat metod med utfall/resultat. Jag skulle se Den totala förskrivningen som betydligt viktigare, OM genomgången resulterar i ytterligare polyfarmaci är det ju kontraproduktivt. Det är lagom eller optimal läkemedelsanvändning som ska eftersträvas, inte byråkratiska genomgångar. Kontinuerlig ifrågasättande,

avvaktande till lanseringar av nya preparat etc kan vara nog så effektivt som genomgångar. Nu kringgås detta med att försöka hitta sätt att automatiskt få en pinne varje planerat årsbesök, där ju medicineringen går igenom.

Vård i nära relation – när det är adekvat, men inte kontinuerligt

Ett styr och ersättnings system måste vara balanserat och neutralt i förhållande till leverantör. Jag tror att mycket vore vunnet med en kraftig strykning av allt utom Antal listade, Ålder, CNI och besök, Läkemedelspeng. Glesbygd.

Tänk att kunna annonsera efter kolleger som vill arbeta med patienter,  
Peter

Göran Waller i dagens medicin: Förenklingar!  
[http://www.dagensmedicin.se/artiklar/2016/01/15/d-et-som-behovs-ar-forenklingar/?utm\\_source=apsis-anp-3&utm\\_medium=Email&utm\\_content=unspecified&utm\\_campaign=unspecified](http://www.dagensmedicin.se/artiklar/2016/01/15/d-et-som-behovs-ar-forenklingar/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=Email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified)

Svante Pettersson som sammanställt resultat av enkät om primärvården citeras i Distriktläkaren: "Endast 19 % har ett stort förtroende för det system för avtal och ersättningar som vårdcentralen arbetar efter. Och endast 8 % tycker att ersättningarna stimulerar till att utveckla nya och bättre arbetssätt.

-Resultaten är den stora ögonöppnaren. Det visar på en stor förtroendeklyfta mellan de som arbetar i vården och de som styr. Det är ett enormt energiutsläpp. Skulle ett företag som Volvo redovisa ett liknande resultat, skulle aktien falla som en sten och ledningen skulle genast ta itu med styrningen."

### Standardiserade vårdförlopp

Vårt svar på utkast, kan den goda intentionen förfelas?

Hej

Angående förslaget till överenskommelse mellan primärvården och hematologin gällande omhändertagande av lymfom i Norrbotten så har vi diskuterat det på dagens läkarmöte. Synpunkter på utkastet till HÖK var: Läkarna är positiva till syftet att snabba upp processen men oroliga för risken att ytterligare arbetsuppgifter läggs på primärvården utan att



resurser tillförs.

Det blir många olika HÖKar för många olika tillstånd som ska kodas med ett flertal koder av både fasta läkare och vikarierande som då ska känna till lokala rutiner i detalj.

Det kan enligt förslaget bli alltför svårt att skriva remiss vilket i sin tur kan bidra till att processen fördröjs istället för snabbas upp.

Det kan vara svårt att fastställa detaljerade diagnoser i ett tidigt stadium.

Jämför med ”knuta i bröstet” där patienten direkt kan vända sig till diagnostiserande enhet i NLL (och på många andra håll i landet). En HÖK där distriktsläkaren skulle vara tvungen att fylla i en utförlig remiss för grundad misstanke med kriterier och kvå-koder skulle sannolikt fördröja och inte underlätta den processen. Det finns flera sätt att lösa problemet som belastar primärvård och specialistvård olika.

Hälsningar fr Jmk

[http://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/varje-dag-raknas/vardforlopp/primarvardsversioner\\_standardiserade\\_vardforlopp\\_20151221.pdf#page=17](http://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/varje-dag-raknas/vardforlopp/primarvardsversioner_standardiserade_vardforlopp_20151221.pdf#page=17)

### Användbar lärobok vid livets slut

Bertil Axelsson. Palliativ medicin i praktiken.

Studentlitteratur ISBN 978 91 44 10267 2

2016 282 s

Ska de nya specialisterna i palliativ vård behålla sin konsultativa funktion måste grund kompetensen spridas.

Läroboken har skrivits av en erfaren kliniker och pedagog. Den innehåller många konkreta råd och blir användbar.

Författaren, som från början var kirurg, inleder med en vision efter över 20 års arbete inom palliativ vård. Han har även föreläst i Norrbotten. Det är dock inte de stora filosofiska greppen utan väldigt praktisknära råd som fyller boken på 282 sidor.

Risken med egen specialitet, att andra slutar bry sig och tappar i ansvar och kompetens ska lösas med att palliatörerna ska vara konsulter.

Begreppsligt har jag aldrig förstått vad som skiljer ut palliativ vård. Samma etik bör gälla som för annan vård. Få sjukdomar botas och vi ska alltid bara göra det som gagnar patienten i både utredning och behandling. Författaren betonar att läkaren bestämmer och föreslår, patient kan lägga veto och avstå.

De etiska principerna verkar omkastade, det första är att inte skada, därefter att göra gott.

I den inledande delen beskrivs värdegrund och ett seriöst förhållningssätt. Brytpunkten är ju oftast en process och helt riktigt påpekas att begreppet ses ur vårdens perspektiv och olämpligt att använda för patient och anhöriga.

Det som ofta saknas är en fortlöpande öppen dialog om prognos, förväntningar och bieffekter av åtgärder. Författaren betonar det proaktiva, att försöka ligga före i planeringen.

Jag blir ändå inte riktigt klok på vad som bör ingå i sökordet ”behandlingstrategi”, det blir ofta tunt och utan substans. Kanske menas begränsningar som 0 HLR, ej iv antibiotika, TPN, PEG etc.

Vår kulturellt bestämda raka information till patienten problematiseras inte. Det slås fast att det är bättre med visshet än ovisshet.

Råden som ges vad gäller samtal är mycket konkreta och handfasta och liknar de vi lär ut i konsultationsträning.

Tar avstånd från eutanasi även om gränsdragning mot palliativ sedering inte är glasklar.

Vad gäller professionalitet skiljer författaren på att vara personlig och privat. Avråder bestämt från att delta i patienters begravning. För mig, i mitt sammanhang, ibland efter många hembesök, har det känt fullständigt naturligt att delta.

Den andra delen tar först upp palliativ vård i allmänhet, i livets slutskede och sedan genomgång av symtom som ju främst är inriktad på smärta. Övriga symtom har fått ett kapitel där det ges en hel del praktiska tips. Nästa kapitel tar upp de ibland svårhanterade akuta symtomen.

I avsnittet om hydronefros och avledning av urin uppmanar författaren att reflektera över gångna tider då läkarna lät livet avslutas av uremi. Jag saknar dock en diskussion om problemen med dagens alltmer aktiva inställning till ex v palliativ cytostatika och olika former av nutrition (TPN eller PEG) som jag känner tvekan inför.

Det är tänkvärt att läkare lär använda betydligt mindre palliativ cytostatika än vad vi ordinerar patienter.

Den struktur man valt för boken leder till en hel del upprepningar, men å andra sidan går det slå och läsa bara ett avsnitt.

Försöken att bredda ämnet utanför cancer är lite svagt. Hjärtsvikt får en sida, ALS något mer och KOL och demens nämns.

Numera finns en stor flora av ”palliativa” böcker med olika målgrupper. Denna bok verkar mycket

väl lämpad för läkare.

Stilen är avslappnad. "Hen" används genomgående, och "randning" är läkar slang.

Som författaren påpekar är evidensen för givna råd ganska tunn och mera forskning behövs. Han har själv disputerat i ämnet och beskriver en hel del speciella problem, patienterna går inte efteråt att tillfråga. "Våra patienter har bara en chans, man dör bara en gång".

(När jag skriver detta pågår debatt om ärendet med de konstgjorda luftstruparna i plast på KI. )

Det palliativa registret beskrivs och vi har tidigare diskuterat dess begränsningar och fokus på farmaka. Författare till läroböcker anger inte jävsdeklaration och utvecklingen är mot alltfler och ofta ganska dyrbara rekommenderade farmaka, ibland utan godkänd indikation, det menar jag att förlagen borde ändra på.

Författarens första referens är "SKLs Nationella Vårdprogram för Palliativ vård 2012-14". När jag frågade efter jäv hos författarna tror jag inte ens man förstod frågan och fick aldrig något svar. Där var en farmakologisk tyngdpunkt.

På flera ställen argumenteras för sc inj av många preparat gärna med sc nål axelnära.

Fall-beskrivningarna i boken är bra och instruktiva, någon gång väl tillrättalagda, Den efterföljande diskussionen pedagogisk och illustrerar förhållningssättet, ofta allsidigt.

Figurerna är instruktiva men jag saknar en för inläggning av pleuradrän, däremot verkar fig 16 1 som består av ett P och ett streck lite intetsägande. Skulle illustrera närhet/distans i mötet?

Studentlitteratur hade till Alkoholboken extramaterial på nätet och det slår mig att mycket av materialet i den vackra palliativa läroboken skulle passa för sådant interaktivt material.

De farmaka som nämns följer tills stor del det som redan i komprimerad form presenteras i Läkemedelsboken 2014-16.

Avslutningen om att ta hand om teamet och läkaren är viktig. Så även successionen, hur nästa generation ska ta över.

Litteraturlistan är kortfattad, men även för vidare läsning och skönlitteratur.

Bifogat är endast två "skalor" ESAS Edmonton symptom assesment system (kompletterad med en vettig första fråga, och Abbey pain scale.

/Peter Olsson våren 2016

## Tidskriften Palliativ vård

Tema Allmän Palliativ vård

Vi fick ett provexemplar av tidskriften. Min skepticism vänds. Många bra artiklar, mina invändningar kommer på skam. Kanske lite "officiell i intrycket".

Formuleringar är försiktiga och sökande, vettiga råd.

Möjligen ryggar jag för rubriken till artikeln om att "kvalitetssäkra döendet". Men bra resonerande texter om dödsplats, språkfrågan (varför vi säger "den palliative patienten" väldigt relevant, HLR-informationsblad, dödshjälppdefinitioner)

Gunnar Carlgren som tidigare arbetat i Luleå medverkar. Rosé-Marie från Piteå PRT-team, Vård att prenumerera på?

Varför är inte SFAM bland medlemmarna och inte heller Glesbygdsmedicinsk förening?

Någon som testat web-utbildningen om "allmän palliativ vård", det ska finnas en fördjupning för läkare också? Är det något för ST-läkare? Rapportera gärna!

Motion läkarsällskapets fullmäktige en värdefull vård  
länk

## JÄV ska redovisas öppet i Europa

Är detta ett steg framåt? Kanske kunde man från myndigheterna begära att deltagande experter inte mörkar sina kontakter? För det är fortsatt frivilligt från de sponsrade och jäviga experternas sida. Förslaget liknar det vi tidigare framfört.

<http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2016/03/Lakares-ersattning-fran-lakemedelsindustrin-ska-redovisas-oppet/>

-Varför ordnar Närsjukvården föreläsningar tillsammans med kommersiella intressenter? -Abbvie.

-Varför helkommersiell Diabetesföreläsning via med klin i Gällivare. Ja, delar av kåren är som blandfärs, hälften av varje. Följ pengarna, som flera påpekat....

## Diabetes målnivåer hos äldre

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26954412>

Vilka mål är rimliga hos äldre?

Anders Hernborg länkade sammanfattningen på ordbyte:Man diskuterar vad som kan vara ett rimligt HbA1c-mål för

äldre typ 2 diabetiker. Man grundar sin

rekommendation på en genomgång av de fyra större randomiserade kliniska studier som erbjuder det mesta av de evidens som finns för att vägleda behandling av typ 2 diabetes.

Slutsatser och relevans (enl. denna studie)

Det saknas evidens av högre kvalitet när det gäller bästa blodsockerkontroll hos äldre diabetiker. Bra beslut om detta behöver fattas i samarbete med patienterna, på ett sätt så att man inkorporerar sannolikheten för både nytta och skada och vad patienten själv föredrar när det gäller behandlingen och hur jobbig den blir. För större delen av äldre typ 2 diabetiker så kan man räkna med att en HbA1c-nivå på 6,6 – 8,1 % (svensk HbA1c-standard MonoS, motsvarande ca 57-75 mmol/mol) maximerar nyttan och minimerar skadan/biverkningar.

## ABSTRACT

### Importance

There is substantial uncertainty about optimal glycemic control in older adults with type 2 diabetes mellitus.

### Observations

Four large randomized clinical trials (RCTs), ranging in size from 1791 to 11 440 patients, provide the majority of the evidence used to guide diabetes therapy. Most RCTs of intensive vs standard glycemic control excluded adults older than 80 years, used surrogate end points to evaluate microvascular outcomes and provided limited data on which subgroups are most likely to benefit or be harmed by specific therapies. Available data from randomized clinical trials suggest that intensive glycemic control does not reduce major macrovascular events in older adults for at least 10 years. Furthermore, intensive glycemic control does not lead to improved patient-centered microvascular outcomes for at least 8 years. Data from randomized clinical trials consistently suggest that intensive glycemic control immediately increases the risk of severe hypoglycemia 1.5- to 3-fold. Based on these data and observational studies, for the majority of adults older than 65 years, the harms associated with a hemoglobin A1c (HbA1c) target lower than 7.5% or higher than 9% are likely to outweigh the benefits. However, the optimal target depends on patient factors, medications used to reach the target, life expectancy, and patient preferences about treatment. If only medications with low treatment

burden and hypoglycemia risk (such as metformin) are required, a lower HbA1c target may be appropriate. If patients strongly prefer to avoid injections or frequent fingerstick monitoring, a higher HbA1c target that obviates the need for insulin may be appropriate.

### Conclusions and Relevance

High-quality evidence about glycemic treatment in older adults is lacking. Optimal decisions need to be made collaboratively with patients, incorporating the likelihood of benefits and harms and patient preferences about treatment and treatment burden. For the majority of older adults, an HbA1c target between 7.5% and 9% will maximize benefits and minimize harms.

## DIABETES-kampanjen på Medscape

Märkliga konsultationer

[http://www.medscape.org/sites/advances/waitingroom/challenging-t2d?src=MKMCMR\\_patwr\\_driver\\_MSCPEDU](http://www.medscape.org/sites/advances/waitingroom/challenging-t2d?src=MKMCMR_patwr_driver_MSCPEDU)

Intressant att följa hur de nya preparaten marknadsförs intensivt. Tänker även på konsultationen i de amerikanska otroligt professionella utbildningarna, hur snabbt kan man säga DPP4? Även svenska hel sponsrade experter deltar.

Men varför väljer man en sådan märklig sättnig, ser verkligen amerikanska konsultationer ut på detta sätt? Pat sitter på en (gyn?) stol med benen i hängande utan att nå golvet, Doktorn står med ett protokoll med klämna och lämnar exakta mekaniska råd om statiner, blodtryck, vikt, etc.

Pedagogiskt men närmast som en papegojliknande robot.

Varför väljer man i så påkostad marknadsföringsutbildning att åskådlig-göra samtalet på detta sätt? Å andra sidan är ju patienter otroligt tåliga till omgivningen, det viktiga är kontakten vid mötet. Markus kommentade att doktorn har vardagsskjorta! (Markus vägrar ståndaktigt ta på sig våra Guantanamo-pyjamasar.)

Senare tittar jag på den sponsrade utbildningen om NOAK- där har patienten en pappersklänning, sitter på samma märkliga halvhöga brits, läkaren privata kläder men över den vit rock. Det verkar vara skillnad på kardiologer och diabetesläkare.

## Labkursen - som öppen app!

<http://app.kursmedicin.se/>

Å sen då, – baskunskaper om laboratorieprover. se

tidigare kursreferat.

Markus påpekade att den var väl basal, men kan ju utvecklas.

### Checklista SPUR pdf

Att använda för lokal genomgång! SPUR är en inspektion av de yttre förutsättningarna för en god ST-utbildning. Efterhand har Socialstyrelsen utformat mallen efter målbeskrivningen. Testa Självdin Egen enhet! Finns förbättringspotential?

[Checklista SOSF etc](#)

### Mini-CEX!?

Vad betyder det? Från SFAMs utbildningsråds anvisningar om nya målbeskrivningen

<https://www.vll.se/Sve/Centralt/Standardsidor/JobbaHosOss/Nedladdningsboxar/Filer/Bed%c3%b6mningsinstrument%20Mini-CEX.pdf>

### Om demensdiagnostik

BMJ om overdiagnosis: Politisk drive för pre-demensdiagnos tar inte hänsyn till skada

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24018000>

### Reumatologernas skönlitterära kanon

Här kan man få lästips!

### Nytt i Läroboken

Birgitta Hovellius svensk redaktör informerar. Kom gärna med synpunkter på boken i sin helhet eller enskilda delar!

Hej, Läroboken i Allmänmedicin (Huskårs Allmänmedicin) i en andra upplaga har uppmärksammats i senaste numret av tidskriften AllmänMedicin med en liten ruta. Den nya boken har genomgått stora förändringar i linje med Huskårs tredje upplaga, och omfattande förändringar har gjorts för anpassning till svenska förhållanden. Boken är i princip skriven för grundutbildningen till läkare. Den har varit uppskattad av ST-läkare i allmänmedicin. Jag vill komplettera den lilla rutan med att informera om bokens huvudrubriker:

1. Allmänmedicin – teori och praktik (7 kapitel)
2. Viktiga organövergripande symtom (14 kapitel)
3. Sjukdomar i kroppens organ (17 kapitel)

4. Allmänmedicin i ett livsperspektiv (5 kapitel)

5. Konsultationer med olika perspektiv (7 kapitel)

6. Att vara allmänläkare (5 kapitel)

Det finns några helt nya kapitel sedan föregående upplaga, nämligen

2.14 Medicinskt svårbedömda besvär (i stället för ”uforklarte” på norska)

3.16 Sexualmedicin

5.6 Genusperspektiv i allmänmedicinskt arbete

Alla kapitel (totalt 55 kapitel; 1102 sidor) är granskade och bearbetade för svenska förhållanden av allmänmedicinare. som regel med anknytning till de allmänmedicinska institutionerna. Detta har varit ett omfattande arbete som tagit 2-3 år. Några kapitel har svenska författare, som ibland baserat sitt kapitel på motsvarande norska kapitel. Sakregistret är utförligt och på 17 sidor.

Hälsningar Birgitta Hovellius, Lund  
Svensk redaktör för Allmänmedicin

### Länkar

Om holism, Getz, ideseminarium, nomadskoleboken, amerikanska läkare lägger 40 000 USD/år för att rapportera kvalitet, om forskningsetik, pessimism som livshållning, att hantera patient genererade data, bästa beslutet följer inte alltid guidelines  
Josabeth fortbildningslänkar! Skånska videoteket

Om holism, Linn Getz m fl

<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11019-016-9683-8?>

Ideseminarium SFAM

<http://sfam.se/artiklar/ideseminarium-hur-starker-vi-primarvårdens-roll-i-framtidens-halso-och-sjukvard>

DNs reportage om nomadskoleboken

<http://fokus.dn.se/kyrkan-och-samerna/>

US physicians spend 40000 dollars per år – för att rapportera kvalitet

<http://m.content.healthaffairs.org/content/35/3/401.aabstract>

Åke Thörn i LT

<http://www.lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2016/03/Efter-Macchiarini-skandalen-hall-den-oppna-debatten-levande/>

Cioran o pessimismen, västerlandets förfall  
<http://sverigesradio.se/sida/tabla.aspx?programid=132>  
Filosofiska rummet om pessimismen som livshållning  
<http://sverigesradio.se/sida/avsnitt/668164?programid=793>

Medicine 3.0 Panelists Dissect Patient-Generated Data  
I thought you would be interested in the following article:

The Best Decision May Not Be What the Guidelines Say  
Patients deserve decision tools, but clinicians often balk at using them. John Mandrola explains why. Interested in downloading Medscape's free app for iPhone®, Android™, iPad®, or Kindle Fire®? Learn more >

Josabeth hultbergs länklista:

Fortbildningsmaterial på nätet  
På min vårdcentral har vi regelbundna läkarmöten för intern fortbildning. Inför förra mötet gjorde vi en inventering av kunskapskällor på nätet som skulle kunna gå att använda på våra fortbildningsmöten. Jag lägger ut listan med länkarna här. Dels hoppas jag att den är av intresse för flera, och dels hoppas jag att ni kan hjälpa till att fylla på med fler tips. / Josabeth Hultberg

- SFAM [www.sfam.se](http://www.sfam.se)
- Studiebrev  
[http://sfam.se/sok?search=\[Studiebrev\]](http://sfam.se/sok?search=[Studiebrev])
- E-lärande (en del sponsrade el avgiftsbelagda)  
<http://www.sfam.se/#elalande>
- ST-examens-skrivningar.  
<http://sfam.se/foreningen/s/specialistexamen/skriftligt-prov>
- Socialstyrelsens webutbildningar.  
<https://utbildning.socialstyrelsen.se/totara/coursecatalog/courses.php> Samma kurser finns på Kunskapsguiden:  
<http://www.kunskapsguiden.se/utbildning/Sidor/default.aspx>
- SBU. Fritt tillgänglig interaktiv version av boken och sajten Testing treatments, översatt till svenska: Bättre behandling.  
<http://se.testingtreatments.org/>

- Lärande landsting Västerbotten och Skåne. Blandad nivå, inte så mycket allmänmedicinskt.  
<http://www.larandelandsting.se/>  
<http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Vardgivare-och-remittent/Natbaserade-utbildningar1/Utbildningar-A-O/>
- BMJ learning Begränsad tillgång via BMJ  
<http://learning.bmj.com/learning/home.html>  
Fullt tillgänglig sponsrad av MSD via Univadis.  
<http://www.univadis.se/>
- BMJ education Endgames and reviews Fullt tillgängliga inkl alla reviewartiklar inom landstinget  
<http://www.bmj.com/education/endgames>
- Medscape Mycket kommersiellt. Ingen avgift.  
<http://www.medscape.org/>
- Therapeutics initiative. Nyhetsbrev om läkemedelsbehandlingar. Gratis.  
<http://www.ti.ubc.ca/therapeutics-letter/>
- Richard Lehman's weekly journal review BMJ blog  
<http://blogs.bmj.com/bmj/2016/04/11/richard-lehmans-journal-review-11-april-2016/>
- Essential Evidence POEM (Patient Oriented Evidence that Matters) Avgiftsbelagd prenumeration  
[https://www.essentialevidenceplus.com/product/features\\_dailyip.cfm](https://www.essentialevidenceplus.com/product/features_dailyip.cfm)
- TEC, Therapeutic Education Collaboration Mike Allen/James McCormack. Podcasts med allmänmedicinskt vinklad granskning av läkemedelsstudier mm. De flesta fritt tillgängliga, några kostar.  
<https://therapeuticeducation.org/podcast>

-Tack för sammanställningen,  
Från Skåne kan jag rekommendera vårt videotek, där våra egna inspelade filmer är tänkta att visas på läkarmöten.  
Dessutom finns just nu två webinarier på nätet, fler kommer framöver att kunna ses både i realtid och i efterhand.

<http://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/sakkunni-grupper/ako-skane/#13712>

Hälsningar Cecilia Ervander AKO koordinator  
Lund

BÖCKER

de la Motte, Hildebrant, Lapidus, Indridasson, Cornwell, Nesbø, Iggulden, Nordberg, Kallentoft, Lutterman, Adler-Olsen, Nesser, Craaford, bokrean.

- Anders de la motte Ultimatum  
Prisbelönt thriller, författaren är fd polis. Lite trasslig modern intrig, spännande och otäck.
- Johanne Hildebrant Älskade krig  
Erfaren krigskorrespondent som hamnat som försvarspolitisk expert på SvD! Väldigt olika delar romanen som delvis är romantisk och delvis realistisk krigsskildring.
- Lapidus, sthlm delete, livet de luxe, aldrig fucka upp.  
Det har kallats för leksaksvärld det som advokaten skriver om. Det är drivet och spännande men dystert.
- Arnaldur Indridasson, Den som glömmer  
Det finns något väldigt sympatiskt i berättelserna om Erlendur och hans funderingar och grubblande. Amerikanska militärbasen.
- Bernard Cornwell. Azincourt  
Om ett stort historiskt slag, som jag aldrig hört talas om. Krig och romantik, det är något speciellt med genren som gränsar mot ungdoms/äventyrsanslag.
- Jo Nesbø. Blod på snö  
Kortare i formatet än tidigare tegelstenar om Harry Hole. Den ensamme Olav, kriminell som likviderar på beställning men klarar inte att utföra det speciella uppdraget. Hårdkokt.
- Conn Iggulden Solvarg  
Det verkliga Rosornas krig på engelskt 1400-tal. Viss spänning, lär jag mig något? Del i en serie.
- Jenny Nordberg. De förklädda flickorna i Kabul  
Mycket tänkvärd i sin beskrivning av könsroller och hierarkier både i Sverige och konkret i Afghanistan. Har också en del att säga om "insatserna" i kriget och hur bistånd använts. Intressanta utvecklingar och funderingar.
- Kallentoft Lutterman. Leon  
Mycket erfarna författare, översatta till många språk, Kallentofts serie med Malin Fors.
- Lutterman om Patrik Sjöberg "den du inte såg"  
Herkules legenden om strid med lejonet. Zack Herry en hjälte med missbruksproblem. Moderna nutida teman med rasism, ensamma flyktingbarn, kvinnohat i våld.  
Se "Nemeiska lejonet" på Wikipedia
- Jussi Adler Olsen: Den gränslösa  
Avd Q med sitt team Carl, Rose och Assad träffar på en sekt. Medryckande.
- Håkan Nesser. Elva dagar i Berlin  
Mycket märklig bok där jag har svårt förstå intentionen trots ett visst driv i texten.
- Clarence Crafoord Hjärtats oro. Anteckningar från ett vardagligt sjukdomsfall  
En läsupplevelse. En välskrivna patografi. En bekant fick hjärtinfarkt och PCI. Jag fick frågan om man kan känna av en stent, eller om man kan känna från insidan av kär. Jag tillfrågade en kollega med egen erfarenhet. Så fick jag låna denna fina lilla bok. Välskrivna, med vackert enkelt språk och med humor o analys av egna reaktioner på patientroll, sjukvårdens totala undvikande av känslor, sex och psykologiska faktorer. Det är ett samspel som den hospitaliserade patienten ställer upp på.  
Typisk är reflektionen om hur stressade de som administrerar forskningsprojektet, om stresshantering, där författaren lottats till behandlingsgruppen. Han blir lika stressad som forskarna. Dagdrömmarna som illustrerats med dansande älvor, erotiska fantasier. Boken kan nog vara till tröst och lindring av oro.
- Från bokrean: Aleksievitj, Sapiens, Orwell Det blir sommarläsning det!.