



## *Allmänmedicin Norrbotten - kvartalstidsskrift*

2018 - Februari



### Ledare

Kan tilltagande svårigheter att skriva ner sina tankar hänga samman med att allt hänger samman? Det måste sorteras och struktureras, med risk för att då tappa viktiga trådar, i en allt äldre hjärna. Äldre är ett återkommande tema.

Vem äger data, frågan får en ny betydelse. Kunskapsstöd tränger in i journalen och får ett kraftigt riskabelt genomslag. Hur kan det balanseras för att undvika överutredning och behandling? Jäv. Floskelbingo behöver uppdatering

### Sfam Norrbotten vårmöte 3 maj

Anmälan som pdf

[LÄNK!](#)

Peter Olsson

### Vilka 3-5 faktorer tycker du är viktigast för en god och nära vård?

Allmänmedicins flitiga redaktör (Ingrid) frågar alla skribenter. Vad skulle Du svarat?

Viktigast är:

Oberoende läkare  
som undviker att skada  
och prioriterar patienternas behov  
och låter de friska vara ifred.

Peter

(de andra svar jag sett tycktes bli alltför lika och självklara)

Peter Olsson

### Urban mikkos text om jourcentralen

På Facebook ledde den till en lång diskussionstråd

<https://www.facebook.com/urban.mikko/posts/536291116770504>

Peter Olsson

## Geriatrisk rehabilitering

Vart tog den vägen?

Åke Rundgren i tidskriften Geriatrik nr 4 2017 s 30-33  
Det är en djupt bitter text av denna respekterade kollega och läroboksförfattare. Han ser tillbaka på en 40-årig läkargärning. Han menar att den vårdform som var på väg att utvecklas för de äldre kom i kläm och försvann i de strukturreformer som genomförts.

Primärvården och allmänmedicinen nämns endast i någon bisats.

Jag kan se paralleller till vår aktuella kris i allmänmedicinen. Även vår vision av allmänmedicinsk verksamhet kan bli en historisk parentes. Ändå känns det geriatriska perspektivet som väl snävt. Det går att förstå frustrationen när man ser en god effektiv lösning på ett stort problem men utvecklingen blir motsatt. Vi vet också att en utbyggd primärvård skulle effektivisera vården, men ingen lyssnar.

Nu var inte den gamla långvården något upplyftande, där "patienterna" låg i sina sängar och väntade. Då är dagens särskilda boenden betydligt bättre och även hemsjukvården med kommunsköterskor med begränsat antal att betjäna.

Men sjukhusen är inte utformade för de äldre som belägger de allt färre sängplatserna. Prioriteringar blir svåra. Vår lösning i glesbygd med OBS-platser känns som en effektiv användning av de resurser som finns med tid för vårdplanering.

Antalet geriatriker är få och mycket av geriatriken vilar idag på allmänmedicinska specialister. Jag tycker Rundgren undervärderar vår kunskap och erfarenhet. Författarens prognos är dyster, men lösningen (?) med äldrevårdsmottagningar känns inte realistisk. Jag kan ha fel, vi kan stå inför snabba strukturförändringar. Om de verkligen kommer att innebära en bättre vård för de äldre är tveksamt.

I detta nummer skriver jag om studentlitteratur "allmänläkarpraktika" ÄLDRE och jämför något med Rundgren/Dehlins tidigare och lite mer omfattande äldre lärobok.

Peter Olsson

## Äldre

Allmänläkarpraktikan Studentlitteratur Red katarina Hedin

Kompakt, språkligt genomarbetad och välskriven men utan referenser och jävsdeklaration.

Lämplig för AT och ST för hemsjukvård och SäBo

Jag letade efter en lämplig lärobok, eller text, att tipsa våra ST inför att de under handledning (en

teoretisk milestone) ska ansvara för avdelningar på särskilt boende. Formatet i Praktikaserien borde va utmärkt för den som läser lite långsammare med annat än svenska som modersmål. Själv plöjde jag de drygt hundra sidorna tvåspaltig text på kanske tre timmar. Språket är klart och genomarbetat med mycket få korrektur- och stavfel.

Hur har man då valt att disponera det oändliga stoffet på det begränsade utrymmet? (Jag hade svagt minne av tidigare lärobok och jämförde innehållsförteckning från den som fanns på nätet, själva boken har inte återfunnits på Hälsocentralen, man får hoppas den kommit till nytta, jag länkar till anmälan av den nedan, från 2005. Där finns ett stort avsnitt med "akut geriatrik" som man valt bort i praktikan).

Inledningen är lite allmänt om ökat antal äldre och sedan flera avsnitt om läkemedel och genomgångar. Olämpliga läkemedel till äldre har utökats med doxozosin pga ortostatism. Vi har tidigare kritiserat begreppet då det förutsätter att det finns "lämpliga". Problemet med det för oss omständliga (och för kommunsköterskorna en gudagåva) APODOS som tenderar att låsa fast uttalad polyfarmaci. Det ligger i själva förutsättningen att det ska vara stabil medicinering. Det är nog förklaring till det negativa fyndet att patienter som utsätts för dospåsar riskerar överbehandling livet ut. Det blir trassel att trappa ut, då medicinlistorna inte stämmer med tidsförskjutningen i systemet. Då är det enklast att bara förlänga ytterligare ett år.

Första kliniska delen tar upp psykiska sjukdomar, demens, sömnstörningar. Det ges korta exakta råd och ett fåtal preparat och ibland doser.

Minnesregeln KONFUSION var ny för mig.

En del råd som ges är i och för sig vettiga men stämmer dåligt med verkligheten. Till exempel nämns vid flera lugnande mediciner eller sömnmedel att behandlingen inte ska vara mera än en vecka. Samtidigt vet vi ju enligt uppföljningar att preparaten ofta används under mycket lång tid, det finns inga andra lösningar. Det är väl bra att man försöker omvärdera efter till exempel en vecka men om problemet som behandlas kvarstår leder förskrivningen bara till en känsla av misslyckande hos terapeuter till ingen nytta. Kort beskrivning av den verkligt existerande användningen, med fakta om hur det ser ut på särskilda boenden, kunde korrigeras.

Hjärtsvikt lyfts fram i tidens trend och det har väl med farmaka att göra? Ischemisk hjärtsjukdom och stroke blir kortfattat, liksom förmaksflimmer. KOL däremot tas endast upp i samband med pneumoni. Bältros har fått ett eget avsnitt, är det så pass vanligt eller har man värderat den postherpetiska smärtan

som så svår att det styr prioriteringen?  
Bland endokrina sjukdomar har Diabetes Mellitus fått ett eget kapitel som inleds med akuta tillstånd. De nya aggressivt marknadsförda preparaten har fått preliminära värderingar.  
Problemet med asymtomatisk bakteriuri och de rikligt förekommande urinstickorna med positiv nitrit där det efterfrågas åtgärd formuleras skarpt. Man hänvisar till en bra information till personal och anhöriga som finns på Folkhälsomyndighetens (!) hemsida. Läkare som känner ansvar för antibiotikaförskrivningen, resistensutveckling och biverkningar känner igen sig. Författarna till praktikan går dock så långt som att hävda att förskrivning av antibiotikum utan att annan orsak till specifika symtom undersökts utgör en fara för patientsäkerheten.  
För svåråtlästa sår finns en bra översikt för olika förband.  
Yrselavsnittet avslutar, själv är jag försiktig med de olika manuella manövrarna vid den populära diagnosen kristallsjuka, de yngre kollegerna verkar djärvare, jag hänvisar dessa sköra äldre till sjukgymnaster. Multisensorisk svikt är ett användbart begrepp.  
Finns det invändningar mot de många råd som ges i boken? Ja det har sagts att om du ställer en fråga till två allmänmedicinare får du räkna med åtminstone tre ståndpunkter.  
På förfrågan uppskattar jag att jag utan vidare ställer upp på 95 % av råden. På några få punkter har jag invändningar. Är ju skeptisk till kolesterolhypotesen och särskilt vid tillämpning på äldre. På en sida anges att primärprevention inte är indikation för statiner, på en annan tvärtom att allmänläkaren är ansvarig för förebyggande av hjärt-kärlsjukdom och även för sänkning av blodtryck, socker och även kolesterol. Anomalin med att de med högst kolesterol i alla epidemiologiska studier är de som lever längst tas inte upp, inte heller statinernas diabetogena effekt. FRAX-verktyget för värdering av osteoporos med starka kommersiella rötter stöds inte av WHO. På vissa ställen saknar jag nyanseringar, till exempel att HAS-BLED inte ska användas som orsak att avstå från antikoagulantia.  
Det redovisas inte eventuella jäv eller intressekonflikter hos författare och inte heller några referenser förutom riktlinjer eller guidelines, Det hade man kunnat lösa med en länksamling på nätet. Det ryms inte i det lilla tryckta formatet. Hur länge håller en praktika aktualitet? (Om jag jämför med den äldre mera omfattande 12 år gamla boken är det inte mycket som ändrats.)  
Mot urvalet finns inget att invända, saknas gör

möjligen palliativ medicin som kanske finns i annan praktika?

Sammanfattningsvis en mycket bra, genomarbetad, lättläst och värdefull bok med kondenserad praktisk och teoretisk kunskap som borde lämpa sig väl för AT och ST-läkare

Peter Olsson jan 2018

## **BRA BOK OM ÄLDRE MULTISJUKA! (recension från 2005)**

Äldresjukvård. Medicinsk äldresjukvård av multisjuka patienter.

Åke Rundgren, Ove Dehlin. Studentlitteratur 2004 ISBN 91-44-02097-X

Geriatikern kan ses som de äldres generalist. En bok till generalister måste ta sin utgångspunkt i ett bestämt perspektiv. Det "allmänna" är ju nämligen något annat än summan av alla underspecialiteter. Två erfarna pedagoger och specialister har tagit ett speciellt grepp på ämnet "Äldresjukvård" riktat till läkare och annan personal inom kommunal äldreomsorg. Jag bestämde mig för att läsa en hel bok som omväxling, ämnet blir allt viktigare framöver. Med den aktuella revirdiskussionen kring speciella äldrevårdcentraler i minnet var min läsning till en början kritisk och ifrågasättande. Efterhand blev jag dock alltmer imponerad. I 21 kapitel tar man upp de viktigaste aspekterna på speciella teman. Man täcker inte allt men det är inte heller ambitionen, vid speciella tillstånd hänvisas till special-litteratur. I stället för specialitetsindelning av sekundärvården har verklighetens medicinska problem fått styra upplägget.

I första delen mera allmänna avsnitt om principer för vården, åldrandet, läkemedelsbehandling, rehabilitering. Teoretiserandet är mera kortfattat och oproblematiskt än för allmänmedicinare. Hit har även förts infektion, smärta, urininkontinens, nutrition (de borde väl logiskt hört till den andra "kliniska" delen?).

I den andra delen koncentrerar man sig på ytterligare nio kliniskt avgränsade områden: Magproblem, frakturer, trycksår, psykiska besvär, komplikationer till stroke och diabetes, beteendestörningar vid demens, palliativ vård. Särskilt lyckat är avsnittet där man sammanför "Yrsel, falltendens, postural hypotension och svimning?". Den grundläggande motsättningen mellan möjlig behandling och utredning och den rimliga hanteringen är väl avvägd i hela boken.

Resursbrist eller åldersgränser diskuteras inte. Övervägandet vid ordination är ju möjligen mera tillspetsat med riktigt gamla, men i grunden detsamma oberoende av ålder. Nyttarisk ekvationen har dock förskjutits med utvecklingen. Själv tvivlar jag ofta på en del åtgärder som anhöriga, personal och även patienter pressar mig att utföra.

Vikten av återhållsamhet med läkemedel betonas konsekvent, många bra praktiska icke-farmakologiska tips.

Man avråder från ospecifik neuroleptika under lång tid, sömnmedel, lugnande medel dagtid och tricykliska antidepressiva. Däremot föreslås behandlingen med antidepressiva ökas. Det tycker jag kan ifrågasättas både vad gäller indikation, effekt och biverkningar. Dessutom övervärderas risperidon.

Ett kapitel tar upp regelbunden provtagning och test. För diabetespatienter sägs att provtagning kan inskränkas till dygnskurva med 6 värden och HbA1C var sjätte månad. Min erfarenhet säger att det är en fullständigt orealistisk nivå. Inte heller nämns det viktiga provet kreatinin som vid endast måttlig förhöjning utgör närmast absolut kontraindikation för metformin. På sjukhem blir det ofta aktuellt med nedtrappning av terapi för just diabetes.

I boken finns samlat en hel del användbara formulär och skattningsskalor. GAD för depression, testformulär ADL-funktion och kognitiv screening med MMT.

Har jag då lärt något nytt? Några detaljer kanske, men som allmänmedicinare idag brottas man med många av de problem som tas upp i boken och har provat det mesta som föreslås. Boken som helhet kan rekommenderas både för läkare och annan personal både i kommun och landsting som vårdar multisjuka äldre. Vissa kapitel passar perfekt för små korta genomgångar i teamet.

Peter Olsson Jokkmokk 2005

## OBS-avdelning i glesbygd

Vi har haft besök av forskare

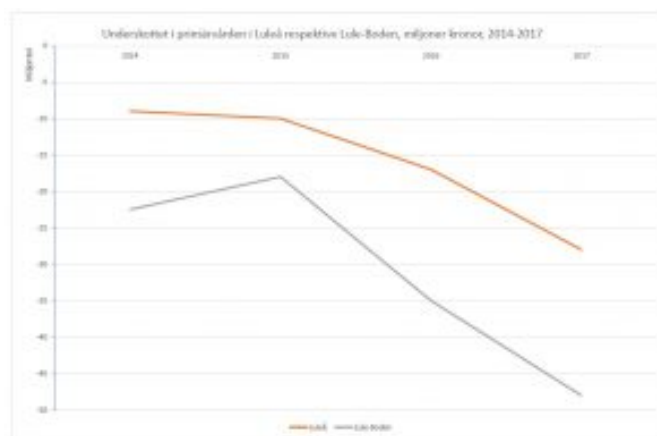
Vi har suttit i långa och utmattande intervjuer om en vårdform som kunde vara en lösning för sjukvårdens problem även i tätort och storstad. Vi fick plocka fram en rapport från början av 90-talet, publicerad i Allmänmedicin "Långt från sjukhus, OBS-avdelning i glesbygd". Tyvärr är ju styrningen av vården inte rationell./Peter

## Har vi råd att (inte) finansiera primärvården?

Nästan varje dag kan man läsa i tidningarna om kriser i vården. Neddragningar, uppgivna medarbetare, kritiska politiker, skällande fackförbund och luttrade chefer. Patienterna är de som hamnar i kläm. Bilden är entydig: Framtidstron verkar övergiven sedan lång tid och personalflykten har börjat. Som relativt väl insatt i landstingets ekonomi kan jag också informera om att krisen ÄR här. Inte sen, kanske inte en nu, utan den har pågått en längre tid.

Jag arbetar som läkare och verksamhetsansvarig på vc NorraHamn i Luleå. Vi driver sedan 2014 en vårdcentral i "egen regi", dock tillhör vi praktikertjänst som sköter en del ekonomi, löner, IT osv. Vi har på drygt tre år ökat från 0 patienter till ca 8500, från 10 till 32 anställda. Vi har alla kompetenser som krävs i Vårdval Norrbotten. 2017 utökade vi lokalerna med ca 350kvm inkl en träningslokal för patienterna, de 4 sjukgymnasterna och inte minst personalen. Vi mår bra, har kul ihop och gör vårt bästa. Detta inlägg ska inte handla om oss och vår resa i första hand, utom är ett debattinlägg om vart vi är på väg.

Primärvården i Luleå-Boden gick år 2014 back ca 9 miljoner kronor. 2015 ca 10 milj. 2016 ca 17 milj och 2017 ca 28 milj. Underskottet för hela Närsjukvården ökar också med några hundra miljoner, men den kurvan är inte lika expansiv och har ju totalt sett en mycket större budget. Titta på siffrorna igen. En liten graf kanske gör det tydligare:



Under hela denna period har man gjort inga direkta förändringar i budgeten, förutom flyttat pengar mellan olika poster eller i bästa fall skrivit upp den med indexreglering. Däremot har man diskuterat



detta ofta. Rasat i tidningar. Pressat på chefer och anställda. Och 31/12 har man fyllt på underskottet. Man ska ju koma ihåg att underskottet aldrig kommer gå att jobba in utan kommer belasta skattebetalarna. Fram tom 2017 har landstinget delvis insett att det verkar vara för lite pengar. Man har inte satt en realistisk budget nästkommande år, utan fyllt på i efterskott. Även de privata vårdgivare som driver hälso-/vårdcentraler har kompenserats med snittunderskottet per patient och bostadsort. 1:a December beslutade dock landstinget att dra in denna kompensation. Alltså inte till de egna verksamheterna utan till de privata alternativen. Räknan man snabbt motsvarar det ca 12% mindre ersättning till oss i luleå. Man kan ju undra vad som hänt? Är det de privata som skall stå för sparandet? Skall de patienter som valt att ha en annan vårdgivare än landstinget straffas? Tycker man kostnaden är för stor för primärvården och att anställda och chefer utför ett SÅ dåligt jobb allihopa? Ingen vet den riktiga orsaken. Kanske måste man titta på hur ledningen i politiken/ i tjänstemannagruppen förändrats, jag vet inte. Men det är inte logiskt. Och kommer bara skapa sämre hälso- och sjukvård. Och inte kommer resultatet vara bättre nästa år, om man skall bibehålla den verksamhets som faktiskt bedrivs. Varje dag, dygnet runt.

I rättvisans namn måste man ju ändå beskriva vad en snittpatient "kostar" i primärvården. Man kan se det som en skolpeng, eller så kan man titta på vad den kostade förra året och sätta en budget efter det. Nu har man valt en summa. Och den är inte stor. I snitt har man som invånare i Norrbotten ca 4000 kr/år. I detta ingår läkarbesök, provtagning, högkostnaden för mediciner, sjukgymnastik, dygnetrunt-tillgänglighet till telefon. Jourcentral (endast större städer). BVC. MVC. Hjälpmedel. Allt.

Vissa använder inte hela sin peng och vissa förbrukar mer. Men 4000 kr. Jag räknade ut att min årskostnad för internet och TV samt musiktjänst på nätet hamnar på en högre summa. För 4000 kr/år sköts den allra största delen av den hälso- och sjukvård de flesta behöver. Ett vårddygn på Sunderby sjukhus är dyrare än det. ETT.

Den summa klarar man således inte av att hålla. Jo, de privata gör de för de MÅSTE. Annars blir det konkurs. Men de alla utom en hälsocentral i Lule-Boden har kraftiga underskott. Björskatan har under flera år gjort ett mycket bra jobb, både ekonomiskt och innehållsmässigt, men framtiden får utvisa vad strukturförändringarna medför.

Denna diskussion står det aldrig något om i tidningarna, dvs att med extrem knappa resurser sliter och vänder sig ut och in för att hjälpa patienterna. Oavsett om det är en privat eller landstingsdriven hälsocentral. Varje dag. Året runt. Istället slår man ihop, drar in, blir kritiserade (inte heller sällan från övriga vårdgrannar men ffa från sin egna ledning). Vems fel är allt? Är det den som står på jobbet eller utför arbetet? Eller den som leder arbetet på plats, med ett direkt ansvar att tillhandahålla vård till alla sina patienter utifrån behov dygnet runt, året runt. För 4000 kr/år. En tredjedels Iphone.

Något måste göras. Titta igen på kurvan ovan. Dra ett fiktivt streck mot 2018, 2019. Kommer underskottet minska? Nej. Kommer det stanna av? Kanske. Kommer det öka? Sannolikt. Med orimliga förväntningar utifrån förutsättningar, både ekonomiska och personella, kommer vi alltid få dåliga resultat. Ska vi ha en politisk styrning av verksamhet är de också ansvariga för att ge tydlighet om hur vi ska prioritera och mandat för oss som arbetar att genomföra dem. Kan man inte uppnå resultat för att förutsättningarna saknas är det endast demoraliserande och maktutövande på ett negativt om man klagar och talar om dåliga resultat. Vi borde kunna kräva mer av de som styr istället för att de som utför jobbet är de som får stå till svars. Vem vill göra förändringar? Jag vill. Men få vill medverka och samverka. Istället vill man förstöra. Men något ansvar är det få som vill ta.  
/Andreas

## Markus rapport om Balint i Oxford

kanske kommer

## Markus rapport från tysk allmänläkarkongress

blir kanske inte klar förrän nästa nummer

## VEM ÄGER DATA? Kunskapsstöd och jäv, att gräva GULD

kanske vi skulle ta betalt för alla de data vi samlar in. Förfogar vi över en GULDGRUVA, på annat sätt än det var tänkt i kvalitetsregister och uppföljningar. Jäv i kunskapsstöd och balanserade invändningar.

Jag blev erbjuden att skriva om jäv i kunskapsstöd när en ambitiös skrift från skåne diskuterades på "ordbyte". Jag var först inte säker på om det var seriöst eller ironiskt menat.

Hur skulle en sådan text se ut, vilka viktiga referenser skulle väljas ut?

-Det finns tunga internationella referenser för att "evidens" påverkas av jäv.

-Jag skulle fråga varför jäv göms i icke sökbara skick i Sverige jämfört med ex v USA

-Peter Götzsches bok är självklar. (Deadly medicines and organised crime)

-Flera specialiteter som diabetologin, cardiologin etc kunde nämnas som helintegrerade och risker med det.

-FRAX-instrumentet som exempel på "stöd"

-Intellektuell bias är också ett viktigt begrepp som visar sig när olika experter, som vikt hela sin livsgärning åt ett visst problem, sakligt ska granska data och fakta. Vi har sett det när det gäller mammografi-screening och även screening av AAA Abdominell Aorta Aneurysm.

-Varför redovisar inte Läkemedelsboken och ex v Medibas eller Studentlitteraturs författare jäv?

-Varför är ersättning från industrin så normaliserad i Sverige? Vettiga och kloka kolleger ställer upp på uppdrag med vad som anges mycket blygsamma ersättningar i tveksamma fora där det är svårt att skilja annons, propaganda från utbildning.

-Vilka krav, vad gäller oberoende, kan ställas på författare till "kunskapsstöd"?

Kunskapsstöden är nu på väg in i journalen, jag ser stora risker för alltför stort genomslag och resultat kan bli överutredning och behandling utan balanserad information och åtgärder. När stöden kombineras med datoriserad uppföljning som kallas "kvalitet" blir det än värre. Kunde stödet kompletteras med tvivel, ska alltid det symptom som nämns utredas, vart leder överutredning till, finns invändningar, vad är prevalensen av symptom och allvarlig diagnos etc.

Kanske borde vi vara återhållsamma med att släppa data som vi samlar in. Frågan vem som äger data får en helt annan betydelse än när vi en gång ställde frågan vad gäller uppföljning.

Nu kan man bara ana den enorma kommersiella potentialen.

Vi borde nog ta rejält betalt för tillgång till alla de begärliga data vi samlar in?

Peter Olsson januari 2018

## Om glukossänkare - film på Medibas

varför ingen jävsdeklaration?

Jag såg en helt OK film från Medibas men ställde i mail följande fråga:

"Hej!

Är inte detta ett exempel där tydlig och öppen jävsdeklaration hade varit på sin plats?

God Jul!

Peter"

Trots att vi Hälsocentralen är en stor kund har man inte ansträngt sig för att svara på frågan.

Däremot ser jag att "föreläsaren" deltar i andra utbildningar eller vad man nu ska kalla dessa teman (KOL, Diabetes och hjärtsvikt) ordnade av läkemedelsbolag. (Min ST undrade vad jag tyckte om web-utbildning).

Varför så hemligt, hur stor är ersättningen? Påverkar det på något sätt glidningen i rekommendationer, material direkt från företagen? Tolkning av studier.

Peter

## Fortbildning Allmänmedicin nr 4 2017

<http://res.cloudinary.com/sfam/image/upload/v1512389962/tidskriften/yigcqqkjojt9ntq9lrto0.pdf>

Mycket läsvärt o spännande nummer, men vi skrivande är en åldrande och utdöende skara?

Nya rådet inom SFAM! För "hållbar diagnostik och behandling". Kan det bli en förnying?

När jag bläddrar i det digra numret ser jag att jag faktiskt är bekant med majoriteten av författare.

Fortbildning är komplex och mångfasetterad, recertifiering verkar vara ute.

Iona Heath har Rebecca Solnit som referens, vi hade i förra nr men då om att gå, vandra.

Anders Lundqvist skriver om EBM i verkligheten, en bok av Trisha Greenhelgh. Varför kan inte kunskapsstöd ge plats åt tvivel. Råd om utredning och behandling kunde kompletteras med ifrågasättande inlägg mot medikalisering och motargument mot utredningar av alla symptom och behandlingar. Ett motiverat stöd för att avstå. "Kunskap" är sällan neutralt, utan intressen bakom.

tänkte Peter

## Riktlinjer som hävstång för överbehandling

Guidelines and escalation

(Lehman 2 jan 2018)

For the last 20 years, guidelines have acted as vectors for overtreatment. They also represent a huge duplication of effort, as shown by this research letter which identified 22 guidelines for diabetes and cardiovascular disease promulgated in the US alone between 2012 and 2016.

Over 70% of their recommendations involved intensification of treatment, while 29% involved deintensification. Guidelines take misshapen stones of evidence and set them in a weak mortar of opinion. As the mortar crumbles, they slap on some more. This is no way to build an enduring cathedral of knowledge.

<http://blogs.bmj.com/bmj/category/richard-lehmans-weekly-review-of-medical-journals/>

## Handledning och Korståg mot överbehandling?

Den internationella diskussionen om “less is more”, “too much medicine” tränger ända in i detaljer i AT-handledningen i vår avlägsna gudsförgättna glesbygd!

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMms1713248>

Lisa Rosenbaum om “The crusade ”less is more”. Lisa har tidigare propagerat för att läkarkårens kontakt, även de finansiella, med industrin är positiv och utvecklande. Ett motinlägg: John M. Mandrola. In Defense of Less-Is-More – Medscape – Jan 09, 2018.

Från mina veckovisa noteringar i mail till min AT handledningsrapport v3 2018:

Peter sände Lisa Rosenbaums artikel i NEJM och motinlägg från Medscape (Mandrola), det är intressant att denna internationella diskussion om överbehandling/överdiagnostik jäv och bias etc når ända fram i våra diskussioner i handledningen i norrbottens glesbygd, de exempel som hon tar upp har vi vridit och vänt på (hjärtdiagnostik, troponiner, d-dimer, lungemboli, antibiotika, cancerscreening mm).

Det är nyttigt att ifrågasätta, även sig själv, jag försöker att läsa meningsmotståndare regelmässigt. Först då får man en balanserad syn på våra åtgärder och verksamhet. Och öppenhet för kritik.

Peter Olsson

## Landstingsbingo Budget i Balans (dec 2005)

dags att uppdatera?

När Du är på en dragning eller föreläsning eller information tar du med din spelplan och en penna och kryssar för efterhand och när du får en rad lodrät eller vågrät kan du ställa dig upp och högt och ljudligt säga BINGO! Lägg märke till att alltför ekonomiska termer förekommer efterhand som utvecklingen går framåt(?). Gilla läget Förändringsbenägen Flexibel Konkurrens Tänk(et) Koka ner Livskapital Sätta ner foten

Logga Varumärke Kundanpassa Verksamhetside  
Buisness as usual Fokusera Leverera Benchmarking  
Genombrott Mätbart Kvalitetsmått Liberal

Det var Markus som påminde om floskelbingo på Ordbyte, jag fick några förslag på en aktuell uppdatering. Spelplanen ovan är hämtad från <http://allmanmedicinbd.se/2008/04/11/2005-december/>

där finns en nostalgisk länk till vårt första nr 1991, som tyvärr inte fungerar längre-nostalg.

Vilka trendiga ord använder vi numera själva och hur ändras betydelsen efterhand? Frasernas innehåll kapas och tunnas ut. Hållbar, klimat, värde, tillgänglig, digital, ta höjd, ingångsvärde, autentisk, fakta, fake..

## Peters princip

Från en avgående MR, medicinsk rådgivare

<http://lakartidningen.se/Aktuellt/Kultur/Kultur/2018/01/Slumpen-sallar-bort-inkompetens-kanske/>

Spännande resonemang, ledare stannar på sin inkompetensnivå i hierarkiska organisationer.. Stämmer det med landstinget, förlåt regionen?

Peter

## SFAM kongress Norrköping i april 2018 I nöd och lust

<http://sfam2018.se/>

## Länkar feb 2018

Guidelines, conflicts of interest, senioren dr Magnus, Less is more kritik och försvar, den sjuka vården, råd vid abu/pos nitrit, glesbygdsmedicin medlem, preventing overdiagnosis, drugs to avoid, ringla sfampoddar, hållbart arbetsliv, riskkalkylator, styrning av vården, ultraljud för dvt, svensk sjukvård.

- Om clinical guidelines, framåt eller bakåt Ann Fam Med. 2017;15(5):410-412. © 2017 Annals of Family Medicine, Inc.
- Conflict of internets i USA tidskrifter medicinska, poem payment <http://www.bmj.com/content/359/bmj.j4619>
- Dr Magnus i senioren (sista krönikan) <http://www.senioren.se/expert/vart-ar-vi-pa-vag/>
- John M. Mandrola. In Defense of Less-Is-More – Medscape – Jan 09, 2018.

- Den sjuka vården <http://sh.diva-portal.org/smash/get/diva2:1133768/FULLTEXT01.pdf>
- om pos nitrit utan symtom <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/31592b03ea224dbaac4518d22f1101cd/rad-och-fakta-om-antibiotika-bakterier-i-urinen.pdf>
- Kunskapsstöd, (utan diskussion om jäv) [https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/sakkunniggrupper/ako-skane/rapportserier/rapportbok\\_nationellt\\_kliniskt\\_kunskapsstod\\_171207.pdf](https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/sakkunniggrupper/ako-skane/rapportserier/rapportbok_nationellt_kliniskt_kunskapsstod_171207.pdf)
- Glesbygdsmedicin: 2017 blir 2018. I samband med detta önskar vi ett gott nytt år och betalar in medlemsavgiften för 2018. 150 kronor. Betalas på bankgiro 5358-6756 eller Swishas till vår kassör Lennart Månsson på 070-3725760. Ange namn och e-postadress. God fortsättning!
- Konferens i Köpenhamn i augusti <http://www.preventingoverdiagnosis.net/>
- Läkemedel som bör undvikas: [http://english.prescrire.org/Docu/DownloadDocu/PDFs/DrugsToAvoid\\_2017update.pdf](http://english.prescrire.org/Docu/DownloadDocu/PDFs/DrugsToAvoid_2017update.pdf)  
Ska bli intressant att se vad de anser om nya diabetesläkemedel i 2018 sammanställning.
- Ringla, sfam poddar, <http://sfam.ringla.nu/i-fokus/sfampen>  
lyssnade särskilt på, helt annat intryck denna gång, håller med om det mesta: <http://sfam.ringla.nu/nyheter/asa-kadowaki-ett-hallbart-arbetsliv-i-primarvarden-ar-det-mojligt>
- Riskkalkylator enl tisp från Mats Neuman i Allmänmedicin <http://chd.bestsciencemedicine.com/calc2.html>
- Best science podcast: <https://therapeuticseducation.org/bs-medicine-podcast>
- Styrning av vården <http://lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2018/01/Manifest-for-lamplig-styrning-av-halso-och-sjukvarden/>
- Ultraljud för DVT: <http://lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Originalstudie/2018/01/Goda-resultat-nar-akutlakare-diagnostiserade-djup-ventrombos/>
- Per Björgells (journläkarboken) projekt: <http://www.akutasjukdomar.se>
- 21 olika uppdaterade guidelines: [https://reference.medscape.com/viewarticle/891367?src=wnl\\_drugguide\\_180122\\_mscpref&uac=161939FG&impID=1538085&faf=1](https://reference.medscape.com/viewarticle/891367?src=wnl_drugguide_180122_mscpref&uac=161939FG&impID=1538085&faf=1)
- hur bra är svensk sjukvård, med lägst andel allmänläkare? Elefanten i rummet/måwe Maja Lagercrantz reportage 2018-01-28 10.03-11.00 i God morgon världen i P1 (<http://t.sr.se/2GpMAYn>) missade elefanten i rummet, eller hur?

Den internationellt låga andelen allmänläkare nämndes överhuvudtaget inte. Roger Melins slutsats att digitalisering är lösningen fick stå oemotsagd.

Hur tänker P1? Hur tänker God morgon världen/redaktionen? Hur tänker Maja Lagercrantz?

Ulf Måwe

<http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=438&artikel=6871710>

## Böcker feb 2018

Guillou, Wennstam, Läckberg, Nesbö, Lagercrantz Mårtensson, Ryd, Jansson, Rosling/Härgestam, vietnamdokumentär. Äldre-boken.

- Guillou 1968  
Interiörer från turbulent tid, roligast könsåret som fastnat mellan tänderna, avslutningen sista ordet en cliffhanger mot Ulrike Meinhof.
- Wennstam Gänget
- Läckberg Häxan
- Nesbö Törst
- Lagercrantz Mannen som sökte sin skugga
- Mårtensson Elakt spel
- Anna Jansson Kärleksdans
- Deckare flera som jag tappat bort i hanteringen...
- Ryd Yngve – Fågelboken, långsam njutbar läsning.
- Hans Rosling. Hur jag lärde mig förstå världen.med Fanny Härgestam.  
Har bara hunnit börja läsa boken.  
Fint utförd, många käpphästar återkommer, optimistisk, kan man invända mot anspråket att med fakta ha "rätt".
- Dokumentär om Vietnamkriget SVT-Play , spännande i perspektivet man valt i vår tid. 10 timmar vid beredskapsjouren helg.

/Peter och Andreas