



*foto: Enric Fernandez Redo*

## *Allmänmedicin Norrbotten - kvartalstidsskrift*

### 2018 – Maj



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

#### **Innehåll Maj 2018**

Ofärdiga tankar och texter, utkast och stolpar

#### **Varför är Jokkmokk välbemannat i norrländsk glesbygd?**

Text till Manifestation för framtidens primärvård SFAM, Jonas och Hannas manifestation, Västerås

Glesbygdens avstånd är både för- och nackdel. Avgörande för oss var avskaffad “dagjour”. I stället har vi ansvariga sjuksköterskor, generalister. Vi täcker för varandra vid frånvaro i våra väl definierade avgränsade områden.

De fasta läkarna är inte rekryterade lokalt (ännu). Vi

har fortsatt dygnetrunt beredskapsjour.

För närvarande verkar det dock positivt med generationsbyte, flera ST.läkare, när vi är tre som snart pensioneras.

Vi har inte haft läkare som chef, men samverkan i respekt.

Jämför vi med andra välbemannade enheter tror vi på en stark läkargrupp, och kanske någon eldsjäl som vakthåller iden om ansvar i förhållande till patient. Den måste försvaras dagligen.

Vid tillfälliga svackor i bemanning har vi inte tagit in stafetter eller hyrläkare.

Stora hänsyn, ibland kanske väl stora, har tagits till den enskilde läkaren.

Är då bemanningen effekt av genomtänkt strategi eller bara en slump?

Det är ofta förfelat att försöka kopiera modeller rakt av.

Flera gånger, vid studiebesök, har vi fått förklara att vi faktiskt inte vet svaret på frågan varför vi är välbemannade (Inte ens ordet finns i ordlistan, har det gått så långt?/Andreas anm).

Peter april 2018

PDF fil ST-läkare vid kusten.med redovisning av enkät om vad som kan få läkare att bli allmänmedicinare i Norrbotten

## Progress-test

Medibas i handledning

Vi har tillsammans, min ST och jag, gått igenom hela provet och det har varit givande. Vi har väl tagit tio-femton frågor åt gången. Särskilt de som vi hade fel på enligt svarsmall har vi sökt i guidelines och riktlinjer och på så sätt uppdateras oss, även om vi inte alltid instämmer. [Medibas](#).

## LÄKEMEDEL STATISTIK

Det finns i många olika former av läkemedelsstatistik med lite varierande innehåll och mening. Finns anledning att förändra min egen förskrivning? Data kan vara begärliga för många intressenter. I framtiden kan robotisering öka följsamhet till riktlinjer. Storebror ser dig som förskrivare, Han tar inte hänsyn till dina eller patienternas till synes skenbart irrationella avvikelser. Hur har förskrivningen ändrats genom åren?

-Förskrivningsdata e-hälsomyndigheten-MIN FÖRSKRIVNING

<https://www.ehalsomyndigheten.se/tjanster/min-forskrivning/>

Du och din chef kan se din förskrivning, eller egentligen det som hämtats ut från apotek och hur mycket som belastar förmånen och vilken andel patienten betalar själv.

Jag jämförde med den rapportering som vi tidigare fick från apoteksbolaget i pappersform och då fick man sin egen förskrivning jämförd med enhetens och rikets. Nu har det tillkommit olika bearbetningar om ex antibiotika och potentiellt olämpliga farmaka. Där noterades en väldigt hög andel! 439/685!! Hur definieras olämpliga i motsats till lämpliga, alla har väl biverkningar?

I dagens onlineredovisning måste man själv välja jämförelse referens (enhet, landstinget, riket, specialiten). Man kan drunkna i data och behöver ställa sig relevanta frågor om sina avvikelser från normen. Men även normen bör ifrågasättas? Vilka frågor kan ställas till materialet?

Jag kan jämföra med en redovisning från 2006. Tio i topp-listen ser väldigt lika ut både vad gäller kostnad och DDD (definierad dygnsdos)

Små skillnader i demensläkemedel, astma/KOL, några preparat har försvunnit (diabetes Avandia) och några har tillkommit (antikoagulantia Eliquis,

andelen med Waran kommer minska) smärtpreparat oxy med tveksam indikation,

Är det något som förvånar i helheten, har jag några stora avvikelser gentemot specialitet, riket, landstinget? Över eller underförskrivning. Det hade varit en fördel att få de olika referenserna i samma skärmbild.

Åldrar – gamla pappersöversikten bättre? Kronor recipen och ddd

Den totala kostnaden över åren visar för mig ingen påtaglig ökning, men handledning (AT och ST förskriver åt mig, kan va en felkälla.) Per år: 1 miljon och hälften subvention.

Gör vi någon nytta med vår förskrivning? Kanske på marginalenvad gäller stroke hjärta, diabetes, mera tveksamt vad gäller KOL. (Vi borde välja identiskt preparat som är 30 % billigare)

Det totala antalet recipen och speciellt antalet preparat verkar variera mellan HC.

Potentiellt olämpliga läkemedel till över 75 år 2/3 av recepten och efter det på vilket sätt de kan vara olämpliga, hur ska man tolka det?

För länge sedan hade vi en drive för utbyte av TRE preparat, och förankrade det i läkargruppen och sjuksköterskorna och det var framgångsrikt, (ev det gamla dokumentet?). Vad skulle vi välja idag? (Det är en uppgift för tillträdande MR att analysera och driva)

Samtidigt kan man säga att vi blev lurade av bolagen. Det förstod vi först efteråt.

Men vi kunde påverka våra kostnader och förskrivning

-Olämpliga till äldre. Vilka var det?

Tidigare genomgång efter vår avvikelse i "öppna jämförelser"

-Långverkande benso: Stesolid, Nitra Mogadon, Flunitra

-Tramadol

-Propavan

-Antikolinerga: mot överaktiv blåsa, atarax

-Neuroleptika:

-Antibiotikaförskrivning

skrota infektionsverktyget ur VAS, det bara irriterar vad ska vi med "infektionsverktyget till? Irriterande och till ingen glädje för någon. Det finns redan beskrivande statistik så det räcker.

-Uppföljningsportalen:

Landstingets egen uppföljning av vissa prioriterade teman.

Neuroleptika, Magsyrhämmning, Pregabalin till unga, orala antikoagulantia (öka), antibiotika "250/1000 målet"

Tveksam publicering av namngivna läkare i hela landstinget, avancerade beräkningar utan hänsyn tagen till vilka arbetsuppgifter den enskilde har. Till exempel ansvar för stort SÄBO.

-LISA.

Varje månad anges för varje preparat vår kostnad Ersättning eller egentligen avdrag för varje preparat månadsvis till HC

nya preparat – ngt om kostnader för pat och HC. Nya största utgifterna, ex Victoza (60 gånger mer kostnad än Metformin DDD)

antal preparat – jfr med specialistklinikerna.

Antikoagulantia Eliquis Pradaxa etc

-Allmän statistik från LMK. Bildspel: vilka preparat.

Vår tidigare erfarenhet med att välja ut ett par preparat försöka förändra,

anm: vareniklin Champix endast subvention med uppföljning rökavvänjning

på 3 mån 208204 skr varav subvention 109 224

Totalt 577 OLIKA preparat på en månad, jfr med andra HC och specialistkliniker.

## Astma-KOL-dag 20180222

Peters noteringar, även sköterskor ska vara generalister

-Inledning Anne Lindberg, registerhållare

-Inhalationsläkemedel och teknik. ska vi skaffa för instruktionmaterial placebo från tillverkare ex inhalatorer, spacers (men man nämnde inte nebulisatorer som säljs på nätet)

-FEV1/FEV6, användbart men inte aktuellt för oss, eftersom vi inte har någon nämnvärd kö

-Astma/KOL mottagning. vi kan ha funktionerna men INTE särskilda sköterskor eller mottagningar (i VGR 26 olika specilastsköterskor, slår sönder hela iden med primärvård, många nackdelar, alla sköterskor bör vara generalister liksom läkarna. Om en enda har specialiteten tappar övriga kompetensen, omöjligt schemalägga över året. Vi bestämmer själva. Grundar sig i ett särintresse styrt av industrin som utformat all utbildning. När fram när sköterskorna kräver att pat ska få mer behandling, dvs farmaka. Den dyraste åtgärden med minst effekt.

-Fysisk aktivitet och KOL – engagerande och kunnig föreläsare!

-1177 innehåller saklig info, “mediciner botar inte och påverkar inte förloppet! men lindrar symtom” KOL webben kan vara användbar för tips till

sköterskor som följer upp pat, checklistor “mockup”, nytt modeord. Vet ni vad det betyder?

-sjukgymnasterna kan ha viktig träning för olika grader av KOL, rökstopp, stöd, info, kostinfo, uppföljning efter exacerbation –

-spirometri – vilka patienter ska vi prioritera att föreslå undersökning? Rökare över 40 år

länk till artikeln tidigare “Varför ställa diagnosen KOL – om rökaren inte vill?”

-Medicinerna: mycket få pat kunde passera lungkliniken utan att få ordination på symbicort, nu ska vi ändra på den överbehandlingen med antikolinerg och långverkande betastim steroidfri beh ett omöjligt behandlingschema med ogenomtränglig evidens, riktlinjer har tungt jäv.

Numera betonas symtom, funktionsnedsättning enl spirometri och exacerbationer. -Dagens föreläsare redovisade inte jävsdeklarationer!

-Spirometritolkning – inte alltid så enkelt, kombinationer med astma och restriktiva. -AT-läkarna planerar att visa oss exempel på tolkningar spiro!

vi får följa upp så vi hittar rätt i den

svåröverskådliga svärmen av siffror och data.

Peter

## ACG - viktning

uppföljning av SÄBO och hemsjukvårdspatienter

Vi tror oss ha iakttagit en minskning i vår ACG-viktning och det kan bero på en bristande registrering av diagnoser på hemsjukvårdspatienter och boende på SÄBO.

Med viss arbetsinsats kunde varje ansvarig läkare få en lista på sina oregistrerade och ska bli spännande att se om det påverkar på avgörande sätt?

Ska vi verkligen behålla denna ersättningsmodell som på så många håll drivit korrutiva mekansimer vidare?

## Resemedicin Gula febern

Vi fick anledning att uppdatera oss på ämnet

Resemedicin, det gällde en patient som behövde intyg att han inte skulle behöva ta gula febern vaccin. Nu har vi har skaffat oss stämpel!

Här är några stolpar till en lite rörig dragning på “klinisk kafferast”.

Reseråd: se Trafik, alkohol, sex, mat. En gammal

studie: Hur lång tid tog det innan resenären brutit mot mer än hälften av råden? Redan på flyget, innan man nått resmålet för många.

Gula febern – intyg för att slippa ytterligare påfyllnadsdos och vid ålder över 60 då biverkningar ökar, förlaga finns på vacc guiden eller i LB.

Lista över aktuella vaccinationer

Varför särskilda privata initiativ till extra kostnad?

Bra info på 1177 samma författare som till Resrådet (Lars Rombo)

När jag själv fått snabbvaccinering, inför

biståndsarbete, mitt eget certificate

Vaccinationsguiden.se (reklam på sidan)

demoversion av hur man kan använda.

reserådet <http://www.reseradet.se>

LB Läkemedelsboken

Alla sidor som nås när man söker på “gula febern” är inte uppdaterade texter. stämpel och intygsblankett finns på LB 2017 och vacc guiden.

Hur gör Ni vid resa, vart vänder man sig? Idag finns på nätet samma info som vi tidigare hade i Pappersform i pärmar som uppdaterades.

-Barn gravid pensionär

för 20 år sedan gjorde vi genomgång, och samma gäller än idag,

Grund vaccin; stelkramp difteri kikhosta

MMR

polio

Hepatit A B

kolera ETEC Dukoral

Malariaprofylax

GULA FEBERN

Japansk encefalit

Tyfoid

Epidemisk hjärnhinneinflammation

etc Rabies

Några vaccinationer har tillkommit och är på väg Gamla mail om prioritering överspelat. I samband med underbemanning hamnade det under profylax dvs lägst prio.

Har vi något att tillföra utöver det som enkelt nås på nätet (vi hade faktiskt en sköterske-prenumeration på vacc guiden) och 1177 reseråd? De som blir problematiska får ändå hänvisas till infektionskliniken. Men ingen ska behöva fara för att bara få ett stämplat dokument!

/Peter

## Depression: how many U.S. family physicians are suffering?(från Medscape)

Is burnout getting worse in your specialty? What's being done to address the issue? In this year's Family Medicine Lifestyle & Burnout Report, find out how happy physicians in your specialty really are, how many suffer from depression, what their personal lives are like, and much more.

## Lehman - läsvärd blogg!

Hinner Du inte följa med i den medicinska vetenskapens utveckling? Vill Du ändå känna dig uppdaterad och vill följa EN blogg på nätet föreslår jag Lehman i BMJ! Hans veckovisa genomgångar är ofta humoristiska, drastiska och kritiska. Man behöver inte instämma i allt.

Lehman om cochrane analyser

Ann Intern Med 13 Feb 2018

Systematic review provides little stimulation

Why did I come to this article with such low expectations? I suppose it's because I spent every Monday morning for several years looking through abstracts of unpublished Cochrane reviews for clinical importance, and if the intervention was a dubious physical treatment, you could more or less predict the conclusion. Here the intervention is cranial electrical stimulation (CES) using low voltage current. It's been tried since Faraday's time, and if it worked, we would all be using it for chronic painful conditions, depression, anxiety, and insomnia. The authors were able to find 26 randomised trials and—surprise!—most had small sample sizes and short durations; all had high risk of bias due to inadequate blinding. At this point the systematic reviewer's work is done and the conclusion should read: “there is no evidence from existing trials that CES works for xyz”. But reviewers are human: they have wasted months of their life on this exercise: they can't bear to have nothing to report. So they wreck everything by adding: “low-strength evidence suggest modest benefit in patient with anxiety and depression.” No! If the trials were too small, too short, and inadequately blinded they do not suggest anything except incompetence and futility. They do not count as evidence.

The Lancet 17 Feb 2018

Lehman om COPD-studier

Lancet 7 Mar 2015 Vol 385



857 Roflumilast is an oral phosphodiesterase 4 inhibitor which Takeda put on sale about 5 years ago at a fairly moderate price—a bit over £1 daily—to reduce exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease. Now COPD is a drug manufacturer's dream—it is very common, and whatever you do, it gets worse, so doctors are always keen to try out new drugs in the hope of some marginal benefit. If you can demonstrate that your product reduces exacerbations, it's win-win: neither the doctor nor the patient can possibly know if it is working, but will carry on with it just in case. The regulatory bodies, particularly NICE, weren't convinced that roflumilast had a sound enough evidence base. Since trials of new drugs are almost never done except by their manufacturers, it fell to Takeda to design, conduct, analyze and write up another trial of their product. They enrolled 1945 patients with severe chronic obstructive pulmonary disease from 203 centres in 21 countries. Fewer than 10 patients per centre for a common condition? Standard practice as we know. The final hurdle is to get a study like this past the eagle-eyed editors of a major journal which derives a substantial income from reprint sales.

“Interpretation:

Our findings suggest that roflumilast reduces exacerbations and hospital admissions in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease and chronic bronchitis who are at risk of frequent and severe exacerbations despite inhaled corticosteroid and longacting  $\beta_2$  agonist therapy, even in combination with tiotropium.”

What does “our findings suggest” really mean? It's a real struggle to work this one out. “The rate of moderate-to-severe chronic obstructive pulmonary disease exacerbations was 13•2% lower in the roflumilast group than in the placebo group according to a Poisson regression analysis (roflumilast 0•805 vs placebo 0•927; rate ratio [RR] 0•868 [95% CI 0•753–1•002],  $p=0•0529$ ), and 14•2% lower according to a predefined sensitivity analysis using negative binomial regression (0•823 vs 0•959; 0•858 [0•740–0•995],  $p=0•0424$ ).” I read this as saying that the alleged benefit of roflumilast is either just non-significant statistically or just significant: clinically, the meaning of 13% fewer exacerbations is uncertain as “The most frequently reported serious adverse events were chronic obstructive pulmonary disease exacerbations and pneumonia, and 17 (1•8%) deaths occurred in the roflumilast group compared with 18 (1•9%) in the placebo group.” On such quibbles do sales of

billions of dollars depend. No need for robust regulation, independently designed and conducted trials, and journals with no financial interest in publishing saleable studies. The present system is perfect for providing what it provides.

## Dom mot Influencer

Hur skulle det ha gått om det hade tillämpats på läkemedel och sponsrade kolleger?

- EKONOMI Bloggprofilen och influencern Alexandra ”Kissie” Nilsson fälldes i januari av Patent- och marknadsdomstolen för att inte tillräckligt tydligt ha märkt ut marknadsföringsmaterial i sin blogg. Två av tre granskade inlägg fälldes i domstolen, men nu överklagas domslutet av Konsumentombudsmannen (KO).

KO vill att domstolen även granskar Kissies sätt att formulera sig i inläggen, skriver TT.

– Som följare måste man kunna veta om det influencern skriver är något personligt, självupplevt, eller om det är ett reklamlägg som hon eller han får betalt för. Det handlar om trovärdighet och tydlighet, säger Gunnar Wikström, processråd vid KO, i ett pressmeddelande.

## Äldre och polyfarmaci

washington post

[https://www.washingtonpost.com/national/health-science/the-other-big-drug-problem-older-people-taking-too-many-pills/2017/12/08/3cea5ca2-c30a-11e7-afe9-4f60b5a6c4a0\\_story.html?utm\\_term=.d32c60f5cd24](https://www.washingtonpost.com/national/health-science/the-other-big-drug-problem-older-people-taking-too-many-pills/2017/12/08/3cea5ca2-c30a-11e7-afe9-4f60b5a6c4a0_story.html?utm_term=.d32c60f5cd24)

## Diabetesspråk

Ett tacksamt litet särtryck till Diabetolognytt nr 3 2018 (helt utan reklam eller korrupt text!)

Det handlar om en översättning av en intressant text från Australien 2012.

Språket är viktigt. De ord vi använder avslöjar och även styr hur vi tänker och ser på saker och ting. Nu

får texten internationell spridning. Läsningen väcker många tankar.

Man konkretiserar med att föreslå ord och begrepp som bör undvikas av olika skäl och ger istället förslag på ord att överväga. Vad skiljer t ex "kontroll" från "besök" hos läkare eller sköterska. Alla förslagen är inte självklara men avspeglar vår attityd.

Jag saknar analys av det språk som används i marknadsföringen av nya preparat. Inte heller olika riskkategorier, jämför med Groops olika klasser av diabetes.

[https://www.medscape.com/viewarticle/893421?nid=121169\\_4663&src=WNL\\_mdplsnews\\_180309\\_mscpedit\\_fm&uac=161939FG&spon=34&impID=1577566&faf=1](https://www.medscape.com/viewarticle/893421?nid=121169_4663&src=WNL_mdplsnews_180309_mscpedit_fm&uac=161939FG&spon=34&impID=1577566&faf=1)

8% motvarar 64mmol/mol allmän diskussion även vad gäller olika typer dvs klassificering av diabetes.

### Att förebygga frakturer hos äldre.

Karl Michselsson "Svensk geriatrik" nr 1 2018 s 28-31  
Samlad kritik av FRAX o osteoporoskampanjen

Tidigare har vi sett temanummer som verkat helsponsrade, t ex nr om osteoporos 2016 (utan jävsdeklarationer), nu släpper man fram en sammanfattande kritik av hela kampanjen för FRAX och bentäthetsmätning och bisfosfonater även vad gäller biverkningar och behandlingstid. NNT för att förebygga en fraktur och NNH för att förorsaka atypisk fraktur och/eller käkbensnekros blir likvärdiga.

Jag skulle rekommendera den för alla som deltar i kampanjen, från socialstyrelsens sponsrade expertgrupp till enskild överläkare som blivit bjuden på salladslunch.

Referens lista fanns på nätet.

### Särskilt Vård Förlopp. Katastrofal process?

Vi påtalade redan i första svaret hur dåligt perifer kodning skulle bli...

<http://allmanmedicinbd.se/2016-maj/>

Vi deltog i ett ledningsmöte om bl a uppföljning av SVF. Det blev en typiskt katastrofal redovisning av "resultat" av kodning. Den stackars projektledaren kunde inte redogöra för hur kodningen skulle gå till. Data hade hämtats ur vårt journalsystem VAS men det visade sig att ingen vårdcentral hade, efter noggrant sökande, de nödvändiga koderna i sina lokala system. Ändå redovisas "resultat" fortlöpande om hur "duktiga" vi är på att använda det icke existerande systemet. Det blir ju helt meningslöst!!

Nu låter jag våra sekreterare registrera på ett som jag ser det mycket tveksamt sätt och vi får väl bättre statistik men om det blir bättre omhändertagande än tidigare tvivlar jag på. Varför ska Norrbotten ha ett eget perifert sätt att koda som inte kommer att fungera. Att istället registrera på mottagande enhet vore enklare och säkrare. I dagens datorer går dessutom att följa upp när remissen skickades om man önskar uppgifter om det.

Man måste förstå själva verksamheten och i vilka lägen misstanken om allvarlig cancer uppstår och hur remiterandet då går till.

Dialogmöten annan katastrofal företeelse som jag ännu blir kallad till innan jag avgår som Medicinsk Rådgivare- Själva konceptet är ju att man lyssnar på varann men inte har någon lyssnat på allmänmedicinska synpunkter på uppföljning? Man utgår från någons visioner men inte verkligheten.

### Pia Dellson "väggen" om en utbränd psykiater (bok)

Spännande beskrivning av process och självreflektion, jag jämför med texten från ett FK-avslag.

"Klinisk blick" boken som PD skrev som AT-läkare fick stort genomslag för sina skarpsynta iakttagelser. Nu 17(?) år senare har författaren utbildad onkolog och psykiater gått in i väggen. Det är en intressant och koncentrerad vacker bok som fångar många delar av processen som ju alltid är individuell. Hon tackar särskilt för en litteraturvetare som rensade bland hennes metaforer. Några språkliga metaforer, riktiga höjdare finns dock kvar:

Högpresterande – fenomenal på att prestera högar.

Dödstrött inte livstrött. Fler ex:

Många självreflexiva tankar, fint uttryckt.

Saklig information om tillståndet bifogas och Marie Åsberg har skrivit förord.

-Parallellt med boken har jag läst ett typiskt avslag från FK, det går inte ta namnet som undertecknar på

allvar. Men tyngden i sådana svåra beslut slår hårt mot den enskildes försörjning.

Språket är som snömos, undanlidande och förolämpande mot både individ och intygsskrivande läkare men samtidigt undanlidande. Måste man ha en viss frekvens av sådana beslut för att avancera i byråkratin och uppnå målen? Hur väljs fallen ut, det verkar slumpmässigt. Samtidigt är texten otäckt förrädisk. Här följer det väl kända citatet om vanligt förekommande arbete (som inte finns)

Ur FKs text på tre sidor: "Försäkringskassan kan dock konstatera att det utifrån informationen i de medicinska underlagen samt övrig information i ärendet inte framkommer besvär, svårigheter att genomföra olika uppgifter eller handlingar i sådan grad och omfattning att det motiverar eller tydligt beskriver vad du inte klarar av att göra till följd av dina besvär och att din arbetsförmåga är nedsatt i förhållande till ett *arbete i lugn miljö som inte ställer höga krav på förmåga att hantera stress och koncentration.*" (Min kursivering)

Slumpen avgjorde att nästa handläggare godkände hel ss efter intyg i påföljande period med samma uppgifter. Det är som en tombola med människors försörjning.

Peter april 2018

- [Agenda 15/4 Högre lön till handläggare som har hög andel avslag på FK](#)
- [Bengt Järhult i Smålandsposten](#)

## Obesitas-kirurgi

Vem ska stå för uppföljning?

Den uppföljning som diskuterades i Läkartidningen var betydligt mera omfattande än i vår HÖK, vem ska stå för det? Får primärvården ett resurstillskott eller ska opererande klinik ta ansvaret?

<http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2018/01/Nordiska-riktlinjer-for-kosttillskott-och-uppfoljning-efter-obesitaskirurgi/>

## NORSK HELPDESK

allmera aktuell, vid alla problem med datorer(länk på hemsida)

## Om redovisning av ersättning från industrin till sjukvårdspersonal i olika länder

Även forskare uppmärksammar att redovisning är frivillig och att den i Sverige göms i icke sökbara skick i pdf-filer

- [http://portal.research.lu.se/portal/en/publications/sunshine-policies-and-murky-shadows-in-europe-disclosure-of-pharmaceutical-industry-payments-to-health-professionals-in-nine-european-countries\(ef4c9a00-5a8e-4940-b8bd-403ff747ce1c\).html](http://portal.research.lu.se/portal/en/publications/sunshine-policies-and-murky-shadows-in-europe-disclosure-of-pharmaceutical-industry-payments-to-health-professionals-in-nine-european-countries(ef4c9a00-5a8e-4940-b8bd-403ff747ce1c).html)
- [Mulinari Schai om samarbetsdatabas och dolda data](#)
- [Stefan JOHANSSON i Läkartidningen.](#)
- [Dagens medicin länk](#)

## AT-läkarnas reseberättelser,

endast nåbar från insidan nll? Intressant vad ungdomarna väljer och redovisar

<http://insidan.nll.se/Kunskap-utveckling/Utbildningar/AT-lakare/Resberattelser-AT-resa/>

## POINT OF CARE- Ultrasound

[Länk från nätet!](#)

## Kardiologer och antidiabetika

Noterade i behandlingsbladet att kardiologerna diskuterar att påbörja beh med "moderna" antidiabetika. Ska de då också informera om avvägningen mot biverkningar och stå för planerad uppföljning?

## Hans Rosling Fanny Härgestam Hur jag lärde mig förstå världen. Memoarer.

Gör Gapminder-testet!

Familjehistorien använde Hans för att beskriva utvecklingen i Sverige. Det gav tankar till den egna familjen. Min mor växte upp på ett litet torp när elektriciteten kom.

Hans upptäckte världen, bl a via faderns berättelser om mynt som föll ur kaffesäckarna han arbetade med. Hur kunde informationen om världen bli så snedvriden i media och läroböcker?

Tidiga resor till Indien,

Arbetet i Nacala blev livsavgörande avgörande, Mozambique, Slumpen gjorde att Hans hamnade i epidemi Konzo, berodde på otillräckligt processad Kassava

Som erkänd forskare fick Hans träffa Castro på Cuba

Han var lärare i Uppsala när jag träffade, före den mediala berömmelsen

Redan då var han nördigt intresserad av Årsberättelser om världens hälsa. Sedan följde Gapminder, och bejublad föreläsning TED Davos Vid Ebola epidemin kunde våra vägar korsats men epidemin avtog innan jag kunde fara till Liberiasom jag kände sedan tidigare arbete med Läkare utan gränser.

En hel del tas inte upp i boken, till exempel hepatiten. Det verkar vara lite olika versioner av apotekaren som sålde de p-piller som skulle varit gratis i Mozambique?.

Kvinnorna i Addis beskrivs entusiastiskt av Hans Efterordet är fint skrivet- ngt analyserande, fångar personen Hans.

Känner du till fakta om världen? Gör testet: Gapminder Testet 2018

<http://forms.gapminder.org/s3/test-2018>

Fakta- och fake och resistens, mycket tänka på... ny bok Factfulness Tio knep för att förstå världen

## Yngve Ryd Fågelboken

Några spridda noteringar

Det lite ofärdiga blir metodologiskt intressant, hur Yngve som nördigt vridit och vänt på begrepp och beskrivningar.

Hur han noga undersöker ex sådant som upprepas i många sammanhang, Till exempel ornitologer om slakt

av fjällgås, jfr med olika sanningar som smyger sig in på olika sätt i medicinen, historien ger en hel del exempel, med olika ideologiska inslag, det fodrar en eftertanke och självkritik och systematik för att kunna få syn på sådant.

Vilka sådana är påverkade av etnicitet, reklam, försäljning, intellektuell bias idag. Jag tänker på socialstyrelsen om antalet farmaka som långsamt har ökat och ändrad inställning från myndigheten.

Se sid 147 tro inte det du läser!

Yngve använder flera Informanter, ordböcker, logik, beteende hos fåglar , utseende o läten, kikare sent i historien, mystik, rovfåglar, omen, ägg, hur fånga, geografi i förändring.

Det något osystematiska ofärdiga fångar det komplexa i metoden, som utvecklas beroende på frågeställning..

De kunniga informanterna på väg ut ur historien?

Avsnitt om punkter att forska vidare på.

Avslutas med det finns ännu mycket att göra och människor att fråga.

## Mikael Hoffman årets allmänläkarvän (DLF)

[https://www.slf.se/upload/Yrkesforeningar/DLF/Årets%20allmänläkarvän%202017\\_DL\\_2-2018.pdf](https://www.slf.se/upload/Yrkesforeningar/DLF/Årets%20allmänläkarvän%202017_DL_2-2018.pdf)

## Waran-uppföljning

I vårt Behandlingblad berättade TW om användbara funktioner i Journalia.

Jag försökte få kolleger, mera datakunniga än jag, att klura ut hur det kunde underlätta vår årliga Waran-rond men intresset var lågt. Jag har i varje fall lärt mig hur jag enkelt kan i det individuella fallet kan se andel tid inom angett målvärde vid beh.

Under en viss procent bör beh ifrågasättas. Den typen av datorstöd tycker jag vi borde ta till oss, det borde utvecklas för patienternas bästa.



## Barbara Ehrenreich om överdiagnostik

<https://amp.theguardian.com/books/2018/apr/09/natural-causes-life-death-illusion-control-barbara-ehrenreich-review-wise-words-wellness>

## LÄNKAR maj 2018

- <http://www.preventingoverdiagnosis.net/>
- <http://www.lessismoremedicine.com/read>
- från en lekman med internationell utblick, <https://lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER—2018/EMA-bjuder-in-till-oppet-mote-om-kinolon-och-fluorokinolonantibiotika/>
- Floxies även i Europa? <https://lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER—2018/EMA-Offentlig-utfragning-om-kinolon-och-fluorokinolonantibiotika-13-juni/>

## Böcker

- Udtja en personlig berättelse Michel Teilus
- Ajtte museum vänner småskrifter 2018
- Spännande text som speglar utvecklingen.
- Joakim Palmqvist Hur man löser ett spaningsmord
- Anna Jansson Kärleksdans i obalans
- Buthler & Öhrlund. Uppståndelsen 2017
- Baldacci David. Fallet Walter Dabney
- Steinbeck Öster om Eden, Möss och mäniskor, Vredens druvor
- Kallentoft Lutterman Leon
- Dillon Lucy, Allt jag önskade
- Camilla Läckberg, Häxan
- Graham Caroline, En tragisk mans död
- Muller Majvor Alla resor är en omväg hem
- Blanckert Henrik, Kuriren
- Ishiguro Kazuo Never let me go
- Ishiguro Kazuo Begravd Jätte
- Carter Chris, Bödeln
- Wennstam Katarina, Gänget
- Öhrlund Dag Se till mig som liten är

/Peter och Andreas