

# AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 4 2023 ÅRGÅNG 44



För mycket medicin • Psykisk ohälsa

**SFAM**  
Svensk förening för allmänmedicin

- 2 **Vi måste vara motvikten**  
*Magnus Isacson*
- 3 **Till frågan om innehållet**  
*Jens Halldin*
- 4 **Ryds apotek speglar samhällsutvecklingen**  
*Bengt Järhult*
- 6 **Överdiagnostik för allmänläkare**  
*Rådet för hållbar diagnostik och behandling (SFAM-H)*
- 10 **Den farliga sjukvården? – 50 år efter Illich's klassiker**  
*Christer Petersson och Oskar Lindfors*
- 13 **Medikalisering idag**  
*Oskar Lindfors och Christer Petersson*
- 16 **Från medikalisering till biomedikalisering – med exempel från reproduktionen**  
*Sofia Zettermark*
- 18 **Intressekonflikter i systematiska översikter**  
*Marek Czajkowski*
- 21 **Numbers & time needed to treat**  
**Kloka kliniska val i den allmänmedicinska vardagen**
- 22 **Risken att överskatta risk**  
*Hålfán Pétursson, David Gyll och Oskar Lindfors*
- 24 **Om detta med risk och vem som ska ha behandling**  
**SCORE 2015 vs SCORE2**  
*David Gyll*
- 28 **Därför väljer vi ett konservativt förhållningssätt**  
*John Mandrola, Adam Cifu, Vinay Prasad och Andrew Foy*
- 30 **Jag orkar inte mer**  
**– En berättelse om den "psykiskt sjuka patienten"**  
*Linda Ångeby*
- 32 **Behövs psykisk ohälsa?**  
*Johan Bengtsson*
- 37 **Psykisk ohälsa på vårdcentralen – vad vet vi om diagnostik, sjukskrivning, vårdsamordnare och psykologisk behandling?**  
*Sandra af Winklerfelt Hammarberg*
- 40 **Att sätta ut SSRI-läkemedel**  
*Sven Ternov*
- 45 **Kan det vara hälsosamt att "Snacka om sjukt!?"**  
**Och vad har popcorn, konfetti och apelsiner med psykisk hälsa att göra?**  
*Jenny Berggren*
- 48 **Yrkesåren går – sjukskrivningsdilemman består**  
*Linda Ångeby och Monika Engblom*
- 50 **Är du ST-läkare och osäker på vilket ämne du ska välja till ditt vetenskapliga arbete? Välj psykisk ohälsa!**  
*Linda Ångeby*
- 53 **Patientmöte: Kampen mellan egot och hjärtat**  
*Hamed Shayegh*
- 54 **Vilken roll spelar allmänläkaren?**  
**Verktyg för vardagsetisk reflektion**  
*Linus Johnsson*
- 58 **Teorier förklarar – människor vill vi förstå**  
*Olle Hellström*
- 60 **Dolda godbitar i regeringsutredningen**  
**"Rätt förutsättningar för sjukskrivning"**  
*Lars Englund*
- 61 **A Fortunate Man – The Story of a Country Doctor**  
**A Fortunate Woman – A Country Doctor's Story**  
*Anders Lundqvist*
- 63 **SFAM informerar, kalendarium**

■ SFAM/AllmänMedicin informerar ■ Debatt ■ Tema: För mycket medicin ■ Tema: Psykisk ohälsa ■ Blandat/Recensioner



### Omslagsbild AllmänMedicin nr 4–2023

Det finns patienter som har många läkemedel. Det är svårt att förstå att samma medicin kan ha olika namn. Jag träffade en patient från ett annat land som hade många mediciner och hade varit hos många läkare. Vi hade tolk. Vi försökte få ordning på hennes medicinlista. Gradvis insåg jag att hon var analfabet. Det spelade ingen roll hur många gånger jag sa att Alvedon och Panodil var samma. Och många fler förpackningar fanns med samma medicin, men med olika namn. Vi löste det inte.



**Annika Andén**  
Illustratör,  
pensionerad allmänläkare  
[annika.anden@gmail.com](mailto:annika.anden@gmail.com)

# Vi måste vara motvikten

**F**ör mycket medicin eller Too much medicine är ett väldigt aktuellt ämne och har alltid så varit. Men kanske nu mer än någonsin med fler och dyrare behandlingar, prover och undersökningar. Och fler och starkare särintressen med starka ekonomiska incitament.

Som motvikt till detta har vi Kloka kliniska val som Läkarsällskapet nu driver tack vare SFAM och Josabeth Hultberg med flera. En annan motvikt är SFAM:s råd för hållbar diagnostik och behandling som vi är glada och stolta över att ha i vår förening. Egentligen är väl hela allmänmedicinen som specialitet och hela SFAM en motvikt till Too much medicine, åtminstone upplever jag det så i debatten och det är så jag som ordförande vill att det ska vara. Alla vill att det ska vara mer av allt men vi vill att det ska vara lagom.

Ett av de största hoten som jag ser för tillfället när det gäller Too much medicine är att det inom svensk sjukvård råder en preventionshysteri. De finns många aktörer som står redo att med svagt eller obefintligt vetenskapligt underlag kapitera på politikerns okunskap och naiva föreställningar om att ”digitalisering, prevention och nya arbetssätt” kommer att lösa världens problem.

Jag vill lyfta fram ett av de tydligaste exemplen på detta och det är den hälsoobligation som man har initierat för två år sedan i Region Stockholm. Där har ett företag digitalt värvat prediabetiker mellan 50 och 60 år och låtit dem ingå i ett program med diverse interventioner. Detta ska pågå i fem år men det finns inget egentligt underlag för varför det är rimligt att göra detta och man har ingen kontrollgrupp att jämföra med. När man nu nyligen gjort tvåårsuppföljningen [1] av obligationen ser man att 54 procent har normalt blodsocker och 7,5 procent har insjuknat i diabetes. Initiativet har hyllats och fått priser men är detta ett bra resultat eller inte?

Det har vi ingen aning om eftersom det inte finns en kontrollgrupp. Men bara genom att fundera och läsa på lite kan vi nog dra några hyfsade slutsatser. Man har rekryterat digitalt och vem som helst har fått anmäla sig och därigenom skapat sig en kraftigt selekterad grupp som är motiverad och digitalt kunnig. Sen kan vi titta lite på vad tidigare studier säger om prediabetes och hur det utvecklas utan intervention.

I en studie från Peru på prediabetes i befolkningen kan man läsa följande konklusion: ”Regression from pre-diabetes back to euglycemia was much more common than progression to diabetes.” [2]

I en annan studie från Nebraska läser vi följande konklusion: ”In this community-based cohort study of older adults, the prevalence of prediabetes was high; however, during the study period, regression to normoglycemia or death was more frequent than progression to diabetes.” [3]



**Egentligen är väl hela allmänmedicinen som specialitet och hela SFAM en motvikt till Too much medicine ...**

Och i en svensk studie läser vi följande: ”During a 12-year follow-up, most of older adults with prediabetes remained stable or reverted to normoglycaemia, whereas only one-third developed diabetes or died.” [4]

Detta ger oss åtminstone en hint om att resultaten från hälsoobligationen inte är så bländande som företaget bakom interventionen och Region Stockholm vill hävda.

Trots det har Region Uppsala hakat på denna trend med hälsoobligation som verkar fräsch och skön och säkert löser en massa jobbiga grejer som de där inom vården har för det är

ju digitalt och det är prevention. Men Region Uppsala satsar inte på prediabetiker utan på hypertoner. Följande har klubbats av Regionstyrelsen: *”Region Uppsala ska genomföra en hälsofrämjande insats som ska erbjudas ca 10 000 personer med odiagnostiserad eller okontrollerad hypertoni i Regionen. För att kunna genomföra denna insats på ett kostnadseffektivt sätt behöver*

*delar av screening, utredning, behandling och uppföljning av hypertoni ske digitalt.”*

Om man känner till vilka företag som lurar i vassen vet man att det här uppdraget är som skraddarsytt för Blodtrycksdoktorn som under några år nu har försökt hitta sin plats på vårdmarknaden. Företaget tjänar pengar på att behandla för övrigt friska hypertoner med cirka fem digitala ”besök” per patient per år. Vad är NNT och alternativkostnad för denna grupp? Och vad blir kostnaden för den fragmentering som per automatik kommer med denna typ av enfrågeappar.

Den här typen av ”vård” är en destruktiv och farlig trend som riskerar att splittra primärvården och allmänmedicinen till ingen nytta för någon förutom för de företag som kapiterar på hälsoobligationer, politikerns okunnighet och den lyster av vällovlighet som ordet prevention bär med sig. Detta är den värsta sortens Too much medicine. Låt oss motverka detta tillsammans.



**Magnus Isacson**  
Ordförande SFAM  
magnus.isacson@sfam.se

## Referenser:

1. <https://www.regionstockholm.se/nyheter-stockholms-lans-lands-ting/2023/10/lovande-resultat-med-halsoobligation/>
2. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168822719305157>
3. [https://www.unmc.edu/NebraskaGWEP/wp-content/uploads/2022/02/Prediabetes\\_jamainternal\\_rooney\\_2021\\_oi\\_200113\\_1617393547.05511-1.pdf](https://www.unmc.edu/NebraskaGWEP/wp-content/uploads/2022/02/Prediabetes_jamainternal_rooney_2021_oi_200113_1617393547.05511-1.pdf)
4. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joim.12920>

# Till frågan om innehållet

Lämningen av årets sista nummer av AllmänMedicin sammanfaller med min 49-årsdag och även med Göteborgskamraternas sista hemmamatch för säsongen. Med tanke på mitt fotbollslags prestationer i allsvenskan i år blir redaktörsjobbet ett skönt andningshål.

Detta är det sjunde numret som jag chefredakterar. När jag tog över efter Ingrid insåg jag att det var stora skor att fylla. Min främsta tanke var att försöka få tidningen lite mer luftig, att det skulle vara lite mindre text, mer bilder och mer luft. Och några veckor innan deadline har jag nog inför varje nummer tänkt att nu, om inte annat av påtvingat faktum eftersom jag inte fått tillräckligt med texter, kommer det att bli så.

Men istället har jag nästan alltid funnit mig snarast få klämma in alla texter jag vill ha med och inte sällan fått ställa bra texter på kö. Samtidigt har jag börjat svänga och tänka att tidningen kanske inte alls behöver bli mer luftig och lättsmält.

Givetvis måste tidningen vara lättåtkomlig och snygg vilket jag tycker att bägge Annikorna gör ett fantastiskt jobb med. Den ena Annika står för de flesta av våra illustrationer, den andra gör all layout. Men samtidigt tänker jag att innehållet är viktigare än formen, om de två behöver rangordnas.

Möjligen skulle min omsvängning kunna förklaras som ett undvikande beteende för att slippa redaktera för hårt. Analys av detta tar jag gärna emot på mejl eller andra kommunikationskanaler.

Det här numret blir i vilket fall lite speciellt. I praktiken tar numrets bägge teman upp nästan all plats. Delen om för mycket medicin har planerats, och till stor del skrivits, av vårt råd för hållbar diagnostik och behandling (SFAM-H) och delen om psykisk ohälsa av Nätverket för psykisk ohälsa. I förra numret stod vårt astma-allergi-KOL-nätverk för ena delen av temat.

Även om inte temadelarna kan uppta lika stor del av tidningen som i detta nummer, tror jag att det är positivt om våra råd och nätverk kan medverka mer aktivt i skrivandet. En av de fantastiska sakerna med AllmänMedicin, tycker jag, är just bredden, att allmänläkare skriver initierat i alla frågor. Jag personligen har också en dragning åt de mer holistiska delarna av allmänmedicinen, varför det är bra med annat som ger tyngd åt "andra" hållet.

Nu ska jag alldeles strax posta detta till layout-Annika och gå till Gamla Ullevi och (förhoppningsvis) se Blåvitt säkra allsvenskt spel 2024. Jag måste dock med skammens rodnad på kinderna avsluta med en ursäkt. Det var Peter Olsson från Jokkmokk som skickade ett mejl och frågade var jävsdeklarationerna tagit vägen i AllmänMedicin. Och det kan man verkligen fråga sig.

Det är ju lite synd och inte så lite pinsamt att detta tydligen var den enda förändringen jag infört och vidmakthållit under hittillsvarande sex nummer. Speciellt som jag principiellt anser att detta med jävsdeklarationer är av yttersta vikt. Tack för påpekandet Peter. Från detta numret är de med igen.

Deadline för nästa nummer av AllmänMedicin är 8 januari, teman i detta nummer är **Relation och kontinuitet** och **Hjärt-kärlsjukdom och diabetes**, alla bidrag, både till temana och övriga tidningen, är välkomna.

*God läsning och gott slut så ses vi 2024!*

Jens Halldin  
Chefredaktör  
chefredaktor@sfam.se



Till medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin:

## Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2024

**SFAM**  
Svensk förening för allmänmedicin

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin kallas härmed till fullmäktigemöte 2024.

**Tid:** onsdagen den 24 april kl 16.00-18.00

**Plats:** Uppsala Konsert & Kongress, Vaksala torg 1, Uppsala

Föreningens fullmäktige väljs av lokalavdelningarna. Namnen på fullmäktige skall anmälas före mötet till SFAM:s kansli, e-post: [kansli@sfam.se](mailto:kansli@sfam.se).

Varje SFAM-medlem äger rätt att närvara och yttra sig vid föreningens fullmäktige, men endast fullmäktige äger rätt att delta i beslut.

**Ur SFAM:s stadgar:**

*S4. Föreningens fullmäktige väljs av lokalavdelningarna. Varje lokalavdelning skall utse en fullmäktig för varje påbörjat 30-tal medlemmar. För varje fullmäktig väljs en ersättare.*

**Motioner till fullmäktigemöte ska vara styrelsen tillhanda senast två månader före mötet.**

Valberedningens förslag kommer att skickas till lokalavdelningarnas ordförande samt till fullmäktige. Verksamhetsberättelsen samt dagordning för fullmäktigemötet finns att läsa på SFAM:s hemsida ([www.sfam.se](http://www.sfam.se)) en månad före mötet.

*Välkommen! Magnus Isacson – SFAM:s ordförande*



# Ryds apotek speglar samhällsutvecklingen

**F**ör många, kanske de flesta människor, är det närliggande, det lokala den verkliga verkligheten som ger insikter om det generella, det samhällsrelaterade.

Jag har bott 45 år i Ryd och varit läkare vid vårdcentralen i 22. Jag har därför nära följt apoteksservicen i samhället. Den fungerade mycket väl med ett nära samarbete mellan vårdcentral och apotek under den så kallade monopoltiden. Då var alla apotek samlade i det välskötta Apoteksbolaget.

Bemanningen var god med två farmaceuter, lagerhållningen strålande för ett litet apotek och sommartid höll apoteket öppet. Allt förändrades 2009, då den borgerliga regeringen i sitt hat mot statlig verksamhet privatiserade apoteken. Nu skulle marknadskrafterna förbättra servicen genom konkurrens, läkemedelsdistributionen bli mer effektiv och samhällskostnaderna minska.



**Men situationen speglar hela samhällsutvecklingen, där idén att göra en marknad av det offentligas uppgifter brakar samman på många områden.**

Det har blivit precis tvärtom. Apoteket Hjärtat, som driver verksamheten i Ryd, har minskat personaltätheten och har under hösten bara haft öppet delar av veckan. I somras var apoteket stängt under en lång tid trots att vårdcentralen var öppen. Tillgången på läkemedel är uruselt, inte bara i Ryd, och inte ens livsviktig medicin hålls i tillräckligt stora lager när apotekskoncernerna och de internationella läkemedelsbolagen ska maximera vinsterna.

Att snabbt kunna få sina mediciner i anslutning till ett läkarbesök är förstås ett förstahandsintresse för Rydby och andra glesbygdskommuner med långt avstånd till affärsutbud. Men situationen speglar hela samhällsutvecklingen, där idén att göra en marknad av det offentligas uppgifter brakar samman på många områden. Skolan har blivit svårt segregerad, där de som mest behöver stöd lämnas åt sitt öde, vilket bidrar till gängkriminalitet. Det fria vårdvalet ger människor i glesbygd och utanförskapsområden sämre läkartillgång. I omsorgen av unga och



Illustration: Annika Andén

gamla kan storkoncerner i praktiken försämrade vårdkvaliteten, omöjliggöra valfrihet genom att köpa upp olika HVB-hem eller äldreboende på samma ort och mjölka kommunerna/regionerna/skattebetalarna på stora belopp.

De ideologiska arkitekterna bakom de så kallade valfrihetsreformerna hade en naiv föreställning att anbud och upphandling kunde garantera kvaliteten. Inom vårdverksamhet finns nästan ingen möjlighet, och kanske inte heller vilja, att genomskåda jämlikhetsbristerna och pengaflödena. Modellen är således en papperskonstruktion, vars huvudsyfte var och är att ge storbolag näringsfrihet.



Inte ens spärrar för uppköp av små läkarledda vårdcentraler infördes. Internationella koncerner och riskkapital i vård, nät-läkarbolag, omsorg och apoteksservice tilläts fritt spelrum. Så har också kriminella nätverk i betydande grad tagit sig in i skattefinansierat socialt stöd till unga och vårdcentraler fått starta av rena skojare. Hur stor denna infiltration i primärvården är har ingen brytt sig om att ta reda på, inte heller att studera hur selektionen av patienter rimmar med hälso- och sjukvårdslagen (HSL) eller precisera gränserna mellan vinstmaximering och ren kriminalitet.



**Så har också kriminella nätverk i betydande grad tagit sig in i skattefinansierat socialt stöd till unga och vårdcentraler fått starta av rena skojare.**

Huvudfrågan är enkel. Ska eller ska inte alla människor i detta land få jämlik vård, skola och omsorg? Om svaret är ja, kan inte mänskliga behov tillfredsställas på en marknad där syftet är att, från skattebetalarna till ägarna, föra över så mycket pengar som möjligt, pengar som skulle gå till undervisning, vårdinsatser och en läkemedelsservice i hela landet. Apoteket Hjärtat med ICA som ägare redovisade 2022 miljardvinster.

I Capio, en internationell multinationell koncern med säte i Australien, har en försäljning till ett amerikanskt investmentbolag och en fond i en arabisk diktatur övervägts. Den stoppades 2022, inte av principiella skäl – det oförenliga med HSL, utan för att ett nytt bud var för lågt för aktieägarna. Nästa gång

hamnar kanske en stor del av svensk primärvård i händerna på utländska intressen och riskkapitalister. Glesbygd, socialt utsatta områden och patienter med mindre lönsamma sjukdomar blir förlorarna.

Har man som bolag ett samhällsuppdrag baserat på skatte-medel måste det skötas. Omfördela personal, locka med goda arbetsvillkor, ha en personalbemanning så samhällsuppdraget kan klaras. Det är självklart att regionerna måste ställa strikta krav och ha effektiv uppföljning på de privata apoteken, att upprätthålla servicen i glesbygd och på vårdkoncerner, och att inte selektera de lönsammaste patientgrupperna. Nya kontrollsystem behöver utvecklas om privata aktörer ska tillåtas delta i det gemensamma välfärdsåtagande utifrån demokratiska principer.

Utvecklingen blir annars nedlagda apotek, endast de mest lönsamma i centralorter fortsätter. I nästa steg försvinner glesbygdens vårdcentraler med hänvisning till att ändå folk måste åka till centralorterna för att få sina läkemedel. Likaså är starkt förbättrade vårdinsatser i utanförskapsområden en del i att stoppa social stigmatisering, fattigdom, ojämlikhet och gängkriminalitet.

Apoteket i Ryd berättar något om dagens samhälle.

*Jäv saknas.*



**Bengt Järhult**  
Pensionerad allmänläkare, Ryd  
[bengt\\_jarhult@hotmail.com](mailto:bengt_jarhult@hotmail.com)

*Insändaren har även publicerats i Smålandsposten 12 oktober 2023.*

## UTBILDA DIG I KOMPETENSVÄRDERING!

Kurs i kompetensvärdering i allmänmedicin måndag–onsdag 15–17 januari 2024 på Stjärnholms slott utanför Nyköping.

**Anmälan senast 12 december 2023.**

Kursen, ett tredagars internat, är grundkurs för den som vill bli värderare för Mitt-i-ST® och examinator för specialistexamen i allmänmedicin. Den fungerar också som fördjupningskurs för handledare, studierektorer och andra specialister i allmänmedicin med intresse för utbildning.

Kursen ger träning i att värdera allmänmedicinsk kompetens, särskilt under och i slutet av ST. Den bygger på aktivt deltagande, och stor del av tiden ägnas åt arbete i små grupper med praktiska övningar. Samtliga moment i specialistexamen går igenom: portfölj, skriftligt prov, uppsats, praktikdag. Stor del av tiden ägnas åt bedömning av konsultationer samt träning att ge återföring. Videoinspelade konsultationer används som underlag.

Du hittar anmälningsblankett och mer information om kursen på SFAM:s hemsida och mer information om SFAM:s former för kompetensvärdering på sidorna om Mitt-i-ST® och specialistexamen

### Kontaktpersoner:

**Robert Svartholm**  
([polarull.svartholm@telia.com](mailto:polarull.svartholm@telia.com))

**Karin Lindhagen**  
([karin.lindhagen@sfam.se](mailto:karin.lindhagen@sfam.se))

# Överdiagnostik för allmänläkare

SFAM:s råd för hållbar diagnostik och behandling, SFAM-H, publicerade nyligen en kunskapsöversikt om överdiagnostik i Läkartidningen [1]. Syftet med följande artikel är att sätta överdiagnostik i en allmänmedicinsk kontext och att utveckla resonemangen kring några av de för allmänmedicin mest relevanta aspekterna av överdiagnostik.

## Överdiagnostik

Definitionsmässigt är överdiagnostik att identifiera avvikelser som aldrig skulle komma att leda till skada (överdetektion) eller att betrakta riskfaktorer som sjukdomar eller att kalla normala livsomständigheter för sjukdom (överdefinition) [2]. I praktiken kan ett bredare synsätt appliceras, då det är rimligt att även inkludera personer som har en sjukdom som ställer till skada, men där personen av olika skäl, till exempel kort förväntad kvarstående livslängd, kan förväntas få mer nackdelar än fördelar av att diagnostiseras och behandlas.

Överdiagnostik betyder alltså att gällande diagnoskriterier för ett tillstånd är uppfyllda, men att personen i fråga inte har nytta av att diagnostiseras. Med andra ord att nyttobalansen av att ställa diagnos är negativ och att diagnosen gör mer skada än nytta.

## Drivkrafter

Överdiagnostik uppstår som en del av en bredare medikalisering av samhället samt en expanderande och alltmer efterfrågestyrd vård. Drivkrafterna bakom är många och komplexa. Några är uppenbara, som exempelvis karriärmässiga eller ekonomiska vinster för personer eller företag [3]. Utökade tekniska möjligheter och allt högre upplösning i medicinska tester är en annan, kanske mindre uppenbar: Tillgång till en metod kan öka dess användning [4, 5]. Sannolikt bidrar den höga tillgängligheten till MR i Region Stockholm, till det faktum att fler MR knä görs här än i övriga landet, ofta med tveksam nyttobalans [6].

Men en troligen viktig faktor, som vi behöver ha ödmjukhet inför men också våga reflektera kring, är viljan att göra gott – en faktor som för många av oss är en viktig personlig drivkraft för att jobba i vården. Vår vilja att göra gott kan paradoxalt nog leda till sämre vård, på individ-, samhälls- och planetär nivå. Vi lever i ett informationssamhälle. Detta innebär att information i sig anses ha ett positivt värde, och att mer information alltid är bra. Det påverkar både patientens förväntningar och vårdpersonalens förhållningssätt. Men det är ett tveksamt antagande [7].

## Medicinska tester i primärvård som drivkraft till överdiagnostik

Den intuitiva tanken att för säkerhets skull ta några extra blodprover eller en MR av ryggen kan leda till problem snarare

”

Överdiagnostik betyder alltså att gällande diagnoskriterier för ett tillstånd är uppfyllda, men att personen i fråga inte har nytta av att diagnostiseras.

än säkrare vård [8, 9]. Det riskerar att varken öka läkarens förståelse för symtombilden eller patientens förståelse för sitt lidande, och hjälper inte heller patienten att hantera lidandet. Tvärtom kan onödigt information till följd av övertestning leda till felaktiga förklaringsmodeller som cementerar en överdrivet medikaliserad tolkning av problemet och till andra skadeverkningar såsom oro över irrelevanta avvikelser [10]. Det leder också till överdiagnostik.

Övertestning ökar risken för falskt positiva testsvar, som i sin tur ökar risken för feldiagnostik, överbehandling och överdiagnostik. Övertestning ökar också risken för överdiagnostik direkt genom att identifiera fler personer som inte har nytta av att få diagnos.

I primärvård kan de negativa konsekvenserna av övertestning av flera skäl bli större än i sekundärvård. Lägre förekomst av betydelsefull sjukdom gör att tester presterar sämre. Positivt pre-

**Det är inte tanken som räknas,  
det är resultatet.**

**“To hell with  
good intentions”**

*Ivan Illich*

(An address by Ivan Illich to the Conference on Inter-American Student Projects (CIASP) in Cuernavaca, Mexico, on April 20, 1968.)

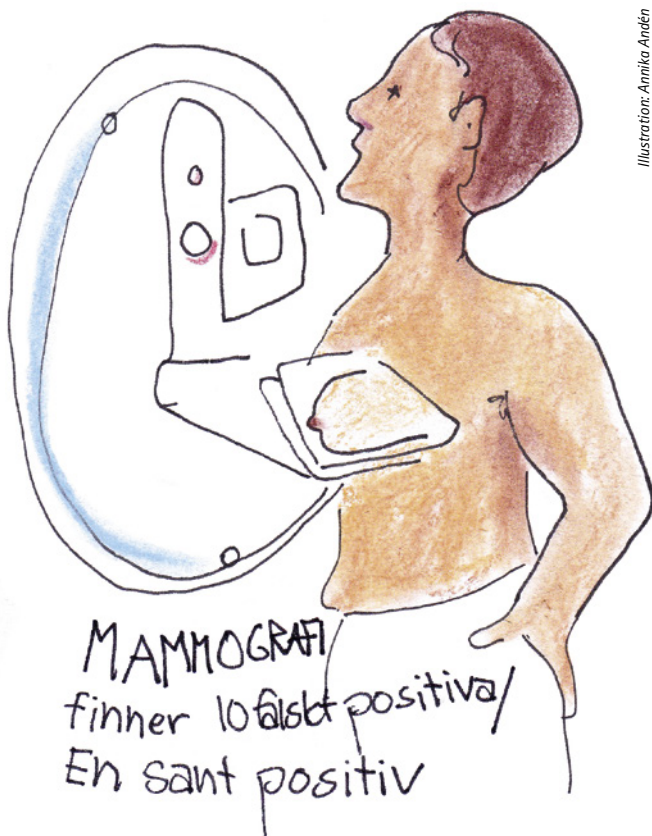


Illustration: Annika Anelén

diktivt värde (PPV) blir generellt lågt i en oselektad population med låg prevalens. Tillförlitligheten i testet blir därför lägre.

Ju mer screeninglik användning, desto större andel av de positiva utfallen blir falskt positiva, och desto fler av de sant positiva leder till överdetektion – till exempel mammografi-screening resulterar i cirka tio falskt positiva utfall för varje sant positivt utfall och fem till tio överdiagnostiserade för varje räddat liv [11, 12]. Falskt positiva resultat leder till negativa psykologiska konsekvenser, även efter att vidare testning kunnat avfärda misstanken [13].

Falskt positiva där aktuell avvikelse inte föreligger men vidare testning inte heller kan avfärda misstanken och överdiagnostiserade fall riskerar, utöver direkta konsekvenser av själva diagnosen [14], också att genomgå behandling i onödan. Dessa individer har förstås bara skadeverkningar av detta. En fråga som borde diskuteras mer är hur mycket skadeverkningar hos överdiagnostiserade eller falskt positiva individer, som kan accepteras för att få ut den nytta som metoden ger till någon annan. Om ”inte skada” är en grund i läkaretiken, kan det argumenteras för att denna aspekt borde väga tyngre än den gör i nuläget.

Ett annat problem med tester i primärvård är ett fenomen som kallas spectrum bias. Kortfattat innebär spectrum bias att ett test är framtaget i en annan kontext än den det används i, vilket vid klinisk användning förskjuter dess prestanda i negativ riktning. Fenomenet beror på att testers specificitet och sensitivitet ofta utvärderas i en starkt selekterad population, med säker förekomst av sjukdom. Som kontrollgrupp väljs ofta friska utan

symtom. Det betyder att de två grupperna inte överlappar och att andelen falskt positiva och falskt negativa blir lägre än i en klinisk situation, vilket leder till att testets prestationsförmåga överskattas. I en klinisk situation är sjukdomsbilden sällan lika tydlig och överlappningen mot friska med symtom och personer med andra sjukdomar är ofta stor. I primärvård blir spectrum bias därför mer uttalat än i sekundärvård [15].

Sjukdom i tidigt skede brukar presentera sig annorlunda än skolboksbeskrivningen, som oftast baseras på en sekundärvårdspopulation med fullt utblommad sjukdom. Det leder till större överlappning mellan symtom som faktiskt beror på sjukdom och symtom som inte beror på sjukdom, vid diagnostiskt arbete i tidigt skede. Det ökar i sin tur risken för falskt positiva utfall och detektion av avvikelser som inte skulle komma att leda till skada – överdiagnostik.

Sjukdom och dess diagnostik beskrivs oftast utifrån ett sekundärvårdsperspektiv, som nämnt ovan. I primärvård kommer patienter däremot med symtom, inte sjukdomar. Riktningen mellan hur sjukdomsbeskrivningar tas fram och hur patienters symtom presenterar sig i verkligheten är alltså omvänd. Symtomen är vanliga bland dem med den aktuella sjukdomen, men är ofta vanliga också bland personer med andra sjukdomar och personer utan sjukdom. Att då utgå från en fullt utblommad sjukdomsbild blir problematiskt, och att använda denna kunskap som gyllene standard för utredning av en sjukdom bidrar till alla de problem med testning i primärvård som tagits upp i denna artikel.

### Hur kan tester användas klokt i allmänmedicin (och i andra specialiteter)?

Genom ett patientcentrerat förhållningssätt och en tränad klinisk blick går det att minska problemen med testning. Problemen minskar också om medicinska tester bara används i situationer när:

1. Patienten förväntas ha tillräckligt hög sannolikhet för den aktuella avvikelsen (tillräckligt högt PPV).
2. Patienten förväntas ha positiv nyttobalans av att en avvikelse identifieras (låg risk för överdiagnostik).
3. Testernas inneboende statistiska egenskaper är tillräckligt bra i den aktuella kliniska kontexten.

Med dessa tre hänsyn vid testning kan en population selekteras fram, där risken för överdiagnostik är lägst möjlig, samtidigt som PPV är så bra som möjligt. Då blir antalet falskt positiva lågt och populationen som testet används i liknar mer den population som testet är utvecklat i, vilket minskar problemet med spectrum bias [16, 17].

### Varför är kunskap om överdiagnostik viktigt för oss allmänläkare?

Allmänmedicinen intar en särställning när det gäller att förebygga överanvändning av medicinska resurser och överdiagnostik. Allmänmedicin hanterar hela bredden av mänskligt illabefinnande, ser människor med helhetssyn i sina sammanhang (biopsykosocialt förhållningssätt) och strävar efter personlig kontinuitet över tid. Inom primärvården behöver man ständigt göra horisontella prioriteringar mellan patientgrupper, sjukdomstillstånd



Vår vilja att göra gott kan paradoxalt nog leda till sämre vård, på individ-, samhälls- och planetär nivå.

och insatser. Det ger bättre möjligheter att upptäcka negativa konsekvenser av medicinsk aktivitet jämfört med verksamheter med smalare synfält och kortare uppföljningsperspektiv.

Att luta diagnostik mot tester kan ge en känsla av trygghet. Kännedom om statistiska problem med diagnostiska metoder kan därför göra att tillvaron upplevs mer osäker och att livet som distriktsläkare blir svårare. Men det ger också möjlighet att undvika onödiga och potentiellt skadliga insatser. Med större förståelse för testsvarens osäkerhet är det lättare att förstå vikten av den kliniska bedömningen. Genom möjlighet till individuellt anpassad uppföljning och den trygghet som personlig kontinuitet ger, går det ofta att avstå från tester, som i mindre förtroendefulla vårdrelationer görs för säkerhets skull eller för att patienten efterfrågar dem.

Ur ett samhällsperspektiv är det allmänmedicinens roll att motverka en allt för medikaliserad syn på liv och hälsa. Kompetens inom testers tillförlitlighet, hållbar diagnostik i primärvårdskontext samt primärvårdens roll som portvaktsfunktion [17] är central för en hållbar hälso- och sjukvård.

Om vi med vår unika möjlighet till pedagogiska möten dessutom sprider kunskap i befolkningen, kan både vår egen och allmänhetens övertro på medicinska testers tillförlitlighet och bevisvärde balanseras [18]. Då har vi en chans att göra skillnad på riktigt. Det ger förutsättningar för Kloka Kliniska Val.

*Jäv saknas.*

Rådet för hållbar diagnostik och behandling (SFAM-H)



**Oskar Lindfors**  
Allmänläkare  
Växjö

oskarlindfors81@hotmail.com



**Sofia Zettermark**  
ST-läkare

Närhälsan Hjällbo Vårdcentral  
sofia.zettermark@gmail.com



**Staffan Svensson**  
Allmänläkare  
Göteborg

staffan.svensson@pharm.gu.se



**Andreas Thörneby**  
Allmänläkare

Närhälsan Kinna Vårdcentral  
andreas.thorneby@sfam.se



**David Gyll**  
ST-läkare

Svartbäckens vårdcentral, Uppsala  
gyll.david@gmail.com



**Josabeth Hultberg**  
Allmänläkare

Åby vårdcentral, Norrköping  
josabeth.hultberg@gmail.com



**Jonas Sjögren**  
Pensionerad allmänläkare  
Västerås

jon.sjogreen@gmail.com



**Minna Johansson**  
Allmänläkare

Närhälsan Herrestads Vårdcentral,  
Uddevalla  
minna.johansson@vgregion.se



**Hálf dán Pétursson**  
Allmänläkare

Omtanken Källered vårdcentral  
halfdanpe@gmail.com



**Karin Mossberg**  
Allmänläkare

Närhälsan Herrestad vårdcentral  
karin.mossberg@vgregion.se

#### Referenser:

(fullständig referenslista finns i e-tidningens läsläge)

1. Lindfors O, Pétursson H, Johansson M, Hultberg J, Gyll D, André M, Håkansson J, Elmroth U, Sjögren J, Thörneby A, Svensson S. Överdiagnostik – vad är det?. Läkartidningen. 2023 Nov 15;120:23044.
3. PATHIRANA, Thanya; CLARK, Justin; MOYNIHAN, Ray. Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions. Bmj, 2017, 358.
7. VOGT, H. The precision paradox: How personalized medicine increases uncertainty. Can Precision Medicine Be Personal; Can Personalized Medicine Be Precise, 2022, 61-74.
8. GREENBERG, Jerome; GREEN, Jonas B. Over-testing: why more is not better. The American journal of medicine, 2014, 127.5: 362-363.
17. MATHERS, Nigel; HODGKIN, Paul. The Gatekeeper and the Wizard: a fairy tale. BMJ: British Medical Journal, 1989, 298.6667: 172.

**Annons**

# Den farliga sjukvården?

## – 50 år efter Illich's klassiker

**D**iskussionen om överkonsumtion av sjukvård är inte ny. Den tog fart under 1970-talet med artiklar i socialmedicinska tidskrifter och böcker, om medicinen som en institution för social kontroll [1-3]. Kritiken hade nära koppling till begreppet medikalisering, som lanserades brett av samhällsvetaren, filosofen och teologen Ivan Illich och utvecklades av forskare inom olika områden [4].

I sin bok *Medical Nemesis* från 1974 – på svenska *Den farliga sjukvården*, 1975 [5] – hävdade Illich att den moderna sjukvården gör mer skada än nytta. Han undersökte begreppet iatrogenes, alltså skador orsakade av sjukvården, på individuell, social och strukturell nivå och menade att det medicinska etablissemanget hade blivit ett allvarligt hot mot hälsan i befolkningen. Illich var en bred civilisationskritiker med udden riktad mot vetenskap, industrialisering och social disciplinering. Den moderna skolan och trafiken mötte liknande kritik som sjukvården. Vi menar att det är viktigt att se hans insatser i detta ljus. Han tog upp stora viktiga frågor med skärpa och relevans, men tog ut svängarna rejält, på ett sätt som nytänkare ofta måste göra för att nå fram med sitt budskap.



**Det finns nästan inga medicinska interventioner utan möjliga skadeverkningar.**

Iatrogena skador på individuell nivå är en välkänd realitet. Det kan exempelvis gälla farmakologisk behandling, operativa ingrepp eller missriktade hälsokontroller. Det finns nästan inga medicinska interventioner utan möjliga skadeverkningar. Men genom att vidga begreppet till social och strukturell nivå, ville Illich visa att samhället i stort har gjort sig beroende av en sjukvård som är skadlig i så mening att den tagit ifrån enskilda människor ansvaret för den egna hälsan. Illich menar att människor har överlämnat makt och ansvar för liv och lem till den medicinska professionen, där särskilt läkarna framställs som hungriga maktmänniskor som driver utvecklingen primärt i eget intresse. Inte för patientens bästa.

Man kan diskutera Illich's idéer och deras betydelse för uppfattningen om den moderna vården och samhället i stort. Från den medicinska professionen möttes han av stark kritik eller av



**... det kan vara meningsfullt att skilja på medikalisering som är till nytta och överdriven medikalisering.**

ointresse, men spelade ändå en viss roll. Så sent som 1995 fick han möjlighet att utveckla ett av sina huvudteman – människans förhållande till döden – i en ledare i julnumret av *British Medical Journal* (BMJ) [6]. Av de internationellt ledande medicinska tidskrifterna är BMJ, oss veterligt, den som har tagit frågan om överkonsumtion av sjukvård på störst allvar [7, 8]. BMJ är också sponsor av *preventing overdiagnosis*-konferenserna.

### Vad är medikalisering?

Trots att Illich inte ens försökte definiera begreppet medikalisering är det svårt att skaka av sig hans budskap. Först 1992 kom Peter Conrad med en definition, som blivit en av de mest använda. Den lyder (författarnas översättning): ”Medikalisering innebär att definiera ett problem i medicinska termer, att använda ett medicinskt språk för att beskriva ett problem, att använda medicinska ramverk för att förstå ett problem eller att utnyttja medicinsk intervention för att behandla det.” [9]

Kortfattat innebär medikalisering närmast att medicinska förklaringar tenderar att bli allomfattande och därmed skymma andra orsaksfaktorer till sjukdom såsom sociala villkor, fattigdom, förtryck och kulturella värderingar.

### Skadlig eller nyttig medikalisering?

Även om vi idag använder begreppet medikalisering främst om skadlig medikalisering, menar vi att det kan vara meningsfullt att skilja på medikalisering som är till nytta och överdriven medikalisering. Få förnekar nog att modern sjukvård har åstadkommit en hel del gott. Vaccinationer är kanske det bästa exemplet på medicinska åtgärder som åstadkommit betydligt mera nytta än skada. De har räddat miljontals liv och bidragit till bättre hälsa, inte minst för barn. Vaccinationer i stor skala kan absolut betraktas som en form av medikalisering. Men de skymmer inte andra orsaksfaktorer och utesluter inte andra nödvändiga åtgärder såsom fattigdomsbekämpning, bättre hygien och rent dricksvatten. Kanske kan vaccinationer förstärka, eller rent av möjliggöra, effekten av icke-medicinska åtgärder?

Det är ganska lätt att hitta fler exempel på ”sund” medika-

lisering. Många läkemedel, exempelvis antibiotika, använda på rätt indikation, hör hemma här. Men minst lika lätt är det att hitta negativa exempel där normalt liv beskrivs i medicinska termer och behandlas på ett medicinskt sätt utan att det ger positiv nyttobalans. Diagnosdefinitioner som vidgas och därmed inkluderar en stor andel personer med låg eller ingen nytta av att få diagnos liksom vidgade indikationer för utredning och behandling är andra exempel. (Se figur 1 i artikeln Medikaliserings idag.)

Överförskrivning av antibiotika, liksom överförbrukning av kvinnliga och manliga könshormoner, psykofarmaka, smärtstillande läkemedel och medel mot fetma (Semaglutid senast aktuellt) är andra problemområden. Många av oss minns de specialmottagningar för demenssjuka som introducerades och underhölls av läkemedelsbolag för att sprida bromsmediciner mot demens. En del minns säkert också de dramatiska annonserna för Seroxat, där PTSD lätt kunde tolkas som ett ”serotoninbristsyndrom”. Försäljningssuccén för östrogener på 90-talet grundades på otillräcklig (felaktig) evidens för generellt goda effekter av hormonet och bortsåg från allvarliga biverkningar.



**Många allmänmedicinska skribenter, forskare och debattörer kritiserade tidigt medikaliseringsen och påtalade riskerna med överkonsumtion av vård.**

### Allmänmedicinska insatser

Många allmänmedicinska skribenter, forskare och debattörer kritiserade tidigt medikaliseringsen och påtalade riskerna med överkonsumtion av vård. Det har handlat om förskrivning av enskilda läkemedel, i första hand antibiotika, hormoner och psykofarmaka, men också om många värdefulla översiktsartiklar [10] och systemkritiska artiklar på en mer abstrakt nivå [11]. Många allmänläkare har varit aktiva i STRAMA-arbetet och även vid framväxten av nätverket Choosing Wisely [12, 13]. Mycket talar för att det är allmänläkarens position nära människors vardag som skapat ett stort behov av att agera insiktsfullt i gränzonen mellan livsproblem och biomedicinsk sjuklighet [14].

*Jäv saknas.*

#### Christer Petersson

Pensionerad allmänläkare, Växjö  
cpetersson121@gmail.com

#### Oskar Lindfors

Allmänläkare, Växjö  
oskarlindfors81@hotmail.com

#### Referenser:

(fullständig referenslista finns i e-tidningens läsläge)

1. Zola I. Medicine as an Institution of Social Control. *Sociological Review*. 1972;20(4):487–504
5. Illich I. Den farliga sjukvården. Stockholm: Aldus; 1975.
11. Vogt H, Hofmann B, Getz L. The New Holism: P4 Systems Medicine and the Medicalization of Health and Life Itself. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2016;19(2):307–323.
12. Lindfors O, Hultberg J, Svensson S, et al. Pandemin bör bli startskottet för svenskt »Choosing wisely«. *Läkartidningen* 2021;11-12:372.
13. Almquist M, Hultberg J, Holm H, et al. Kloka kliniska val – att avstå det som inte gör nytta för patienten. *Läkartidningen* 2023;120:22125.

## Författarnas relation till Illich



#### Christer Petersson:

Jag läste Illich's Den farliga sjukvården under AT-tjänstgöringen 1976. Den läsningen kom att få livslång betydelse. Innan dess hade jag inte haft en tanke på sjukvårdens eventuellt skadliga effekter utöver individuella biverkningar. Några år senare under en SK-kurs i Allmänmedicinskt arbetssätt (med nutida terminologi)

fick vi som slutuppgift att formulera det viktigaste i vårt framtida uppdrag som allmänläkare. Mitt förslag blev: "Att motverka medikaliseringsen". Läsningen av Illich låg bakom förslaget, även om jag ingalunda hade köpt hans budskap med hull och hår. Som samhällsanalytiker var han alltför vidlyftig och oprecis med en del metafysiska antaganden i bakgrunden. Exempelvis hade hans syn på den moderna människans oförmåga att uthärda smärta viktiga poänger, men gränsade till en lidandemystik som kändes främmande.



#### Oskar Lindfors:

Jag å min sida, hade Christer som studierektor under början av specialistutbildningen och tankar åt det mer filosofiska hållet, kring medicinens plats i samhället och allmänmedicinens roll, var alltid invävt vid olika utbildningsmoment. Eller kanske snarare omslöt och marinerade tankevärlden. Illich däremot, lärde jag

inte känna närmare förrän jag av nuvarande studierektorer blev tillfrågad om att föreläsa om överdiagnostik tillsammans med Christer, vars del i föreläsningen kom att utgå delvis från Illich's idéer. När det nu är 50-årsjubileum för "Medical Nemesis" var det förstås självklart att fråga Christer om att skriva tillsammans.

**Annons**

# Medikalisering idag

**M**edikalisering kan betraktas som något sprunget ur den medicinska sfären via överdiagnostik genom överdefinition. Det kan också ses som ett samhällsfenomen som genomsyrar kulturen både inom och utom medicinens fält. Det är rimligt att betrakta medikalisering som båda dessa och att relationen mellan medikalisering inom den medicinska sfären och medikalisering i hela samhället, är som ett kommunicerande kärl.

## Medikalisering i samhället

I dagens samhälle finns en låg acceptans för illabefinnande [1]. Att ha en kropp innebär bland annat att känna signaler i kroppen. Det tycks i det moderna samhället finnas en föreställning om att kroppen inte borde ge sådana signaler. Frågan är om vi människor idag blivit sämre på att hantera de kroppsliga signaler vi känner. I hög utsträckning tolkas de som hotfulla. Det behöver inte handla om fara för liv och hälsa. Kanske oftare om risken för att inte fungera optimalt.

Samhället har en stark inriktning på optimering och effektivitet [2]. Det smittar av sig på uppfattningen om våra egna kroppar. Tanken på kroppen som en mekanisk (prestations) maskin, åtskild från själen (psyket) är gammal. Ur ett hälsoperspektiv, om man vill förstå hälsa och upplevelsen av kroppens signaler, är denna dualism klart destruktiv. Den motverkar förståelsen för att den levande kroppen kan ge signaler som inte har biomedicinskt ursprung. Kroppsliga och själsliga upplevelser går inte att separera. Det kan förklara att människor söker medicinsk rådgivning vid illabefinnande. Men ursäktar inte att vården nästan slentrianmässigt tolkar snart sagt alla sådana signaler som symtom på sjukdom och applicerar en biomedicinsk förklaringsmodell.



**Frågan är om vi människor idag blivit sämre på att hantera de kroppsliga signaler vi känner.**

Den snabba utvecklingen inom medicinen med utökade diagnostiska och behandlingsmässiga möjligheter har bidragit till trenden att tolka allt fler livsproblem som medicinska. En typ av professionell hybris har bidragit till en tro på att medicinen kan fixa allt.

Dessutom har det individualistiska samhället, med allt svagare informella nätverk, säkert bidragit till att vården framstår som den naturliga instansen att kontakta vid problem som

kanske tidigare hanterades inom familjen eller med en kyrklig företrädare. Saknas det i samhället en ”icke-medicinsk plats” att vända sig till? Kanske behövs mer undervisning i skolan om egenvård, kroppskänedom och psykologi, såsom nyligen införts i Finska Vanda [3]? Någon enkel lösning finns förstås inte.



**En typ av professionell hybris har bidragit till en tro på att medicinen kan fixa allt.**

## Risktänkandet i samhället

Till detta kommer en intensiv kommunikation i samhället kring fenomenet risk [4]. Allt är farligt. Din förkylning kan vara allvarlig sjukdom. Dina hemorrojder kan vara cancer. Sök vård, annars kanske du dör – tycks budskapet vara. Risk är ett komplext statistiskt begrepp, som även läkare har svårt att hantera [5]. Att relativ risk ofta används gör det ännu svårare. Vi vet alla att 50 procent ökad eller minskad risk i själva verket kan röra sig om en mycket liten skillnad, i absoluta tal. Men våra hjärnor tycks fastna på siffran femtio, och vår intuitiva förståelse tolkar det som en stor skillnad. Vi tycks dessutom gärna förstå det som att den behandling vi erbjuder, tar bort den ökade risken för till exempel hjärt-kärlhändelser vid hypertoni. Men ett normaliserat blodtryck med hjälp av läkemedel tar inte bort hela den överrisk som det förhöjda blodtrycket innebär [6].

## Vårdens otillräcklighet

I kombination med ett annat budskap, om att vården inte är bra nog – speciellt inte primärvården – och rubriker i media om att sjukvården missar saker, riskerar det att bli en toxisk soppa, kokad på anekdotiska starka berättelser om att man behöver stå på sig och kräva sin rätt, annars blir det fel. Narrativet i samhället är att om vi bara gjorde tillräckligt stora medicinska ansträngningar så skulle sjukdomar och illabefinnande utrotas [7].

Det råder nolltolerans för den osäkerhet som alltid kommer att finnas inom medicinsk verksamhet. Visst förekommer mer dålig vård än önskvärt, men narrativet är falskt – varken sjukdom eller illabefinnande utrotas genom medicinsk överaktivitet. Det finns hittills inte heller något som tyder på att AI, kommersiellt erbjudna helkroppsscanningar, helgenomsekvensering eller andra innovativa försök att kartlägga maskinen, kroppen, in i minsta detalj, skulle vara ett genombrott som utrotar illabefinnande eller sjukdom [8]. Tvärtom orsakar det ökat illabefinnande och kan leda till sjukdomar, eftersom det

baseras på det dualistiska antagandet och helt missar att känslor händer i kroppen.

### Medikalisering inom den medicinska sfären

Sjukvården är en del i samhället. Övertestning, överbehandling och överdiagnostik förstärker den i samhället alltför medicinska synen på hälsa och illabefinnande. Dyra metoder används i alltför stor utsträckning trots bristande medicinsk indikation eller bristande evidens för dess effektivitet, jämfört billigare metoder. Det leder till att allt fler betydelslösa anomaliteter hittas och behandlas. Vidare till att personer, som nu blivit patienter, tror sig ha blivit hjälpta och botade av behandlingen – trots att de aldrig varit eller skulle komma att bli sjuka av den upptäckta avvikelser. Denna övertro på effekten av medicinska insatser kallas ”popularitetsparadoxen” [9].

Genom dessa arbetssätt lär vi oss att ha en högre tilltro till medicinsk vetenskap och praktik än motiverat. Vårdpersonal påverkas av det samhälle de lever i och dess skadliga medikalisering, vilket ökar benägenheten till överanvändning av medicinska resurser. Överanvändningen av medicinska resurser påverkar i sin tur befolkningen och därmed samhället, att tro att medicinsk hantering är nödvändig. På så sätt förstärker effekterna inom och utom medicinen varandra [10].

Faktum är att den förbättrade hälsan i befolkningen de senaste 150 åren har många andra förklaringsfaktorer än hälso- och sjukvård. Det handlar förstås om förbättrade livsvillkor, bättre näring, rent vatten, hygien och ökad kunskap, som bara i begränsad utsträckning kan tillskrivas den medicinska vetenskapens framsteg.

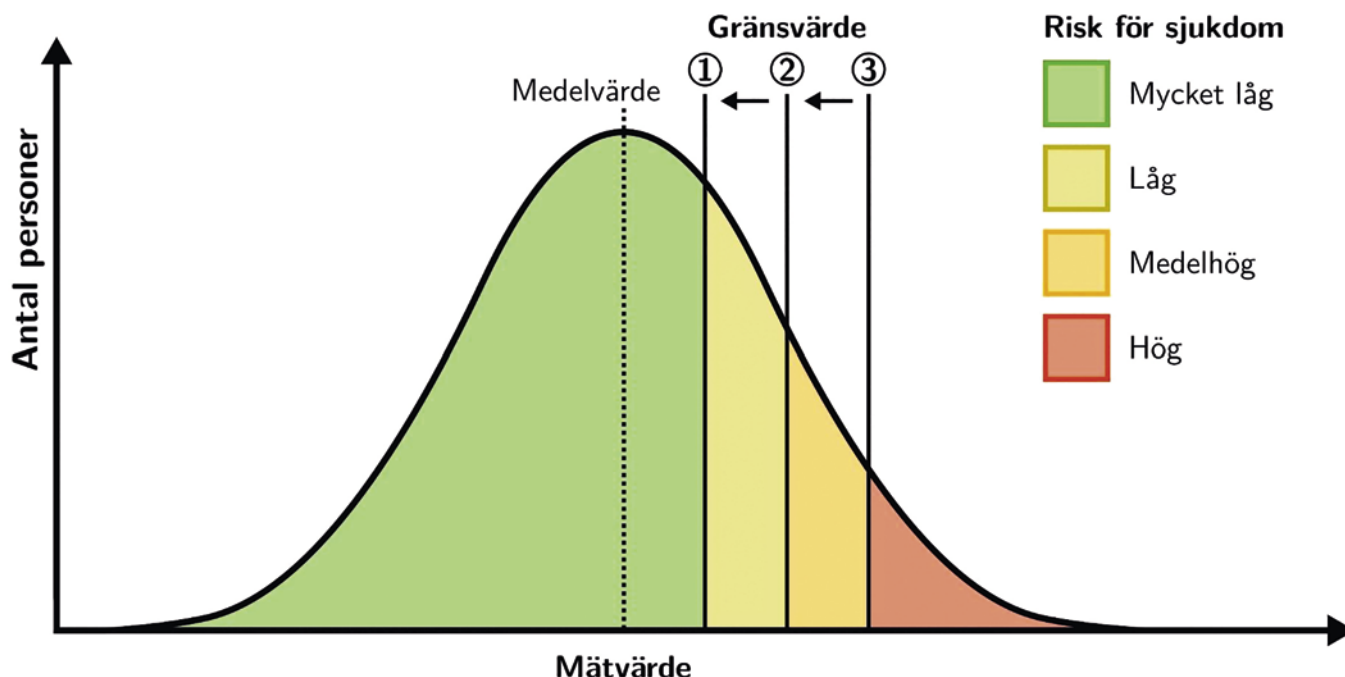
### Kommersialiseringen betydelse

I gränslandet mellan medikaliseringen inom vården och medikalisering i samhället, finns den kommersialiserade medicinen, som är en stark drivkraft i processen. Läkemedelsbolag, nätläkareföretag, labbföretag, apotek och andra aktörer som gör ekonomisk vinning på människors hälsooro, har stort egenintresse i att fler oroar sig och att fler får diagnos. Det leder både till mer vårdkonsumtion och mer behandling. Fenomenet kallas sjukdomsmångleri [11].



**Risk är ett komplext statistiskt begrepp, som även läkare har svårt att hantera.**

Reklamen väller över oss. Ofta är den maskerad som hälsoupplysning. Ibland kan kampanjerna också ha ett behjärtansvärt budskap, men man bör ha i åtanke att det görs främst i ekonomiskt syfte. Ofta, men inte alltid, rör det sig om tveksamma tillstånd – såsom budskap om manligt klimakterium och behov av testosteronbehandling. Det kan också finnas ekonomiska intressen av vidgade definitioner för diagnoser och indikationer för utredning och behandling. Om till exempel behandlings-



**Figur 1:** Vid sänkning av gränsvärden för diagnoser och/eller behandlingar till närmare medelvärdet, inkluderas många personer eftersom arean under kurvan ökar närmare medelvärdet. Nyttan med diagnos och/eller behandling är emellertid högst bland de till höger på kurvan, och de ”nya” patienterna som kommer till vid en sänkning av en gräns har därför lägre nytta av att bli klassades som patienter, än de som redan tidigare klassades som patienter. Nyttobalansen riskerar då att bli sämre, både på grupp-nivå för de ”nya” patienterna.

gränsen för hypertoni sänks genererar det väldigt många nya kunder till ett läkemedelsbolag som säljer blodtryckssänkande behandling (Figur 1).

### Vårdens utformning och vårdkonsumtion

Förändringar av vårdens organisation, utformning och finansiering kan få större och snabbare effekter på vårdkonsumtionen än varje väl grundat medicinskt beslut. Efter att vårdval hud genomfördes i Stockholm, ökade läkarbesöken med 230 procent och kostnaderna med 170 procent under de kommande tio åren. Som jämförelse ökade befolkningen i regionen med 16 procent under samma period [12]. Riskkapitalbolaget Bridgepoint är delägare i hudmottagningarna. De expanderar i landet. Möjligheten till lukrativa etableringar, snabba pengar för läkare och den hägrande möjligheten till quick-fix för patienten påverkar vårdkonsumtionen på ett sätt som inte kan underskattas. Detta måste hela tiden hållas levande i diskussionen!

### Kan primärvården påverka?

Som synes är medikalisering ett brett begrepp med implikationer både inom och utanför den medicinska sfären. Mycket behöver bekämpas på strukturella plan och för det behövs mer allmänmedicinsk kompetens i olika beslutande sammanhang.

Men att i det enskilda patientmötet ha en god medvetenhet och förhålla sig klokt till strömningar i samhället, är inte oviktigt. Att vara kritisk mot exempelvis begrepp som psykisk ohälsa – som kan innefatta allt från tung psykiatrisk sjuklighet till normalt psykiskt illabefinnande – och att både i kollegiala samtal och i patientmöten förhålla sig med nyfiken försiktighet till orsak och verkan, är viktigt. Att våga normalisera mänskliga upplevelser och att avstå medicinska aktiviteter när de inte har potential att förbättra hälsa är svårt. Men med ett öppet klimat på arbetsplatsen och en verksamhet som planeras så att personlig kontinuitet och användande av aktiv expektans möjliggörs, är det ändå sådant vi i primärvården kan göra.

”

**Narrativet i samhället är att om vi bara gjorde tillräckligt stora medicinska ansträngningar så skulle sjukdomar och illabefinnande utrotas.**

Som enskilda allmänläkare har vi ansvar för att söka kunskap, att inhämta information från aktuella nätverk och att försöka omsätta en bred biopsykosocial kunskapsbas, i klinisk praktik. STRAMA, som lyckats ändra den terapeutiska kulturen vid antibiotikaförskrivning har visat att det är möjligt att få förändringar till stånd. Kloka Kliniska Val (Svenska versionen av Choosing Wisely) ligger just nu i startgroparna och riktar

”

**Det kan också finnas ekonomiska intressen av vidgade definitioner för diagnoser och indikationer för utredning och behandling.**

sig både till profession och allmänhet, i syfte att ändra rådande medicinsk kultur mot en mer hållbar sådan.

Vi menar att de frågor Ivan Illich ställde på 1970-talet fortfarande är relevanta. Vi måste vara fortsatt uppmärksamma på vad som händer när den medicinska vetenskapen och praktiken går över gränserna för sina kompetensområden. Christers uppsatsstema ”att motverka medikalisering” står sig även idag som en av allmänmedicinens viktigaste uppgifter, både på individnivå i det enskilda patientfallet och på olika nivåer i samhället.

*Jäv saknas.*

**Oskar Lindfors**  
Allmänläkare, Växjö  
oskarlindfors81@hotmail.com



**Christer Petersson**  
Pensionerad allmänläkare, Växjö  
cpetersson121@gmail.com



### Referenser:

(fullständig referenslista finns i e-tidningens läsläge)

4. Beck, U. (1992). Risk society: towards a new modernity. London, UK: SAGE Publications.
5. VON SCHREEB, Sebastian; MERLO, Juan; PSOUNI, Elia. Naturliga antal förbättrar förmågan att tolka testresultat. Läkartidningen, 2018, 115: 1-4.
7. Conrad, P. (2007). The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
8. VOGT, Henrik, et al. How precision medicine and screening with big data could increase overdiagnosis. Bmj, 2019, 366.
9. RAFFLE, Angela E.; GRAY, JA Muir. Screening: evidence and practice. Oxford University Press, USA, 2019. s 68-69.

# Från medikalisering till biomedikalisering

– med exempel från reproduktionen

**D**en samtida medicintekniska utvecklingen innebär en allt större möjlighet att detaljerat följa och övervaka den egna hälsan [1]. Aktivitetsklocka med dagliga rapporter om kroppsliga parametrar, sömnregistrering i madrassen, menscykel-appar, daglig blodtrycksmätning och självtestning för diverse sjukdomar i hemmet. Eller varför inte helgenomsanalys med fokus på medicinska ”riskgener”? Är det en enbart positiv utveckling? Går den att förstå på olika sätt?

Ur ett primärvårdsperspektiv kan utvecklingen problematiseras. Fokus hamnar på relativt unga och friska individer, och när medicinskt mindre relevanta resultat från självmonitorering behöver följas upp, riskerar resurser att tas från andra uppgifter utan att det uppmärksammas [2]. Men det finns också andra aspekter, utöver vad som rent konkret sker inom hälso- och sjukvården, som för sjukvårdsutövare kan vara intressanta. Denna text beskriver skiftet från medikalisering till biomedikalisering, som på ett teoretiskt plan kan ge förståelse för konsekvenser av den medicintekniska utvecklingen och en allt mer detaljerad självmonitorering och ibland slumpartad egenscreening.

Medikalisering är ett välkänt begrepp, ett exempel på detta är hur vi ser på graviditet och förlossning. Historiskt var det en process utanför medicinsk insyn och intervention, där en gradvis utökad medicinsk förståelse och numera institutionaliserade sjukhusförlossningar, med uppföljning, mätning och riskvärderingar under graviditet, gör att vi idag ser reproduktionen som en självklar medicinsk process [3]. Begreppet biomedikalisering är en vidareutveckling av begreppet medikalisering. Det syftar till

”

**Med känsliga hemtester kan en graviditet numera ofta upptäckas flera dagar innan utebliven menstruation.**

att fånga de senaste decenniernas allomfattande förändring i hur biomedicinska förklaringsmodeller genomsyrar våra liv, inte bara i klinisk praxis och faktiska vårdmöten, utan i hela vår världssyn och

sätt att vara i, och interagera med, världen [4].

Clarke et al definierar biomedikalisering som ett skifte från kontroll över biomedicinska fenomen, genom exempelvis diagnostisering och behandling, till transformation av dem, genom exempelvis interventioner och omdefinitioner som förändrar vår syn på fenomenet [4]. De menar att biomedikalisering utmärker sig genom fem processer:

- 1) ekonomiska och politiska intressen som driver en expansion av den redan enorma biomedicinska sektorn
- 2) den ökande tekniska komplexiteten i biomedicinsk forskning och förståelse
- 3) transformation av hur biomedicinsk kunskap produceras och förmedlas



- 4) fokus på hälsa som egenvärde, samt den relaterade övervakningen av hälsa och riskfaktorer
- 5) transformation av kroppar och identiteter

Ett exempel på detta, återigen från reproduktionens sfär, är så kallade kemiska graviditeter, som innebär att graviditetshormonet hCG kan mätas i blod eller urin men ingen graviditet kan påvisas med ultraljud eller annan undersökning. Kemisk graviditet kan bero på mycket tidig detektion, eller förestående missfall. Med känsliga hemtester kan en graviditet numera ofta upptäckas flera dagar innan utebliven menstruation. Eftersom stora genetiska fel generellt ger sig till känna tidigt, är risken för missfall väldigt hög vid så pass tidig detektion, och sjunker sedan kontinuerligt under första trimestern.



**Det är inget nytt att se en hälsosam livsstil som ett individualistiskt och moraliskt påbud.**

Det är alltså vanligt att kemiska graviditeter slutar i missfall, ofta i samband med det som skulle varit en menstruationsblödning [5]. Innan känsliga graviditetstester fanns tillgängliga för hemmabruk, var det omöjligt att veta om en graviditet innan utebliven menstruation, och kemisk graviditet som koncept fanns inte i det allmänna medvetandet [6]. Idag är det däremot vanligt att prata om sin kemiska graviditet, och att sörja detta missfall. En tidigare osynlig och fullt normal process blir genom biomedicinsk teknik och förklaringsmodeller inte bara synlig, utan även laddad med känslomässig och kulturell innebörd: missfall är ofta upprörande och ledsamt, och i vissa sammanhang stigmatiserat.

Biomedicinsk teknik (hCG-detek-



**Kommer det i framtiden anses ansvarslöst att inte ha en smartklocka som gör grafer över daglig aktivitetsnivå?**

tion), i kombination med ett risk- och hälsofokus (ju tidigare detektion, desto bättre riskminimering och hälsooptimering under graviditet) och marknadskrafter (försäljning av hemtest) gör alltså att nya identiteter kan skapas (haft en kemisk graviditet och missfall) och kroppar potentiellt transformeras (exempelvis interventioner i form av behandlingar eller livsstilsförändringar för att optimera fertilitet som påverkar kropp och psyke).

Medikalisering och biomedikalisering är inte värdeneutrala processer. Det fokus på hälsa som vi ser idag, kan förstås på många olika sätt varav många är positiva. Det är dock svårt att bortse från den moraliska underton som finns, och hur den kan påverka människor ojämnt [7]. När alla dessa möjligheter till övervakning och förbättring av hälsan finns, borde då inte alla ägna sig åt

dem, individuellt? Det är inget nytt att se en hälsosam livsstil som ett individualistiskt och moraliskt påbud. Men det är intressant att fundera över hur den medicintekniska utvecklingen, och biomedikaliseringens olika processer, påverkar vår samtida syn på hälsa och självövervakning [8].

Kommer det i framtiden anses ansvarslöst att inte ha en smartklocka som gör grafer över daglig aktivitetsnivå? Bör vi utveckla hemtester för fler tillstånd för att kunna optimera hälsan? Eller bör vi istället oroa oss över negativa psykosociala och samhällsliga effekter? Ett enkelt svar kan nog vare sig teoretiska resonemang eller klinisk verksamhet leverera, men att ha även andra aspekter av hälsa än det enkelt mätbara i åtanke, såsom jämlikhet, sinnesro och resursfördelning, ter sig klokt inför en allt mer biomedikaliserad framtid.

*Jäv saknas.*



**Sofia Zettermark**  
ST-läkare

Närhälsan Hjällbo Vårdcentral,  
Doktorand i socialmedicin,  
Lunds universitet  
[sofia.zettermark@gmail.com](mailto:sofia.zettermark@gmail.com)

#### Referenser:

1. Orji, R., Lomotey, R., Oyibo, K., Orji, F., Blustein, J., & Shahid, S. (2018). Tracking feels oppressive and 'punishy': Exploring the costs and benefits of self-monitoring for health and wellness. *Digital health*, 4, <https://doi.org/10.1177/2055207618797554>
2. McBain H, Shipley M, Newman S. The impact of self-monitoring in chronic illness on healthcare utilisation: a systematic review of reviews. *BMC Health Serv Res*. 2015 Dec 18;15:565. doi: 10.1186/s12913-015-1221-5
3. Burfoot, A., & Güngör, D. (2022). The medicalization of pregnancy and birth. In *Women and reproductive technologies: The Socio-Economic Development of Technologies Changing the World*. London and New York: Routledge.
4. Clarke, A. E., Mamo, L., Fishman, J. R., Shim, J. K., & Fosket, J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, 68 (April), 161-194 <https://doi.org/10.2307/1519765>
5. Freidenfelds, L. (2020). *The Myth of the Perfect Pregnancy: A History of Miscarriage in America*. Oxford, UK: Oxford University Press.
6. Layne, L. (2009). The Home Pregnancy Test: A Feminist Technology. *Women's Studies Quarterly*, 37 (1-2). <https://doi.org/10.2765/5139655>
7. Moore, S. E. H. (2010). Is the healthy body gendered? Toward a feminist critique of the new paradigm of health. *Body & Society*, 16, 95-118. <https://doi.org/10.1177/1357034X10364765>
8. Feng S, Mäntymäki M, Dhir A, Salmela H. (2021) How Self-tracking and the Quantified Self Promote Health and Well-being: Systematic Review. *J Med Internet Res*; 23(9):e25171. <https://doi.org/10.2196/25171>

# Intressekonflikter i systematiska översikter

Systematiska översikter är viktiga verktyg inom medicinsk forskning. Metaanalyser av primärstudierna används ofta som grund för medicinska riktlinjer eller evidensbaserat beslutsfattande inom hälso- och sjukvården. Därmed påverkar de hur vi läkare jobbar och vilka behandlingar våra patienter får. Drygt en tredjedel av primärforskning finansieras av läkemedelsindustrin [1, 2] och trenden pekar uppåt [3]. I vissa områden har en ännu större andel av primärstudierna författare med finansiella intressekonflikter (till exempel 69 % av RCT inom onkologi) [2].

En oroande aspekt av denna trend är det som kallas "industry sponsorship bias" där primärstudier som finansieras av kommersiella företag oftare har resultat som gynnar finansören [4, 5]. Även om någon koppling till den metodologiska kvalitén inte har påvisats underminerar finansiella kopplingar till industrin trovärdigheten i sådana studier. En meta-översikt påvisade att detta även kan vara ett problem för systematiska översikter med finansiella intressekonflikter, särskilt kopplade till läkemedels- och medicinteknikföretag, som oftare rapporterade gynnsamma slutsatser för finansören jämfört med översikter utan sådana konflikter [6]. Sambandet mellan finansiella intressekonflikter och risken för bias i resultaten av systematiska översikter är dock fortfarande inte helt klart.



**Drygt en tredjedel av primärforskning finansieras av läkemedelsindustrin och trenden pekar uppåt.**

För oss allmänläkare är detta av särskilt intresse, framför allt när det gäller systematiska översikter som omfattar vanliga primärvårdsdiagnoser. Som mitt första doktorandarbete ville jag tillsammans med mina medförfattare, Alexandra Snellman och Louise Olsson, som är även min huvudhandledare, undersöka hur vanliga intressekonflikter var och om de var kopplade till den metodologiska kvalitén bland sådana översikter.

Till denna tvärsnittsstudie selekterades systematiska översikter publicerade under 2019 (och 2010 för jämförelse) om interventioner vid sex vanliga primärvårdsdiagnoser (KOL, diabetes typ 2, hypertoni, demens, depression och artros). Två

oberoende bedömare kontrollerade om översikterna rapporterade finansiella intressekonflikter eller finansiering från industrin och bedömde deras metodologiska kvalitet med ROBIS i två slumpmässiga urval. ROBIS är ett domän-baserat instrument för bedömning av risken för bias i systematiska översikter [7]. Totalt inkluderades 746 systematiska översikter. De flesta handlade om diabetes och om farmakologiska interventioner. Var tionde saknade jävsdeklaration och var femte saknade deklaration av finansiering. Bland övriga deklarerades intressekonflikter (oftast finansiella) i nästan var femte översikt. Industrin hade finansierat var nionde översikt bland de som angav finansieringskälla. Vi observerade en förbättring i rapporteringen av jävsdeklarationer och finansieringskällor mellan 2010 och 2019 och en minskande trend för andelen av översikter som deklarerade intressekonflikter och finansiering från industrin.

Förvånansvärt visade vår studie att över 80 % av bedömda systematiska översikter om primärvårdsdiagnoser hade hög risk för bias men det skiljde sig inte statistiskt mellan de översikter som deklarerade och negerade finansiella kopplingar till industrin. Trots detta kan våra resultat upplevas som oroande, eftersom de ifrågasätter kvaliteten av många systematiska översikter som potentiellt kan påverka vår praxis. Vidare meta-forskning är nödvändig för att fastställa hur kopplingar till industrin bör hanteras i systematiska översikter.

Som läkare är det viktigt att vara medvetna om intressekonflikternas potentiella påverkan på medicinska och vetenskapliga ekosystem [8], särskilt i de nuvarande, ekonomiskt utmanande tiderna där skarpa prioriteringar av resurser spelar en central roll.

*Jäv saknas.*

**Marek Czajkowski**

Allmänläkare

Vårdcentral Avestahälsan, doktorand, Örebro

Universitet

marek.czajkowski@oru.se



## Referenser:

(fullständig referenslista finns i e-tidningens läsläge)

1. Hakoum, M.B., et al., *Characteristics of funding of clinical trials: cross-sectional survey and proposed guidance*. BMJ Open, 2017. 7(10): p. e015997.
4. Lundh, A., et al., *Industry sponsorship and research outcome*. Cochrane Database Syst Rev, 2017. 2(2): p. MR000033.
6. Hansen, C., et al., *Financial conflicts of interest in systematic reviews: associations with results, conclusions, and methodological quality*. Cochrane Database Syst Rev, 2019. 8(8): p. MR000047.
8. Czajkowski, M. and L. Olsson, *Intressekonflikter påverkar den medicinska forskningen i alla led*. Lakartidningen, 2023. 120.

**Annons**

**Annons**

# Numbers & time needed to treat

## Kloka kliniska val i den allmänmedicinska vardagen

**K**onsultationsnätverket och SFAM-H samarrangerade en workshop på SFAM-kongressen i Kalmar 2023, och ett 60-tal entusiastiska och kompetenta allmänläkare deltog. Den inledande föreläsningen tog upp begreppet "Time needed to treat" [1] och hänvisade till *Global Centre for Sustainable Health Care* startat av Minna Johansson, som av SFAM vid kongressen utnämndes till "Årets Lejon". Vi fortsatte med principerna för Choosing Wisely, kallat Kloka Kliniska Val på svenska [2] som nu introduceras av Svenska Läkaresällskapet. I konceptet ingår fyra frågor för att främja dialog och kloka val i kliniken, se ruta. Deltagarna diskuterade drivkrafter bakom överanvändning av medicinska metoder i sin kliniska vardag och arbetade gruppvis fram förslag på åtgärder inom allmänmedicin att ifrågasätta, se lista. Därefter följde en genomgång av trestegsmodellen för patientcenterad konsultation [3]



och rollspel i grupperna för att öva samtal med patienter när åtgärder som kan ifrågasättas är på agendan. Den avslutande diskussionen innehöll perspektiv från deltagarnas arbete med bland annat läkarutbildningarna, läkemedelskommittéer och HTA-enheter (Health Technology Assess-

ment, regionala filialer till SBU). Engagemanget med den djupt rotade kliniska erfarenheten och bredden av kunskande i auditoriet var inte överraskande men ändå imponerande, och skänkte hopp om en framtida hållbar allmänmedicin med kloka kliniska val.

### Åtgärder att ifrågasätta

- Slentriamässig förnyelse av recept utan uppföljning, eller överförskrivning av: allergi-medicin, sömntabletter, paracetamol till äldre, protonpumpshämmare, SSRI, hostmediciner, NSAID, bensodiazepiner, statiner
- Onödiga utsättningsförsök
- Röntgen vid knäartros, höftartros
- Röntgen vid revbensfrakturer
- MR vid ryggvärk utan smärtutstrålning
- B12-testning och -behandling
- Folattestning och -behandling
- D-vitamintestning och -behandling
- Osteoporosuppföljning, bentäthetsmätningar
- Allmän hälsokontroll, kolesterolmätning hos friska, hälsosamtal, kostråd, årlig PSA-mätning, årliga labkontroller
- "Protokollvård": Årskontroller för alla med astma, hypertoni, hypotyreos, hyperlipidemi, lindrig diabetes/"prediabetes", tester via AK-möttagning, vissa SVF, delar av BVC-kontrollerna.

### Frågor för patienter, läkare och inte minst riktlinjeförfattare

- Varför behövs undersökningen eller behandlingen?
- Finns det några risker?
- Vilka alternativ finns?
- Vad händer om undersökningen eller behandlingen inte görs?

### Bildspel från introduktionen

<https://wordpress.invajo.com/sfam2024/wp-content/uploads/sites/35/2023/06/Numbers-och-Time-Needed-to-Treat-kloka-kliniska-val-i-den-allmanmedicinska-vardagen-David-Gyll.pdf>

### Global Centre for Sustainable Health Care

<https://globalsustainablehealthcare.org/projects/tnt/>

### Läkaresällskapetets hemsida om kloka kliniska val

<https://www.sls.se/halsa--sjukvard/kloka-kliniska-val/>

## Kloka Kliniska Val

För en förbättrad hälsa & sjukvård

### Medverkande från konsultationsnätverket och SFAM-H var följande:

#### Josabeth Hultberg

Allmänläkare, Vårdcentralen Åby, Norrköping  
[josabeth.hultberg@gmail.com](mailto:josabeth.hultberg@gmail.com)

#### David Gyll

ST-läkare, Svartbäckens Vårdcentral, Uppsala  
[gyll.david@gmail.com](mailto:gyll.david@gmail.com)

#### Maria Holstenson

Allmänläkare, Vårdcentralen Söder, Växjö  
[maria.holstenson@kronoberg.se](mailto:maria.holstenson@kronoberg.se)

#### Anna-Lena Köhlin

Allmänläkare, Vårdcentralen Centrum, Växjö  
[anna-lena.kohlin@kronoberg.se](mailto:anna-lena.kohlin@kronoberg.se)

#### Staffan Svensson

Allmänläkare, Specialist i klinisk farmakologi, Göteborg  
[staffan.svensson@pharm.gu.se](mailto:staffan.svensson@pharm.gu.se)

#### Malin Öborn

ST-läkare, Vårdcentralen Åby, Norrköping  
[malin.oborn@regionostergotland.se](mailto:malin.oborn@regionostergotland.se)

### Referenser:

1. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat; Johansson, Guyatt, Montori *BMJ* 2023;380:e072953; <https://www.bmj.com/content/380/bmj-2022-072953>
2. Kloka kliniska val – att avstå det som inte gör

3. Patientcenterad konsultation – bra för både pa-

tient och läkare; Trestegsmodell kan förebygga vanliga missförstånd; Charlotte Hedberg, *Läkartidningen* 42/2020; <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/etik-och-lakarroll/2020/10/patientcenterad-konsultation-bra-for-bade-patient-och-lakare/>

# Risken att överskatta risk

**K**ardiovaskulär prevention har blivit en allt större del av allmänläkarens vardag. Det finns många skäl till detta, bland annat ständigt ökande kunskapsunderlag och bättre tillgång till effektiva läkemedel. Allt större epidemiologiska undersökningar och kliniska prövningar har visat nytta med att behandla riskfaktorer vid lägre nivåer [1, 2]. Dödlighet av hjärt-kärlsjukdom sjunker, och den kardiovaskulära preventionen är förstås en av faktorerna som bidragit [3]. Men kan det finnas överdiagnostik och överbehandling inom området?

Det är viktigt att uppmärksamma att förebyggande behandling på många sätt skiljer sig från botande och symtomlindrande behandling. Preventionen strävar oftast mot en osäker vinst långt in i framtidens mörker och nyttan för den enskilda kan vi nästan aldrig mäta. Huruvida en hjärtinfarkt kan ha förhindrats går eventuellt att visa i befolkningsstatistik men kan aldrig konstateras för individen och sänkning av en riskfaktor är ingen garanti för förlängd tid utan sjukdom. Därför finns det vid förebyggande, jämfört med annan behandling, ett större etiskt krav på evidens om att förväntad nytta tydligt överväger nackdelar av behandling. Om en riskfaktor börjar betraktas som en egen sjukdom kan detta krav komma att hamna i skymundan.

Sambandet mellan blodtryck och kardiovaskulära händelser är inte linjärt utan följer en exponentiell kurva och detsamma gäller flera andra riskfaktorer [1, 4, 5]. Befolkningsstudier tyder på att redan från 115 mmHg systoliskt tryck gäller att kardiovaskulär risk fördubblas vid varje 20 mmHg ökning [1]. Men det är viktigt att notera att detta gäller obehandlat blodtryck. Det är inte liktydigt med att 115 mmHg kan användas som behandlingsmål. När blodtrycket med läkemedel sänks till 115 mmHg sjunker inte risken för kardiovaskulär sjukdom till samma nivå som de som har 115 mmHg utan behandling. Vid vilken blodtrycksgräns det kan löna sig att initiera behandling besvaras bäst av randomiserade interventionsstudier. Hur lågt trycket sedan vid indikation för behandling bör sänkas, är en annan fråga. Men hur lågt ska då trycket sänkas, egentligen?

Tröskelvärdet för att definiera högt blodtryck samt behandlingsmål har sänkts successivt senaste årtionden. Numera definieras hypertoni oftast som blodtryck  $\geq 140/90$  mmHg men behandlingsmålen varierar mellan länder och organisationer. I princip rekommenderar både den Amerikanska (ACC) [6] och Europeiska kardiologföreningen (ESC) [7] i sina riktlinjer ett behandlingsmål under  $130/80$  mmHg. Till skillnad från de andra nordiska länderna [7-10] verkar detta mål även ha tagits upp i Svenska kunskapsstöd [11], utan någon konsekvensanalys eller en adekvat diskussion.

Det råder ingen tvekan om att aggressivare behandlingsmål är tecken på höga ambitioner och goda intentioner bland de kollegor som påverkat utformningen av rekommendationerna. Dock väcks misstanken om att iver och åsikter kan ha överröstat vetenskaplig stringens, till exempel när forskare föreslår att blodtryckssänkande behandling borde ges till alla – oavsett utgångsblodtryck – om man önskar sänka folks kardiovaskulära risk [2]. Att se hur stor inverkan SPRINT studien [12] har haft på riktlinjer om blodtrycksbehandling i USA [6] och Europa [13] väcker också misstankar, eftersom denna, förvisso mycket intressanta, studies omfattande svagheter [14] gör det omöjligt att acceptera att kliniska rekommendationer baseras på dess resultat.

Våra amerikanska allmänläkarkollegor tackade därför nej till nya riktlinjer som sänkte definitionen av ”hypertoni” till  $\geq 130/80$  mmHg [15], och som över en natt skulle definiera ytterligare 30 miljoner amerikaner som ”hypertoniker” [16]. Oavsett om gränsen för diagnosen sätts vid 130 eller 140 mmHg,

är gränsen för när behandling bör inledas inte nödvändigtvis samma. Det är också rimligt att variera behandlingsgränsen utifrån personers individuella riskprofil, livsstil och livssituation.

Men hur lågt borde blodtrycket då sänkas? Brunström och Carlberg [17] ger det mest övertygande svaret på den frågan, särskilt om man bortser från studier med tydlig agenda och större felkällor. Det finns evidens på mortalitetsvinst med att sänka blodtryck under

$140/90$  mmHg, både i primär- och sekundärprevention. För individer med etablerad kardiovaskulär sjukdom kan det finnas en minimal extra behandlingsnytta med lägre behandlingsmål men denna är tveksam. Hur som helst landar dagens rekommendationer om blodtrycksmål  $<130/80$  mmHg inom en gråzon där nyttan, jämfört med behandlingsmål  $<140/90$  mmHg, inte är säkerställd. I den situationen måste större vikt läggas på faktorer som risk för biverkningar, undanträngningseffekter och individuella preferenser hos den behandlade.

Även om blodtryckssänkande behandling kan ha likvärdig effekt på relativ risk vid olika risknivåer, så blir den absoluta riskminskningen mindre ju lägre grundrisk. För att uppnå samma nytta i form av minskning av absolut risk vid lägre jämfört med högre grundrisk, krävs större sänkning av riskfaktorn och därmed större behandlingsinsats. Detta betyder att effektiviteten av behandling minskar med lägre absolut risk – fler behöver behandlas till lägre nivåer med risk för att nyttobalansen mellan fördelar och skadeverkningar för den behandlade individen kan bli ofördelaktig. Eftersom risken för sjukdom aldrig kan bli noll



**När blodtrycket med läkemedel sänks till 115 mmHg sjunker inte risken för kardiovaskulär sjukdom till samma nivå som de som har 115 mmHg utan behandling.**

kan en fortsatt trend av ständigt sjunkande behandlingsgränser och behandlingsmål för olika riskfaktorer till slut leda till att kostnader, biverkningar och andra nackdelar av behandling överstiger nyttan.

Det är svårt, eller kanske omöjligt, att identifiera det optimala tröskelvärdet för att rekommendera behandling på gruppnivå. Även om olika riskalgoritmer och riktlinjer självsäkert och med tydlighet uppger vid vilken procentuell utfallsnivå som gränsen

”

**Även om blodtryckssänkande behandling kan ha likvärdig effekt på relativ risk vid olika risknivåer, så blir den absoluta riskminskningen mindre ju lägre grundrisk.**

dras mellan låg, måttlig och hög risk, så är dessa gränsvärden ingen statistisk eller matematisk sanning. Var gränsen ligger är en värderingsfråga, något som bestäms av riktlinjeförfattare. Till vilken grad denna bedömningen tar hänsyn till målpopulationens riskprofil – det vill säga hur många kan förväntas definieras i hög risk och hur resurskrävande behandlingsstrategin därmed blir på samhällsnivå – varierar mellan olika riktlinjer.

I Norge har det uppskattats att inte ens alla landets allmänläkare skulle räkna till för att följa upp och behandla högt blodtryck enligt riktlinjer för hela populationen, även om de inte hade några andra arbetsuppgifter [18]. Flera studier har sedan dess kommit till liknande slutsatser, att riktlinjer om förebyggande behandling ger orealistiska krav på arbetsinsats från vården [19, 20]. Dessa slutsatser är förstas en viss förenkling, bland annat eftersom många har upptäckta och obehandlade riskfaktorer, samt att allmänläkarens roll innebär prioriteringar och hanteringar av många hälsotillstånd samtidigt, varför tidsåtgången i realiteten kanske inte blir fullt så stor som dessa studier beräknar.

Oavsett vore det önskvärt om hållbarhet, snarare än önsketänkande, kunde vara en ledstjärna vid riktlinjernas utformning. Ett alternativ till ständigt sjunkande behandlingsgränser och behandlingsmål vore till exempel att professionen i större grad arbetade för interventioner på samhällsnivå, eftersom det har potential att komma till nytta för fler individer, med mindre direkt belastning på vården. Europeiska kardiologföreningen har i sina riktlinjer från 2021 [13] ett kapitel om samhällsinterventioner. Dessa rekommendationer har tyvärr fått betydligt mindre genomslag än behandlingsmål för blodtryck och lipider.

Stora framgångar har uppnåtts de senaste årtiondena med sänkt dödlighet och sjuklighet av hjärt-kärlsjukdom, där bättre och mer utbredd förebyggande medicinsk behandling varit en av flera bidragande faktorer. Men tröskelvärden som definierar behandlingsmål och gränser för att initiera behandling har nu

sänkts till nivåer där balansen mellan nytta och skada börjar bli osäker. Vi måste komma ihåg att våra resurser är begränsade och måste prioriteras väl. Eftersom hela befolkningen är i risk för att utveckla hjärt-kärlsjukdom, kan behandlingsstrategier riktade åt individen komma att äta upp allt mer av primärvårdens tid till en allt sämre marginalnytta.

Det är dags att diskutera huruvida vi önskar att denna utveckling fortsätter åt samma håll. Det finns alternativ, som att i större grad satsa på interventioner på samhällsnivå. Annars måste det tydliggöras vilka av primärvårdens andra uppgifter som ska nedprioriteras. Vi allmänläkare har ett ansvar gentemot alla våra patienter, mot samhället och våra gemensamma resurser. Hur gör vi egentligen störst nytta med vår insats och våra begränsade resurser?

*Jäv saknas.*

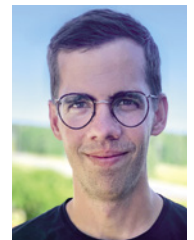
**Hálfdán Pétursson**

Allmänläkare  
Omtanken Källered vårdcentral,  
Universitetslektor, Avd. för allmänmedicin,  
Islands universitet, Reykjavik,  
FoU primär och nära vård Göteborg  
och Södra Bohuslän  
[halfdanpe@gmail.com](mailto:halfdanpe@gmail.com)



**David Gyll**

ST-läkare  
Svartbäckens vårdcentral, Uppsala  
[gyll.david@gmail.com](mailto:gyll.david@gmail.com)



**Oskar Lindfors**

Allmänläkare  
Växjö  
[oskarlindfors81@hotmail.com](mailto:oskarlindfors81@hotmail.com)



#### Referenser:

*(fullständig referenslista finns i e-tidningens läsläge)*

- Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R, Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002;360(9349):1903–13.
- Rahimi K, Bidel Z, Nazarzadeh M, Copland E, Canoy D, Ramakrishnan R, et al. Pharmacological blood pressure lowering for primary and secondary prevention of cardiovascular disease across different levels of blood pressure: an individual participant-level data meta-analysis. *Lancet*. 2021;397(10285):1625–36.
- Brunström M, Carlberg B. Association of Blood Pressure Lowering With Mortality and Cardiovascular Disease Across Blood Pressure Levels: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2018;178(1):28–36.
- Petursson H, Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Current European guidelines for management of arterial hypertension: are they adequate for use in primary care? Modelling study based on the Norwegian HUNT 2 population. *BMC Fam Pract*. 2009;10:70.

# Om detta med risk och vem som ska ha behandling

## SCORE 2015 vs SCORE2

De första moderna blodtrycksmedicinerna, tiaziderna, utvecklades på 50-talet och möjliggjorde behandling av högt blodtryck utan svåra biverkningar. Men värdet av blodtrycksbehandling var omdiskuterad. ”Personer med mild godartad hypertoni <210/100 [...] behöver inte behandlas” skrev Charles Friedberg i *Diseases of the Heart* 1949 [1].

Startskottet för preventiv blodtrycksbehandling blev VA Cooperative study initierad 1964 där 143 män med ett diastoliskt blodtryck på 115–129 mmHg randomiserades till blodtrycksbehandling eller placebo. Studien avbröts efter 18 månader då fyra personer i kontrollgruppen dött och ytterligare 23 drabbats av allvarliga kardiovaskulära händelser, jämfört med noll dödsfall och enbart två kardiovaskulära händelser i behandlingsgruppen [2]. En absolut riskreduktion på cirka 30 % efter enbart 1,5 års behandling. Men läkemedel innebär också risker; en person i behandlingsgruppen drabbades av allvarliga läkemedelsbiverkningar.

Nytan av blodtrycksbehandling hos de med högt diastoliskt blodtryck var uppenbar och med tiden gjordes studier som visade nytta med blodtrycksbehandling även i populationer med lägre blodtryck. TOMHS-studien visade 1993 att blodtrycksbehandling för personer med ett diastoliskt blodtryck 90–99 mmHg minskade hjärt-kärlhändelser från 7 % till 5 % (en absolut riskreduktion på 2 %) efter 4 års behandling [3]. Ungefär samtidigt visades likartad nytta med att behandla personer med enbart systoliskt förhöjt blodtryck [4].

För att identifiera de som har störst risk för kardiovaskulär sjukdom, och därmed störst nytta av behandling, har det utvecklats riskalgoritmer. Algoritmerna är tänkta att vara verktyg för bättre precision. Den första SCORE-algoritmen publicerades av European Society of Cardiology (ESC) 2003, och har sedan dess anpassats och uppdaterats utifrån nationella förutsättningar. ESC publicerade 2021 en större uppdatering kallad SCORE2 [5], som bland annat presenterats i läkartidningen [6]. Före denna uppdatering användes i Sverige SCORE 2015 [7].

SCORE2 innebär flera större förändringar. Istället för att som tidigare skatta risken för kardiovaskulär död inom tio år, så upp-

skattar SCORE2 risken för kardiovaskulär händelse inom tio år. Man har också gjort en åldersjusterad riskskattning och förändrad färgsättning, för att tydligare markera ut unga personer med hög risk jämfört med sina jämnåriga. Detta är personer med kraftiga riskfaktorer. De har, på grund av sin unga ålder, låg absolut risk för kardiovaskulär händelse men stor potentiell nytta av preventiv behandling på lång sikt. Detta är tänkt att bidra till bättre behandling av dessa individer. En förändring för Sveriges del är att vi nu

räknas till länder med *moderate* (medelhög) risk för hjärtsjukdom, till skillnad från lågriskländer som Norge och Danmark. Detta beror dock inte på någon generell riskökning i befolkningen i Sverige. Risken för hjärt-kärlsjukdom har varit stadigt minskande sedan mitten av 1900-talet [8].

Underlagen och bakgrundsarbetet till SCORE2 är gediget och algoritmen ska träffa närmare ett sant utfall än tidigare versioner, som har kritiserats för att över-skatta risken för kardiovaskulär död. Denna förbättring kan dock problematiseras, då man

genom att skatta risken för kardiovaskulära händelser istället för död fått en betydligt större *måltavla* för skattningen. Det är enklare att skatta risken för utfall som är mer frekventa.

Det finns aspekter av SCORE2 som inte belyses i lanserande artiklar och inte diskuterats tillräckligt inför implementeringen i Sverige. I SCORE 2015 visualiseras risknivåer på en färgskattningsskala i 7 steg (mörkgrön, ljusgrön, gul, orange, ljusröd, mörkröd, svartröd). I SCORE2 har man gått ner till enbart 3 färgsteg (grön, orange, röd). Hur dessa färger ska jämföras mellan versionerna lämnas helt okommenterat i lanseringsartikeln. De patienter som tidigare hamnat på *gul eller orange risk* har nu en *orange risk*. Detta är ett problem då vissa behandlingsriktlinjer använder färgmarkeringarna som beslutsgrund. I Region Uppsala läkemedelsrekommendationer skriver man att hyperlipidemi ska behandlas vid ”hög risk” som till exempel blodtryck  $\geq 180/110$  mmHg eller ”orange färg i SCORE2-tabellen”. Detta kan ses som motsägelsefullt då alla män över 55 år med ett systoliskt blodtryck  $>120$  mmHg får ”orange färg”. Man kan fundera kring huruvida ”orange risk” uppfattas som farligare än ”gul risk” och att hela



**Nytan av blodtrycksbehandling hos de med högt diastoliskt blodtryck var uppenbar och med tiden gjordes studier som visade nytta med blodtrycksbehandling även i populationer med lägre blodtryck.**

SCORE2-tabellen lyser av farliga röda och orange fält, med risk för att vårdpersonal överskattar och kommunicerar för hög grad av farlighet till patienten, trots låg absolut risk.

### Riskskattning för bättre precision i behandlingen

Att göra en kardiovaskulär riskvärdering kan ses som en metod för att få bättre träffsäkerhet i preventiv behandling, att öka precisionen. En studie visar exempelvis att med en *riskbaserad* behandlingsstrategi kan 29 % färre personer behandlas, jämfört med att behandla alla med ett systoliskt blodtryck  $\geq 150$  mmHg, utan att förlora vinst i form av minskade hjärt-kärlhändelser [9]. Denna nytta med instrument för att skatta hjärt-kärlsjukdoms-risk förklarar varför dessa spelar en roll i vissa länders Choosing Wisely-kampanjer. Till exempel denna icke göra-uppmaning från allmänläkarföreningen i Australiens Choosing Wisely [10]: ”Påbörja inte behandling av hypertoni eller hyperlipidemi utan att först bedöma absolut risk för kardiovaskulär händelse.”

Rekommendationen motiveras så här: ”Nytan av blodtrycks-behandling och blodfettssänkande är proportionerlig till patientens grundrisk för en kardiovaskulär händelse. Patienter med flera riskfaktorer som har hög risk för en händelse har störst nytta av behandling. Patienter med förhöjt blodtryck eller förhöjda blodfetter men med ’låg risk’ (<10 % 5-årsrisk enligt australiska alliansen för kardiovaskulär prevention [NVDPA]) behöver inte medicinerings. NVDPA:s riktlinjer rekommenderar behandling av blodtryck genomgående över 160/100 mmHg oavsett grundrisk, samt för andra patienter med högriskstillstånd, eller med manifest hjärt-kärlsjukdom.” [10].

Genom att göra en kardiovaskulär riskskattning kan man alltså undvika att behandla patienter med i grunden låg risk för kardiovaskulära händelser. Om riskskattningsverktygen däremot blir alltför *inklusiva* (att en större andel skattas som *hög risk*), så tappar verktygen denna funktion.

### SCORE 2015 vs. SCORE2

Det är inte helt enkelt att rakt av jämföra SCORE2 med dess föregångare, SCORE 2015. Justeringar av åldersindelningarna och byte av blodfettssindikator från total kolesterol till nonHDL har gjorts. Beaktat detta kan man ändå notera vissa skillnader. För att lättare illustrera dessa kan tabellen för *Icke rökande män 55 år* från SCORE 2015 jämföras med gruppen *Icke rökande män 55–59 år* i SCORE2.

Det är uppenbart att andelen med ”orange” risk eller högre har ökat. Denna skillnad blir tydligare när man också noterar förändringarna i kategorisering av blodtryck. I SCORE 2015 väljer man rad utifrån det blodtryck som ligger närmast patientens. Den nedersta raden motsvarar alltså ett blodtryck <130 jämfört med <120 i SCORE2. Detta kan kompenseras för genom att dela upp raderna i båda tabellerna i 10 mmHg-kategorier.

Skillnaden i chansen att inte ha *orange* (”hög”) risk är slående. Om man använder dessa riskverktyg i bedömning om kardiovaskulär prevention ska sättas in får det stora praktiska konsekvenser. Om man utgår från färgsättningen i SCORE2 i riktlinjer kan den betydande ökningen av antalet patienter också riskera att ge undanträngningseffekter. Det går att uppskatta storleksordningen av denna förändring trots att det saknas stu-

SCORE 2015 – Män ickerökare 55 år

Blodtryck	Total kolesterol				
	4	5	6	7	8
180	2	3	4	4	5
160	2	2	2	3	3
140	1	1	2	2	2
120	1	1	1	1	2

SCORE2 – Män ickerökare 55–59 år

Blodtryck	Non HDL			
	3–3,9	4–4,9	5–5,9	>6
160–179	9	10	11	12
140–159	7	8	9	10
120–139	5	6	7	8
100–119	4	5	6	6

SCORE 2015 – Män ickerökare 55 år

Blodtryck	Total kolesterol				
	4	5	6	7	8
180–190	2	3	4	4	5
170–180	2	3	4	4	5
160–170	2	2	2	3	3
150–160	2	2	2	3	3
140–150	1	1	2	2	2
130–140	1	1	2	2	2
120–130	1	1	1	1	2
–120	1	1	1	1	2

SCORE2 – Män ickerökare 55–59 år

Blodtryck	Non HDL			
	3–3,9	4–4,9	5–5,9	>6
170–179	9	10	11	12
160–170	9	10	11	12
150–159	7	8	9	10
140–150	7	8	9	10
130–139	5	6	7	8
120–130	5	6	7	8
100–119	4	5	6	6

dier som direkt jämför de två verktygen utifrån denna aspekt. Sådana studier borde kanske gjorts inför lansering?

I en studie [7] från 2017 av SCORE 2015 gjord på populationen i MONICA-studien bestående av 40–65-åringar utan diabetes eller känd hjärt-kärlsjukdom, skattades 2,6 % ha hög eller mycket hög kardiovaskulär risk (män 5,2 %, kvinnor 0,2 %). Detta visar hur ett riskskattningsverktyg som SCORE 2015 kan bidra till mer precisa behandlingsbeslut.

Detta kan kontrasteras mot en nylig studie [11] av SCORE2 gjord på populationen i SCAPIS-studien, bestående av kardiovaskulärt friska 50–64-åringar. Med SCORE2 skattades 52 % i denna population ha hög kardiovaskulär risk; nästan 80 % av männen och över 25 % av kvinnorna. Delvis förklaras denna högre risk av den något äldre populationen, men det rör sig ändå om en nästan hundrafaldig ökning av andelen kvinnor som skattas ha hög risk jämfört med SCORE 2015. De flesta av dessa bör enligt riktlinjer från ESC ha primärpreventiv statinbehandling.



**För att identifiera de som har störst risk för kardiovaskulär sjukdom, och därmed störst nytta av behandling, har det utvecklats riskalgoritmer.**

### Statiner åt alla?

Det är inte självklart hur man ska förhålla sig till expansionen av den population som med SCORE2 blir aktuell för statinbehandling. Statinerna är välbeprövade läkemedel med låg risk som använts av många människor under lång tid. Det förekommer allvarliga biverkningar, främst leverpåverkan och rhabdomyolys, men dessa är sällsynta och vanligare vid högre doser.

Den relativa riskminskningen för kardiovaskulära händelser är förhållandevis konstant oavsett kardiovaskulär risk, men nyttan av behandlingen för den enskilda personen är framförallt avhängig dennes grundrisk. Statiner säljs sedan 20 år receptfritt för vissa grupper i Storbritannien och det pågår diskussioner kring att bredda tillgången till statiner på detta sätt [12, 13].

För många av de som är aktuella för statinbehandling enligt SCORE2 och ESC-rekommendationer, är däremot den absoluta nyttan sparsam. En 57-årig man med systoliskt blodtryck 130 mmHg, totalkolesterol 6 mmol/L och HDL 2,5 mmol/L har hög kardiovaskulär risk enligt SCORE2 och en absolut risk för kardiovaskulär händelse på 5 % på 10 år. Den relativa riskreduktionen av statin är 20 % enligt riskmotorer på Mayo Statin Decision Aid [14], vilket motsvarar en absolut riskreduktion på 1 % på 10 år. Detta motsvarar ett Number-Needed-to-Treat på 100 på 10 år. Om detta är tillräcklig nytta för att initiera behandling kan diskuteras.

Om behandlingen vore receptfri vore det huvudsakligen ett

beslut för personen utifrån dennes önskemål och värderingar. Dock finns uppenbara risker för att alla inte kommer att ha tillräcklig kunskap för att göra ett informerat beslut som stämmer med de egna värderingarna. Men om behandlingen ska vara målstyrd utifrån kolesterolvärden (något som i sig kan diskuteras [15]) och innebära utökad uppföljning inom sjukvården så krävs diskussion kring vilka undanträngningseffekter detta kan få. Särskilt om hälften av alla i medelåldern är aktuella för behandling och uppföljning.

Regionerna verkar hantera SCORE2 på olika sätt: riktlinjer från Region Skåne kring hyperlipidemi nämner SCORE2 men utgår från SCORE 2015 i sina rekommendationer [16]. Region Uppsala rekommenderar, som nämnts ovan, användning av SCORE2 och dess risknivåer i behandlingsbesluten utan att närmare kommentera kring konsekvenser det får för bedömningen [17]. I Region Västernorrland öppnar man för den enskilda kliniker att besluta vilket av riskskattningsverktygen som man använder: ”vår rekommendation är att det tills vidare går att använda vilken som helst av dessa omnämnda algoritmer.” [18] Detta kan synas lite märkligt då valet av algoritm gör att allt från 5 % till 50 % av medelålders personer bör erbjudas primärpreventiv statinbehandling. Att expertgrupper landar i olika beslut kring hur SCORE2 bör användas, visar på behovet av en större diskussion om vad som är en hög risk för kardiovaskulär sjukdom och vid vilken risknivå nytta av behandling blir tillräckligt god – både utifrån risken att medicalisera stora grupper av människor med genomsnittlig risk för hjärt-kärlsjukdom men också de omfattande resurser detta skulle kräva. Resurser som skulle kunna läggas på annat. Att välja en sak är alltid att avstå en annan.

*Jäv saknas.*



**David Gyll**  
ST-läkare  
Svartbäckens vårdcentral, Uppsala

### Referenser:

(fullständig referenslista finns i e-tidningens läsläge)

2. "Effects of Treatment on Morbidity in Hypertension: Results in Patients With Diastolic Blood Pressures Averaging 115 Through 129 mm Hg", JAMA, vol. 202, nr 11, s. 1028–1034, dec. 1967, doi: 10.1001/jama.1967.03130240070013.
7. T. Karjalainen m.fl., "An evaluation of the performance of SCORE Sweden 2015 in estimating cardiovascular risk: The Northern Sweden MONICA Study 1999-2014", Eur. J. Prev. Cardiol., vol. 24, nr 1, s. 103–110, jan. 2017, doi: 10.1177/2047487316673142.
9. K. N. Karmali m.fl., "Blood pressure-lowering treatment strategies based on cardiovascular risk versus blood pressure: A meta-analysis of individual participant data", PLoS Med., vol. 15, nr 3, s. e1002538, mar. 2018, doi: 10.1371/journal.pmed.1002538.
10. "Don't commence therapy for hypertension or hyperlipidaemia without first assessing the absolute risk of a cardiovascular event.", Choosing wisely. <https://www.choosingwisely.org.au/recommendations/racgp2>
11. A. Yari m.fl., "Distribution of cardiovascular disease risk according to SCORE2 and potential need for cholesterol and blood pressure lowering therapy in apparently healthy middle-aged individuals", Eur. Heart J., vol. 43, nr Supplement\_2, s. ehac544.2279, okt. 2022, doi: 10.1093/eurheartj/ehac544.2279.

**Annons**

# Därför väljer vi ett konservativt förhållningssätt

**V**i har kallats kritiska, hatiska, misstroagna och i värsta fall nihilistiska. Själva kallar vi det för att ha ett medicinskt konservativt förhållningssätt, och vi menar att det är att föredra när det gäller patientvård.

Snabb innovation och nya digitala marknadsföringskanaler har gjort livet svårt för läkare som intar en skeptisk hållning och undviker att haka på det senaste. Därför vill vi klargöra vilka principer som ligger till grund för det medicinska konservativa förhållningssättet.

Ordvalet ”konservativ” har ingen politisk anstrykning, även om William Buckley Jr har definierat den typen av konservatism på ett sätt som stämmer väl överens med vårt förhållningssätt till patientvård:

”Konservativ är den som sätter sig på tvären mot historien och ropar ’stopp’ när ingen annan är benägen att göra det, eller har särskilt mycket tålamod med den som kommer med den uppmaningen.” [1]

## Det här är vår syn på saken:

Konservativ är inte detsamma som nihilistisk. Vi ser positivt på framsteg och hyllar vetenskapliga framgångar som har omvandlat tidigare dödliga sjukdomar som aids och vissa cancerformer till hanterbara kroniska sjukdomar. När det gäller folkhälsan kan vi se att minskad exponering för tobaksrök och förbud mot transfetter i mat har bidragit till att långsiktigt minska förekomsten av hjärthändelser [2]. Vi lever i en fantastisk tid tack vare den medicinska vetenskapen.

Vi som har ett medicinskt konservativt förhållningssätt kan dock också se att många nya rön som lyfts fram som stora framsteg på sin höjd bara ger marginell nytta. Vi ignorerar inte värde. Om man ställer kostnader mot utfall definierar vi marginella framsteg som ”vinster i den plana delen av kurvan” [3] (se figur nedan). Med det menar vi att ytterligare utgifter, till exempel för ett nytt läkemedel, hjälpmedel eller diagnostiskt test, endast ger liten nytta för enskilda patienter eller samhället.

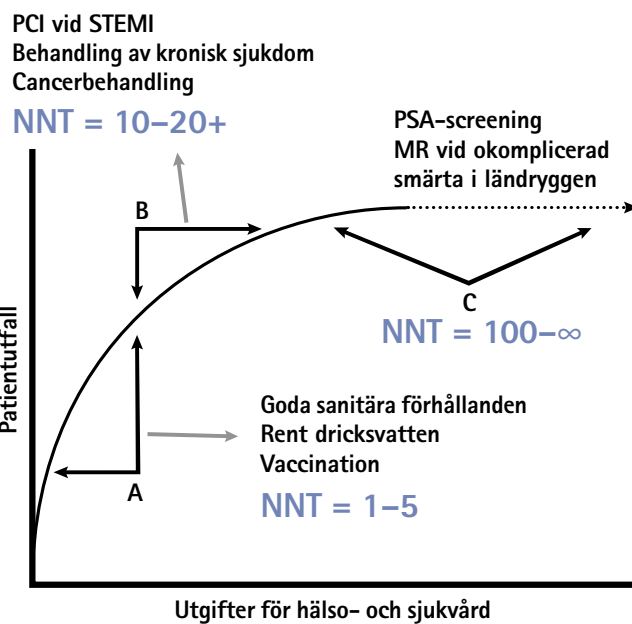
Vi som har ett medicinskt konservativt förhållningssätt tillämpar nya behandlingar som ger tydlig nytta och är baserade på stark och opartisk evidens. Biventrikulär pacing för patienter med systolisk hjärtsvikt och vänstersidigt skänkelblock, direktverkande orala antikoagulantia för att förebygga venös och arteriell trombos, och rituximab mot lymfom är behandlingar som säljer sig själva. De flesta medicinska beslut är dock betydligt mer osäkra. BMJ:s team för klinisk evidens har granskat 3 000 behandlingar som används inom det brittiska sjukvårdssystemet National Health Service och fann att omkring hälften av dessa hade okänd effekt medan endast 11 procent hade en tydlig nytta [4].

Vi som har ett medicinskt konservativt förhållningssätt vet att

även om kliniska prövningar visar att ett läkemedel, en medikamentär produkt eller ett ingrepp når upp till en statistisk tröskel, så kan den faktiska nyttan för en enskild individ fortfarande vara betydligt mindre än vad reklamen påstår. Vi motstår frestelsen att förväxla nyttan med en behandling för en population med nyttan för individen. Även om utbredd användning av statiner för primärprevention kan förebygga många icke-dödliga hjärthändelser inom en population, så förhåller sig en konservativ läkare till en patient åt gången och är noga med att tydliggöra den absoluta nyttan/skadan med det läkemedlet för den individen.

Frågan vi ställer oss är enkel: Skulle en opartisk patient, som har full kännedom om för- och nackdelarna med en viss intervention, frivilligt välja att tillämpa den och – med hänsyn till patienternas olika resurser – betala för den?

Denna önskan om bättre besluts kvalitet får oss konservativa att känna en viss oro inför den ökande kommersialiseringen inom medicinen. När pengar står på spel ökar risken att det uppstår en hajp. Detta främjar inte bara vård med lågt värde utan urholkar också allmänhetens förtroende för den medicinska vetenskapen. Vi som har ett medicinskt konservativt förhållningssätt motsätter oss alla former av hajp.



**Figur:** Med utgångspunkt från avtagande nyttofunktion i ekonomi: Punkt A representerar vård med högt värde eftersom utgifterna leder till stora vinster i utfallet. Punkt B representerar medelhög vinstnivå i förhållande till de ytterligare utgifterna. Punkt C representerar vård med lågt värde, där de ytterligare utgifterna inte associeras med någon betydande förbättring i patientutfallet. Det här är ”den plana delen av kurvan”.



Följande artikel är en översättning av artikeln "The Case for Being a Medical Conservative" som publicerades i The American Journal of Medicine i augusti 2019.

Artikeln på originalspråk kan läsas här:  
[https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(19\)30167-6/fulltext](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(19)30167-6/fulltext)

En del misstolkar vår oro för kommersialiseringen inom medicinområdet som att vi motsätter oss privat företagande, kapitalism och förmögenhetsskapande, eller mer allmänt medicinska framsteg för sakens skull. Det stämmer inte. Däremot motsätter vi oss sådana medicinska framsteg – med tillhörande förmögenhetsskapande – som sker under sken av "vetenskap" utan att ge någon meningsfull förbättring av patientutfallet.

Vi konservativa förespråkar evidensbaserad medicin och kritisk bedömning för att avgöra vad som utgör ett faktiskt framsteg. Även om vi varken hyllar eller avvisar begreppet expertis så är vi främst inriktade på den kritiska bedömningsprocessen och kvaliteten i denna.

Den som har ett medicinskt konservativt förhållningssätt och genomför en robust kritisk bedömning hamnar lätt på kollisionskurs med så kallade "ämnesexperter", som ofta motsätter sig vår skepticism med hänvisning till att den inte bygger på djupgående expertis i den aktuella frågan. Trots detta framhårdar vi konservativa i att dra en skarp gräns mellan expertis på ämnesnivå och expertis inom kritisk bedömning. Dessa skilda typer av expertis är inte alltid samstämmiga, och värdet av var och en måste bedömas från fall till fall. Till exempel är den som är expert på att sätta in implantierbara defibrillatorer (ICD) inte nödvändigtvis alltid den mest tillförlitliga experten när det gäller att svara på frågan när det är bäst att sätta in en ICD. Alltför ofta blir expertis inom ett visst ämne synonymt med hängivenhet för den aktuella modellen eller teorin.

Spänningen uppstår genom att ämnesexperterna ofta är entusiastiska inför just det ämne de är experter på, medan vi som har ett medicinskt konservativt förhållningssätt bara blir entusiastiska inför sådant som har bevisad förmåga att förbättra människors hälsa. När en viss åtgärd medför verklig nytta tål den också att genomgå kritisk bedömning. Ingen ifrågasätter värdet av antibiotika mot bakteriella infektioner, perkutan kranskärlsintervention vid akut hjärtinfarkt eller operation av fraktur i lårbenshuvudet.

Vi konservativa ser fördelar med gemensamma intressen mellan industrins vinstmotiv och framsteg inom forskningen, och vi är inte alls emot samarbete mellan företag och läkare. Samtidigt måste dessa skilda intressen tas med i beräkningen när man ska avgöra kvaliteten på evidens som talar för eller emot nya åtgärder. En ofullständig evidensbas till följd av selektiv publicering av "positiva" studier kan till exempel göra det svårt att få en faktisk kännedom om nettoytan med en viss åtgärd [5].

Vi konservativa förhåller oss därför pragmatiska i förhållande till människans natur och den rådande affärsmodellen för medicinsk vetenskap. Ämnesexperter, yrkesföreningar eller tidskriftsredaktörer som är alltför kritiska mot någon av industrins produkter riskerar nämligen sin framtida finansiering. Denna typ av motivationsbias behöver inte vara förkastlig, men man bör ha den i åtanke.

Till syvende och sist hyser vi konservativa en djup vördnad inför människokroppen. Vi är medvetna om att vår kunskap och våra allra bästa modeller bara i sällsynta fall kan förutspå om en ny åtgärd blir framgångsrik. Vi betraktar verkliga medicinska framsteg som en långsam och svår process, till stor del på grund av att naturen har försett människokroppen med en inbyggd förmåga att läka.

De allra klokaste konservativa läkarna förstår och accepterar hur lite de egentligen kan påverka utfallet. Många betraktar den referensramen som nihilistisk, men en konservativ läkare ser den som ett skydd mot vår allra största fiende – övermodet.

Jäv: *Se originalartikeln*

**John Mandrola**  
 MD  
 Baptist Health Louisville,  
 Kentucky

**Adam Cifu**  
 MD  
 University of Chicago,  
 Illinois

**Vinay Prasad**  
 MD, MPH  
 Oregon Health & Science University,  
 Portland, Oregon

**Andrew Foy**  
 MD  
 Penn State University  
 College of Medicine,  
 Hershey, Pennsylvania

**Översättning till svenska:** Charlotte Sjögren

#### Referenser:

- Buckley JW. Our Mission Statement. *Natl Rev*. 1955. Finns på: <https://www.nationalreview.com/1955/11/our-mission-statement-william-f-buckley-jr/>. Hämtad den 30 januari 2019.
- Mensah GA, Wei GS, Sorlie PD, et al. Decline in cardiovascular mortality. *CircRes*. 2017;120(2):366–80.
- Foy AJ, Mandrola JM. Heavy heart: the economic burden of heart disease in the United States now and in the future. *Prim Care*. 2018;45(1):17–24.
- Smith QW, Street RL, Volk RJ, Fordis M. Differing levels of clinical evidence: exploring communication challenges in shared decision making. *MedCareResRev*. 2013;70(1 suppl):3S–13S.
- Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med*. 2008;358(3):252–60.

Reprinted from The American Journal of Medicine, Volume 132, Mandrola et al, The Case for Being a Medical Conservative, Copyright 2019, with permission from Elsevier.

# Jag orkar inte mer

## – En berättelse om den "psykiskt sjuka patienten"

I bokningen stod det "utmattning, önskar sjukskrivning". Jag ögnade igenom journalen, kvinna i 60-års ålder som ej sökt så ofta tidigare, frisk. Patienten var spenslig, gav ett skört intryck men hade en bestämd min. På min fråga, hur kan jag hjälpa dig svarade hon kort med bister min "jag kan inte mer, jag mår så dåligt, jag orkar inte mer".

Ok, här gällde det att gå varsamt fram. Hon berättade att hennes far drabbades av en svår sjukdom för ett halvår sedan och hade sedan avlidit efter endast några veckor. Efter det hade det varit väldigt mycket med bouppteckningen och patienten försökte nu sälja sitt barndomshem, det var inte lätt. Hon hade syskon, barn och en man, men upplevde att det mesta arbetet med bouppteckningen hade lagts på henne och nu var hon helt slut. Hon hade svårt att fokusera på arbetet, sov väldigt dåligt, hade svårt att varva ned och slappna av. Hon kunde inte gå och handla utan att skriva ned en lista på vad som skulle köpas in, annars glömde hon vad hon skulle ha när hon väl var i affären.

För att få hjälp hade hon kontaktat en kurator via företags-hälsovården och de hade träffats vid ett par tillfällen. Kuratorn hade förklarat att hon var utmattad och hon behövde ta bort alla krav och bara ägna sig åt sig själv och återhämtning. Hon behövde bli sjukskriven.



**Hon hade svårt att fokusera på arbetet, sov väldigt dåligt, hade svårt att varva ned och slappna av.**

Jag tänkte stilla att svårt att sova är det många som har i perioder när man är uppvarvad och köpa mat utan inköpslista det skulle jag själv aldrig klara. Men betyder det att man har utmattningssyndrom?

Jag tog en grundlig anamnes, inget talade för tidigare psykiska besvär eller trauma. Patienten fick fylla i flera olika skalor för depression och utmattning som gav höga poäng. Patienten såg verkligen nedstämd ut och behövde helt klart hjälp.

Vilken diagnos skulle jag sätta? Vilken hjälp skulle jag erbjuda? Var patienten sjuk eller var hon bara ledsen? Skulle jag sjukskriva henne?

Nu skulle jag bedöma arbetsförmågan. Klarade hon att ar-



Illustration: Annika Andén

beta eller klarade hon det inte? Jag visste inte vad patienten klarade och det var ytterst svårt att bedöma på de resterande tio minuter av besöket. Jag bestämde mig för att gå med på en kortare sjukskrivning, dock var jag noga med att informera om att sjukskrivning inte löser några problem och att det är endast för en kortare period. I sjukskrivning skrev jag att patienten "inte klarar psykisk stress, har svårt att påbörja, genomföra och avsluta en arbetsuppgift, klarar ej höga krav", fraser Försäkringskassan brukar godkänna.

Jag satte diagnosen anpassningsstörning, patienten snörpte på munnen och undrade vad det var för en konstig diagnos. Jag förklarade att det är när en person reagerar med psykiska symtom på en yttre händelse, i detta fall faderns bortgång.

Efter några veckor kom patienten tillbaka för uppföljning. Hon mätte nu helt oförändrat, samma symptom som innan. Hon hade försökt promenera dagligen men det hade inte hjälpt.

Jag försökte vara förstående, bejakande och inkännande samtidigt som jag återkommande och tydligt förklarade att sjukskrivning sällan hjälper. Patienten var orubblig, hon behövde vila.

Så här höll vi på i några månader, jag försökte motivera till arbete och fysisk aktivitet medan patienten motvilligt lyssnade. Vi försökte med mindfulness, KBT och melatonin, men inget hade någon större effekt. Patienten vill inte ha SSRI. Rehabkoordinatorn kopplades in och sakta började patienten



**Jag försökte vara förstående, bejakande och inklämmande samtidigt som jag återkommande och tydligt förklarade att sjukskrivning sällan hjälper.**

återgå i arbete. Hon verkade inte nöjd men av oklar anledning fortsatte hon gå hos mig.

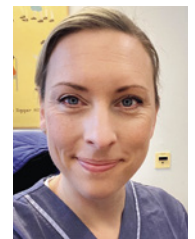
Så kom sista besöket. Patienten hade nu varit sjukskriven på 50 % och min tanke var att öka arbetsgraden till 75 % och sedan heltid. Patienten mår dåligt och nu var det nästan sämre. Jag tog ett djupt andetag och tänkte med missmod att nu blev det svårt att öka arbetsgraden. Jag tog trevande upp sjukskrivningen och patienten svarade kort och koncist att hon inte hade råd att var sjukskriven längre så nu skulle hon börja arbeta heltid. Jag kunde knappt dölja min förvåning. Jag erbjöd att hon kunde vara sjukskriven på 25 % i

en period om hon ville, men hon tackade nej. Vi avslutade besöket utan att planera någon uppföljning. Patienten lämnade rummet med raska steg och rak i ryggen. Fortfarande såg hon ledsen ut.

Jag stod kvar med mina tankar. Var detta rätt handlagt? Hade hon varit sjukskriven helt i onödan? Skulle jag varit hårdare och avslagit sjukskrivning helt? Var hon sjuk? Hur var hennes arbetsförmåga egentligen?

Jag hade inga svar. Det enda jag visste var att stressad är vi alla emellanåt, tråkiga saker händer oss alla och sover dåligt gör många. Men är vi psykiskt sjuk då eller är det en del av livet? Det är svårt att veta.

*Jäv saknas.*



**Linda Ängeby**  
Allmänläkare  
Bollmora Vårdcentral, Stockholm  
[linda\\_angeby@hotmail.com](mailto:linda_angeby@hotmail.com)

SVENSK ALLMÄNMEDICINSK KONGRESS  
**SFAM**  
Uppsala | 24-26 april 2024

Uppsala | 24-26 april 2024  
Prekongress för ST-läkare 23 april  
*Vart är vi på väg?*

[sfamkongress.se](http://sfamkongress.se)

# Behövs psykisk ohälsa?

**B**egreppet ”psykisk ohälsa” gör oss sämre på att peka ut var gränsen går mellan sjukt och friskt. I vardagsspråket bidrar den svepande formuleringen till att patologisera normala reaktioner på livets påfrestningar. Behövs den ens?

## Vad är hälsa?

Ett av de övergripande målen med hälso- och sjukvården är en god hälsa för hela befolkningen. Den ska också arbeta för att förebygga ohälsa [1]. Men för att veta vad som ska göras måste vi ha en uppfattning om vad ”hälsa” och ”ohälsa” egentligen är för någonting.

WHO definierar hälsa som ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom eller funktionsnedsättning” [2]. Hälsobegreppet är därmed så utopiskt formulerat att knappt någon kan uppfylla definitionen [3]. Men som politiskt mål kan det fungera eftersom det stakar ut en riktning. Med en sådan definition av hälsa blir dock ohälsa allt annat, vilket givetvis är orimligt [4].

Hälsobegreppet låter sig inte så lätt fångas, eftersom det är svårt att definiera fenomen av flerdimensionell karaktär. Hälsa har man så att säga mer eller mindre av, inte antingen eller. Men man kan utgå från hälsa som avsaknad av sjukdom, hälsa som funktionsförmåga, hälsa som välbefinnande [3] eller från rent fenomenologiska perspektiv [5]. Oavsett vilken definition man väljer medför det vissa praktiska utmaningar – det är svårt att mäta hälsa [3].

## Psykisk och somatisk ohälsa

Vi ska inte uppehålla oss vid den uråldriga frågan om kropp och själ. Begreppet ”somatic ohälsa” lyser dock med sin frånvaro i det offentliga rummet. Inom kroppssjukvården ägnar man sig med större tydlighet åt välvägränsade sjukdomstillstånd än inom psykiatin. Distinktionen mellan sjuk och frisk är inte alltid helt lätt ens inom somatiken, och det finns stora patientgrupper som får

lida eftersom en sådan skarp tudelning inte är möjlig. Men att säga att någon lider av ”somatic ohälsa” är inte begripligt; det är för ospecifikt. Begreppet ”psykisk ohälsa” är problematiskt av just denna anledning – det har börjat innefatta så vitt skilda företeelser att det är omöjligt att veta vad det innebär.



**Hälsobegreppet låter sig inte så lätt fångas, eftersom det är svårt att definiera fenomen av flerdimensionell karaktär.**

## Psykiska störningar i DSM och ICD

Inom psykiatin används i regel begreppet ”psykisk störning”. I de första utgåvorna av DSM benämndes de flesta tillstånd som ”reaktioner” men detta ändrades efter 1980 till ”disorder” (alltså ”störning” på svenska) för att det inte skulle låta som att miljön spelade så stor roll för uppkomsten [6]. Även ICD använder mestadels ”störning” eller ”syndrom”. Det är endast i den generella överskriften för de olika F-diagnoserna som man ser formuleringen ”psykiska sjukdomar”, men bland subkategorierna är det bara bipolär sjukdom som benämns ”sjukdom” (på engelska heter det dock ”bipolar disorder”).

DSM definierar i sitt förord vad som åsyftas med en psykisk störning [7]. Likt flera samtida sjukdomsbegreppsdefinitioner [3, 4, 8] lyfter man fram signifikant lidande, funktionsförlust samt dysfunktion i psykologiska, biologiska eller utvecklingsmässiga processer. Man förtydligar också vad som inte är en störning, exempelvis en förväntad reaktion

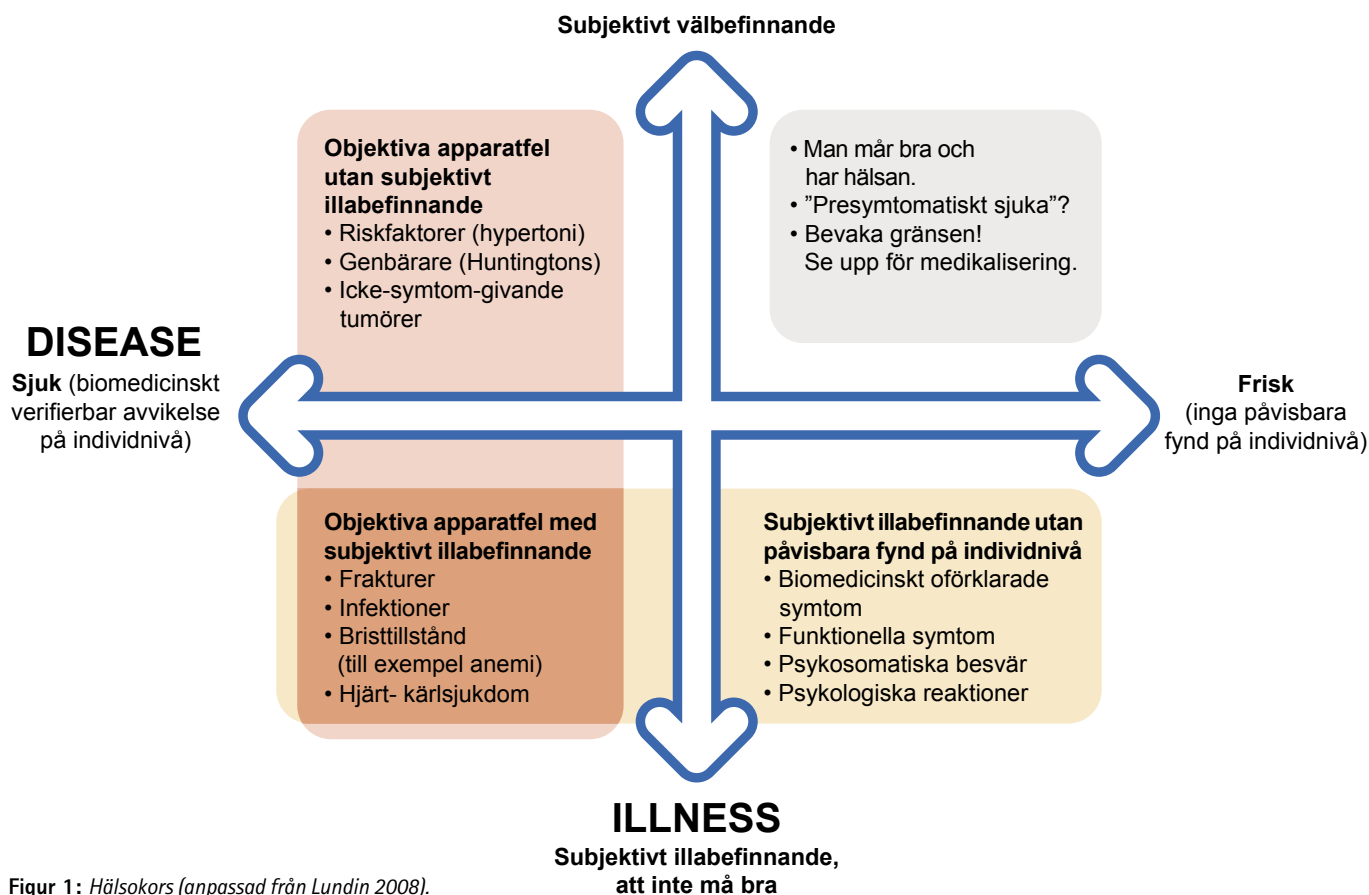
på någonting i miljön. DSM:s definition av en psykisk störning har av vissa kritiserats för att vara överinklusiv, ologisk och ovetenskaplig [9, 10].

I den senaste svenska översättningen av DSM övergick man till ”syndrom” istället för ”störning”, alltså ångestsyndrom, psykotiska syndrom etcetera. Den engelska versionen använder fortfarande ”disorder” (även om man i förordet poängterar att psykiska störningar är syndrom). ”Syndrom” är kanske en mer korrekt beskrivning av de symtomkonstellationer som utgör de psykiatriska tillstånden, men det indikerar inte på samma tydliga sätt en dysfunktion som ”störning” gör. Om ordvalet får några effekter på svenskarnas vilja eller ovilja att stämplas som bärare av ett psykiatriskt syndrom versus att vara psykiskt störda återstår att se. Ordens användning tenderar att leva egna liv och kan få följder som inte var önskade eller förutspådda [11].

## Disease och illness

Att bygga in ett krav på dysfunktion i definitionen av en ”psykisk störning” öppnar för en del problem, inte minst vad gäller bevisbördan för sådana dysfunktioner. De engelska begreppen ”disease” och ”illness” fyller här en funktion genom att skilja på sjukdom som en typ av apparatfel (disease) och sjukdom som illabefinnande (illness). En längre utläggning kring dessa begrepp ges i en artikel i Läkartidningen [12]. Vi kan här nöja oss med att konstatera att distinktionen behövs.

Särskilt illustrativt blir det om man kombinerar begreppen i ett så kallat hälsokors (figur 1). Vänster om mittlinjen återfinns alla disease-tillstånd, alltså de som har någon typ av biomedicinskt verifierbar avvikelse på individnivå. Nedom den horisontella linjen har vi allt subjektivt illabefinnande – här mår man inte bra. I den nedre vänstra kvadranten har man både en objektiv disease och ett subjektivt illabefinnande (illness). Det finns dock flertalet tillstånd som vi definierar som apparatfel men som inte ger några besvär



Figur 1: Hälsokors (anpassad från Lundin 2008).

de symtom. Hit hör olika riskfaktorer som exempelvis högt blodtryck, men också till exempel vissa godartade tumörer. Dessa återfinns i den övre vänstra kvadranten. Längst upp till höger har vi vare sig någon verifierbar biomedicinsk avvikelse eller ett subjektivt illabefinnande – här mår man bra och har hälsan. Det är ett territorium som hälso- och sjukvården bör hålla sig borta från, eftersom det är kring dessa gränser som medikaliseringen ständigt lurar. Vi är alla "presymtomatiskt sjuka", som en engelsk sociolog uttryckte det för att visa på sjukvårdens tendens att medikalisera allt fler mänskliga beteenden och föreslå medicinska lösningar för dessa [13, 14]. Hälsokorset är främst ett teoretiskt ramverk, men kan också användas för att illustrera hur sjukvården bör verka för att hjälpa så många som möjligt bort från de olika kvadranterna upp mot det övre högra hörnet [15] och samtidigt hela tiden skydda resurserna så att de inte flyttas från de sjukare till de friskare.

En kvadrant som utmanar sjukvården är den nedre högra, där man har ett illabefinnande men utan verifierbara

biomedicinska fynd. Ofta är nivån av illabefinnande här till och med högre än för patienter med en tydlig disease. Här hamnar olika biomedicinskt oförklarade syndrom, funktionella tillstånd, psykosomatiska besvär och psykologiska reaktioner.

Strikt talat landar även psykiatriska tillstånd i rutan för illness, det vill säga vi har

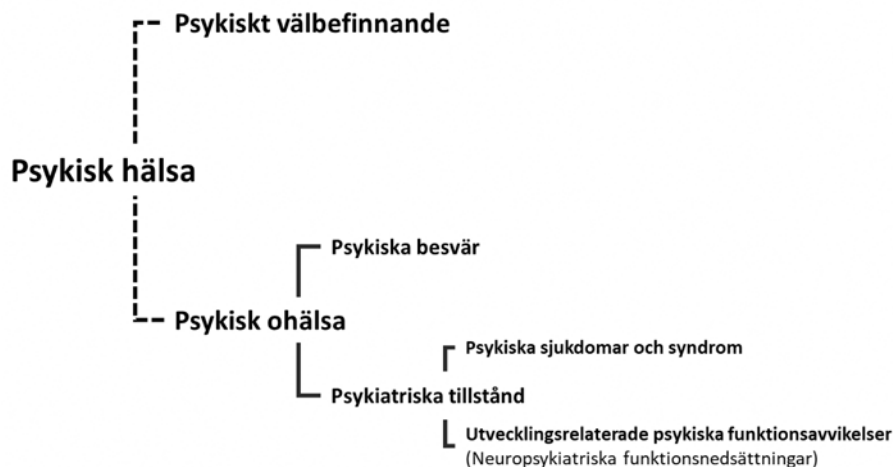


**Distinktionen mellan sjuk och frisk är inte alltid helt lätt ens inom somatiken, och det finns stora patientgrupper som får lida eftersom en sådan skarp tudelning inte är möjlig.**

ännu inte några verifierbara fynd på biologisk dysfunktion på individnivå vid psykiatriska tillstånd, men de flesta upplever ett illabefinnande. Det är dock givetvis inte skarpa gränser mellan kvadranterna, och vissa tillstånd uppvisar högre validitet än andra, utifrån exempelvis typisk debutålder, ärftlighet och förlopp [16]. Baserat på sådana faktorer finns det fog för att hävda att vissa psykiatriska tillstånd, trots sin brist på validitet, ändå bör benämnas som "sjukdomar" [10, 17, 18]. Men att säga "psychiatric disease" (eller "mental disease") skorrar, och på engelska heter det ju "psychiatric/mental illness" eller "disorder".

#### "Psykisk ohälsa" behövs inte

Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, SBU och Sveriges Kommuner och Regioner utarbetade 2020 ett förslag till en mer "enhetlig användning av några centrala begrepp inom området psykisk hälsa" [19]. Här särskiljer man psykiskt välbefinnande från psykisk ohälsa, som vidare delas upp i psykiska besvär och psykiatriska tillstånd (figur 2). Psykiska besvär



Figur 2: Begrepp inom området psykisk hälsa.

är normala reaktioner på livets påfrestningar och kan orsaka en rad kroppsliga förmimmelser som huvudvärk, magont, värk, smärta, yrsel och så vidare. Detta är alltså att betrakta som normala reaktioner. Här listas också bland annat nedstämdhet, ångest och sömnsvårigheter.

Överkategori ”psykisk ohälsa” innehåller således inga besvär eller tillstånd som bara kan beskrivas som psykisk ohälsa; de är antingen psykiska besvär enligt ovan eller psykiatriska tillstånd. Detta åskådliggör hur kategorin innefattar både normala och sjukliga tillstånd, och öppnar därmed för möjligheten att helt enkelt avpollettera begreppet ”psykisk ohälsa”. Ingenting skulle behöva förändras – man kan fortfarande ha både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Kategorin ”psykisk ohälsa” förvirrar mer än den klargör. Den går inte att arbeta med kliniskt eftersom vi inte vet vad det är vi jobbar med – normala besvär eller sjukdomar?

Den går inte heller att använda för politiska ändamål eftersom den är så diffus att ingen ser målet. Om man till exempel vill ”bekämpa” den psykiska ohälsan är det oklart om pengarna ska gå till olyckliga ungdomar utan en rep-lokal eller kroniska, institutionaliserade patienter med schizofreni. Vi kan emellertid givetvis försöka hjälpa både människor med psykiska besvär och de med psykiatriska tillstånd.

### Ordens makt

Alla tjänar på att begreppen vi använder är väldefinierade. Eftersom språket sätter upp ramar för vad vi överhuvudtaget kan tänka och för hur vi conceptualiserar värl-

den riskerar ”psykisk ohälsa” att bana väg för än mer medikalisering av livsproblem. Man kan höra att någon är ”drabbad av psykisk ohälsa”. Om man betänker att ”psykisk ohälsa” innefattar helt normala reaktioner framstår en sådan formulering som något motsägelsefull. Visserligen drabbas vi alla av livets motgångar, men med ett sådant ordval fråntas patienten ansvaret för sin livssituation och makten över sina livsval. Medvetenhet om detta ansvar är fröet till förändring.

### Individen eller samhället?

Att använda ”psykisk ohälsa” underminerar marken i hälsokorssets övre högra kvadrant där vare sig disease eller illness föreligger. Vi lämnar gränsen obevakad för diverse krafter som ser möjligheter till profit eller vill visa på handlingskraft. När alltmer av i grunden normala reaktioner på livets påfrestningar innefattas i ”psykisk ohälsa” förläggs också problematiken hos individen, snarare än på den övergripande samhällsnivå där de hör hemma [20]. Det gör att även föreslagna åtgärder ofta fokuserar på individen. Sjukvården antas vara den instans som bör ”bekämpa” den psykiska ohälsan, individ för individ. Resurserna tenderar därför att läggas på individuella insatser högt upp i en pyramid där basen snarare utgörs av arbetsmarknads-politiska åtgärder för sysselsättning, alkohol- och drogpolitik, föreningsliv, skolfrågor och så vidare. Den psykiska hälsan byggs upp av lokalsamhället, inte av sjukvården. Ett uttryckligt syfte med myndigheternas förslag ovan var

att stävja den ogenomtänkta användningen av ”psykisk ohälsa” och istället börja prata om ”psykisk hälsa”. En enda bokstav gör stor skillnad. Att främja hälsa är trots allt lättare än att bekämpa ohälsa. Det gör det lättare att fördela resurserna till rätt instans.

### Håll gränsen

De stora förlorarna är annars de med psykiatriska tillstånd. Medan de med psykiska besvär lättare kan göra sig hörda är de förstnämnda en grupp som till stora delar är tyst i offentligheten. Vi som jobbar med dessa patienter måste därför föra deras talan. Skiljelinjen mellan de normala psykiska besvären och de psykiatriska tillstånden behöver värnas [11]. Jag vill därför avsluta med en uppmaning och citerar dåvarande statsminister Torbjörn Fällidin som inför hotet om en rysk ubåtsattack sade: ”Håll gränsen.”

*Jäv saknas.*



Johan Bengtsson

ST-läkare vuxenpsykiatri, Akademiska sjukhuset,  
Postdoc, Uppsala universitet, Uppsala  
johan.bengtsson@neuro.uu.se

### Referenser:

- (fullständig referenslista finns i e-tidningens läsläge)
- Lundin A. Kultursjukdomarna – den subjektiva ohälsans olika ansikten. Lakartidningen. 2008;105:3123-7 <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/2008/10/kultursjukdomarna-ndash-den-subjektiva-ohalsans-olika-ansikten/>
  - Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Sveriges Kommuner och Regioner, Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering, 2020. Begrepp inom området psykisk hälsa. [https://skr.se/download/18.1c90461a17c-da637a4363ded/1636721711698/PM\\_Begrepp-inom-området-psykisk-halsa-TA.pdf](https://skr.se/download/18.1c90461a17c-da637a4363ded/1636721711698/PM_Begrepp-inom-området-psykisk-halsa-TA.pdf)
  - Lindholm SK, Wickström A. 'Looping effects' related to young people's mental health: How young people transform the meaning of psychiatric concepts. Global Studies of Childhood. 2020;10:26-38 <https://doi.org/10.1177/2043610619890058>

**Annons**

**Annons**

# Psykisk ohälsa på vårdcentralen

## – vad vet vi om diagnostik, sjukskrivning, vårdsamordnare och psykologisk behandling?

Jag tror att många känner igen sig i att psykisk ohälsa och samsjuklighet är något av det knepigaste vi har att förhålla oss till i vårt arbete som allmänläkare. Hur ställer vi diagnos i avsaknad av objektiva fynd, hur ska vi sjukskriva, finns det stödfunktioner som kan hjälpa och hur fungerar kognitiv beteendeterapi (KBT) vid generaliserat ångestsyndrom (GAD) i primärvård?

I min avhandling som jag försvarade vid Karolinska Institutet i februari i år [1] kunde vi bland annat visa att 76 % av patienter sjukskrivna för utmattningssyndrom uppfyllde diagnostiska kriterier för pågående depression, vilket bara 65 % av dem som var sjukskrivna för depression gjorde (studie I) [2]. Vi kunde visa att en vårdsamordnande funktion för patienter med depression gav bättre effekt på depressiva symtom, livskvalitet och förtroende för vården även ett år efter interventionen jämfört med sedvanlig vård

(studie II) [3], men läkarna i studien upplevde att det var andra patienter som hade större behov av vårdsamordnare och att det fanns risk för överlappning av roller i teamet runt patienten (studie III) [4]. I studie IV kunde vi visa att det var genomförbart att studera och jämföra två olika psykologiska behandlingar för patienter med GAD i primärvård. Vi såg stora behandlingseffekter på minskad oro av bägge behandlingar, som stod sig även efter sex månader. Metakognitiv terapi (MCT) visade signifikant bättre effekt än intolerans-för-osäkerhets-terapi (IUT) [5].

Det var redan som ST-läkare som jag i frustration över alla patienter med stort lidande av medicinskt oförklarade symtom, diffus psykisk ohälsa, tillståndet utmattningssyndrom och upplevelsen att det fanns stor risk att medikalisera och stjälpa patienter i försöken att hjälpa, började intressera mig för psykiatrisk diagnostik och kognitiv beteendeterapi och hur det kan appliceras i primärvården. Även om det finns riktlinjer för definierade tillstånd som depression och ångestsyndrom så kan psykisk ohälsa yttra sig som och bero på så mycket mer. I avsaknad av tydliga objektiva fynd eller mätvärden finns det risk för medikalisering av reaktioner på svårigheter i livet men också risk att missa ett behandlingsbart tillstånd som grundläggande orsak till stressrelaterade problem.

I primärvården är det vanligt med samsjuklighet både med psykiska och somatiska besvär samt att socioekonomiska faktorer påverkar, vilket sammantaget kan medföra svårigheter att hitta rätt diagnos, behandling och eventuell sjukskrivning. Många av tidigare studier av till exempel diagnostik eller behandlingar som kognitiv beteendeterapi (KBT) är genomförda i selekterade patientpopulationer inom öppenvårdspsykiatri eller efter annonsering.

För att nå ökad kunskap om diagnos-



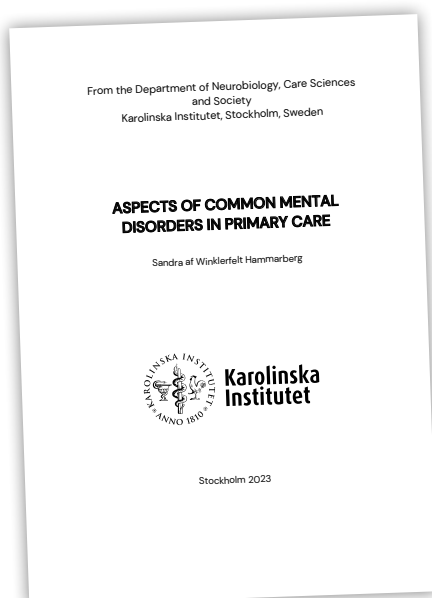
Även om det finns riktlinjer för definierade tillstånd som depression och ångestsyndrom så kan psykisk ohälsa yttra sig som och bero på så mycket mer.

tit och olika interventioner i svensk primärvård genomfördes ett ganska brett avhandlingsarbete som undersökte olika aspekter av psykisk ohälsa i primärvård.

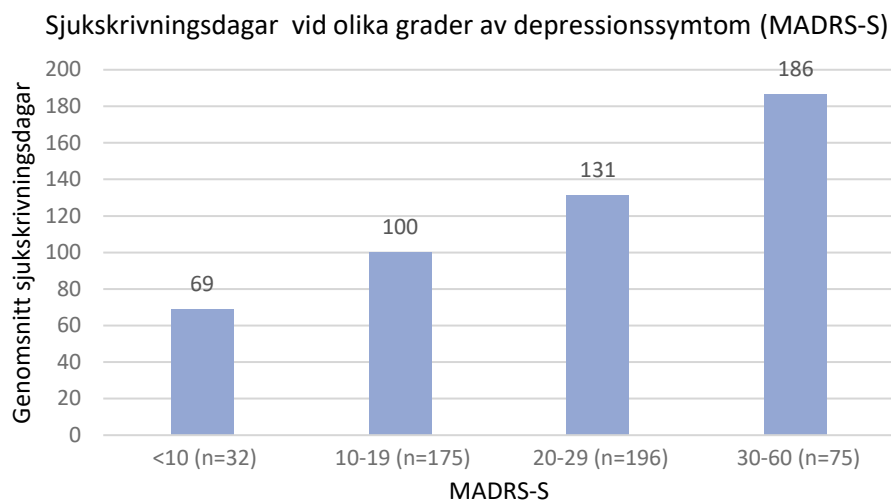
**Studie I** undersökte människor sjukskrivna för psykisk ohälsa och jämförde diagnos från sjukintyget med vilka diagnoser som hittades vid en strukturerad psykiatrisk intervju (Mini International Neuropsychiatric Interview) (M.I.N.I.) [6]. Studie I undersökte också hur dessa diagnoser och personernas självskattade symtombörda avseende depression (MADRS-S) [7] och utmattningssymtom (KEDS) [8] korrelerade med sjukskrivningslängd.

Resultaten från studie I visade att många patienter sjukskrivna för depression, ångestsyndrom och utmattningssyndrom uppfyllde kriterier för andra diagnoser än det de var sjukskrivna för enligt den strukturerade intervjun. Av patienterna sjukskrivna för utmattningssyndrom uppfyllde 76 % kriterierna för pågående depression, medan en mindre andel, 65 % av dem sjukskrivna för depression uppfyllde depressionskriterierna. Skillnaden var statistiskt signifikant.

Däremot kunde ingen skillnad avseende sjukskrivningslängd ses för de olika



<https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/48425>



**Figur 1:** Från artikel: Af Winklerfelt Hammarberg S, Westman J, Hange D, Finnes A, Björkelund C, Hällgren J, et al. Outcomes of psychiatric interviews and self-rated symptom scales in people on sick leave for common mental disorders: an observational study. *BMJ open*. 2022;12(6):e057745

sjukskrivningsdiagnoserna från intygen, vilket delvis motsäger resultat från tidigare epidemiologiska studier [9]. De som uppfyllde de svenska kriterierna för utmattningssyndrom i bedömningen var dock sjukskrivna mycket längre (i medel 144 dagar) än de som inte gjorde det (84 dagar), vilket var statistiskt signifikant. De som skattade högst på symtombörda, oavsett om det var depressions- eller utmattningssymtom hade längst sjukskrivning. Det kunde skilja mellan 65 dagar för dem med lägst symtombörda till 235 dagar för dem med högst, vilket också var statistiskt signifikant och överensstämmande med fynd från tidigare studier [2].

**Studie II** undersökte långtidseffekter av förstärkt samordning av vården för patienter med depression vid 23 vårdcentraler i en klusterrandomiserad studie i Region Västra Götaland och Region Dalarna [3]. Forskning från primärvård i andra länder har visat att många patienter med psykisk ohälsa blir hjälpta av bättre samordning av vården [10]. Strukturerade vårdplaner, förstärkt teamarbete och särskilda vårdsamordnare (oftast sjuksköterskor) har visats ge bättre resultat än vanlig vård på både kort och lång sikt för patienter med depression [10]. I studien från Västra Götaland och Dalarna med 23 inkluderade vårdcentraler som randomiserats till intervention (n=11) eller kontroll (n=12) har man visat goda effekter på kort sikt, bland annat att patienter med depression som tilldelats en vårdsamordnare tillfrisknar och återgår i

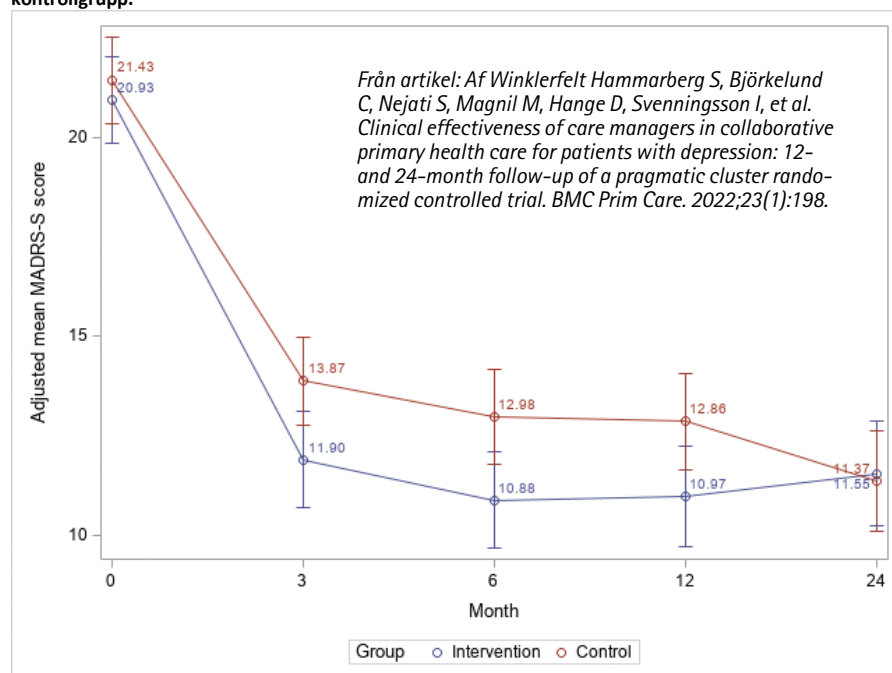
arbete fortare, och får bättre livskvalitet tre och sex månader efter insatsen jämfört med patienter som får sedvanlig vård [11].

Resultaten för studie II visade att patienter som tilldelats en vårdsamordnare under de tre första månaderna av sin depression även vid tolv månader hade signifikant lägre depressionssymtom (MADRS-S) [7] och signifikant högre livskvalitet (EQ-5D) [12] än de som fick

vanlig vård. Vid 24 månader hade dessa skillnader försvunnit och kontrollgruppen utan vårdsamordnare hade nått samma nivåer som gruppen med vårdsamordnare hade bibehållit. Även två år efter interventionen svarade patienter som tilldelats en vårdsamordnare att de hade signifikant högre förtroende för att få professionell stöd och information från vårdcentralen än patienterna i kontrollgruppen. Däremot sågs ingen skillnad i hur de upplevde sin egen förmåga att hantera depression eller andra svårigheter [3].

**Studie III** undersökte distriktsläkarnas upplevelser och erfarenheter av att arbeta med vårdsamordnare för depression. Fem fokusgruppsdiskussioner med läkare från interventionsvårdcentraler i vårdsamordnarstudien analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Distriktsläkare som arbetat med vårdsamordnare för sina patienter med depression hade blandade erfarenheter. En del beskrev stora lättnader av att någon annan kunde stötta patienterna, de kände sig säkra av att vårdsamordnaren följde upp förloppet och rapporterade tillbaka till dem vid försämring. De lyfte också att vårdsamordnarens stödjande kontakt kanske var det enda som behövdes för vissa patienter, och att det kunde

**Depressionssymtom (MADRS-S) från start till 24 månaders uppföljning i interventions respektive kontrollgrupp.**



Från artikel: Af Winklerfelt Hammarberg S, Björkelund C, Nejati S, Magnil M, Hange D, Svenningsson I, et al. Clinical effectiveness of care managers in collaborative primary health care for patients with depression: 12- and 24-month follow-up of a pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC Prim Care*. 2022;23(1):198.

Förkortning: MADRS-S: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale – Self rating version  
<sup>1</sup>Measured with MADRS-S. P12 months=0.02; P24 months=0.83

**Figur 2.**

bidra till minskad onödig medikalisering.

Andra distriktsläkare var mer bekymrade över att vårdsamordnarens roll var otydlig och överlappande, dels gentemot psykoterapeuter som läkarna upplevde ett större behov av, dels gentemot sin egen roll – många upplevde att de själva var vårdsamordnare och att det snarare blev sämre om patienterna skulle ha många olika kontaktytor, särskilt när det gällde sköra patienter med depression. Flera av läkarna upplevde också att det var andra patienter än de med lindrig till måttlig depression som hade störst behov av vårdsamordnare, exempelvis patienter med svårare symtom och patienter med återkommande och mer komplexa problem, som samsjuklighet och socioekonomiska problem. Läkarna var överens om att vårdsamordnarna påverkade deras eget arbete och en slutsats av studie III var att förändringsarbete och införande av en ny funktion kräver gemensam förståelse och träning i teamet för att förtydliga allas roller [4].

**Studie IV** undersökte i första hand genomförbarhet och i andra hand preliminära effekter för psykologisk behandling för patienter med generaliserat ångestsyndrom (GAD) i primärvård. GAD karakteriseras av ständig, okontrollerbar oro, muskelspänning och andra besvär som ofta leder till kronisk värk, yrsel, irritabilitet, sömnproblem och depression. Dessa patienter söker ofta vård i primärvården för många olika besvär och de upplevs ofta svåra att hjälpa [13, 14]. Det finns KBT-metoder för behandling av GAD, som ”Intolerans för osäkerhets-terapi” (IUT) [15] och metakognitiv terapi (MCT) [16], men det saknas studier på hur de kan tillämpas eller vilka effekter de har för patienter i primärvård. I och med att många patienter söker huvudsakligen för kroppsliga symtom finns också en osäkerhet om de är villiga att få psykologisk behandling för sina besvär.

Resultaten för studie IV visade att det var genomförbart att göra en studie som jämförde de två behandlingarna IUT och MCT för patienter med GAD i primärvård. Pilotstudien som genomfördes på Liljeholmens Vårdcentral rekryterade 64 patienter som uppfyllde diagnoskriterier för GAD som primär diagnos. De lottades till antingen IUT eller MCT och fick behandlingen av vårdcentralens ordinarie psykosociala team. Sessionerna spelades



## För att nå ökad kunskap om diagnostik och olika interventioner i svensk primärvård genomfördes ett ganska brett avhandlingsarbete som undersökte olika aspekter av psykisk ohälsa i primärvård.

in och granskades för kompetens och följsamhet av externa experter på respektive metod. Det gick förhållandevis lätt att rekrytera patienter, bortfallet var något högre från MCT-gruppen men lågt i jämförelse med andra liknande studier från psykiatrisk öppenvård. I uppföljningsenkät rapporterade patienterna att de var nöjda med behandlingen de fått och med att ingå i studien. De svarade också att de trodde att deras symtom av oro och spänning huvudsakligen hade psykologiska orsaker, vilket tolkas som att det går att ge psykologisk behandling mot GAD i primärvård [5].

Båda behandlingarna gav signifikanta och stora effekter på minskad oro, men MCT visade signifikant större effekt än IUT på oro, och på tillfrisknande mätt i uppnått tröskelvärde av oro. MCT gavs i snitt med två sessioner kortare behandling än IUT, vilket skulle kunna tolkas som att MCT även är mer tidseffektiv och i så fall lämplig för primärvården.

### Referenser:

1. af Winklerfelt Hammarberg S. Aspects of common mental disorders in primary care: Inst för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle / Dept of Neurobiology, Care Sciences and Society; 2023.
2. Af Winklerfelt Hammarberg S, Westman J, Hange D, Finnes A, Björkelund C, Hällgren J, et al. Outcomes of psychiatric interviews and self-rated symptom scales in people on sick leave for common mental disorders: an observational study. *BMJ open*. 2022;12(6):e057745.
3. Af Winklerfelt Hammarberg S, Björkelund C, Nejadi S, Magnil M, Hange D, Svenningsson I, et al. Clinical effectiveness of care managers in collaborative primary health care for patients with depression: 12- and 24-month follow-up

Även depressionssymtom förbättrades signifikant av båda behandlingar, men livskvalitet och funktionsförmåga förbättrades signifikant bara av MCT. Förbättringen var stabil i båda grupper vid uppföljningen efter sex månader [5].

**Sammanfattningsvis** bidrar studier till ökad kunskap om psykisk ohälsa i primärvården, men de leder också till nya frågeställningar som till exempel hur diagnospanoramata skulle se ut i primärvården om strukturerad diagnostik utfördes mer regelmässigt för patienter med stor symtombörda, påverkan på funktionsförmåga och sjukskrivning? På vilket sätt utmattningssyndrom skiljer sig från andra diagnoser och hur vi kan hjälpa de patienterna bättre? Vilka patienter som skulle ha mest nytta av vårdsamordnare för psykisk ohälsa, kanske de med mer komplexa och återkommande psykisk ohälsa? Och om resultaten från studie IV står sig i en större studie, om vi kan erbjuda fler patienter med GAD långsiktig hjälp med KBT-behandling anpassad för primärvården, till exempel metakognitiv terapi som visar lovande resultat.

*Jäv saknas.*



**Sandra af Winklerfelt Hammarberg**

Allmänläkare  
Liljeholmens vårdcentral, Stockholm, Med dr,  
Avdelningen för allmänmedicin och primärvård, Karolinska Institutet  
[sandra.af.winklerfelt.hammarberg@ki.se](mailto:sandra.af.winklerfelt.hammarberg@ki.se)

- (fullständig referenslista finns i e-tidningens läsläge)
- of a pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC Prim Care*. 2022;23(1):198.
  4. Hammarberg SaW, Hange D, André M, Udo C, Svenningsson I, Björkelund C, et al. Care managers can be useful for patients with depression but their role must be clear: a qualitative study of GPs' experiences. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2019;37(3):273-82.
  5. Af Winklerfelt Hammarberg S, Toth-Pal E, Jansson-Fröjmark M, Lundgren T, Westman J, Bohman B. Intolerance-of-uncertainty therapy versus metacognitive therapy for generalized anxiety disorder in primary health care: A randomized controlled pilot trial. *PLoS one*. 2023;18(6):e0287171.

# Att sätta ut SSRI-läkemedel

När "SSRI" används i följande text avses den farmakologiska gruppen NO6AB, men även preparat ur gruppen NO6AX, som dessa SNRI: Venlafaxin, Duloxetin. Även Mirtazepin.

SSRI fungerar genom att blockera återupptaget av serotonin (5-hydroxytryptamin). Serotonin är den transmittorsubstans som gör att en nerv kan skicka en impuls till nästa nerv i hjärnans nätverk. Serotonin frigörs som en "dusch" i synapsen. På den mottagande nerven finns receptorer som reagerar på serotonin. Detta i sin tur utlöser en elektrisk impuls, och nervsignalen fortsätter vidare i nätverket.

Andra organsystem använder också i stor utsträckning serotonin som transmittorsubstans, bland annat muskulatur och mag-tarmkanal.

När serotonin har gjort sitt jobb förs det inom millisekunder tillbaka till den avsändande nerven, det vill säga det försvinner från synapsen. Det är ett speciellt transportprotein, 5-hydroxytryptamin transporter, 5-HTT, som ombesörjer detta.

Målmolekylen för läkemedlet är 5-HTT i corpus striatum (känslereglering etcetera), utifrån teorin att depression orsakas av "serotoninbrist". Serotoninbristhypotesen har dock inte kunnat verifieras [1].

SSRI påverkar serotoninreceptorer i hela kroppen, inte bara i CNS utan i bland annat muskler och gastrointestinalkanal. Även här finns det gott om serotoninreceptorer. Både biverkningar och utsättningssymtom kan således drabba många olika organsystem.

Hur reagerar CNS på den ökande koncentration av serotonin i synapser, och omgivande vävnad? Precisa kunskaper om detta saknas. Hjärnans kemiska miljö ändras påtagligt av dessa läkemedel. Den antas adaptera till den ökade koncentrationen av serotonin, vilket den kan göra bland annat genom att stänga av eller tillbakabilda serotoninreceptorer, för därmed minska känsligheten för serotonin.

## Varför vill patienterna sluta med SSRI?

Vanliga anledningar till att patienter vill sluta med SSRI är:

1. De har inte upplevt någon hjälp alls för det som var kontaktorsaken (till exempel "utbrändhet", allmän misstrivsel) och upplever i tilltagande grad biverkningar, främst känslomässig förflackning och sexuell dysfunktion, och
2. Den värsta panikångest har gått över, eller den depressiva episoden har släppt. De blir mer och mer uppmärksamma på biverkningarna.

En del försöker sluta själva, en del söker hjälp hos vården och får felaktig rådgivning. Resultatet blir gärna det samma: Skrämmande utsättningssymtom (ofta kallat abstinenssymtom), rädsla för att "depressionen har kommit tillbaka", och ny förskrivning av SSRI som fortsätter i årtal.

## Varför är det ofta så svårt att sluta med SSRI?

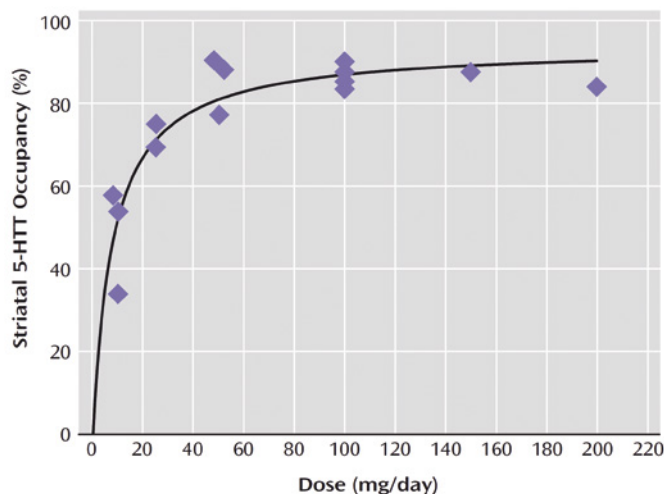
Hälften av patienterna tycks kunna sluta utan större problem, den andra halvan får utsättningssymtom, och hälften av dessa får ganska rejäla problem. Några säkra prediktiva markörer för vem som drabbas har vi inte. Behandlingstidens längd tycks spela en roll men området är outforskat.

När koncentrationen i synaps/vävnader minskar under en nedtrappning fungerar nervtransmissionen sämre. De serotoninkänsliga receptorer är ju till stor del avstängda och/eller har minskat känslighet. Därför upplever patienten utsättningssymtom, inte bara från CNS men även från resten av kroppen. Kroppen måste få tid att återanpassa sig till en "normal" kemisk miljö igen. Och det tar tid. Hur lång tid? Det är mycket individuellt men man får räkna med tre–sex månader.

Vad som ytterligare gör en utsättning/nedtrappning komplicerat är doseffektsambandet för SSRI (figur 1)

Vad säger detta oss? Det säger att det är tämligen meningslöst att öka dosen så mycket som ofta är fallet. Har man inte fått någon klinisk effekt på 50 mg, när 80 % av 5-HTT är blockerat, är det inte troligt att man gör det genom att öka blockeringen till 90 %. Det enda man uppnår är förmodligen att öka biverkningarna, till exempel muskelsmärta.

Men det säger också något om varför nedtrappningen kan bli komplicerat, och varför den ofta misslyckas om man inte känner till detta. Går man ner från till exempel 150 mg med 25 mg i taget händer i bästa fall inte så mycket för man når ner till 50–60 mg. Men sedan går det fort, se kurvan. Blockeringen av 5-HTT upphävs snabbare och snabbare. Därmed



Figur 1: Kurvan visar sambandet mellan dos och effekt för ett vanligt SSRI, sertralín. Y-axen anger grad av blockering av serotoninåterupptaget (blockering av 5-HTT). Redan vid mycket små doser, ca. 10 mg, får man ca. 50 % blockering. Vid 40 mg 80 % blockering. Vid ytterligare dosökning, upp till 150 mg, händer inte så mycket, en ökning bara från 80 % till 90 % blockering [3].



**Några säkra prediktiva markörer för vem som drabbas har vi inte.  
Behandlingstidens längd tycks spela en roll men området är utforskat.**

ökar återupptaget av serotonin i snabb takt, med minskande koncentration i synapsen.

Vad innebär detta för nedtrappningen? Det betyder, med sertralin som exempel, att man måste trappa ner med mindre och mindre doser från cirka 60 mg så att hjärnan får en chans att anpassa sig till de hastigt minskade mängderna serotonin i synapsen (i takt med att blockeringen av 5-HTT minskar). Kurvan över dosminskningen blir således hyperbol, och inte en rak linje, det vill säga den bör följa den doseffektkurva som vi har visat här.

Hjärnan förmodas reagera på den minskande koncentrationen av serotonin bland annat genom att ”öppna” avstängda receptorer, troligen också genom att öka deras känslighet. Denna adaptering är hjärnan bra på, men det tar tid, flera veckor.

När man minskar dosen av ett SSRI får man en sjunkande koncentration av läkemedlet i blodet. Minskning av koncentrationen efter en dosminskning fortsätter tills att man uppnått en ny jämvikt i kroppen mellan intag och utsöndring, ”steady state”. Det tar ungefär en vecka för de flesta SSRI (undantag fluoxetin som har en längre halveringstid än övriga). Detta är en anledning till att man helst vill ha minst en vecka mellan dosminskningarna. Först då, när man uppnått steady state, det vill säga en konstant blodkoncentration, kan man ordentlig utvärdera hur patienten tålde detta. Det bör man veta innan man gör nästa dosminskning.

### Hur gör man en nedtrappning/utsättning?

Apotekssortimentet av SSRI-läkemedel är inte anpassade för nedtrappning. Tablettstyrkorna är alldeles för stora. Det svenska apoteket APL (Apotek Produktion & Laboratorier) däremot tillhandahåller ett brett sortiment av kapslar med mindre styrkor för de flesta SSRI-/SNRI-läkemedel. Av någon för mig inte ganska obegriplig anledning kan APL inte på sin hemsida ange sitt produktsortiment av dessa beredningar. Jag har dock en egen lista som jag gärna delar med mig av.

Dessa läkemedel förskrivs som ex tempore. I den e-förskrivningsmodul som jag använder anges siffran 660000 på raden för läkemedelsnamn. I doseringsrubriken anges läkemedelsnamn och önskad styrka. Antalet förpackningar och uttag anges på sedvanligt sätt.

Patienten måste gå till sitt apotek och lägga en beställning. Det tar cirka en vecka.

APL tillhandahåller läkemedlen (kapslar) i 100 st burkar. En burk kostar cirka 700 kr och ingår i högkostnadsskyddet.

Tumregler för nedtrappning är en dosminskning om 5–10 %

### Några vanliga nedtrappningssymtom (abstinenssymtom) [2].

- Illamående, kräkningar, kolika, diarré, aptitlöshet
- Profus svettning, flushing, värmeintolerans
- Sömnproblem, mardrömmar
- Yrsel, känsla av dålig styrsel av benen
- Skakningar, restless legs, ostadig gång. Svårigheter tala och tugga.
- Skiftande stämningsläge: agiterat, ångestfylld, manisk, deprimerat, irriterat, förvirrat. I värsta fall även paranoid eller suicidal.
- Elektriska stötar i huvudet (brain zaps). Överkänslighet för ljud, tinnitus. Tanketröghet (brain fog).
- Allmän sjukdomskänsla, (som vid influensa).



Foto: Adobe Stock

åt gången, beräknat på föregående dos (alltså inte på startdos). Nästa dosminskning blir 5–10 % av den förra dosen och så vidare. Ritar man kurva över detta blir det därför inte en rak linje utan en kurva som planar ut ju lägre dosen blir. Det kallas för en hyperbol kurva, i motsats till en linjär.

Det bör gå minst en vecka mellan dosminskningarna (se ovan), ofta längre, 7–14 dagar. Det styrs av hur patienten reagerar.

Det kommer således att ta ganska lång tid att sätta ut dessa läkemedel. Lämplig standardlängd kan vara fyra månader, men för vissa kan det ta mycket längre tid. ►►



Är depression en väldefinierad diagnos, en sjukdom man har, något som finns i hjärnan och kan recidivera, som en cancer? Eller är "depression" en symtombeskrivning på ett spektrum av reaktioner på livets påfrestningar? Själv lutar jag åt det sistnämnda.

Ofta går det rimligt lätt att minska i början. Då kan man ta det lite snabbare. När man når ner till mindre doser (när dos-effektkurvan blir brant) får man se upp. Ofta får man använda mindre och mindre dosminskningar, och eventuellt också öka intervallen mellan minskningarna. Detta intervall kallar man ibland för "stabiliseringsperiod". Den kan bli så lång som fyra-sex (ibland ännu längre) veckor.

Det är viktigt att patienten upplever en rimlig grad av stabilitet i "systemet", både CNS och övriga kroppen, efter en dosminskning, innan man belastar med en ny dosminskning.

Lege artis utförd nedtrappning kommer inte utan abstinenssymtom. Nedtrappningen kommer att vara jobbig för många patienter. De kommer att behöva stöd och uppmuntran, och ofta ganska tät kontakt.

Under nedtrappningen kommer en del patienter relativt snabbt att få tillgång till känslor som varit "avstängda". Redan efter en relativt blygsam nedtrappning upplever de att de kan känna glädje/bli ledsna igen, även att den sexuella dysfunktionen börjar släppa. Det kan man hjälpa patienten att fokusera på, som motvikt till allt det negativa med utsättningssymtom.

Sänkt stämningsläge och/eller ökad ångest är vanliga symtom vid nedtrappning.

Blir det mycket besvärligt kan man alltid "backa" till närmast föregående dos. Det brukar hjälpa inom ett-två dygn. I så fall får man betrakta det som utsättningssymtom, och inte "återfall".

Men många är rädda för att den "ursprungliga" depressionen, som de hade för flera år sedan, kan komma tillbaka. Hur man ser på den risken är delvis en fråga om hur man ser på psykiatrisk diagnostik, och sjukdomsbegreppet, i stort. Är depression

en väldefinierad diagnos, en sjukdom man har, något som finns i hjärnan och kan recidivera, som en cancer? Eller är "depression" en symtombeskrivning på ett spektrum av reaktioner på livets påfrestningar? Själv lutar jag åt det sistnämnda.

I alla händelser anger de flesta som diskuterar detta att om man tror på depression som en diagnos och ett latent sjukdomstillstånd kommer det först flera månader in i ett nedtrappningsförlopp. De depressiva känslor som kommer i samband med dosminskningar kan man lugna patienten med att det rör sig om nedtrappningssymtom, och att det stabiliserar sig inom någon vecka.

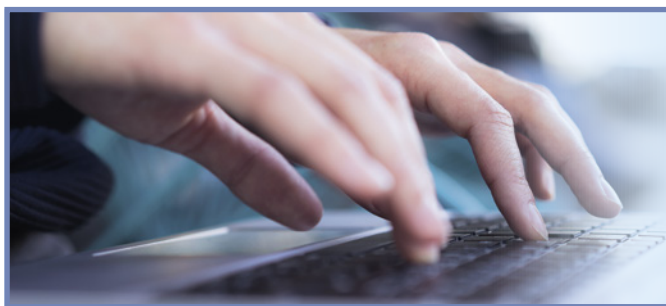
*Jäv saknas.*



Sven Ternov  
Allmänläkare  
Blentarp  
sven.ternov@gmail.com

**Referenser:**

1. <https://www.nature.com/articles/s41380-022-01661-0>
2. <https://www.health.harvard.edu/diseases-and-conditions/going-off-anti-depressants>
3. Meyer et al. Serotonin Transporter Occupancy of Five Selective Serotonin Reuptake Inhibitors at Different Doses: An [11C]DASB Positron Emission Tomography Study (American Journal of Psychiatry (psychiatryonline.org), Am J Psychiatry 161:5, May 2004)



## Skriv i tidningen!

Välj valfritt ämne eller något av våra teman.

Teman och datum för inlämning av material hittar du på sidan 64. Ta kontakt med redaktören i god tid: [chefredaktor@sfam.se](mailto:chefredaktor@sfam.se)

**Annons**

**Annons**



Foto: Ida Emanuelsson

# Kan det vara hälsosamt att "Snacka om sjukt!"?

Och vad har popcorn, konfetti och apelsiner med psykisk hälsa att göra?

**E**fraim Jovlund är ST-läkaren i allmänmedicin som mitt i natten för några år sedan fick en idé, som efter "tusentals timmar, hundratals möten och åtskilliga 'ups and downs' senaste åren" nu är verklighet. Med utbildningskonceptet "Snacka om sjukt!" sprider han kunskap om psykisk hälsa bland skolungdomar på högstadie- och gymnasieskolor. Målet är att ungdomar ska våga prata om hur de mår och förstå att symtom (även om det känns sjukt) inte nödvändigtvis innebär sjukdom, utan kan bero på yttre omständigheter. Jag har arbetat tillsammans med Efraim tidigare och följt förverkligandet av "Snacka om sjukt!" via hans inlägg på sociala medier och i lokaltidningen. I september hade "Snacka om sjukt!" världspremiär och i början av oktober fick jag möjligheten att delta

i publiken, när Efraim intog scenen inför cirka 400 gymnasieelever i centrala Linköping.

Efraim gör ST i allmänmedicin vid Ekholmens vårdcentral, parallellt med ST inom Pedagogik och Ledarskap. "Snacka om sjukt!" har hittills ett mindre ekonomiskt stöd från Region Östergötland och har ingått ett partnerskap med den ideella organisationen SE UPP! (Sociala ekonomins utvecklingspartnerskap i Östergötland), som arbetar brett med sociala frågor. Förhoppningen är att kunna få medel från stiftelser och fonder för att "Snacka om sjukt!" fortsatt ska kunna fungera som en idéburen icke-vinstdrivande förening, och inom några år kunna bära sig själv ekonomiskt.

Konfettikanoner, popcornpopping i realtid, apelsiner, me-

loner, studsbollar och tävlingar där eleverna belönas med kexchoklad eller biobiljetter. ”Snacka om sjukt!” är ett upplevelsebaserat utbildningskoncept på medicinska grunder med många lekfulla inslag. Efraim utgår från neurobiologisk forskning och har lagt ner mycket arbete på HUR fakta och information presenteras.

– Metaforer, liknelser, tävlingar och andra emotionellt engagerande inslag behövs dels för att skapa en känsla av delaktighet, men också för att brygga för ett förankrat långtidsminne. När glädje, förvåning, rädsla och andra av våra grundaffekter aktiverar oss emotionellt så händer det något i oss. Excitationerna på synapsnivå poppar när känslor, sinnen och upplevelse ligger i fokus, förklarar Efraim.

”Snacka om sjukt!” är inte bara underhållning, utan även allvar. ”Hur mår du? På riktigt.” Budskapet når sin publik och även om det korta stunder blir stimmigt i publiken på sina håll, under de tre timmar som förlöper, så lyssnar publiken intresserat och fokuserat. Vad är egentligen normalt och vad är sjukt? Det är uppenbart att allmänläkaren behövs som folkbildare ute i samhället.

Hur ser Efraim på det och varför valde han allmänmedicin?

– Vi har en given roll i samhället som en kunskapsmässig medicinsk bas att falla tillbaka på. Jag tänker att i vår yrkesverksamma kliniska roll så ingår att informera och utbilda våra patienter. Med det sagt tror jag inte alla är pedagoger ut i fingerspetsarna, och det tycker jag inte heller att vi ska förvänta oss. Primärvården är ett smörgåsbord av möjligheter, och jag älskar bufféer!

– Kanske var det just därför jag valde allmänmedicin, fortsätter han. Det innebär såklart en ibland knappt överskådlig utmaning, men är det inte då vi växer som mest? När vi behöver hålla blicken fäst framför oss, när medicinska tankenötter varvas med fantastiska patientmöten och livsöden. När hela familjer lägger sin tilltro till oss allmänläkare rörande både deras fysiska och mentala hälsa. Det är ett enormt ansvar, där vi också behöver se våra begränsningar, men det går inte att trycka nog på vilken oerhörd stimulans det ligger i att axla det arbetet.

Bakom höstens event ligger tusentals timmar och hundratals möten. Efraim drivs av en stark övertygelse att Sveriges barn och unga behöver ”Snacka om sjukt!”, och bär på en förhoppning att skolor, politiker och andra beslutsfattare inom kort förstår



Efraim Jovlunden är ST-läkaren i allmänmedicin på Ekholmens vårdcentral och grundare av ”Snacka om sjukt!”. Foto: Ida Emanuelsson

det. En av svårigheterna med att arbeta mot offentlig sektor, berättar han, har varit att besluten tar väldigt lång tid.

– Jag har lärt mig att alla möten är långt ifrån nödvändiga. Det är viktigt att identifiera nyckelpersoner för att använda tiden du har på bästa möjliga sätt.

Responsen från elever, elevhälsopersonal, föräldrar till barnen, vänner och andra idéburna föreningar har varit översvallande god. Det framkommer att läkarskrået är de som har varit mest skeptiska och ifrågasättande till verksamheten. Efraim har blivit ifrågasatt kring var evidensen finns i det han gör, hur han kan veta att det fungerar och hur han mäter effekten.



Sova, Käka, Träna, Hänga, Snacka, Återhämtning, Prioritera. SKTHSÅP – en akronym som är lätt att minnas?!



Tipsruta:

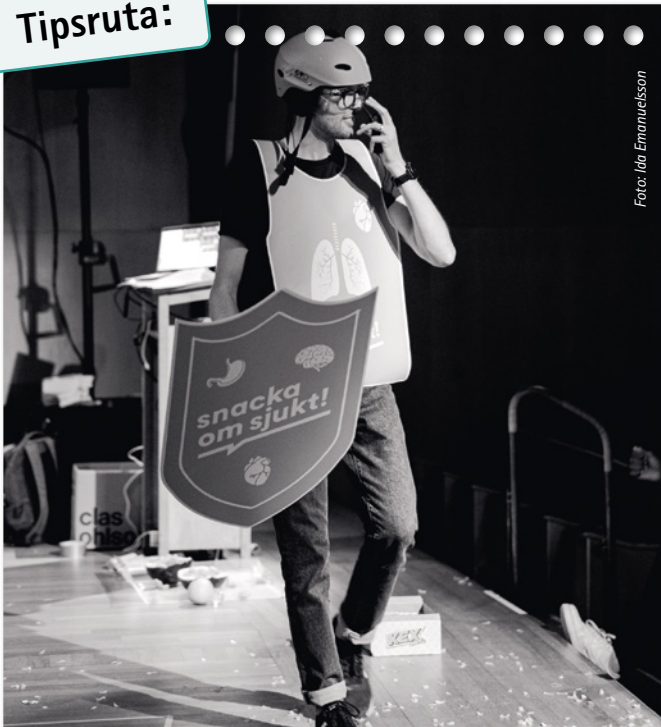


Foto: Ida Emanuelsson

Några råd från Efraim Jovlund till dig som har en nyskapande idé men kanske tvekar inför om det går att omsätta till verklighet:

- Börja idag. Våga. Gör det!
- Ta först ett kliv, sen ett till och sen fortsätter du.
- Ta med dig någon på vägen som har samma driv.
- Ta inte skit från någon du aldrig hade bett om råd, som saknar tillräcklig förståelse för det du vill göra. Märker du att någon genuint vill hjälpa dig och korrigera riktningen på ett behjärtansvärt sätt, håll hårt i den kontakten och ha den personen nära dig i framtiden.

Du som är intresserad av att veta mer och/eller vill bidra, hör av dig till: [efraim.jovlund@regionostergotland.se](mailto:efraim.jovlund@regionostergotland.se)

– Kanske beror det på att vi som läkare är skolade att granska allt kritiskt. Jag har intentioner att forska på detta på sikt, att mäta långtidseffekt av interventionen. Men jag tänker inte sitta och vänta på att någon annan gör något INNAN jag är säker på att det till 100 % fungerar. Det finns ingen möjlighet att göra någon form av skillnad om inget görs. "Fear is the greatest enemy of progress."

Varje event utvärderas digitalt av publiken. Och betygen är goda. I utvärderingen från det event jag besöker svarar 97 % att de tycker att "Snacka om sjukt!" ska få fortsätta, 82 % tror sig ha ganska stor eller mycket stor nytta av innehållet i sin vardag och ungefär lika många upplever sig ha ökat sin förståelse om måendet och kroppen. Över 87 % av deltagarna lämnar även svar i fritext. Exempel på fritextsvar går att ta del av på "Snacka om sjukt!"-profilen på LinkedIn.

På scenen delar Efraim även med sig av egna erfarenheter från hur livet i perioder varit tufft. Symtom på stress och utmattning rapporteras ju hos en stigande andel av läkare, där allmänläkare tyvärr inte utgör något undantag. Jag skrattar igenkännande när Efraim pratar om vikten av att prioritera, hur han på gymnasiet valde att prioritera allt och därmed bara lurade sig själv. Hur ofta har jag inte gått i samma fälla och intalat mig att jag prioriterar, när jag inte valt bort något alls? Det är samtidigt en beskrivning av hela primärvården. Vi måste prioritera, men inget får väljas bort!

Till ungdomarna poängterar Efraim att det yttersta ansvaret för måendet ligger hos individen själv, men att det kan innebära att berätta för och ta hjälp av andra. Det rådet kan sannolikt vara hjälpsamt och tål att upprepas även för allmänläkarkåren. Jag frågar Efraim om han tror att det går att få Sveriges allmänläkare att må bättre, trots att ekvationen med primärvårdens uppdrag och bemanning inte ser ut att bli löst än på ett tag?

– Jag är av övertygelsen att vi i stort har ansvar för vår egen situation och därigenom vårt eget mående. Inte fullt ut för allt som händer, men i hög utsträckning för hur vi väljer att hantera det som sker. Med det sagt betyder det inte att vi ska stå själva med vårt mående, utan snarast tvärtom. Det vi – och våra unga – behöver förstå är att vi själva bär ansvaret att se till att ge andra insikt i vår egen omständighet.

– Jag tror även att rädslan (att göra fel) är en av de största utmaningarna för oss allmänläkare när det kommer till arbetsmiljöaspekten. Vi kommer aldrig vara felfria facit. Och när vi gör fel så är det bästa – liksom mitt take-home message till ungdomarna – att "snacka!". Om vi snackar och bjuder in vänner, partners, kollegor i att hjälpa oss de dagar då vi inte fungerar lika bra, så mår vi bättre.

– Jag tror dock att vi också då och då behöver söka och efterfråga andras mående. Faktum är att det finns forskning som säger att vi kan må bättre av att GE psykiskt stöd än att FÅ det. Det betyder att vi av rent egoistiska skäl kan bry oss om andra, hjälpa till och lyssna, i syfte att själva må bättre. Det tycker jag vi ska ta fasta på, avrundar Efraim.

Något säger mig att "Snacka om sjukt!" snart sprider sig långt utanför Östergötland. Efraim antyder att fler idéer är på gång men är hemlighetsfull kring detaljerna. Sannolikt blir konfettikanonerna både fler, större och ackompanjerade av andra effekter som får våra synapser att poppa exciterat. Men även om han förefaller ha en enorm kapacitet, så är Efraim Jovlund tydlig med att det behövs fler läkare, psykologer och sjuksköterskor som driver arbetet framåt.

Det låter sunt att *#snackaomsjukt!*

*Jäv saknas.*



**Jenny Berggren**  
Allmänläkare  
Capio vårdcentral Berga, Linköping  
[jenny.berggren@capio.se](mailto:jenny.berggren@capio.se)

# Yrkesåren går – sjukskrivningsdilemman består

**V**i båda som skriver här har arbetat tre respektive trettio år som specialister på vårdcentraler i Stockholm. Vi träffades en kväll för att prata om hur det har varit och är för allmänläkare att hantera sjukskrivningsuppgiften.

Vi fann att vi upplever utmaningarna på ett mycket likartat sätt och också hur de kan hanteras. Vi vill dela med oss av våra tankar.

Sedan många år har uppgiften att bedöma människors arbetsförmåga och att sjukskriva beskrivits som ett arbetsmiljöproblem av många läkare [1, 2]. Det är nödvändigt att lära sig det basala regelverket och läkarintygets utformning. Men det helt avgörande är själva mötet mellan patient och läkare, där gör sig ofta starka krafter gällande.

För patienten handlar det ofta om oro för att inte bli förstådd och ibland är hen också orolig för konsekvenserna av att behöva gå till ett arbete som man upplever sig inte klara av. Läkarintyget kan ju ge både arbetsbefrielse och ekonomisk kompensation.

För läkaren handlar det ofta om olust och motstånd. Det tar tid att klargöra patientens arbetsuppgifter och att beskriva funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar i intyget. Olusten beror ibland också på osäkerhet och ett upplevt krav att fatta beslut på kort tid. Det enklaste kan då vara att gå patienten till mötes och sjukskriva.



**För patienten handlar det ofta om oro för att inte bli förstådd och ibland är hen också orolig för konsekvenserna av att behöva gå till ett arbete som man upplever sig inte klara av.**

Vi läkare blir berörda av människor som mår dåligt och då kan sjukskrivningen bli en tröst eller kompensation. Om vi blir ”hjälpnödiga” och patienten sedan kommer tillbaka kan man undra vad som egentligen hände och hur man kan backa.

Vi underskattar tyvärr ofta vad det betyder att patienten får berätta för någon som lyssnar. Det finns ibland ett bak-

omliggande trauma som behöver benämnas. Att ta emot och normalisera starka känslor och reaktioner är vår uppgift och vi ska undvika medikalisering.

Här följer några mer konkreta tips, både om förhållningsätt i sjukskrivningskonsultationer och hur en vårdcentral kan förbättra sina rutiner.

1. I mötet med patienten gäller att börja öppet, både i sitt sinne och i uppmaningen till patienten att berätta. Konsultationstekniken med tanke, oro, önskan fungerar särskilt väl när man anar olika uppfattningar hos läkare och patient [3]. Det är viktigt att sammanfatta och bekräfta för att patienten ska förstå att hen har blivit hörd och att gärna tidigt säga ”jag vill hjälpa dig”.
2. Sedan behövs alla konkreta frågor om patientens arbete, möjligheter att förändra jobbet och syn på framtiden. Glöm inte att fråga ”trivs du på jobbet?”. Man bör vara tydlig med att sjukdom inklusive utredning och behandling ska bedömas åtskilt från eventuell nedsättning av arbetsförmåga.
3. När beslutet är fattat, i dialog med patienten, är det enormt viktigt att man har en tydlig plan för vad som ska göras och när man ska höras eller ses igen. Tyvärr upplever vi båda att allt för många kollegor avslutar med ”hör av dig om det inte blir bra”. Patienten har svårt att boka ny tid och inte sällan blir det då hos en annan läkare.
4. När patienten är missnöjd med din bedömning får du rannsaka dig själv en gång till. Har du en dålig dag eller har du lyssnat dåligt? I så fall måste det bli ett omtag, men om du har lyssnat och tänkt till så får du säga ”jag har gjort min bedömning” och stå kvar vid den även om patienten blir ledsen, arg eller hotar med att gå till en annan läkare.
5. Det är så mycket roligare att skiljas från en nöjd patient, men det motsatta ingår också ibland i jobbet. Sådana gånger brukar vi båda informera chefen, både för kännedom, men också för att få prata av sig.
6. Arbetet med sjukskrivning på en vårdcentral innefattar fler professioner än läkarna och man bör ha tydliga riktlinjer för alla. Telefonbokningen är viktig och om patienten uttrycker behov av sjukskrivning är det ofta bra att omformulera till att ”läkaren får bedöma din arbetsförmåga”. Riktlinjerna bör innehålla gränser för hur länge vikarier och läkare under utbildning får sjukskriva. De yngre ska kunna rådgöra med de mer erfarna. Vi är båda handledare och det är vanligt att sjukskrivningskonsultationer behöver avhandlas.
7. Varje vårdcentral har en REKO (rehabkoordinator) och hen kan göra avgörande insatser, inte minst genom tidig kontakt med arbetsgivaren. REKO kan lätt ta fram statistik över på-



Vi underskattar tyvärr ofta vad det betyder att patienten får berätta för någon som lyssnar.



gående sjukskrivningar och man behöver ha återkommande, schemalagda ronder tillsammans.

8. Vårdcentralens psykosociala resurser är också ofta involverade när det gäller sjukskrivna och då behövs samråd. Det är läkaren som sjukskriver och man ska inte uppleva sig utsatt för påtryckningar från andra. Även här behövs schemalagda ronder.

Sjukskrivning är liksom en del andra läkarinsatser (jämför med förskrivning av starka smärtstillande eller lugnande mediciner) förknippad med både terapeutiska fördelar och risker. Många sjukskrivningar är både helt nödvändiga och bra men andra löper stor risk att skada med passivering och utanförskap. Det finns ingen skarp linje mellan dessa ytterligheter så läkaren måste våga var osäker och göra nya bedömningar när tiden går.

Vi tycker båda att sjukskrivningsuppgiften är meningsfull och att den ingår som en självklar del i allmänläkarens vardag. Vi behöver stödja varandra och hitta goda rutiner för att det ska fungera.

*Jäv saknas.*

**Linda Ängeby**  
Allmänläkare  
Bollmora Vårdcentral, Stockholm  
[linda\\_angeby@hotmail.com](mailto:linda_angeby@hotmail.com)



**Monika Engblom**  
Allmänläkare  
Med dr, Jakobsbergs Vårdcentral, Stockholm  
[monika.engblom@regionstockholm.se](mailto:monika.engblom@regionstockholm.se)



#### Referenser:

- Engblom M, Rudebeck CE, Englund L, Normén G. 'Inte doktors bord' – ett vanligt dilemma i sjukskrivningskonsultationer. *Läkartidningen*. 2005;3666-74.
- Alexanderson K, Allebeck P, Hansson T, Hensing G, Jensen I, Mastekaasa A, et al. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk

litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU; 2003.

- Hedberg C. Patientcentrerad konsultation – bra för både patient och läkare. *Läkartidningen*. 2020 Oct 13;117:20056.

## Är du ST-läkare och osäker på vilket ämne du ska välja till ditt vetenskapliga arbete?

# Välj psykisk ohälsa!

Att skriva ett vetenskapligt arbete är kul och det ger ett avbrott i den kliniska vardagen. Att planera och genomföra en studie är inte så svårt men det kräver lite planering. Det viktiga är att lägga upp en bra plan i god tid om vad som ska göras och när mellan randningar, kurser och arbetet på vårdcentralen.

Det roliga är det kreativa i arbetet, att själv få komma på ett ämne och en idé om hur en studie kan designas.

Många ST-läkare väljer att skriva om de kroniska sjukdomarna som diabetes, osteoporos och KOL. Här gör man ofta kvantitativa studier där man tittar på olika parametrar som kan jämföras. Tråkigt nog är det inte så många som väljer psykisk ohälsa som ämne. Här kan det vara svårare att genomföra kvantitativa studier då parametrarna ofta inte är lika lätta att mäta och jämföra, men det går. Psykisk ohälsa är en stor del av vår vardag i allmänmedicin och vi behöver fler studier.



**Det var svårt att ta en strukturerad anamnes och få ett grepp om vad problemet var när patienterna ofta grät och förklarade att de orkade inte mer ...**

När jag började min AT-placering på vårdcentralen slog det mig snabbt att sjukskrivningarna vid psykisk ohälsa var en utmaning. Jag tyckte det var oerhört svårt att bedöma vad patienterna led av och om de skulle vara sjukskrivna. Det var svårt att ta en strukturerad anamnes och få ett grepp om vad problemet var när patienterna ofta grät och förklarade att de orkade inte mer, allt var så jobbigt där hemma och på jobbet. Ofta hade patienterna symtom som fyllde kriterier både för depression, ångest och utmattnings. Jag kände mig frustrerad och osäker i mina bedömningar.

När jag så valde min psykiatrirandning valde jag internetpsykiatrin. Här behandlar man bland annat depressioner, sömnbesvär och ångest med KBT via internet. Jag tänkte att här kommer jag få erfarenhet av de vanliga diagnoser som vi behandlar

på vårdcentralen och det var ett lyckokast. Det visade sig att här var min uppgift att göra en basutredning av patienterna som sökt hjälp. Basutredningen innebar att jag hade en omfattande anamnesmall som jag fyllde i och som sekreterarna sedan lade in i journalen, jag fyllde i ett antal skalor samt gjorde MINI. På handledningen satt alla vi randande ST-läkare tillsammans med en erfaren psykiatriker och gick igenom varje fall. Tillsammans beslöt vi om diagnos, handläggning och behandling. Tack vare anamnesmallen som fanns glömde jag inte bort att ställa viktiga frågor och jag fick en bra anamnes vilket alltid är grunden för en bra bedömning.

Tack vare denna randning fick jag som idé att göra en liknande mall anpassade för vårdcentralen som vi kunde använda när patienterna sökte för psykiska besvär.

Jag frågade min handledare på internetpsykiatrin om hon kunde vara min handledare för mitt vetenskapliga arbete och hon tackad ja. Tillsammans lade vi upp en plan för att göra en kvantitativ interventionsstudie där jag skulle låta tre läkare använda mallen under ett halvår på vårdcentralen. Efter det skulle jag jämföra antal sjukskrivningsdagar, diagnoser och vidare remittering av alla patienter som fått en psykiatrisk diagnos hos de tre läkarna sex månader före de började använda mallen med de sex månader då de använde mallen. Jag frågade tre läkare på vårdcentralen som var pigga på idén och vi skred till verket.

Resultatet blev dessvärre att läkarna inte var så bra på att använda mallen och utfallet blev mycket litet. Vi la då till en kvalitativ studie då jag intervjuade läkarna om varför de inte använde mallen och vad de tyckte om den. Resultatet blev bland annat att de tyckte om mallen och att den var bra men tidsbrist var en vanlig orsak till att de inte använde den.

Totalt tog hela mitt arbete de tio veckor som rekommenderas inkluderat den extra intervjustudien. Det var en rolig studie att göra, särskilt när jag kunde välja ett ämne som intresserade mig och intervention tyckte jag var väldigt kul, jag ville kunna använda det jag kommer fram till i praktiken.

Jag tycker inte att man ska se det vetenskapliga arbetet som något man bara ”ska igenom”. Ta tillfället i akt och välj något du är intresserad av. Med en bra planering och en kul idé är allt möjligt.

*Jäv saknas.*

**Linda Ängeby**

Allmänläkare

Bollmora Vårdcentral, Stockholm  
linda\_angeby@hotmail.com



**Annons**

**Annons**

## Patientmöte:

## Kampen mellan egot och hjärtat

**D**u har jobbat några år på en välrenommerad firma och prisats för din kundcentrering. Medaljens baksida är att jobbet upptar mycket av din fritid. Bekanta varnar dig för stress men medaljens sötma är berusande och göder ditt ego.

Hjärtats längtan efter mening uppfylls dock inte av prestige och pengar. Den inre rösten protesterar genom sömnbesvär, värk och trötthet. Egot dövar den med tabletter. När jag säger nej till mer sömnmedicin och erbjuder sömnutredning, avböjer egot och du skaffar tabletter annorstädes.

När det blir dags att skaffa barn revolterar hjärtat igen – ger dig problem med minne och koncentration. Tröttheten och värken tilltar, du kan inte fokusera på dina kunder som tidigare, riskerar att förlora medaljen.

En natt väcks du av en panikattack och blir orolig för att dina bekantas varningar har besannats; att du har blivit sjuk av stress och snart inte ens kan komma upp ur sängen.

Hjärtat viskar: *Släpp jobbet!*

Egot överröstar: *Nej, du behöver inte ta ansvar, lämna över allt till vården!*



**Kampen mellan egot och hjärtat manifesteras när egot ställer till med panik och du hyperventilerar.**

Du sjukskriver dig och kontaktar vårdcentralen, träffar kuratorn som förklarar dig utmattad, rekommenderar

”rehabilitering”, kommer till mig för sjukskrivning och medicin. När jag berättar att jag inte finner någon sjukdom utan stressymtom på grund av diskrepans mellan inre värderingar och presterande beteende lyser dina ögon upp, för ett kort ögonblick får jag kontakt med ditt hjärta, tiden stannar upp.

Sanningens tystnad bryts av egot som går till motattack. Kampen mellan egot och hjärtat manifesteras när egot ställer till med panik och du hyperventilerar. Jag sitter still i båten, väntar ut stormen. Din ”utmattning” byts ut mot energi och du argumenterar kraftfullt! Min oro för att inte få allians med dig stegras. Jag inser att ditt ego har dig i ett fast grepp och bestämt hävdar sin ”rätt”.

Jag erbjuder fördjupad biopsykosocial kartläggning, återbesök och kortare tillfällig sjukskrivning i ett försök att lugna ditt ego och få mer kontakt med ditt hjärta. När vi skiljs åt uppfattar jag att relationens bärkraft är svag, men att vi ändå seglar i rätt riktning tack vare kompromissens bogserande kraft.

Ditt ego känner sig dock kränkt: *Så här behandlar man inte kunden.*

Du kontaktar chefen, argumenterar kraftfullt i en timme, vägrar komma på återbesök och kräver en annan läkare. Chefen listar om dig till en kollega som sjukskriver dig och ordinerar psykofarmaka.

Mitt ego är förnärmat, hjärtat sorgset; försöker förstå kollegans föresatser; var det naiv hjälpnödighet? Såg hans ego sig som hjälten som räddade patienten från en okunnig och oempatisk läkare? Eller följde hen bara riktlinjerna – *så kallad evidensbaserad vård?*

Egot segrat! Det har visat hur man ska tillmötesgå krävande kunder och kan behålla guldmedaljen. Hjärtat får nu sitta i förvar, vaktad av hjälpnödig vårdpersonal, avtrubbande psykofarmaka, medikaliserande vårdprogram och sjukförsäkringssystem och en ledning



Illustration: Annika Andén

med fokus på kundnöjdhet och ekonomi.

Men hjärtats längtan är okuvlig, den inre röst kommer att fortsätta att ropa från djupet inom dig, den kommer att besöka dig i drömmar, i stunder av stillhet och livsomställning.

Jag önskar dig sinnesro att lyssna inåt, insikt att sjukrollen fjättrar och mod att komma tillbaka så att vi får mötas igen, hjärta till hjärta. Då kan vi gemensamt utforska ditt hjärtas röst och uppleva den befrielse och mening som vandring på dess smala väg skänker.

*Jäv saknas.*



**Hamed Shayegh**  
Allmänläkare

Ekensbergs vårdcentral, Nyköping  
[hamed.shayegh@gmail.com](mailto:hamed.shayegh@gmail.com)

# Vilken roll spelar allmänläkaren?

## Verktyg för vardagsetisk reflektion

Försvinnande få av allmänläkarens etiska beslut rör egentliga dilemman; snarare rymmer varje möte en mängd etiska ställningstaganden där allmänläkaren försöker balansera olika krav. Detta balanserande kan uttryckas som ett val mellan olika *sociala roller*. Genom kontinuerlig reflektion kan allmänläkaren nå en större självinsikt och därmed bättre förutsättningar för att bli den läkare som den vill vara.

### Ett vardagsetiskt problem

När vi hör orden *medicinsk etik* tänker vi kanske först på den typ av tillspetsade, svårlosliga etiska dilemman som vi har konfronterats med på universitetet. I vårt dagliga arbete är det dock försvinnande få etiska beslut som rör dilemman i denna bemärkelse. Det som för en ovan betraktare ter sig som allmänläkarens etiska ”beslut” – till exempel valet av behandlingsstrategi – är för allmänläkaren bara kulmen av en process som tar sin början när patienten anländer och avslutas när den går, och som däremellan rymmer en lång rad etiska ställningstaganden. Sociologen Donald Schön [1] skulle kanske säga att det etiska arbetet för allmänläkaren består i att genom en serie interventioner omvandla den *problematiske situationen* till ett *lösbart problem*. För allmänläkaren kan en intervention vara något så minimalistiskt som att ställa en fråga eller fälla en kommentar som påverkar hur patienten fortsättningsvis berättar och agerar.

Tänk dig att du står inför följande situation på din mottagning.

*Pontus, 35, är inbokad under rubriken ”sjukskrivning”. Han är trött och irriterad och har svårt att koncentrera sig. Som ett led i vårdcentralens arbete för att stärka samarbetet mellan professionerna har Pontus redan varit hos psykologen, där han bland annat har fått fylla i skattningsskalor. När du har satt dig in i ärendet och ska häm-*

*ta patienten från väntrummet är klockan 9:37. Du vill inte missa fiket som serveras 10:00.*

Som allmänläkare kan du i denna situation uppleva motstridiga krav. En del av de konflikter som kan uppkomma har allmängiltig karaktär, varför rikligt med snarlika exempel finns beskrivna i litteraturen. För det första kan målvärden stå emot patientens behov [2–7]. I Pontus fall finns det en risk att samhällets strävan att reducera sjuktalet hämmar din förmåga att rättvist bedöma hans faktiska behov. För det andra kan tveklaktiga åtgärder te sig som enda sättet att vidmakthålla en god patient–läkarrelation [8–13]; kanske förebådar kontaktorsaken en stark förväntan om sjukskrivning som kan komma att bli problematisk. För det tredje kan allmänläkare uppleva att de kompromissar med sin personliga bekvämlighet för patientens skull [14, 15]. Som ett exempel på detta måste du kanske, om du ska ha en rimlig chans att sätta dig in i Pontus svårigheter, offra fikarasten.



**Som allmänläkare kan du i denna situation uppleva motstridiga krav.**

Hur bör du då agera i denna situation? En traditionell medicinsk-etisk ansats skulle vara att först reda ut vilka de aktuella intressenterna är och vilka värden och principer – såsom autonomi, göra gott, icke skada och rättvisa [16] – som står på spel, för att sedan försöka balansera anspråken mot varandra. En sådan diskussion tillsammans med kloka kol-

legor under lugna omständigheter skulle kanske kunna generera en lösning som ur ett visst perspektiv ter sig ”optimal”. Däremot torde metoden vara svår att tillämpa medan du befinner dig *i själva situationen*. Den skulle sannolikt också reducera bort många av de aspekter som gör problemet levande för dig.

Vad du behöver i vardagen är kanske snarare ett sätt att organisera ditt etiska reflekterande som du kan använda dig av medan du befinner dig i den problematiska situationen, och som samtidigt bevarar problemets särart. Jag vill därför föreslå ett verktyg bestående av två sammankopplade modeller, vilka jag har härlett ur min och Lena Nordgrens teori om allmänläkarens vardagsetiska beslut [17, 18]. Teorin bygger i sin tur på intervjuer med allmänläkare samt observationer av dem i vardagliga situationer.

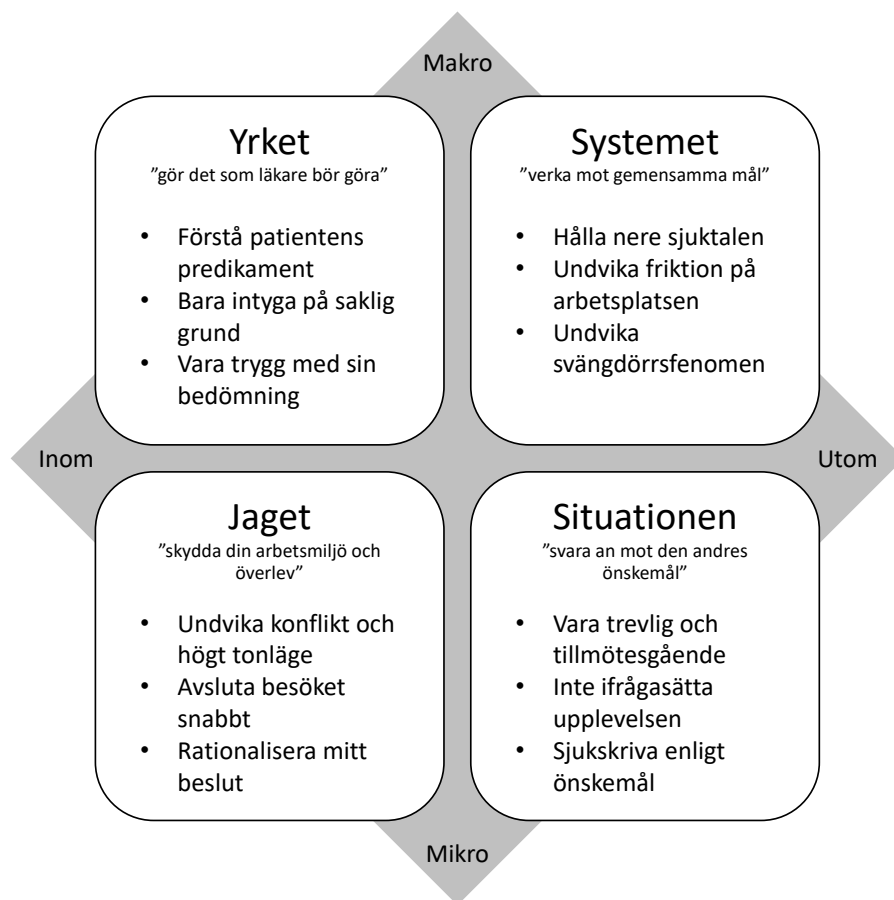
### Moralisk kartläggning

Allmänläkarens förståelse av ett vardagsetiskt problem är vanligen komplex och kan teoretiseras på många sätt. För att begripliggöra det som händer ur en etisk synvinkel kan vi tänka oss att läkaren lyssnar till budskap från fyra olika röster: *situationens, yrkets, systemets* och *jagets*. När vi på detta sätt sorterar budskapen i fallet Pontus får vi en överskådlig bild av dynamiken i läkarens inre dialog (se figur 1).

### Situationens röst

Situationens röst bär det ofiltrerade budskapet, det som tycks vara givet i situationen. Budskapet förmedlas oftast av patienten själv, men ibland av anhöriga eller andra närvarande personer som för dennes talan.

*Pontus berättar att chefen har sagt att han inte vill att Pontus kommer tillbaka ”förrän han kan göra ett bra jobb”. Eftersom Pontus inte har blivit bättre på de två veckor han redan varit hemma, tror han att han behöver några månader för att hinna slappna av.*



**Figur 1:** Allmänläkarens etiska ställningstaganden kan ses som en balansgång mellan budskap från fyra olika röster: situationens, yrkets, systemets och jagets. Situationens röst förmedlar det som är givet i situationen, vilket ofta är ett uttryckligt önskemål från patienten. Yrkets röst fångar det som läkaren ser som viktigt efter att ha tillämpat sin yrkesmässiga förståelse på problemet. Systemets röst berättar vad aktörer som befinner sig utanför rummet kräver av läkaren. Jagets röst representerar läkarens strävan att överleva och trivas i sin arbetsmiljö.

Kravet på sjukskrivning är tydligt och explicit. Att direkt tillmötesgå det är relativt lätt, men medför också en risk att du missar djupare belägna, och kanske betydligt viktigare, moraliska krav.

### Yrkets röst

Yrkets röst förmedlar vad som framstår som viktigt för läkaren när den tillämpar sin yrkesmässiga förståelse på problemet. Detta arbete består inte bara i att tolka det som redan har sagts, utan också i att ställa rätt frågor – till patienten, men även till situationen, och då i form av hypoteser.

När du ber Pontus att berätta om sitt liv säger han att han arbetar "mer än heltid" som systemutvecklare. Han verkar vara stolt över sin förmåga att prestera bra på jobbet. Du försöker nu bredda samtalet till att handla om livet utanför arbetsplatsen. Det

framkommer att Pontus har två barn med ADHD och autism. Pontus verkar inte vilja prata om dessa saker, utan upprepar att han redan vet vad problemet är, nämligen att han är "utmattad". Du anar att livet är ansträngt på flera plan.



Allmänläkarens förståelse av ett vardagsetiskt problem är vanligen komplex och kan teoretiseras på många sätt.

Du ser nu på den *problematiska situationen* genom en professionell lins. När budskapet genomgår denna refraktion framträder flera alternativa sätt att – enligt Schöns [1] terminologi – konstruera ett *lösbart problem*. Först när du ser dessa alternativ kan du välja det som framstår som mest värdefullt att lösa.

### Systemets röst

Systemets röst berättar vad organisationen och andra aktörer "utanför rummet" kräver av läkaren. Den påminner läkaren om att relationen med patienten aldrig är helt skyddad, utan snarare beroende av andras välvilja för att kunna fortgå. Budskapet från systemet kan vara mångfacetterat och motsägelsefullt beroende på vilka aktörer som för tillfället äger makt att underlätta eller försvåra för allmänläkaren.

*I journalen kan du läsa att Pontus har fått 30 av 54 poäng på KEDS. Psykologen konstaterar att han är utmattad.*

Beroende på hur du förhåller dig till psykologens bedömning av Pontus kan du komma att värderas av arbetskamraterna som mer eller mindre samarbetsvillig. Om Pontus dessutom blir missnöjd och hör av sig för att få komma till en annan läkare, så uppstår extraarbete för arbetskamraterna, vilka därmed kan komma att döma ut ditt agerande som "fel". Samhällets önskan att minska sjuktalen förmedlas visserligen också av systemets röst, men detta budskap kan väga lättare än kravet på samarbetsförmåga eftersom det inte på samma sätt backas upp av sanktioner.

### Jagets röst

Jagets röst, slutligen, fångar det känslomässiga tryck som ackompanjerar kraven från de övriga tre rösterna. Vissa krav åstadkommer detta genom att vädja till allmänläkarens plikt-känsla och vilja att göra rätt; andra genom att spela på negativa känslor som rädsla, otillräcklighet, skuld och skam. Läkarens biologiska behov av mat, vila och toalettbesök komplicerar det hela ytterligare. När budskapet från jagets röst är särskilt insisterande uppstår stress och därmed en önskan att kompromissa med övriga krav. Även då kan du förstås välja att försaka dina personliga behov för att förverkliga andra värden. ▶▶

*Du kastar en blick på klockan som nu hunnit bli 9:51. Med en knappt märkbar suck resignerar du inför insikten att du, om du ska hinna få rätsida på samtalet, inte kommer att hinna fika idag beller.*

I varje etiskt ställningstagande kommer läkaren att, medvetet eller omedvetet, förhålla sig till budskapen från var och en av de fyra rösterna. Genom att sortera in kraven i matrisen kan läkaren få en "karta" över situationen så att den lättare kan välja sitt förhållningssätt, snarare än att passivt driva med eller agera reflexmässigt.

**Vilken slags läkare vill jag vara?**

Oavsett om vi genom våra ställningstaganden försöker reducera eller utvärda den stress som vi utsätts för, är det viktigt att vi ser de moraliska implikationerna. De implikationer som är synliga för omvärlden fångas av situationens, yrkets och systemets röster, och speglas i verktygets andra modell. För att modellen inte ska bli alltför komplex utgår den ifrån att läkarens förhållningssätt till var och en av rösterna kan dikotomiseras, vilket resulterar i åtta olika stereotyper (se figur 2).

Hur agerar då dessa olika stereotyper gentemot Pontus?

Vittnet försöker avsluta samtalet med Pontus så snabbt som möjligt. Kanske får Pontus sitt intyg, men upplever ändå inte att han blivit hörd. Vittnet möter vare sig situationens, yrkets eller situationens krav, och träder därför i praktiken bara fram när läkaren har särskilt påträngande personliga behov.

Ledsagaren försöker vara följsam mot Pontus berättelse, vilket innebär att samtalet kommer att handla om Pontus upplevda begränsningar, medan ämnen som kan skapa friktion noggsamt undviks. Att Pontus bör få ett sjukintyg tar Ledsagaren för givet; utmaningen blir snarare att skriva intyget så att det inte avslås.

Kuggen gör sig till en del av maskineriet genom att efterfråga substansbruk, bocka av diagnoskriterier, hålla sig inom det försäkringsmedicinska beslutsstödet och skatta risken för långvarig sjukskrivning. Därefter skrivs sjukintyget i enlighet med vad som förväntas på Kuggens arbetsplats, och uppföljning planeras så att dubbelarbete kan undvikas.

Lagspelaren kombinerar Ledsagarens och Kuggens ideal. I fallet Pontus riskerar

detta att bli lite arbetsamt eftersom Lagspelaren kan varken neka honom det han vill ha eller ta genvägar förbi formalia. I gengäld är Lagspelaren generellt mycket uppskattad av alla inblandade.

Förkämpan ser patientens behov som betydligt viktigare än "kundens" önskemål, och skriver inte under på något som den inte har belägg för. Förkämpan tillbakavisar därför önskemålet om sjukskrivning, dels för att inte skada Pontus, dels med hänvisning till att han, även om han uppenbarligen lider, inte är sjuk.

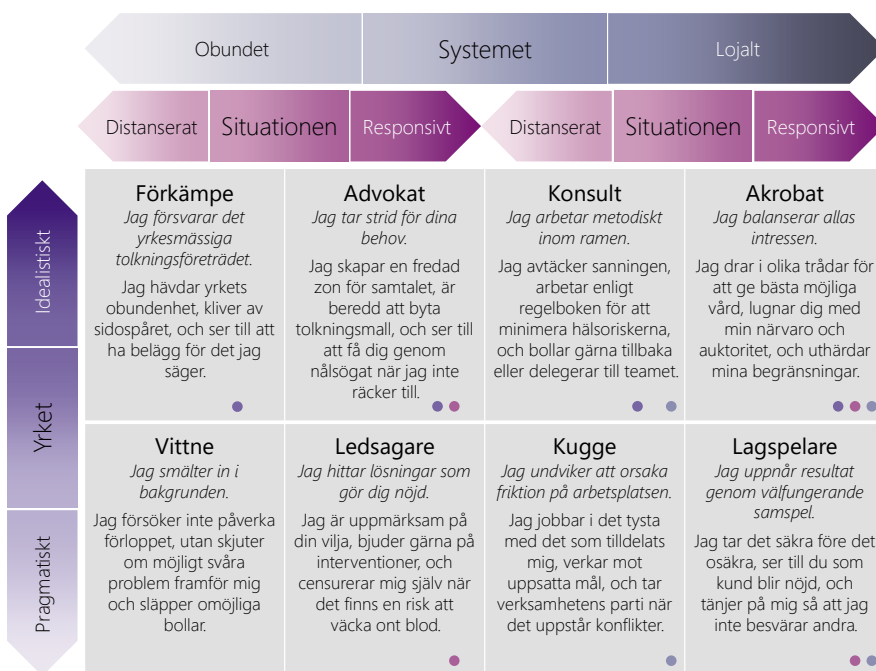
Advokaten kombinerar Ledsagarens och Förkämpens strävanden. Advokaten söker i första hand samförstånd genom att styra in samtalet på sådant som den tror skulle kunna återföra Pontus till ett hälsosamt liv, och i andra hand någon form av kompromiss som är ärlig, icke skadlig och acceptabel för båda parter.

Konsulten kombinerar Förkämpens och Kuggens värderingar genom att se till att Pontus blir inte bara processad, utan även väl omhändertagen, av maskineriet. Konsulten låter inte sitt eventuella intygsskrivande avgöras av vad systemet förväntar sig, men ser under alla omständigheter till att förankra sitt beslut i rehabiliteringsteamet.

Akrobaten försöker tillfredsställa samtliga krav. Den ser till att Pontus blir hörd, men använder samtidigt sin professionella förståelse för att avgöra vad den kan hjälpa honom med. Akrobaten eftersträvar också ett välfungerande samspel på arbetsplatsen, men aktar sig samtidigt för att "köra över" Pontus eller uttrycka sig vidlyftigt i det eventuella intyget.

Syftet med att namnge de åtta delrymderna som om de vore roller är att fånga rösternas olika sociala konnotationer. En läkare som konsekvent agerar inom en och samma delrymd kan sägas ha antagit en statisk (eller rigid) social roll som på förhand löser, eller åtminstone förenklar, de förväntade värdekonflikterna. I verkligheten tenderar allmänläkare att föredra olika roller beroende på de konkreta förutsättningarna.

Den stress som omständigheterna genererar kan också styra allmänläkaren bort från sin föredragna roll. En Ledsagare som tröttnar på att vara följsam mot patienten glider lätt över till att agera Vittne; detsamma gäller den Kugge eller Förkämpe som inte längre orkar upprätthålla sina respektive ideal. De mer



**Figur 2.** När etiska ställningstaganden karakteriseras utifrån hur de förhåller sig till budskapen från situationens, yrkets och systemets röster, blir det möjligt att förstå dem i termer av sociala roller. Reflektion utifrån denna modell kan hjälpa allmänläkaren att förstå vilken slags läkare de är och vilken slags läkare de vill vara.



komplexa rollerna kännetecknas av att glidningar kan orsakas också av olösliga värdekonflikter; exempelvis måste en Advokat som inte kan göra patienten nöjd med mindre än att den gör våld på sin yrkesmässighet välja mellan att agera Led-sagare eller Förkämpe.

Genom att aktivt reflektera över de roller som vi antar i olika möten, kan vi fördjupa vår kunskap om vilken slags läkare vi är. Därmed ökar också våra chanser att bli den läkare som vi vill vara.

### Rollernas moraliska betydelse

En tänkare som bidrar med en teoretisk resonansbotten till ovanstående modeller är den danska filosofen K. E. Løgstrup [19]. En av det mänskliga livets grundförutsättningar, menar Løgstrup, är att vi gång på gång möter andra människor med tillit. Så snart vi möter en annan människa lägger vi åtminstone en del av våra liv i varandras händer. Även den mest slutna och fientliga medmänniska exponerar ofrånkomligen en del av sig själv i hur den framträder för oss. Ur den andres tillit, hur minimal den än må vara, springer ett icke förhandlingsbart krav på oss att ta hand om den andre snarare än att utnyttja den för våra egna syften.

En allmänläkare kan lätt överföra Løgstrups tankar till sin yrkesutövning. Många av våra patienter lägger ju bokstavligen sina liv i våra händer, men även när patienten är särdeles misstänksam inser vi att vi även då har ett icke förhandlingsbart krav på oss att ta hand om den. Det är i detta ljus svårt att se att Vittnet,

med sin passivitet, skulle vara en etiskt försvarbar roll för en läkare.

Ibland lockas vi att utnyttja våra medmänniskor för annat än personlig vinning. Detta sker när vi ställs inför en ideologi som på ett övertygande sätt förklarar vad det mänskliga livet bör bestå i. Løgstrup är tydlig med att vi inte ens då får använda vår makt till att forma den andre så som vi råkar vilja ha den; patienten får så att säga aldrig bli medlet för att uppnå ideologins mål. För oss som läkare gäller det att inte glömma att den vårdapparat som vi har inrättat för att tjäna människans hälsa är, trots sitt godartade syfte, ett maskineri som kan komma att skada våra patienter om det får mala på okontrollerat. När vi antar rollen som Kugge gör vi oss till en del av detta maskineri, och riskerar därmed att förlora patientens behov ur sikte.

När jag tar hand om den andre måste detta alltid, menar Løgstrup, ske utifrån min förståelse av världen. För en läka-



**När budskapet från jagets röst är särskilt insisterande uppstår stress och därmed en önskan att kompromissa med övriga krav.**

re motsvarar detta att lyssna till yrkets röst. Løgstrup fångar härigenom skillnaden mellan å ena sidan Led-sagaren och Lagspelaren, vilka ger patienten det som den önskar, och å andra sidan Förkämpen och Konsulten, vilka fokuserar på vad den behöver. Att vara tillmötesgående när patienten egentligen behöver något annat är att göra sig till patientens verktyg. Vår relation blir därmed, om vi får tro Løgstrup, ohederlig.

Idealiskt vore förstås om önskemål och behov sammanföll, för då blev det möjligt att agera Advokat, eller till och med Akrobat. Även om vi inte styr direkt över detta, så kan våra samtalsfärdigheter ändå inge hopp om att våra och våra patienters respektive förståelser ska kunna närma sig varandra.

*Efter ett kortare samtal där du bekräftar Pontus lidande överraskar han dig med att fråga dig vad du råder honom att göra. Eftersom han inte har visat upp några tecken på sjukdom känner du dig trygg med att rekommendera honom att avbryta sin sjuk-skrivning. Pontus verkar lättad.*

*Jäv saknas.*



**Linus Johnsson**

Allmänläkare

Vårdcentralen Strängnäs,

Med dr, Centrum för forsknings- och biotetik,

Uppsala Universitet

[linus.johnsson@crb.uu.se](mailto:linus.johnsson@crb.uu.se)

### Referenser:

(fullständig referenslista finns i e-tidningens läsläge)

1. Schön DA. The reflective practitioner: How professionals think in action. Farnham, Surrey: Ashgate Publishing Limited; 1991.
17. Johnsson L, Nordgren L. How general practitioners decide on maxims of action in response to demands from conflicting sets of norms: a grounded theory study. BMC Med Ethics. 2019 May 14;20(1):33.
18. Johnsson L, Nordgren L. The voice of the self: a typology of general practitioners' emotional responses to situational and contextual stressors. Scand J Prim Health Care. 2022 Jul 13;40(2):289–304.
19. Løgstrup KE. The Ethical Demand. Oxford: Oxford University Press; 2020.

# Teorier förklarar – människor vill vi förstå

Asta 73, hade under många år getts olika diagnoser: fibromyalgi, CFS, IBS, elöverkänslighet, depression med mera. Efter två år och många möten sa hon bland annat till mig att hon kände sig så sjuk att hon sagt till sin väninna att hon hellre hade haft hennes bröstcancer än sin egen depression. Under minst tjugo minuter berättade hon dessutom att hennes make, en lantarbetare, ”med säckiga byxor”, sällan var hemma och att han sörplade när han åt. Då hörde jag mig själv säga:



– Gud så jobbigt det måste vara att va' gift med dig, Asta. Hon började gråta. Jag såg henne i ögonen och gjorde allt för att bli förlåten. Vi avslutade vårt möte i hygglig stämning, tror jag. Jag såg aldrig Asta mera, men har ofta tänkt på henne. De ord jag hörde, kom de verkligen från mig?

Långt senare började jag arbeta med en avhandling [1]. Jag ville förstå mig själv och hur jag bäst skulle möta de patienter som getts diagnosen fibromyalgi. Fem år efter mitt sista samtal med Asta fick jag ett långt handskrivet brev. Hon hade skilt sig och bodde ensam. Fastän ”elallergi” besvarades hon inte längre av, vare sig lampor eller eldrivna verktyg. ”Vänner hade hon fått utan att vara sjuk”, skrev hon. Hennes långa brev betydde mycket för mig och mitt arbete, i synnerhet de sista raderna:

”Varmt tack Olle för att du sa det som fick mig att gråta. Så borde en läkare ha sagt till mig minst tio år tidigare.”



**I avsaknad av lämpade ord visar vi "symtom" för andra, i oavsiktlig mening att bli sedda, hörda och för att kunna återupprätta vår ofrånkomliga känsla av att höra samman med den värld vi aldrig kan leva utan.**

Brevet gjorde mig förundrad. Jag hade inte förstått den oavsiktliga undermeningen i hennes visade ohälsa. Misslyckade patientmöten drev mig nu att komplettera min traditionella utbildning [2]. Jag ville förstå människor, inte bara förklara för dem vad de led av.

Vårt liv börjar vanligen i nära förbindelse med vår mor. Vi visar oss på olika sätt, så småningom också språkligt, söker och får svar, lär känna, införlivar och blir ett i förbindelse med andra och världen omkring oss. Med våra sinnen kan vi nå känsla av jämvikt med den värld vi själva samtidigt skapar och har att leva i. När omvärlden oväntat förändras störs vår förbindelse med den. I avsaknad av lämpade ord visar vi ”symtom” för andra, i oavsiktlig mening att bli sedda, hörda och för att kunna återupprätta vår ofrånkomliga känsla av att höra samman med den värld vi aldrig kan leva utan [3].

Asta hade mått dåligt. Hennes förening med världen sviktade. Hon visste att läkare kunde mycket om kroppar. Ofullständigt skolade, förstod vi inte att Asta med sin upplevt onda mage som attrapp, skenmål, omedvetet sökte återförening med världen via oss. Vi såg inte meningen i hennes oavsiktliga kroppsspråk.

Vad menar vi läkare med våra begrepp? Är själen som hälsan tyst, när vår utformade identitet är i jämvikt med den värld vi skapat den med och är bunden till? Vi är vid god hälsa när vi känner att vi kan nå avsett mål. När vi saknar ord i ett genmäle uttrycker vi oss instinktivt med kroppen, tårar eller – som jag gjorde – med instinktivt ordflöde.

I vårt sista möte hade Asta berättat om sina symtom, sin svårt sjuka väninna och sin make. Mitt svar visade att också min förbindelse mellan identitet och värld hade upplösts. Jag saknade ord. Den identitet jag skaffat mig under sex år av dualistiska studier och praktiskt arbete i ett decennium, kom helt ur balans med min värld av mening. Asta hade känt sig sedd av mig. Mitt tanklösa uttryck krossade hennes syn på mig som läkare och förlösare av mening. Att hon senare skilde sig, lämnade Dalarna och i sitt tackbrev skrev att hon fått vänner ”utan att vara sjuk” kanske visade att hon också börjat förstå sig själv.

Om jag under min grundutbildning hade getts flera tillfällen att erövra mer komplett hälsoförlösande samtalsförmåga hade

Asta och jag tidigare kunnat förstå varandra. Komplement till dualistisk perspektiv på hälsa, finns som tidigare, hade kunnat ge henne stöd att minska sitt lidande, reducera kostsamma utredningar, förkorta väntetider hos andra specialister samt komma ur sitt omfattande vårdbehov.

*Jäv saknas.*

**Olle Hellström**  
Pensionerad allmänläkare, Med dr  
Djurås  
[kilsolle16@gmail.com](mailto:kilsolle16@gmail.com)



#### Referenser:

1. Patienten som person - Om mening och dialog i allmänmedicinsk, Avhandling Umeå Universitet, 1999, praktikdiva-portal.org/smash/get/diva2:769108/FULLTEXT01.pdf
2. Lakartidningen. 2016,113:EDY7.
3. Svenaeus F. Sjukdomens mening. 2003. Natur&Kultur.

Narrativ)medicin

Workshop  
i Narrativ Medicin<sup>VI</sup>  
19–20 januari 2024

Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
Medicinkliniken Mölndal

Anmäl dig på [www.narrativmedicin.se](http://www.narrativmedicin.se)

## Dolda godbitar i regeringsutredningen

# "Rätt förutsättningar för sjukskrivning"

Vår kollega Marina Tuutma lämnade 31 augusti 2023 som statlig utredare över betänkandet *Rätt förutsättningar för sjukskrivning*.

Länk till betänkandetexten finns här: <https://bit.ly/40BQ7FT>

En kort sammanfattning är att det handlar om att det även i fortsättningen bara är läkare som ska sjukskriva och bedöma när det behövs andra kompetenser inom vården i sjukskrivningsprocessen. Intygen ska bli mer "ändamålsenliga" och det innebär bland annat ett förslag om förenklade intyg för förväntat korta sjukskrivningar. Det kliniska samarbetet inom vården och samarbetet med Försäkringskassan ska stärkas och rollen för rehabkoordinatörer som länk mellan vården och arbetsplatsen ska utvärderas.

Man vill säkra den "försäkringsmedicinska" kompetensen med ett nationellt kompetenscentrum inom Socialstyrelsen och stödja utvecklingen av specialiserad sådan klinisk verksamhet i vården med förslag om försäkringsmedicin som tilläggspecialitet och bättre utbildningsmål för ST. Man föreslår att en nationell samordnare tillsätts under begränsad tid.

Läkarnas grundförutsättningar och resurser för bra sjukskrivningar behöver säkras och avståndet till "en allmänläkare per 1 100 invånare" är ett hinder för det.

### Dolda godbitar

Som utsedd expert har jag deltagit i utredningsarbetet och har fått ta del av sådant som inte direkt presenterats som resultat av arbetet, men som finns med i betänkandetexten.

1. SBU gjorde en snabbutredning av frågan om nyttan med multidisciplinära teams bedömningar. Det fanns bara 2–3 studier som hade tillräcklig kvalitet för att besvara frågan. Slutsatsen blev "det enda vi med vetenskaplig säkerhet vet om multidisciplinära teams bedömningar är att de förlänger sjukskrivning" och att "ingen ny systematisk litteraturgenomgång i frågan behövde göras då det inte förväntades bidra till att fler relevanta studier identifierades".
2. Förmågan att klara det som är emotionellt svårt för oss läkare i sjukskrivningskonsultationer berörs som en del av den försäkringsmedicinska kompetensen. Att kunna stå för sin egen professionella bedömning betonas.
3. I diagnostiserandet och bedömningen ska ingå ett status, inte bara patientens berättelse eller redovisning av självskattningsformulär.
4. Läkarens roll är att bedöma patientens egen bedömning utifrån sin professionella kunskap. Hit hör också förmågan att kunna göra och inför patienten stå för den svåra gränsdragningen mellan sjukdom och normala reaktioner vid psykiska besvär.

5. Det behövs mer forskning på sjukskrivningsområdet. Och för att besvara den svåra frågan om vilken nytta sjukskrivning ger för patientens hälsa räcker inte kvalitativa studier. Hur man på området ska kunna göra fler randomiserade kontrollerade studier behöver diskuteras.

### Och vad innebär detta då?

Min bedömning är att den här kunskapen borde innebära att stela rutiner i sjukskrivningsärenden som innefattar multidisciplinära bedömningar och användande av självskattningsformulär begränsas. Och att de känslomässiga svårigheter vi läkare har med att stå för våra professionella bedömningar uppmärksammas. Träning på det området behöver ses som en naturlig del av den försäkringsmedicinska kompetensen. Inte bara kunskap om regelverket.

Om detta kan bli verklighet för oss allmänläkare beror på om vi klarar att tacka nej till vårdprogram från den psykiatriska slutenvården och kollegialt kan diskutera hur en god och gemensam sjukskrivningspraxis för psykiska besvär på vårdcentralen ska se ut. Och klarar att stå ut med den osäkerhet som avsaknad av vetenskaplig kunskap om nyttan med sjukskrivning ger oss.

I den kliniska bedömningen av hur lång en heltids sjukskrivning kan få vara behöver vi väga in både behovet av ett arbete i patientens liv och vårt eget behov av stöd från andra kompetenser i vården. Men så länge vi vet att vårdens insatser efter några månaders sjukskrivning inte längre påverkar möjligheten till återgång i arbete [1] blir den viktigaste insatsen för vår egen arbetsmiljö och för patientens framtida arbetsförmåga helt enkelt att se till att sjukskrivningar inte får bli långa.

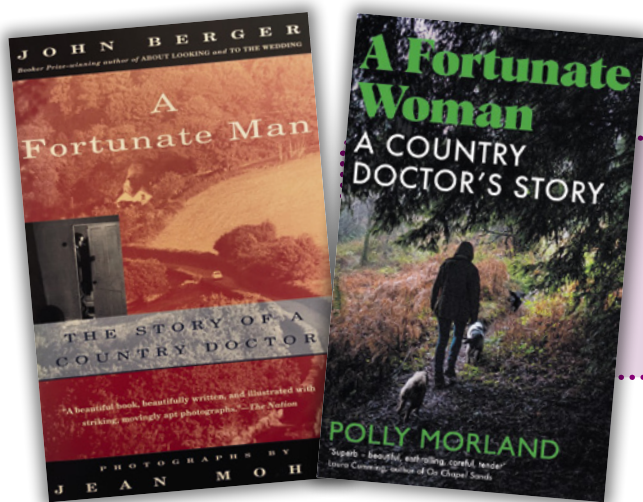
Myterna om att långa sjukskrivningar behövs som behandling vid vissa psykiska tillstånd behöver diskuteras med patienten i alla allmänmedicinska sjukskrivningskonsultationer när frågan finns på bordet. Den dag vi allmänläkare samstämmigt för fram budskapet att "så såg vi på den frågan förut, men vi vet idag att det var fel" kan vi begränsa de skadeverkningar vi sett av att slutsatser från psykiatrin okritiskt förts över till allmänmedicinens kliniska verklighet.



**Lars Englund**  
Allmänläkare  
Jakobsgårdarnas vårdcentral, Borlänge  
[englund1@telia.com](mailto:englund1@telia.com)

### Referens:

1. Englund L; Svagt stöd för det mesta vi gör – Ny SBU-rapport om insatser i vården vid långtidssjukskrivning; AllmänMedicin 1 2023.



### *A Fortunate Man – The Story of a Country Doctor*

Författare: John Berger • ISBN 0-679-73726-X

### *A Fortunate Woman – A Country Doctor's Story*

Författare: Polly Morland • ISBN 13: 978-1529071146

# Med relationen i fokus

## – berättelser om två allmänläkare

Den brittiske allmänläkaren har ofta varit en förebild i när det gäller att benämna allmänmedicinska kärnvärden och att utforma primärvårdssystem baserade på dessa. Det norska fastlegesystemet bär till exempel stark prägel av sin brittiska motsvarighet. I vår tid är relationsbaserad vård hotad av företeelser som nätläkeri, kommersiella intressen relaterade till specifika diagnoser, och en tonvikt på efterfrågestyrd snarare än behovsstyrd vård. Som en motvikt till detta finns en rörelse som strävar mot Hållbar vård och Kloka Kliniska Val. Jag tror att det finns skäl att återupprätta begreppet Relationsbaserad vård i detta sammanhang. Den personlige allmänläkaren kan inte bara bli föremål för nostalgiskt tillbakablickande, utan måste bli en självklar ingrediens i framtidens hälso- och sjukvård. Det behövs en renässans!

En klassiker i den allmänmedicinska litteraturen är John Bergers *A Fortunate Man – The Story of a Country Doctor*. Under sex veckor 1966 följde och intervjuade John Berger tillsammans med fotografen Jean Mohr en erfaren brittisk allmänläkare, dr Sassall, i syfte att utforska den praktiska betydelsen av begreppet professionalism. Dr Sassall hade etablerat sig som GP på den engelska landsbygden strax innan NHS (National Health Service) lanserades i slutet på 40-talet.

I NHS utgjorde allmänläkarna (GPs) fundamentet i egenkap av småföretagare, så kallade "free contractors". I rask takt etablerade sig GPs över hela landet och tjänsten var avgiftsfri för invånarna. Det var en idé om hållbar hälso- och sjukvård i en tid då det engelska samhället behövde en genomgripande återhämtning efter andra världskrigets påfrestningar.

Boken publicerades 1967 och samma år producerades en dokumentärfilm av BBC baserad på boken. Det är en bok man gärna återvänder till och hittar guldkorn i varje gång. Jag har läst boken tre gånger, först som nybliven specialist, sedan tjugo år senare och nu inför denna recension. Det som fascinerar

är dr Sassalls reflektioner över sin utveckling från krigskirurg under andra världskriget till personlig doktor för en avgränsad befolkning på den engelska landsbygden.

I början upplever han sig själv som centralfiguren i patient-läkarrelationen för att efterhand övergå till att bli alltmer patientcentrerad. I bildmaterialet finns läkaren i olika situationer, utvalda patienter (dock utan samband med berättelserna) och inte minst det fina landskapet. Innehållet speglar läkarens roll i lokalsamhället, illustrerat av patientberättelser och filosofiska reflektioner om hur det professionella arbetet växer med ökande erfarenhet och patientkännedom. Det är omistligt! Boken *A Fortunate Man* lever upp till sin titel och man förstår att den har hamnat högt upp på olika medicinska fakulteters listor över rekommenderad litteratur. Synd bara att så få nu verksamma allmänläkare känner till den.

När den brittiska journalisten och dokumentärfilmaren Polly Morland skulle röja bland sin mors kvarlevor hittade hon boken *A Fortunate Man* som hade råkat trilla ned bakom en bokhylla. Polly började bläddra i boken och kände igen detaljer i bildmaterialet från det lilla samhälle där hon själv bodde. Hon brukade själv gå till en kvinnlig GP som hon hade stark tillit till. De råkade dessutom vara strax under 50 år bägge två. Starkt berörd av sammanträffandet skickade hon ett mejl till sin GP för att se om de tillsammans skulle kunna upprepa det som John Berger gjort mer än femtio år tidigare. Läkaren var med på noterna och tillsammans med fotografen Richard Baker sattes projektet *A Fortunate Woman – A Country Doctor's Story* i gång hösten 2019.

I boken följer Polly den namnlösa kvinnliga läkaren genom en mängd olika situationer och ger en bild av vad det innebär att vara en landsortsläkare i dagens komplexa brittiska samhälle med alla dess utmaningar. Läkarens väg till att bli GP beskrivs och vi förstår att hon besitter många av de kvaliteter

som skapar en god allmänläkare, inte minst en stark integritet. Hon stod inte ut med arbetsmiljön på sjukhusen i början av 00-talet. Hon hade tänkt bli barnläkare. Där fanns en osund kollegial kultur med mobbing från överordnade, och orimliga krav på att täcka upp för kollegors frånvaro. Läkaren sa upp sig och ansökte om att bli GP-trainee. Hon hade redan som tonåring när hon bestämde sitt yrkesval, stiftat bekantskap med John Bergers bok, men hon hade ingen aning om att hon som GP-trainee skulle komma att gå i dr Sassalls fotspår. Den insikten kom långt senare.

Författaren skildrar allt detta med inlevelse och med en utsökt språklig framställning. Relationen mellan läkaren, samhället med dess invånare och det fysiska landskapet framställs målande med liknande bildmaterial som i förlagan. Läkaren älskar sitt arbete och stortrivs i det samhälle hon verkar och bor i. Hon gör hembesök en del av tiden och är beroende av patienternas hjälp att hitta när GPSn inte fungerar eller adressuppgifterna är inexakta. Detta sätt att presentera skapar en fin länk till dr Sassalls professionella liv mer än femtio år tidigare.

Med tiden kommer hon att bli hon en lika betydelsefull figur i samhället som dr Sassall en gång var. En äldre kvinna uttrycker sin lycka till Polly att hon haft två betydelsefulla allmänläkare i sitt liv, dr Sassall och den nuvarande. De allmänmedicinska kärnvärdena tycks vara bestående. Det som John Berger missade i sin bok var att framställa betydelsen av hustrun Betty som också var dr Sassalls mottagningsköterska. Utan hennes koordinerande roll hade han inte kunnat fullgöra sitt arbete. Polly Morland beskriver mottagningspersonalens stöttande roll bättre.

I sjukdomspanoramat finns precis som i förlagan enstaka dramatiska episoder, men här finns också mer nutida problemställningar såsom könsdysfori och neuropsykiatriska funktionshinder. En del av boken beskriver den omställning i

mottagningsarbetet som pandemin orsakar. Läkaren får se sig tillbringa mer tid i telefon med de nackdelar som ökad distans och frånvaro av terapeutisk beröring innebär. Lättnaden är stor när de tuffa ”lock down”-åtgärderna upphör och samhällslivet successivt normaliseras.

Jag tycker att en fin del med A Fortunate Woman är att man lär känna dr Sassall från A Fortunate Man bättre, genom att den fyller i hans personliga historia. Författaren spinner en gyllene tråd till förlagan. Läkaren lär känna sina patienter och lägger märke till små skiftningar i deras uppträdande som gör henne uppmärksam på något som kan representera en begynnande sjukdom. Hon är inte ensampraktiker som dr Sassall, och uppskattar den kollegiala dialogen. Medicinska framsteg, digitalisering, och människors förväntningar har förstärkt läkarrollen betydligt, men kärnan i arbetet är detsamma. Hon har med tiden blivit en personlig doktor för en del av befolkningen, och precis som för dr Sassall har relationerna med patienterna utvecklats organiskt, precis som växtligheten i det landskap där hon verkar.

Polly Morland har skapat en ”modern day classic” som i flera avseenden överträffar John Bergers bok. Jag gladdes mycket åt att läsa den, och den sammanfattar så fint varför jag valde allmänmedicin till min specialitet i en tid mitt i mellan dr Sassall och den nu skildrade kvinnliga allmänläkaren. Jag rekommenderar bägge dessa böcker varmt!

*Jäv saknas.*

**Anders Lundqvist**

Allmänläkare

Vårdcentralen Näsby, Kristianstad  
anders.lundqvist@sfam.se





## Bokrecensenter sökes!

Det kommer många intressanta böcker varje år.  
Du som recenserar en bok för AllmänMedicin får  
behålla ditt gratisexemplar.

Hör av dig till:  
**chefredaktor@sfam.se**

## Svensk förening för allmänmedicin

### Styrelsen

#### Ordförande

Magnus Isacson  
magnus.isacson@sfam.se

#### Vice ordförande

Annika Larsson  
annika.larsson@sfam.se

#### Vetenskaplig sekreterare

Andreas Stomby  
andreas.stomby@sfam.se

#### Skattmästare

Panteha Hatofi  
panteha.hatofi@sfam.se

#### Adjungerad facklig sekreterare

Emil Péclard  
emil.peclard@sfam.se

#### Övriga ledamöter

Andreas Thörneby  
andreas.thorneby@sfam.se

Lisa Sallmén  
lisa.sallmen@sfam.se

### SFAM:s råd

#### Fortbildningsrådet

Anders Lundqvist  
anders.lundqvist@sfam.se

#### Kompetensvärderingsrådet

Ulf Måwe, ulf@mawe.se

#### Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet SFAM-Q

Jenny Berggren  
jenny.berggren@capio.se

#### SFAM:s torsdagsmöten

Anna Flood  
info@sfamtorsdagsmoten.se

### ST-rådet

Mujahed Abassi  
mujahed.abassi@skane.se

### Utbildningsrådet

Anna Beck  
anna.beck@norrboten.se

### Rådet för sköra äldre i primärvården

Lena Pomerleau  
lena.pomerleau@regionstockholm.se

### Forskningsrådet

Susanna Calling  
susanna.calling@med.lu.se

### Rådet för levnadsvanefrågor

Malin Skogström  
malin.skogstrom@skane.se

### Rådet för hållbar diagnostik och behandling

Hålfådán Pétursson  
halfdanpe@gmail.com

### SFAM:s nätverk

#### Allmänläkarkonsulter

Gunilla Malm  
gunilla.a.malm@skane.se

#### ASK – Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog

Robert Svartholm  
polarull.svartholm@telia.com

#### Balintgrupper

Dorte Kjeldmand  
kjeldmand@gmail.com

Sonja Holmquist  
sonja.holmquist@regionstockholm.se

### Studierektorsnätverket

Tova de Ruvo Lohmann  
tova.deruvo-lohmann@regionstockholm.se

### Naaka – Nätverket för Astma, Allergi, Kol, Allmänmedicin

www.naaka.se  
Nikos Pounaras  
nikolaospounaras@gmail.com

### Riskbruk

Charlotte Hedberg  
charlotte.hedberg@ki.se

### Swe-GRIN

#### – Infektioner i primärvården

Katarina Hedin  
katarina.hedin@rjl.se

### Konsultationsnätverket

Staffan Ahlkvist  
staffan.ahlkvist@gmail.com

### Nätverket för

#### fortbildningssamordnare

Anders Lundqvist  
anders.lundqvist@sfam.se

### SPUR-inspektioner – samordning

Louise Wänström  
louise.wanstrom@gmail.com

### Rikard Viberg

rikardviberg@msn.com

### Svensk förening

#### för Glesbygdsmedicin

www.glesbygdsmedicin.info  
Anna Falk  
anna.falk@rvn.se

### Nätverket för psykisk ohälsa

Katrin Hagskog-Engel  
katrin.hagskog-engel@regionstockholm.se

### Internationella kontaktpersoner

#### EGPRN

www.egprn.org  
Hans Thulesius, hansthulesius@gmail.com

#### EURACT

www.euract.eu  
Nikos Georgiannos  
nikos.georgiannos@gmail.com

#### EQuiP

equip.woncaeurope.org  
Eva Arvidsson, evaarv@gmail.com

#### Vasco da Gama Movement,

vadgm.woncaeurope.org  
Vakant

#### Euripa

euripa.woncaeurope.org  
Anna Falk, anna.falk@rvn.se

#### Nordic Federation of General

#### Practice/ApS

www.nfgp.org  
Magnus Isacson, magnus.isacson@sfam.se

#### Nordic Young General Practitioners (NYGP)

Linn Ekström  
Nazila Mansimli  
nazila.mansimli@skane.se

#### Nordiska kongressen

Bernd Sengpiel  
bernd.sengpiel@gmail.com

#### Scandinavian Journal

of Primary Health Care  
Hans Thulesius, hansthulesius@gmail.com

#### Wonca Europe

Se EGPRN, EURACT och EQuIP

Meddela ändringar till [chefredaktor@sfam.se](mailto:chefredaktor@sfam.se) och [hemsidan@sfam.se](mailto:hemsidan@sfam.se)

## Lokalföreningar

### BLEKINGE

Anna Lövgren  
anna.lovgren@regionblekinge.se

### DALARNA

Filip Sundal  
filip.sundal@regiondalarna.se

### GOTLAND

Julia Gitchamo  
julia.gitchamo-norrstrom@gotland.se

### GÄVLEBORG

Lisa Månsson-Ryden  
lisa.ryden@telia.com

### HALLAND

Gösta Eliasson  
gosta.eliasson@sfam.se

### JÄMTLAND

Kristina Halldorf  
kristina.halldorf@regionjh.se

### JÖNKÖPING

Karolin Planting  
karolin.planting@rjl.se

### KRONOBERG

Brendan Brouwer  
brenbrou@hotmail.com  
www.sfamkronoberg.se

### MALMÖ

Annika Brorsson  
annika.brorsson@skane.se

### MELLANSKÅNE

Ingrid Stener  
ingrid.stener@gmail.com

### NORDVÄSTRA SKÅNE

Catarina Önning Seyer  
c.seyer@telia.com

### NORRA ÄLVSBERG\*

NORRBOTTEN  
Maria Nordendahl  
maria.nordendahl@gmail.com

### SKARABORG

Klas Fellbrant  
klas.fellbrant@gmail.com

### STOCKHOLM

Maria Wolf  
maria.wolf@regionstockholm.se

### STOR-GÖTEBORG

Niklas Lehtipalo  
niklaslehtipalo@yahoo.se

### SYDOSTSKÅNE\*

### SÖDERSLÄTT

Clary Hägglund  
clary.hagglund@skane.se

### SÖDRA KALMAR LÄN

Sofia Eriksson  
sofia.t.eriksson@gmail.com

### SÖDRA ÄLVSBERG

Nikolaos Georgiannos  
nikolaos.georgiannos@vgregion.se

### SÖRMLAND

Stina Schell  
stina.schell@regionsormland.se

### UPPSALA

Johan Birging Hultegård  
johan.hultegard@gmail.com

### VÄSTERBOTTEN

Anna-Maja Åberg  
annamaja.sundin.oberg@regionvasterbotten.se

### VÄSTERNORRLAND\*

### VÄSTERVIK

Ellinor Schüllerqvist  
ellinor.schullerqvist@regionkalmar.se

### VÄSTMANLAND

Jenny Krifors  
jenny.krifors@ptj.se

### ÖREBRO/VÄRMLAND

Anna Tomczyk  
anna.Tomczyk@regionvarmland.se

### ÖSTERGÖTLAND

Emil Kristensson  
emil.kristensson@regionostergotland.se

\* vilande

## AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

**Utkommer** med 4 nummer per år. Ingår i medlemsavgiften till SFAM.

**Prenumerationsavgift** för icke medlemmar 500 kr per år. kansli@sfam.se  
ISSN 0281-3513 (Print)  
ISSN 2001-8169 (Online)

**Svensk förening för allmänmedicin/SFAM**  
**Bankgiro:** 5459-4866  
**Organisationsnummer:** 802 009-5397

**Ansvarig utgivare**

Ingvar Krakau  
Akademiskt primärvårdscentrum, Sthlm  
ingvar.krakau@ki.se

**Layout**

Mediahuset i Göteborg AB, avd syd  
Annika Cederlund, annika@mediahuset.se

**Annonser**

Mediahuset i Göteborg AB  
Jean Lycke  
Marieholmsgatan 10 C, 415 02 Göteborg  
070-277 15 11  
jean@mediahuset.se

**Illustratör**

Annika Andén  
annika.anden@gmail.com

**Redaktion**

Jens Halldin, chefredaktör  
chefredaktor@sfam.se

Petra Widerkrantz  
p@widerkrantz.se

Christer Petersson  
christer-p@telia.com

Lars Englund  
englund1@telia.com

Björn Landström  
bjorn.landstrom@skaraborgsinstitutet.se

Charlotta Busch  
charlotta.busch@regionhalland.se

**Tryck**

Exakta Print, Malmö  
www.exakta.se



**Hemsida:** www.sfam.se/tidskriften • **Webmaster:** hemsidan@sfam.se

**Utgivningsplan för 2024**

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
1	8.1	29.1	4.3	Relation och kontinuitet / Hjärt-kärlsjukdom och diabetes
2	18.3	15.4	22.5	Jämlikhet i vården / Cancer i primärvården
3	12.8	2.9	7.10	Triagering och prioritering / Njurar
4	4.10	4.11	9.12	AI / Ungdomsmedicin

**SFAM:s kansli**

Post: Box 738, 101 35 Stockholm  
Besök: Klara Östra kyrkogata 10  
www.sfam.se, kansli@sfam.se

Heléne Swärd  
helene.sward@sfam.se,  
Tel: 070-522 52 21

Kompetensvärdering i ST  
mittst@sfam.se  
Katarina Boltenstern  
076-1394404  
examen@sfam.se

Webmaster: hemsidan@sfam.se

Följ SFAM på



SFAM är en medlemsförening i Svenska Läkaresällskapet och en specialitetsförening i Sveriges läkarförbund.

**Publicering**

Genom att skicka bilder och texter till chefredaktor@sfam.se godkänner du att de publiceras såväl i den tryckta utgåvan av AllmänMedicin som i e-tidningen på SFAM:s hemsida: www.sfam.se/tidskriften.

Skribenter i AllmänMedicin är specialister i allmänmedicin om inte annat anges.

**Följ debatten på Ordbyte!**

<http://sfam.se/foreningen/organisation/ordbyte/>

**Bli medlem:**

Skicka ett tomt mail (utan rubrik eller innehåll) till sfam-ordbyte+subscribe@googlegroups.com från den epost-adress du vill använda.

**Avsluta medlemskap:**

Skicka, från den adress du är registrerad på, ett tomt mail till sfam-ordbyte+unsubscribe@googlegroups.com.

**Kalendarium**
**2024****Januari**

**Kompetensvärderingskurs**  
15–17.1, Nyköping

**Workshop, narrativ medicin**  
19–20.1, Mölndal

**Mars**

**Mitt-i-ST-seminarium**  
25.3, Stockholm

**April**

**NAAKA-dagen**  
11.4, Stockholm

**Svensk Allmänmedicinsk Kongress 2024**  
24–26.4, Uppsala

**Juni**

**NCGP 2024**  
11–14.6, Åbo, Finland

**Oktober**

**ST-dagarna**  
9–1.10, Nyköping

**2025****Maj**

**European General Practice Research Network (EGPRN)**  
15–17.5 Göteborg

Mer upplysningar via kalendariet på sfam.se.  
<https://sfam.se/events/>

**Kontrollera alltid aktuell information på respektive hemsida.**

**Kollegial dialog online**

Möt kollegor i smågrupp.  
<https://sfam.se/dialog/>

**Lyssna på AllmänMedicin!**

Här kan du lyssna på upplästa artiklar ur tidskriften Allmänmedicin och ta del av inspelade intervjuer.  
<https://sfam.se/tidskriften/podcast/>

**Provinsialläkarstiftelsen**

Kurser i samarbete med Distriktsläkarföreningen.  
<https://slf.se/dlf/vart-arbete/aktuella-kurser/>

**Glöm inte sända in uppgifter i god tid! Se utgivningsplanen.**  
chefredaktor@sfam.se • hemsidan@sfam.se