

# Interventioner bör vara både evidens- och värdebaserade

Det behövs en evidens- och värdebaserad metod för korttidsintervention gällande alkohol. Kan det vara dags att systematiskt utvärdera den värdebaserade metod som författarna föreslår?

**U**r ett folkhälsoperspektiv vet vi sedan länge att förhöjd alkoholkonsumtion är förenad med ökad ohälsa, sjukdom och för tidig död. Missbruksvården har sina strategier för att behandla sina patienters problem. Men hur kan man minska andra människors alkoholkonsumtion och därmed förebygga ohälsa och sjukdom som är relaterad till en förhöjd konsumtion men som inte är missbruk?

Detta problem har sysselsatt epidemiologer och folkhälsovetare under många år. Med tanke på antalet patientkontakter har primärvården anses vara en utmärkt arena för tidig intervention. Ett återkommande förslag till strategi har varit att när patienter sökt primärvården bör man rutinmässigt och oberoende av besöksanledning fråga alla patienter om

deras alkoholkonsumtion.

Det finns i dag flera undersökningar av denna typ av screening som i kombination med några korta samtal med läkare eller sjuksköterska också kallas korttidsintervention (brief intervention). Enligt den senaste kunskaps-sammanställningen från SBU finns indikationer på att män på detta sätt kan få att minska sin alkoholkonsumtion med fyra standardglas per vecka. Kvinnors alkoholvänor påverkas inte signifikant [1].

**Det finns dock problem** med att tillämpa denna typ av korttidsintervention när det gäller alkohol [2]. Att en viss metod är evidensbaserad betyder inte med automatik att den bör användas, då den kan ha sideffekter i form av etiska problem som inte tillräckligt beaktats.

**Värdebaserad medicin** (VBM) är ett komplement till evidensbaserad medicin (EBM) genom att man inom VBM tar hänsyn till framför allt patientens värderingar men även sjukvårdspersonalens. En grundbult i VBM-resonemanget är att människor har legitimt olika värdepreferenser som måste beaktas inom sjukvården. Patienten kan exempelvis föredra livskvalitet framför total livslängd eller en respektfull läkare framför en kränkande, allt annat lika [3]. Läkaren kan också ha preferenser som



Collage: Ewa Knutsson/Foto: GU

Hela 90 procent av en grupp allmänläkare som fick 2–3 timmars utbildning i en värdebaserad metod för korttidsintervention gällande alkohol kände sig efter kursen mer bekväma med att diskutera alkohol med sina patienter. (På bilden tränar läkarstuderande patientsamtal.)

kan komma i konflikt med en annars evidensbaserad metod, som att till exempel fokusera på de problem som patienten söker för och värna om patient-läkarrelationen över tid framför att oombedd ge vägledning eller fråga om och dokumentera patientens alkoholkonsumtion [4, 5].

Indikationer på att korttidsinterventioner vid samtal om alkohol inte är tillräckligt värdebaserade är att de allmänläkare som deltagit i studier där metoden tillämpats upplever att den skapar fler problem än den löser [6–9]. Läkarna anser att om man tar upp frågan om alkoholkonsumtion vid inledningen av ett besök kan patient-läkarrelationen störas eller äventyras.

Att fråga om alkoholmängd utan att patienten förstår sammanhanget bäddar för värdekonflikter. Läkarna kan uppleva sig som moraliska agenter och patienterna kan

uppfatta frågan som insinuerant, »tror läkaren att jag är alkoholist?« Risker med metoden är att patienten underskattar sin alkoholkonsumtion, och att en missstro uppstår hos både läkare och patient. Man kanske till och med försitter chansen att informera om alkoholens möjliga betydelse för det aktuella hälsoproblemet [10]. Det finns alltså risk för att olika metoder för evidensbaserad korttidsintervention kan bli kontraproduktiva. Frågan är då om det finns metoder som är värdebaserade, och därmed lämpade?

**En värdebaserad** men inte evidensbaserad metod har faktiskt diskuterats och praktiserats inom allmänmedicinen de senaste tio åren. Den går ut på att man väcker frågan om alkohol enbart om den kan tänkas ha en relation till patientens aktuella hälsoproblem [10]. En del patienter

## CHARLOTTE HEDBERG

familjeläkare, Kvartersakuten Surbrunnsgatan, pedagogisk adjunkt, Centrum för allmänmedicin, Karolinska institutet, Stockholm

## INGEMAR ENGSTRÖM

överläkare, professor, Psykiatriskt forskningscentrum, Örebro

## RENÉE VICKHOFF

distriktsläkare, Kärråkra vårdcentral, Eslöv

## NIELS LYNÖE

specialist i allmänmedicin, professor, Centrum för bioetik, Karolinska institutet, Stockholm niels.lynoe@ki.se

som söker sjukvården har symtom eller tecken som kan sättas i samband med alkohol: hypertoni, hjärtklappning, besvär

**»Man slipper moralisera och ställa insinuanta frågor, man slipper också skuldbelägga och ensam ta ansvar.«**

från mage och tarm, nedstämdhet, ångest, trötthet, sömnsvårigheter, smärtproblematik etc. De flesta av dessa patienter är inte beroende av alkohol och är inte missbrukare, man talar ibland i stället om riskbrukare [10-12]. De patienter som söker för något av dessa besvär bör få information om ett möjligt samband med alkohol.

Läkaren kan exempelvis fråga om patientens tankar kring orsaken till besvären och be om att få föra in fler möjligheter, däribland alkohol. Läkaren kan sedan informera om att olika individer kan vara olika känsliga för alkohol, vissa tål mycket medan andra är mer känsliga och kan utveckla hälsoproblem och symtom/fynd som exempelvis sömnsvårigheter eller problem med ett varierande blodtryck.

Om patienten är med på att testa hypotesen kan läkaren sedan föreslå att patienten under en 3-veckorsperiod försöker halvera sin alkoholkonsumtion. Efter 3 veckor utvärderas utfallet, och om blodtrycket förbättras eller normaliseras har patienten fått ett självupplevt underlag för att fatta beslut om sin fortsatta alkoholkonsumtion. Om symtomen inte minskar eller upphör aktualiseras tänkbara differentialdiagnoser.

**Även när en värdebaserad metod ska utvärderas** måste man studera effekten i termer både av minskad alkoholkonsumtion bland de aktuella patienterna och metodens tillämpbarhet bland de berörda läkarna. Några studier om metodens effekt på alkoholkonsumtionen har ännu inte genomförts. Vi har dock genomfört en mindre undersökning av hur metoden uppfattas av de allmänläkare (n = 131) som deltagit i

ett utbildningstillfälle på 2-3 timmar. Undersökningen genomfördes 0,5-1 år efter utbildningstillfället och 94 deltagare svarade på en enkät. Av dessa angav 96 procent att de oftare tänkte på alkohol som sjukdomsorsak, 90 procent svarade att de efter kursen kände sig mer bekväma med att diskutera alkohol med sina patienter och 57 procent ansåg sig fått en indikation (kvitto) på att patienten hade tagit till sig samtalet om alkohol.

Det kanske mest påtagliga fyndet var att den stora majoriteten kände sig bekväm att diskutera alkohol med sina patienter. Man slipper moralisera och ställa insinuanta frågor, man slipper också skuldbelägga och ensam ta ansvar. Läkarna angav vidare att man genom förfarandet visar respekt för patientens rätt att vara med och bestämma. De hinder som beskrevs har stora likheter med dem som anges i andra sammanhang när läkare tar upp frågan om alkohol med patienter [13, 14].

**Trots att det alltså finns** evidensbaserad kunskap för att populationsbaserade metoder för korttidsintervention kan minska alkoholkonsumtionen hos män finns det indikationer på att dessa inte tycks fungera i det allmänmedicinska sammanhanget, där metoden anses vara speciellt tillämpbar. Det är också av intresse att den evidensbaserade metoden inte fungerar för kvinnor, som ju utgör majoriteten av patienter som söker i primärvården.

Den av oss föreslagna metoden är både patientcentrerad och värdebaserad, den är etiskt försvarbar ur både patientens och läkarens perspektiv, den är tillämpbar i ett allmänmedicinskt sammanhang, den undviker att kränka patienten och man slipper sannolikt onödiga undersökningar [15-17].

Om man som allmänläkare värderar en ömsesidigt respektfull patient-läkarrelation högt är man nog benägen att föredra en tillämpbar värdebaserad metod, även om den inte är evidensbaserad, framför en evidensbaserad metod som är svår att tillämpa och som inte är värdebaserad. Eftersom det vore bäst om vi hade tillgång till en metod som är både evidens- och värdebaserad frågar vi om det inte är dags att systematiskt utvärdera den av oss föreslagna värdebaserade metoden?

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Alkoholrådgivning i primärvården. Stockholm: SBU; 2009. [http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Kommentar/Alkoholradgivning\\_i\\_primarvarden/Inledning/](http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Kommentar/Alkoholradgivning_i_primarvarden/Inledning/)
2. Sigurdsson J, Getz L, Hetlevik I. Checklistor och screening – ett hot mot konsultationen. Läkartidningen 2004;101:1412-5.
3. Petrova M, Dale J, Fulford BK. Values-based practice in primary care: easing the tensions between individual values, ethical principles and best evidence. Br J Gen Pract. 2006;56:703-9.
4. Beich A, Gannik D, Malterud K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. BMJ. 2002;325:870.
5. Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2003;327:536-42.
6. Hedberg C, Hallberg H, Urwitz V. Patienten ges underlag för beslut om sina alkoholanor. Läkartidningen. 2000;97:48-50.
7. Franck J, Hedberg C. Alkoholriskbruk, missbruk och beroende. I: Läkemedelsboken. Stockholm: Apoteket AB; 2008.
8. Stewart M. Towards a global definition of patient-centred care. BMJ. 2001;322:444-5.
9. Silverman J, Kurtz SM, Draper J. Skills for communicating with patients. Oxford: Radcliffe; 2005.
10. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. BMJ. 2001;323: 908-11.

LÄS MER Fullständig referenslista. <http://ltarkiv.lakartidningen.se>

## Lägg ansvaret för statistikutbildningen där det hör hemma

■ Vi håller med Jonas Ranstam et al (LT 34/2009, sidorna 2070-1) om att statistikutbildningen inom den medicinska forskarutbildningen måste utvecklas och förbättras. Och då inte bara för att tidskrifter publicerar artiklar med bristande statistisk metod, ofta med felaktiga slutsatser, och som har dåliga eller inga statistiska artikelgranskare, utan därför att dagens teknik och utveckling inom ämnet kräver detta.

**Att forskare inom medicin** skriver fel, misstolkar resultat och drar fel slutsatser är inget nytt. Det finns till och med ett antal författare som diskuterar detta internationellt. Ingen av dem har dock inriktat sig på kurser eller utbildningar på forskarnivå, utan det som lyfts fram är det bristfälliga samarbetet med statistiker. Detta har påverkat många institutioner och universitet runt om i världen till att ha med en statistiker i forskargruppen.

**Ranstams et als artikel** kritiserar ensidigt ett flertal ting samtidigt, och faktagrunden är inte fullständig eftersom de interna insatserna inom dessa institutioner inte nämns (workshop, internet, seminarier om statistiska metoder). Frågan är om de institutioner som nämns i artikeln också ska fundera på att utbilda artikelgranskare som samarbetar med tidskrifterna?

Deras slutsatser är baserade på ett antal artiklar som är publicerade och där författarna troligen inte har haft tillgång till statistiker eller statistikkurser (dessa brister

är kända, och diskussioner pågår, där ekonomin antas vara det största skälet och hindret, inte kunskap, och det andra kända problemet är statistisk didaktik).

**Att just medicinska forskare** kritiseras beror ofta inte på att utbildningssystemet har brister. Vi skulle vilja påstå att medicinsk vetenskap är ett ämne som mycket oftare än andra vetenskapliga ämnen använder (avancerade) statistiska metoder för att hävda något. Därför är det lätt att där hitta fler fel också i jämförelse med andra ämnen. De statistiska metoderna inom medicinsk forskning är mycket mer komplicerade än att bara ta hänsyn till de nuvarande statistiska urvalsteorierna som erbjuds på landets statistiska institutioner.

**Att kritisera lärarnas** pedagogiska brister (eller dominans) på dessa institutioner känns lite orättvist, eftersom dessa personer sliter ihjäl sig, utan något styrdokument, färdiga mallar eller välanpassad litteratur inom statistisk didaktik, för att skapa en statistisk pedagogik som passar studenter/doktorander. Statistiska institutioner är mer fokuserade på metodutveckling och struntar i sina egna missnöjda studenter. Vem är skyldig att utveckla och tillämpa den statistiska didaktiken och den statistiska pedagogiken som i sin tur ska bygga upp utbildningssystemet för våra medicinska forskare på ett mer korrekt sätt? Svaret är i varje fall inte de medicinska institutionerna.

**De institutioner** som nämns i artikeln är kända för sina insatser inom medicinsk pedagogik, med Karolinska institutet i toppen, och som hyllas för detta, enligt olika rapporter från Högskoleverket. Vi kan inte förvänta oss att de också ska ta ansvar för att lösa frågan om den statistiska pedagogiken och utbilda lärare i statistik, när internatio-

naliseringen av utbildningssystemet på statistiska institutioner över hela landet påbörjats för några år sedan.

**Hassan Alinaghizadeh**  
statistiker,

Karolinska institutet, Huddinge  
farhad.alinaghizadeh@sll.se

**Sven-Erik Johansson**

professor emeritus, Centrum  
för primärvårdsforskning,  
Lunds universitet, Malmö  
sven-erik.johansson@med.lu.se

**REPLIK:**

## Utbildningen behöver förändras

■ Johansson och Alinaghizadeh (JA) förbiser att vår kritik gäller bristande förståelse för grundläggande statistiska principer, inte de avancerade statistiska metoder som JA påstår används ofta i medicinsk forskning. Att statistiklärarna med JA:s ord »sliter ihjäl sig, utan något styrdokument« är ingen ursäkt, snarast ytterligare ett argument för att utbildningen behöver förändras.

**Jonas Ranstam**

driftschef, Nationellt kompetenscentrum för rörelseorganens sjukdomar, Lund (NKO), f d universitetslektor i medicinsk statistik, Lunds universitet, ortopediska kliniken, Universitetssjukhuset i Lund  
jonas.ranstam@gmail.com

**Per-Erik Isberg**

universitetsadjunkt i statistik, statistiska institutionen, Lunds universitet  
per-erik.isberg@stat.lu.se

**Bo Gullberg**

universitetslektor i medicinsk statistik, Lunds universitet, Clinical Research Centre, Universitetssjukhuset MAS, Malmö  
bo.gullberg@med.lu.se

## Slutruna om statiner:

# Faktum kvarstår att 80 mg simvastatin dagligen ger hög myopatirisk

■ Korrigeringen av Hjemdahl och medarbetare i LT 40/2009 (sidorna 2550-1) att nio patienter fick myopati på 80 mg simvastatin dagligen mot en patient på simvastatin 20 mg dagligen i A to Z-studien (P = 0,02) [1], och förtydligandet att 49 patienter på 80 mg simvastatin hade hotande myopati mot sex fall bland dem som tog 20 mg simvastatin i SEARCH-studien [2], noteras med tacksamhet.

**Faktum kvarstår:** 80 mg simvastatin dagligen är förenat med en klart högre myopati-frekvens än 80 mg atorvastatin. Om vi ser på medelincidensen av manifest och hotande myopati, i de två storskaliga noggrant genomförda och kontrollerade 80 mg simvastatin-studierna A to Z och SEARCH å ena sidan och de tre 80 mg atorvastatin-studierna PROVE-IT, TNT och IDEAL, finner vi att myopati-frekvensen för 80 mg simvastatin är 2,6 per 1 000 statinår (viktat enligt studiernas storlek) och för 80 mg atorvastatin under 0,1 per 1 000 statinår.

Läksak nämner inte att tre deltagare i TNT som tog 10 mg atorvastatin dagligen också fick myopati. Det är alltså omöjligt att tillskriva de två myopatifallen i högdosgruppen den högre atorvastatindosen. Också i IDEAL fick tre patienter myopati i simvastatingruppen mot två i atorvastatin 80 mg-gruppen.

**Alla 15 464 screenade** patienter i TNT genomgick en

**TIDIGARE INLÄGG:**

32-33/2009 (sidorna 1992-4). Paul Hjemdahl m fl. SBU bör utreda vad som är en evidensbaserad och kostnadseffektiv statinanvändning.

40/2009 (sidorna 2549-50). Anders G Olsson. Varning för simvastatin 80 mg! Paul Hjemdahl m fl. Replik: Allt lägre kolesterolmål ökar biverkningarna.

8-veckors öppen behandling med 10 mg atorvastatin före randomisering för att testa inklusionskriterier, tolerabilitet etc [3]. Av dessa avbröt 35 (0,2 procent) studien på grund av »myalgi«. CK-värden angavs inte. Sannolikt är dessa myalgisymtom i de flesta fall av det benigna slaget, som relativt ofta ses hos statinbehandlade patienter. Att denna korttids lågdos prerandomiseringsbehandling skulle selektera bort kandidater för myopati måste ses som mycket osannolikt.

Även i SEARCH-studien hade en majoritet, 72 procent, intagit statin före randomiseringen, varav 60 procent simvastatin eller atorvastatin. Även här har sålunda sannolikt en selektion inträffat till statintolerantas fördel [4].

**Jag vill också påminna om** att 80 mg simvastatin sänker LDL-kolesterol med ca 45 procent, en effekt som motsvarar dosen 20-40 mg

»Båda de genomförda 80 mg simvastatin-studierna visar på en oroande frekvens av allvarliga muskelbiverkningar medan detta knappast förekommer med atorvastatin i samma dos.«

atorvastatin [5]. Med atorvastatin har vi alltså ett gynnsammare utfall både på effektvariabeln och på biverkningsvariabeln myopati. Nytt/riskkvoten är med andra ord överlägsen för atorvastatin.

**Sammanfattningsvis** finner jag att de fem storskaliga välkontrollerade statinstudier

**SLUTREPLIK:**

# Vi rekommenderar simvastatin (20–)40 mg dagligen

■ Vi är helt överens med Anders G Olsson (AGO) om betydelsen av statinbehandling inom hjärt-kärlpreventionen. Vi anser däremot inte att man i oträngt mål ska använda högdoserade statiner [1, 2].

- Detta av tre skäl:
- Biverkningarna är dosberoende (med alla statiner).
- den ytterligare nyttan för patienten är liten.
- Kostnaden blir mycket högre.

**Det är mycket olyckligt** ur patientperspektivet att AGO misstänkliggör simvastatin genom rubriksättningen »Varning för 80 mg simvastatin!« [3]. Simvastatin är den bäst dokumenterade statinen och allmänt rekommenderad som förstahandsval. Frekvensen allvarliga muskelbiverkningar med den av oss rekommenderade doseringen, (20–)40 mg/dag, är en-

som jag återoppar för att påvisa risken för myopati med 80 mg simvastatin är jämförbara vad gäller tillåtliga slutsatser om de två aktuella statinernas biverkningar. Båda de genomförda 80 mg simvastatin-studierna visar på en oroande frekvens av allvarliga muskelbiverkningar medan detta knappast förekommer med atorvastatin i samma dos.

**Det kan av särskilda skäl** vara motiverat att förskriva 80 mg simvastatin till enstaka patienter för att nå målvärde för LDL-kolesterol. Men att, som Hjemdahl och medarbetare, rekommendera denna dos generellt för att nå målvärde i stora delar av den svenska befolkningen med hjärt-kärlsjukdom kan visa sig vara förödande. Det är förvånande

»Vi bedömer att simvastatin (20–)40 mg/dag är den medicinskt mest ändamålsenliga behandling man kan erbjuda patienter som inte har speciella lipidrelaterade problem.«

dast 1/10 000 patientår, och vi anser – vilket Anders G Olsson undviker att notera i sina inlägg – att man sällan behöver överskrida denna dosering vid prevention hos högriskpatienter med ordinarie till måttligt förhöjda lipidvärden.

Man måste alltid vara observant på muskelsymtom när man behandlar med en statin. Att jämföra biverkningsfrekvenser mellan studier på olika patientmaterial är, som vi tidigare noterat [4],

att författarna i Läksak »spe-lar ner« betydelsen av en så allvarlig biverkan.

**Anders G Olsson**  
professor, institutionen för medicin och hälsa, Hälsouniversitetet, Linköping; Stockholm Heart Center andol@imv.liu.se

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Författaren erhåller forskningsanslag/kon-sultarvode från AstraZeneca, Karobio, MSD, Pfizer, Roche och Sanofi-Aventis.*

**REFERENSER**

1. de Lemos JA, Blazing MA, Wiviott SD, Lewis EF, Fox KA, White HD, et al; A to Z Investigators. Early intensive vs a delayed conservative simvastatin strategy in patients with acute coronary syndromes: phase Z of the A to Z trial. *JAMA*. 2004;292:1307-16.
2. SEARCH Collaborative Group,

Link E, Parish S, Armitage J, Bowman L, Heath S, Matsuda F, et al. SLC01B1 variants and statin-induced myopathy – a genomewide study. *N Engl J Med*. 2008;359:789-99.

3. LaRosa JC, Grundy SM, Waters DD, Shear C, Barter P, Fruchart JC, et al; Treating to New Targets (TNT) Investigators. Intensive lipid lowering with atorvastatin in patients with stable coronary disease. *N Engl J Med*. 2005;352:1425-35.
4. SEARCH Study Collaborative Group, Bowman L, Armitage J, Bulbulia R, Parish S, Collins R. Study of the effectiveness of additional reductions in cholesterol and homocysteine (SEARCH): Characteristics of a randomized trial among 12 064 myocardial infarction survivors. *Am Heart J*. 2007;154:815-23. e1-823.e1-6. Epub 2007 Sep 6.
5. Jones P, Kafonek S, Laurora I, Hunninghake D. Comparative dose efficacy study of atorvastatin versus simvastatin, pravastatin, lovastatin, and fluvastatin in patients with hypercholesterolemia (the CURVES study). *Am J Cardiol*. 1998;81:582-7.

mycket svårt. Vi bedömer att simvastatin (20–)40 mg/dag är den medicinskt mest ändamålsenliga behandling man kan erbjuda patienter som inte har speciella lipidrelaterade problem. Dessutom är detta den i särklass mest kostnadseffektiva statinbehandling [1, 2]!

**Paul Hjemdahl**  
professor, avdelningen för klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset, Solna Paul.Hjemdahl@ki.se

**Anette Allhammar  
Claire Heaton  
Johan Hulting  
Thomas Kahan  
Rickard Malmström  
Arne Martinsson  
Franz Rücker  
Karin Schenck-Gustafsson  
Jonas Schwieler  
Mattias Törnerud  
Björn Wettermark**

Författarna utgör Läkemedels-sakkunnigas (Läksak) expert-grupp för hjärt-kärlsjukdomar, Stockholms läns landsting.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**REFERENSER**

1. Hjemdahl P, Allhammar A, Heaton C, Hulting J, Kahan T, Malmström R, et al. SBU bör utreda vad som är en evidensbaserad och kostnads-effektiv statinanvändning. *Läkartidningen*. 2009;106:1992-4.
2. Expertgruppsutlåtande från Läksak. Simvastatin för kardiovaskulär prevention hos högriskpatienter med ordinära till måttligt förhöjda lipidnivåer. <http://www.janusinfo.se/imcms/10841>
3. Olsson AG. Varning för simvastatin 80 mg! *Läkartidningen*. 2009;106:2549-50.
4. Hjemdahl P, Allhammar A, Heaton C, Hulting J, Kahan T, Malmström R, et al. Replik: Allt lägre kolesterol-mål ökar biverkningarna. *Läkartidningen*. 2009;106:2550-1.

# Spekulativt och förlegat om smärta

■ Olle Hellström (OH) tar i LT 34/2009 (sidorna 2062-3) upp frågan om skillnaden mellan att ha en sjukdom och att uppleva sig sjuk, och han belyser frågan med ett referat av ett patientmöte. Det gäller en kvinna från Somalia som söker för smärtproblem. Hon är undersökt av många specialister som inte har kunnat påvisa några organskador. Vi får veta några detaljer om hennes bakgrund, men inga andra anamnestiska uppgifter ges. Inte heller några uppgifter om status annat än att hon rycker till när undersökaren snuddar hennes hand.

Sedan följer ett mångordigt och spekulativt resonemang om att patienten kanske gör om sina mänskligt smärtsamma händelser till fysisk smärta och att hon kanske »behöver sin sjukdomsupplevelse«. Författaren spekulerar också om en bakomliggande skuldproblematik men presenterar inga som helst belägg för att någon sådan skulle kunna förklara patientens smärta. Han berättar inte heller något om hur hon tog emot hans förklaringar. Blev hon bättre? Dämpades hennes smärta? Vad hände sedan?

**Jag håller med OH om att patienter med långvariga smärtproblem ofta missförstås i vården, remitteras mellan olika specialister, genomgår onödiga utredningar och får mängder av diagnoser utan förklaringsvärde. Om en smärtpatient ska kunna rehabiliteras är första steget att hon får en saklig förklaring som hon känner att hon kan tro på och som stämmer med hennes egen föreställningsvärld [1]. Patienten känner ju att smärtan sitter i kroppen, men hur kan man ha så ont när det inte finns några skador som kan påvisas med röntgen eller prov? Vi kan i dag i de flesta fall ge ett tillfredsställande svar på den frågan [2].**

Patienter med långvarig smärta kan ofta visas ha ett sensitiserat nervsystem, vilket är lätt att påvisa vid en klinisk undersökning. Smärtan är då lättprovocerad, och patienterna uppvisar en uttalad ömhet vid undersökning, av kolleger ibland misstolkat som aggravering.

**Men patienterna är sällan hjälpta av att få pseudopsykologiska förklaringar av den typ OH ger. Många patienter vi möter har tvärtom känt sig djupt kränkta av denna typ av spekulativa besked. Det har mig veterligen aldrig kunnat visas att fysisk smärta kan ha enbart psykiska orsaker eller framkallas av »existentiell ångest«. Om OH har en referens som visar detta vill jag gärna få tillgång till den. Det är däremot känt att det finns en uttalad psykiatrisk samsjuklighet med långvariga smärtproblem, särskilt ångest och depressionstillstånd [2].**

**Det synsätt OH ger uttryck för verkar botten i en förlegad dualistisk syn på människan såsom varande en varelse som består av en mekanisk kropp och ett psyke, och där ett sjukdomssymtom betyder antingen ett mekaniskt (biomedicinskt) fel på kroppen eller ett psykologiskt problem som »somatiserar«. Denna syn på män-**

**»Blev hon bättre? Dämpades hennes smärta? Vad hände sedan?«**

niskan känner jag igen från 1970-talet när jag var nybliven läkare, och det är betydande att OH anför en referens från 1977 som stöd för sitt resonemang. Om jag förstår OH rätt innebär »att ha en sjukdom« att ha en påvisbar organskada. Har man inte det så har man ingen sjukdom, endast en upplevelse av att vara sjuk.

**För mig är människan en odelbar helhet, och ett sjukdomssymtom engagerar såväl kropp som psyke, och det gäller i all synnerhet smärta. Långvariga smärtproblem får psykologiska konsekvenser, konsekvenser som kan förvärras av ett okänsligt bemötande. Å andra sidan medför stress, ångest och depression att förmågan att hantera smärta ytterligare försämras. Ett smärtproblem som kanske från början var lätthanterligt och inte medförde någon påverkan på funktionsförmågan kan då upplevas som outhärdligt.**

**Jag rekommenderar OH, liksom de unga kolleger han värnar om, att ta del av SBU:s rapport från 2006: »Metoder**

för behandling av långvarig smärta« [2]. Där ges på lättfattlig svenska en översikt av smärtfysiologin baserad på modern forskning liksom rekommendationer om effektiva behandlingsmetoder.

Jag har svårt att förstå hur OH:s artikel med dess spekulativa karaktär och obelagda påståenden har kunnat passera LT:s referentgranskning. Vad säger det om LT som medicinsk kvalitetstidning?

**OH refererar bl a till Kierkegaard. Kierkegaard säger också:**

*Om jag vill lyckas med att föra en människa mot ett bestämt mål, måste jag först finna henne där hon är och börja just där. Den som inte kan det lurar sig själv när hon tror att hon kan hjälpa andra.*

**Sune Fredenberg**  
överläkare, specialist i allmänmedicin och algologi, Smärtrehab Kronoberg, Växjö  
sune.fredenberg@ltkronoberg.se

## REFERENSER

1. Hughes G, Martinez C, Myon E, Taïeb C, Wessely S. The impact of a diagnosis of fibromyalgia on health care resource use by primary care patients in the UK: an observational study based on clinical practice. *Arthritis Rheum.* 2006; 54:177-83.
2. Metoder för behandling av långvarig smärta. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2006. Rapport nr 177/1 + 2.

## Om det till synes oförståeliga

■ Olle Hellström (LT 34/2009, sidorna 2062-3) pekar på väsentliga frågor som reses i mötet med patienten med oförklarlig smärta. Speciellt intrikat kan det bli om patienten är flykting eller kommer från en kultur annorlunda vår egen. Vi kan då luras i olika fallgror. Vi kan alltför lätt »psykologisera« patientens problem och förklara det med stress, en svår bakgrund eller en

ohållbar familjesituation. Organisk sjukdom kan då förbises. På detta finns flera exempel, vilket jag kunnat konstatera i ett forskningsprojekt, där jag intervjuat ett antal somalier boende i Sverige.

Men våra biomedicinska reflexer kan också överreagera – »patienten kommer från Afrika, här måste det vara något lurtt« – och leda till utredningar som slår in öppna

dörrar. En erfarenhet jag flera gånger gjort är hur smärtan, framför allt hos kvinnor med invandrar-/flyktingbakgrund, helt försvunnit då de besökt sitt gamla hemland för att sedan återkomma då de återvänt till Sverige.

En kvinna var knappast i stånd att ta hand om sina barn och sitt hem på grund av sin svåra generella smärta. Precis som Olle Hellströms

patient hade hon ett antal diagnoser och ett otal utredningar bakom sig. Hon berättade att »några timmar efter det att jag klivit av flygplanet i norra Somalia rann det onda av mig och jag kände mig född på nytt«. Solen, värmen, vinden från havet, den höga luften, dofterna och förmågan att åter kunna svettas var faktorer hon angav som förklaring.

**I vårt arbete styrs vi** av balansen mellan biomedicinen och humanmedicinen, där biomedicinen väger tyngst. Men om vi för ett ögonblick kan försöka lägga undan vår oro för cancer, tuberkulos eller det ena eller det andra syndromet, om vi kan sluta att medikalisera och säga till patienten: »Basta, nu räcker det med utredningar och nya recept på smärtstillande tabletter, låt oss prata om dig och din smärta, hur den påverkar dig och din familj, varför den har drabbat dig och vad vi kan göra.«

Det är svårt. Det tar tid. Det kräver tillit och kontinuitet. Men så en dag kanske en människa träder fram bakom smärtan, och samtalet lyfter till ett annat plan. En berättelse tar form och får struktur. Smärtan blir för personen ett sätt att kommunicera, ett medium genom vilket det kaotiska och svåra i livet kanaliseras, en protest och ett motstånd [1] mot förhållanden både i samhället och i det privata, en metod att få förståelse och uppmärksamhet då språket och den egna förmågan inte räcker till i mötet med sjukvårdsapparaten, upptagen som denna oftast är med instrumentella och tekniska förklaringar och tolkningar.

**Ett genomgående tema** i de intervjuer jag gjort med somalier i Sverige om deras möten med sjukvården är att »läkaren säger oftast att det är ingenting«. Vad detta »det är ingenting« står för kan man spekulera över. Det kan uttrycka bristande kontakt och förståelse, där patientens och läka-

**»Att försöka möta det till synes oförståeliga är inte lätt, fostrade som vi är i vårt positivistiska kausalitetstänkande.«**

rens fördomar om varandra spelar roll. Men kan detta »ingenting« också vara en metafor för ett medicinskt och mänskligt vakuum? En punkt som kännetecknas av nederlag: ingen förklaring, alla utredningar utan resultat. Men också som en utgångspunkt för nya möjligheter: Vem är denna människa? Hur ska jag

**REPLIK:**

## Om anslag och underton

■ Jag är glad att min artikel »Att ha eller uppleva – det är frågan« (LT 34/2009, sidorna 2062-3) gett upphov till ett brett spektrum av kommentarer. Kristian Svenberg belyser allmänläkares förhållande till dominerande teorier. Han är samtidigt mån om att i lämpliga lägen tillämpa teorierna kritiskt och omdömesgillt. Sune Fredenbergs text är också värdefull. Han poängterar vikten av att slå vakt om de teorier vi har utvecklat för att slippa utsätta oss för undertoner i patienternas presenterade symtomupplevelser: Det kan väl ändå inte vara så att vi har fel? Diagnosen den eller den är vetenskapligt underbyggd.

**Sunes Fredenbergs dröm** om censur höll på att gå i uppfyllelse. Redaktörer vet vad läsare trivs bäst med. Vi har alla svårt att ta till oss essensen i budskap där använda begrepp refererar till ett annat meningssammanhang än det vi känner oss hemma med. Text som inte kräver reflektion är behaglig. Samtidigt som Sune Fredenberg upplever mitt resonemang som »mångordigt och spekulativt« vill han ha mer anamnestiska data i fallet Bisharo. Slutsats:

förstå hennes smärta? En punkt varifrån ny förståelse kan nås, då biomedicinen fallerar? Ett tillfälle att praktisera »humanmedicin«?

**Detta är en uppgift** för sjukvården i allmänhet men kanske i synnerhet för allmänmedicinen, som är »committed to the person rather than to a particular body of knowledge« [2]. Att försöka möta det till synes oförståeliga är inte lätt, fostrade som vi är i vårt positivistiska kausalitetstänkande. Att möta »den djupa gåta som varje människa är, både för sig själv och för andra« [3], kräver »förstå-

elsekonst«, vilket kanske är ett vackrare namn för »konsultationskunskap«. Men utövar vi den?

**Kristian Svenberg**  
distriktsläkare, doktorand,  
Lärjedalens vårdcentral, Göteborg  
kristian.svenberg@vgregion.se

**REFERENSER**

1. Kleinman A. Writing at the margin: Discourse between anthropology and medicine. Berkeley: University of California Press; 1995.
2. McWhinney IR. A textbook of family medicine. New York: Oxford University Press; 1997.
3. Gadamer HG. Den gåtfulla hälsan: essäer och föredrag. Ludvika: Dualis Förlag AB; 2003.

Ord är önskvärda om deras betydelser inte överskrider ramen för den rätta läran.

**Franz Kafkas roman** »Processen« kan bidra till att kasta ljus över vårt stora behov av att lyssna till undertoner i människors berättelser. Josef K fann en morgon att han var häktad och anklagad för ett eller annat brott. Boken

**»Slutsats: Ord är önskvärda om deras betydelser inte överskrider ramen för den rätta läran.«**

handlar sedan om hur Josef K försöker undkomma sin skuld. Han tar och får stöd av en rad olika människor.

I den manifesta handlingen finns en existentiell underton. Många har läst boken och på olika sätt. Kafka har diagnostiserats som både galen, religiös, böj och komiker.

**För mig handlar boken** om en människas försök att undkomma självanklagelse och skuld och att hon de facto står ensam med ansvaret att se till så att hon kan fullfölja just sitt anslag och nå sitt mål.

Josef K har som alla en egen utvecklad föreställning om sig och sin framtid. Nu är han häktad, har hakat upp sig och är inte längre på väg. Sitt ansvar för att finna sig och lösa sin skuld till sig själv undslipper han genom att förvänta att andra ska hjälpa honom. Bara prästen i slutscenen förstår att Josef K faktiskt hindras av sina »hjälpare«. Ingen utom Josef K kan återfinna Josef K själv.

**Om vi inte är uppmärksamma** på att patienters manifesta berättelser kan ha en underton av subjektiv, mänsklig natur kan vi med vår »vetenskapligt« utvecklade hjälpsamhet förhindra dem att återfinna sin jämvikt. Om vi i varje möte enbart söker bekräftelse på att vår kunskapskarta stämmer överens med verkligheten kommer vi aldrig att förstå att symtomupplevelser av varierande slag kan vara patientens uttryck för att komma undan ansvar att själv finna sin förlorade känsla av mening.

**Olle Hellström**  
med dr, distriktsläkare,  
Jakobsgårdarnas vårdcentral,  
Borlänge  
olle.hellstrom@ltdalarna.se