

# Primärvården bör återgå till sitt kärnuppdrag – vårda sjuka

## PREVENTION FÖR LÅGRISKPOPULATIONER HAR STÖRRE CHANS ATT LYCKAS I SAMHÄLLET

Historiskt har sjukvårdens uppdrag varit att lindra symtom och bota sjukdom. På 1960-talet etablerades det preventiva paradigmet när studier visade att behandling av kraftigt förhöjt diastoliskt blodtryck (115-129 mm Hg) har en imponerande effekt – enbart 6 patienter behövde behandlas i 1 år för att undvika en allvarlig hjärt-kärlhändelse [1]. »Prevention är den bästa medicinen« är en tilltalande princip, som inger hopp om förbättrad folkhälsa och minskat framtida vårdbehov. Men en analys i BMJ konstaterar motsatsen: de senaste decenniernas expansion av preventiv vård slukar enorma resurser till relativt liten nytta, minskar tillgången till högvårdevård för människor som är sjuka och är en starkt bidragande orsak till primärvårdskrisen [2].

Problemet är att gränsvärden för preventiv vård successivt har sänkts och nu inkluderar en majoritet av den allmänna befolkningen [3]. Appliceras exempelvis europeiska riktlinjer för hjärt-kärlprevention i Norge anses mer än 80 procent av befolkningen ha så hög kardiovaskulär risk att de behöver sjukvård [4].

Skulle vi följa dessa riktlinjer skulle ingen som verkligen är sjuk få vård. Primär-



**Amanda Niklasson**, doktorand, Göteborgs universitet; ST-läkare i allmänmedicin, Sotenäs vårdcentral



**Hålfån Pétursson**, lektor, FoU Göteborg, Södra Bohuslän, Islands universitet; specialist i allmänmedicin, Omtanken vårdcentral Källered



**Minna Johansson**, docent, Göteborgs universitet, Cochrane Sverige; specialist i allmänmedicin, Herrestads vårdcentral  
● [Minna.johansson@vregion.se](mailto:Minna.johansson@vregion.se)

prevention för lågriskpopulationer kräver enorma sjukvårdsresurser, och vårdpersonalen som skulle behövas finns inte [5]. Allmänläkare i USA skulle behöva arbeta 27 timmar per dygn, varav 14 timmar med prevention, för att följa alla riktlinjer [6]. Det skulle krävas fler allmänläkare än vad som finns enbart för att följa europeiska hypertoni-riktlinjer [4], och för att följa riktlinjerna om levnadsvanor skulle alla läkare och sjuksköterskor i Storbritannien behöva sluta med all annan vård och enbart ge levnadsvanoråd [7].

Om medicinsk prevention för lågriskpopulationer ska spara resurser måste den alltså leda till en enormt minskad sjuklighet. Tyvärr är effekten av primärprevention, i bästa fall, liten i absoluta tal. Sannolikheten för faktisk nytta av de flesta primärpreventiva insatser är mindre än 1 procent – över 100 patienter behöver behandlas för att 1 ska tjäna på det [8, 9]. Ett sänkt gränsvärde för hypertoni-diagnos och behandlingsmål från 140 till 130 mm Hg har fått genomslag i riktlinjer [10]. Det är tveksamt om detta överhuvudtaget har en positiv effekt [11, 12], men även enligt de allra mest optimistiska beräkningarna behöver 169 personer med systoliskt blodtryck 130-139 mm Hg behandlas i 1 år för att förebygga en hjärt-kärlhändelse [13]. Detta är långt ifrån den imponerande effekten på kraftigt förhöjda diastoliska blodtryck som initierade preventionsparadigmet [1].

Det är extremt viktigt att förbättra folkhälsan, men samhällsinsatser har betydligt större potential än individriktad prevention till den breda massan i sjukvårdens regi. Lungcancerscreening beräknas exempelvis förhindra 12 000 dödsfall i lungcancer i USA per år [14]. Samhällsinsatser för att minska rökning beräknas förebygga 160 000 dödsfall [15], det vill säga räddar 10 gånger fler liv, samtidigt som de kräver mindre resurser. Råd från vårdper-

sonal till patienter om att sluta röka eller minska sitt alkoholintag kan förstås ha stor betydelse i det individuella mötet, men har i studier visat en generellt liten effekt i absoluta tal [16, 17]. I stället beror nästan all minskad rökning de senaste 25 åren på samhällsinterventioner som prisökningar på cigaretter [18]. På liknande sätt har ökade lägstapriser på alkohol i observationella studier följts av en betydande minskning av dödsfall och sjukhusinläggningar orsakade av alkohol [19].

Visionen att sjukvården ska förbättra folkhälsan och minska framtida vårdbehov genom mer individriktad prevention till lågriskpopulationer är byggd på skakig vetenskaplig grund, bortser från undantärningseffekter och gör vården ineffektiv och ojämlig. Om vi fortsätter i samma riktning riskeras en primärvårdskollaps. En mer hållbar strategi vore att primärvården återgår till sitt kärnuppdrag: att lindra symtom, behandla sjukdom och arbeta förebyggande för dem med högst risk. Primärprevention för den breda massan bör överlämnas till samhället, där den har störst chans att lyckas [2]. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2025;122:25019

### REFERENSER

- Martin SA, Johansson M, Heath I, et al. Sacrificing patient care for prevention: distortion of the role of general practice. *BMJ*. 2025;388:e080811.
- Korownyk C, McCormack J, Kolber MR, et al. Competing demands and opportunities in primary care. *Can Fam Physician*. 2017;63(9):664-8.
- Petursson H, Getz L, Sigurdsson JA, et al. 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.
- Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. *BMJ*. 2023;380:e072953.
- Porter J, Boyd C, Skandari MR, et al. Revisiting the time needed to provide adult primary care. *J Gen Intern Med*. 2023;38(1):147-55.

### HUVUDBUDSKAP

- De senaste decenniernas expansion av preventiv vård till lågriskpopulationer gör stora delar av befolkningen till patienter, är oftast till liten nytta för individen och minskar tillgängligheten till högvårdevård.
- Primärvården bör vårda sjuka och förebygga sjukdom hos dem med högst risk.
- Prevention för lågriskpopulationer har större chans att lyckas i samhället än i sjukvården.

## REFERENSER

1. Effects of treatment on morbidity in hypertension. Results in patients with diastolic blood pressures averaging 115 through 129 mm Hg. *JAMA*. 1967;202(11):1028-34.
2. Martin SA, Johansson M, Heath I, et al. Sacrificing patient care for prevention: distortion of the role of general practice. *BMJ*. 2025;388:e080811.
3. Korownyk C, McCormack J, Kolber MR, et al. Competing demands and opportunities in primary care. *Can Fam Physician*. 2017;63(9):664-8.
4. Petursson H, Getz L, Sigurdsson JA, et al. 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.
5. Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. *BMJ*. 2023;380:e072953.
6. Porter J, Boyd C, Skandari MR, et al. Revisiting the time needed to provide adult primary care. *J Gen Intern Med*. 2023;38(1):147-55.
7. Albarqouni L, Montori V, Jørgensen KJ, et al. Applying the time needed to treat to NICE guidelines on lifestyle interventions. *BMJ Evid Based Med*. 2023;28(5):354-5.
8. The NNT. Therapy (NNT) reviews [citerat 2 feb 2025]. <https://thennt.com/home-nnt/>
9. GP Evidence [citerat 2 feb 2025]. <https://gpevidence.org/>
10. American Heart Association/American College of Cardiology. High blood pressure redefined for first time in 14 years: 130 is the new high [pressmeddelande]. 13 nov 2017 [citerat 2 feb 2025]. <https://newsroom.heart.org/news/high-blood-pressure-redefined-for-first-time-in-14-years-130-is-the-new-high>
11. Brunström M, Carlberg B. Benefits and harms of lower blood pressure treatment targets: systematic review and meta-analysis of randomised placebo-controlled trials. *BMJ Open*. 2019;9(9):e026686.
12. Mao Y, Ge S, Qi S, et al. Benefits and risks of anti-hypertensive medication in adults with different systolic blood pressure: a meta-analysis from the perspective of the number needed to treat. *Front Cardiovasc Med*. 2022;9:986502. Erratum: 2022;9:1094336.
13. The Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. 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.
14. Ma J, Ward EM, Smith R, et al. Annual number of lung cancer deaths potentially avertable by screening in the United States. *Cancer*. 2013;119(7):1381-5.
15. Holford TR, Meza R, Warner KE, et al. Tobacco control and the reduction in smoking-related premature deaths in the United States, 1964-2012. *JAMA*. 2014;311(2):164-71.
16. Hartmann-Boyce J, Livingstone-Banks J, Ordóñez-Mena JM, et al. Behavioural interventions for smoking cessation: an overview and network meta analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;(1):CD013229.
17. Kaner EFS, Beyer FR, Muirhead C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;(2):CD004148.
18. Levy DT, Tam J, Kuo C, et al. The impact of implementing tobacco control policies: the 2017 Tobacco control policy scorecard. *J Public Health Manag Pract*. 2018;24(5):448-57.
19. Wyper GMA, Mackay DF, Fraser C, et al. Evaluating the impact of alcohol minimum unit pricing on deaths and hospitalisations in Scotland: a controlled interrupted time series study. *Lancet*. 2023;401(10385):1361-70.