

Absolut prevention – sjukvårdens farligaste myt?

En kritik av vårdens ambition att förebygga lidande,
sjukdom och död 50 år efter Ivan Illichs *Medical Nemesis*

David Gyll

David Gyll, specialist i allmänmedicin, Bältinge vårdcentral, Region Uppsala.

E-post: gyll.david@gmail.com

Ivan Illich beskrev det medicinska etablissemangen som ett hot mot människors hälsa. Inte bara genom behandlingars biverkningar utan även socialt, genom en medikalisering av livet som skapar passiva vårdkonsumenter, och strukturellt, genom att undergräva mellanmänniskt ansvar för andras lidande. Sociologen Hartmut Rosa beskriver hur teknisk utveckling utökar människans räckvidd och hur vår önskan om förfogbarhet minskar toleransen för olyckliga utfall, då dessa alltmer ses som möjliga att kontrollera. Med ny teknologi kan fler aspekter av människors liv och kroppar mätas, något som möjliggör precisionsprevention. Vården kan expandera till att försöka lägga hela livet under medicinsk kontroll. I denna strävan att undvika lidande och död riskerar vi att ingen till slut betraktas som frisk. Uppfyller detta Illichs förutsägelser om medicinens nemesis - vedergällning för jagandet av drömmar utan rimlig självbehärskning?

Ivan Illich described the medical establishment as a threat to human health. Not only through the side effects of treatments but also socially, through medicalization that creates passive healthcare consumers, and structurally, by undermining interpersonal responsibility for the suffering of others. Sociologist Hartmut Rosa describes how technological development extends human reach and how our desire for control (verfügbarkeit) reduces tolerance for unfortunate outcomes, as these are increasingly seen as preventable. With new technology, more aspects of people's lives and bodies can be measured, enabling precision prevention. Healthcare may expand to encompass all of life. In this pursuit to eliminate suffering and death, will no one ultimately be considered healthy? Does this fulfill Illich's predictions about the Medical Nemesis - retribution for the pursuit of dreams unchecked by rational self-restraint?

Prometeus var i grekisk mytologi en halvgud som försökte stjäla gudarnas eld för att ge den åt människorna. Detta överskridande av människans gränser skedde inte ostraffat och som vedergällning bands Prometeus fast vid en klippa där en örn varje dag hackade ut hans lever. Men varje natt läkte gudarna honom, vilket innebar att det inte fanns något hopp om slut för hans lidanden. Gudinnan Nemesis var den som personifierade gudarnas vedergällning av människornas hybris.

Prästen, filosofen och samhällskritikern Ivan Illich anknuter till denna myt i titeln på sitt medicinkritiska manifest *Medical Nemesis*, som gavs ut för första gången för femtio år sedan, och sedan kom i flera olika versioner. På svenska har böckerna titlarna *Den farliga sjukvården* och *Den omänskliga sjukvården*. Illich var inte enbart en kritiker av sjukvården, utan även av andra företeelser som han ansåg vara skadliga i sin industrialiserade form. Han menade att vår tids ”industriella hybris har krossat de mytiska ramar som tidigare satte en gräns för irrationella fantasier. Genom mekanisering har myten materialiserats”. De tekniska lösningarna framstår alltid som rationella men de föder ett monster som slår tillbaka mot oss själva, precis som Nemesis slog tillbaka mot människornas hybris i de grekiska myterna (Illich 1977:139) .

Illichs första mening i bokens inledning beskriver det medicinska etablissemangen som ett allvarligt hot mot hälsan. Han skrader inte orden och kallar läkarkåren för en medicinsk maffia som exploaterar hela samhället när de har gått från att utöva läkekonst för de sjuka till att ägna sig åt att ”frälsa mänskligheten från sjukdomens och handikappens bojor och till och med från den oundvikliga döden” (Illich 1975:72). Även nutida skribenter har kritiserat vad de uppfattar som medicinskt storhetsvansinne. Tidigare redaktören för tidskriften *Lancet*, Richard Horton, beskriver hur ”förgudandet av biomedicinen som en disciplin uteslutande inriktad på överlevnad har skapat en antihumanistisk och kvasiteokratisk hälsovetenskap” (Horton 2018, förf. översättning), och författaren samt gastroenterologen Seamus O’Mahony har kritiserat hur vården har blivit en industri som ägnar sig åt att ”valla hela populationer [...] in i patientskap” (O’Mahony 2019:269, förf. översättning). Denna expansion är mest framträdande i den rikare delen av världen, där mer pengar finns att tjäna på en expanderande vårdsektor. Men även i låg- och medlinkomstländer syns en ökning av överdiagnostik och lågvårdevård som delvis drivs av finansiella intressen hos vårdindustrin – vilket kan ta resurser från andra samhälls- eller vårdområden (Albarqouni m.fl. 2022).

Femtio år efter Illichs bok behöver medicinen sina kritiker mer än någonsin. Ny teknik och *big data* skapar möjlighet för sjukvården att försöka förebygga ohälsa med alltmer omfattande kontrollsystem. Med dessa utökade möjligheter behövs i större utsträckning personer och system som skyddar samhället mot ”sina mest begåvade medlemmars irrationella drömmar”(Illich 1977:138). I denna text vill jag lyfta fram Illichs kritik av medikaliseringen och medicinens ex-

panderande inflytande över allt fler livsområden, samt visa på angränsande idéer i den tyske sociologen Hartmut Rosas teorier om acceleration och resonans.

Acceleration

Vi lever i ett accelererande samhälle, hävdar Hartmut Rosa (Rosa 2014:28). Han beskriver hur detta drivs av tre olika men sammanflätade former, eller dimensioner, av stegring: teknisk acceleration, social acceleration och en acceleration av livstempot. Den tekniska acceleration avser den maskinella utveckling som drivs av en önskan om ökad hastighet i målinriktade processer, exempelvis snabba möjligheter att transportera sig själv och varor vilket ger en upplevelse av en minskning av rummet – världen blir mindre. Dessa tekniska förändringar och ökade möjligheter till förflyttning driver i sin tur på sociala förändringar, som expansion av marknader samt större och mer löst sammanbundna nätverk som sträcker sig över längre geografiska avstånd. Det sker givetvis alltid förändringar av det sociala livet, men Rosa argumenterar för att dessa förändringar är accelererande. Han lånar begreppet *samtidskrimpning* av Hermann Lübbe för att beskriva hur den tidsrymd där vår erfarenhet och vår erfarenhetshorisont är oförändrad blir allt kortare. Rosa menar att man med begreppet social acceleration kan ”tala om en acceleration *av* samhället självt, medan den första accelerationskategorin, den tekniska accelerationen, snarast bör uppfattas som en acceleration *i* samhället” (Rosa 2014:31, kursiv i original). Slutligen får den tekniska och sociala accelerationen till följd en acceleration av det individuella livstempot. Detta är delvis paradoxalt eftersom de tekniska landvinningarna ska leda till tidsbesparingar. Men känslan av tidspress och att ”inte hänga med” är både spridd och belagd. Upplevelsen av att befinna sig på en *slippery-slope* där man på olika sociala livsområden riskerar att hamna på efterkälken skapar en press på att höja det individuella livstempot. Rosa menar att detta kan tolkas som att accelerationsprocesserna uppvägs av volymökningsprocesser (Rosa 2014:39).

Det är lätt att argumentera för att en accelererande volymökning inte är kännetecknande för hållbarhet i något område i världen, vården eller livet. Rosa menar dock att detta är själva grunden för det han skulle betrakta som ett modernt samhälle.

Ett samhälle är modernt om det endast kan stabiliseras dynamiskt, alltså om det för att upprätthålla institutionellt status quo kräver en stadig (ekonomisk) tillväxt, (teknisk) acceleration och (kulturell) innovation – så lyder min definition av ett modernt samhälle. I den kulturella varseblivningen förvänds därvid stegringsperspektivet undan för undan från löfte till hot: tillväxt, acceleration och innovation framstår inte längre som ett löfte om att göra livet allt bättre, utan som ett apokalyptiskt-klaustrofobiskt hot: Om

vi inte blir bättre, snabbare, kreativare, effektivare och så vidare kommer arbetstillfällen att gå förlorade [...] (Rosa 2020:17)

Detta behov av stegring för att upprätthålla stabilitet leder till den moderna tidens mantra som både kan ses som ett löfte och ett hot: att vi ständigt kommer att, och måste, utöka vår räckvidd i världen, och att vi ständigt strävar efter att göra världen mer *förfogbar*. Detta menar dock Rosa riskerar att göra världen till en *aggressionspunkt*; någonting som det gäller att ”känna till, öppna, nå, tillägna sig, behärska och kontrollera. Därvid handlar det inte bara om att göra ting – världsutsnitt – nåbara, utan om att ha dem snabbare, lättare, effektivare, billigare, mer friktionsfritt, säkrare förfogbara” (Rosa 2020:23). Denna vilja att kontrollera världen riskerar dock att göra att den upplevs som stum, att vi blir alienerade. Rosa menar att ett mått av oförfogbarhet är nödvändigt för att uppleva det han beskriver som *resonans* (Rosa 2018). Det är inte bara så att försöken att göra världen fullständigt förfogbar inte fungerar utan den riskerar att slå om till sin motsats. Dels kan vårt distanserade och kontrollerande förhållningssätt till världen göra att den upplevs alienerande, dels är många företeelser i den senmoderna tillvaron praktiskt oförfogbara för oss: digitala lås kan oväntat låsa oss ute och det krävs allt fler konton och lösenord för diverse digitala tjänster, och så vidare. Att en uppdatering av ett it-system hos ett enskilt företag – i syfte att motverka hackerattacker och säkerställa driften – råkar slå ut stora delar av flygtrafiken globalt kan ses som ett symptom på den paradoxala oförmågan till kontroll (Lindh 2024). Teknisk komplexitet kan skapa praktisk oförfogbarhet.

Här lyfter Rosa även det medicinska området som exempel. Genom att allt fler delar och processer i våra liv och i våra kroppar kan mätas och bli *parametriserade* upplevs de principiellt förfogbara. Vi kan försöka ha kontroll över vårt blodtryck, vårt blodsocker och våra levnadsvanor i allt högre utsträckning. Med denna möjlighet kommer också ett ansvar att hålla koll på och påverka dessa parametrar i en gynnsam riktning. Men dessa parametrar är till sin natur oförutsägbara och det finns mängder av olika experter som kan uttala sig motsägelsefullt om vilken mat vi ska äta, vilka tillskott som är nödvändiga eller vilka mediciner vi bör ta. Vi kan aldrig ha fullständig kontroll över våra kroppsprocesser. Rosa beskriver, i likhet med Illichs parallell till Nemesis, hur den ”principiella förfogbarheten förvandlar här den praktiska oförfogbarheten till ett ”monster””, det vill säga de hot som lurar bakom varje hörn men som vi inte kan se och inte kan råda över upplevs som monstruösa (Rosa 2020:145). Detta skapar en alienation till vår egen kropp som upplevs som alltmer hotfull för oss. Att allt fler friska människor efterfrågar olika typer av mer eller mindre omfattande hälsokontroller illustrerar denna osäkerhet kring vår egen förmåga att känna om vår kropp är frisk eller sjuk. En ökad upptagenhet av den

egna hälsan har noterats sedan flera decennier, och då kopplats till den urbana medelklassen, men som beskrevs i inledningen expanderar screeningprogram och överdiagnostik även i låg- och medelinkomstländer (Albarqouni m.fl. 2022; Greenhalgh & Wessely 2004).

Rosa beskriver hur den tekniska ökningen av räckvidden i vår egen kropp – vår förmåga att mäta och detektera allt fler sjukdomar och hälsotillstånd – men utan att fullständigt kontrollera den, gör att vi känner oss maktlösa. Det är inte längre vår egen kroppskänsla som upplyser oss om hur vi mår. I stället ses en växande efterfrågan på olika typer av hälsokontroller som erbjuder åtminstone tillfällig upplysning om det fysiska tillståndet. Den data som då blir tillgänglig för oss har vi inte något förnimmelande förhållande till, vilket riskerar att bidra till att kroppen upplevs som praktiskt oförfogbar (Rosa 2020:146).

Somliga omfamnar utvecklingen med möjligheten att mäta allt fler aspekter av den egna kroppen och livsföringen. Rörelsen Quantified Self ser insamlandet av data som en möjlighet att nå självkännedom genom siffror och där hälsan blir ett projekt att optimera. Förhoppningen är att det leder till bättre hälsa, lägre vårdkostnader och högre produktivitet. En del företag uppmuntrar självmonitorering, till exempel genom att ge sina anställda aktivitetsklockor (Ajana 2017). Kritiker menar dock att ett ökat fokus på kvantifiering och mätbarhet leder till att siffror blir hotfulla (Kristensen m.fl. 2022). Det finns de som tror att e-hälsa kommer att leda till besparingar inom vården, men O'Mahony avfärdar tanken om att självmonitoreringstekniken skulle leda till generella besparingar utifrån argumentet att ny teknik historiskt tenderat att leda till ökade kostnader inom sjukvården (O'Mahony 2019:185).

Beroendet av sjukvården

Tanken på att man bör monitorera parametrar hos sig själv ligger i linje med det som Illich beskriver som ett tilltagande beroende av den medicinska apparaten, att det ses som något självklart att man "rutinmässigt behöver medicinsk tillsyn" i olika delar av livet (Illich 1975:39). Enligt Illich har denna föreställning djupa skadliga följder och innebär ett hot mot människors hälsa. Sjukvården har alltid en potential att skada, att vara *iatrogen*. Det mest uppenbara är skador som kan uppkomma i form av biverkningar av behandlingar. Men Illich främsta ärende är att beskriva skador bortom detta i form av det han kallar social iatrogenicitet, samt strukturell eller kulturell iatrogenicitet.

Vårdens sociala iatrogenicitet uppstår i många olika former. Exempelvis i form av medikalisering – att allt fler områden av livet förstås i medicinska termer, eller tolkas genom medicinska glasögon (Busfield 2017). Det område där detta ger upphov till mest diskussioner är inom psykiatriens område, där gränserna för vilka mentala, emotionella och sociala uttryck och variationer som är att

betrakta som patologiska och i behov av vård kontinuerligt behöver skärsåskådas genom kritiska, kollegiala samtal. Detta förstärks av att inget av de psykiatriska tillstånden har några objektiva markörer eller specifika fynd. De psykiatriska tillståndens validitet, dess giltighet, är alltid en fråga öppen för diskussion. Men diskussion kring vilka tillstånd som ska betraktas som sjuka är minst lika relevant vid många kroppsliga tillstånd som är objektivt mätbara. Vilken grad av risk eller avvikelse är att betrakta som sjuklig eller åtgärdskrävande? Exempelvis beslutas vilken nivå av förhöjt blodtryck eller blodfetter som ska betraktas som sjuklig genom konsensusbeslut. Nyligen kom nya riktlinjer från europeiska hjärtsjukvårdens intresseorganisation. Med de kriterier som de föreslår, och som fått snabb spridning, klassas nästan 80 procent av ”friska” män i åldern 50–64 år som sjuka i betydelsen i behov av läkemedelsbehandling (Yari m.fl. 2022).

Detta sätt att i princip klassificera hela befolkningsgrupper som sjuka kan ses som ett symptom på det som Illich kallar för en strukturell, eller kulturell, iatrogenicitet. Han menar att sjukvårdens mål och prioriteringar har börjat forma samhällets övergripande värden och normer; vi lever i en medicinsk civilisation organiserad kring att ”döda smärta, eliminera sjukdom och för att kämpa mot döden”(Illich 1975:83). Sjukdom och lidande går från att vara en normal del av livet till att vara en olycka som människor måste söka läkare för. Rosa är inne på samma tankebanor när han citerar läkaren och filosofen Giovanni Maio som beskrivit det senmoderna förhållandet till sjukdom som något som ”*principiellt måste bemästras*, som något vi borde kunna besegra eller undanröja genom sund kost, tillräckligt med sömn och motion och så vidare. Det moderna förhållandet till sjukdom är ett rent aggressionsförhållande – *bort med det!* – och på de håll där vi inte kan vinna framstår vi som passiviserade *förlorare*” (Rosa 2020:106, kursiv i original).

Detta senmoderna förhållande till sjukdom och lidande möjliggörs och drivs av en expanderande sjukvårdsapparat (O’Mahony 2019:270). Att vi dessutom både upplever och blir alltmer beroende av sjukvårdsapparaten riskerar, enligt Illich, att leda till ett minskat ansvar för både mitt eget och andras lidande. Möjligheten till självvård övertrumpas av det han beskriver som en industriell produktion av surrogat för denna vård. Detta menar han reducerar den egna läkraften och urholkar förmågan till tålamod i lidandet och sinnesstyrkan inför döden (Illich 1975:84).

Liknande beskrivningar av potentiella kulturella skadeverkningar av sjukvårdens avsaknad av acceptans inför sjukdom och lidande hittar man i den norske socialmedicinaren Per Fugellis bok *0-visionen* (2003). Fugelli ser 0-visioner som en aspekt av *delarnas tyranni*, en brist på helhetssyn. Varje del av det medicinska projektet att förebygga all sjukdom och lidande kan var för sig verka rimliga, nyttiga och kostnadseffektiva, men det behöver pusslas ihop till en helhetsbild

som fungerar för livet och samhället. ”Någon måste sammanfatta och presentera de totala räkenkaperna med människors livskvalitet och samhällets värderingsportfölj som grund för revideringen. Det kan visa sig att 0-visionen, trots enstaka vinster, sammantaget innebär stora förluster för människor och samhälle, förluster av frihet, värdighet, gemenskap, trygghet – och hälsa.” (Fugelli 2003:71, förf. översättning).

En förlust av helhetssyn på grund av en fokusförskjutning mot mätbara, parameteriserade enskildheter har inte bara påverkan på hälso- och sjukvården i stort utan även inverkan på det enskilda mötet mellan behandlare och patient. Rosa beskriver hur det för den moderna medicinen inte längre är avgörande vem den sjuka är eller vem läkaren är. Mötet mellan dem spelar i princip lika lite roll som mötet mellan patient och sjukdom. Symtomen och reaktionerna kvantifieras, synliggörs (på monitorer) och behandlas riktat, och det är föga överraskande att en ”optimal behandling”, det vill säga en intervention som är så exakt som möjligt avpassad efter symtomen och patientens tillstånd, nu eller i en nära framtid förväntas förskrivas av algoritmer i stället för mänskliga läkare. Han citerar Alfons Maurer som intervjuat vårdpersonal vilka beskriver en förskjutning i uppmärksamheten i interaktionen mellan vårdande och vårdad. Från att vara ett möte mellan outbytliga individer, till att fokusera på mätbara, dokumenterbara och optimerbara parametrar (Rosa 2020:107–8). Detta står i direkt motsats till, exempelvis, en statlig utredning om effektiv vård från 2016 som betonar att värdet av hälso- och sjukvården uppstår i mötet mellan patienten och vården (SOU 2016:18). Allt som riskerar att störa detta möte riskerar därmed att göra skada på hälso- och sjukvårdens värde.

Expansion utåt och inåt

Ett mått på hälso- och sjukvårdens expansion är dess kraftiga kostnadsutveckling. Mest framträdande är detta i USA där den genomsnittliga kostnaden per person för hälso- och sjukvård är svindlande 120 000 kr per person. Detta sticker ut, men i de flesta OECD-länder har kostnaden för hälso- och sjukvård de senast 50 åren ökat från ungefär 5 procent till 10 procent av BNP (OECD iLibrary). En betydande andel av denna expansion beror, som tidigare nämnts, på att allt fler kroppsliga parametrar i allt större utsträckning klassificeras som riskfaktorer för sjukdom – exempelvis blodfettvärden, bentäthetsminskning och blodtrycksstegring – och att dessa i de flesta fall behandlas alltmer aggressivt. Enligt vissa studier står överdiagnostik och lågvärdevård för en större del av kostnadsökningen inom vården än den åldrande befolkningens vårdbehov (Bandovas m.fl. 2022). I kliniken är det också tydligt hur riskfaktorer kommit att ses som en sjukdom så till den grad att många patienter ser sig som bärare av en ärftlig risk för hjärt-kärlsjukdom enbart på grund av att deras föräldrar

har någon form av riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom (exempelvis högt blodtryck), men inte någon faktisk symtomgivande hjärt-kärlsjuka. Detta illustrerar sjukvårdens expansion utåt, till att omfatta flera, och inåt i varje individ, genom att allt fler parametrar blir mätbara och kan bli skäl till medikalisering.

Ny teknik och datadrivna system riskerar att omdefiniera fler och fler aspekter av människors liv som medicinska problem. Ett sådant fenomen är *system-medicin* som ser sig som ett paradigmskifte som kommer att revolutionera vården (Olsson 2016), och bygger på idén om att förstå och hantera hälsa och sjukdom ända ner på molekylnivå. Man hoppas att genom genetisk information och big data från bärbara sensorer kunna erbjuda individualiserad behandling och prevention. Ansatsen beskrivs ofta som ”holistisk”, men det är, som den norske allmänläkaren och etikern Henrik Vogt kritiskt har formulerat sig, en teknisk eller naturvetenskaplig holism som riskerar att leda till en allomfattande medikalisering där varje aspekt av en människas liv riskerar att bli föremål för medicinsk kontroll och medicinska insatser (Vogt m.fl. 2016). All form av biologisk variation och avvikelse från normen kan börja tolkas som sjuklig och i behov av medicinsk intervention. I en värld där vi har tillgång till alltmer detaljerad information om våra kroppar finns en risk att medicinen strävar efter att korrigera varje avvikelse från det statistiskt normala, även sådant som tidigare ansågs vara naturliga variationer eller en del av det mänskliga livet.

Denna utveckling kan ses som en del av en bredare samhällstrend där teknologiska och vetenskapliga framsteg leder till en växande kontroll över människors liv. Illich varnade för att en sådan medikalisering inte bara riskerar att göra oss beroende av medicinska system, utan även att alienera oss från vår egen kropp och våra egna upplevelser. När varje avvikelse från det normala betraktas som potentiellt sjuklig förlorar individen sin autonomi och förmåga att tolka sina egna känslor och erfarenheter. I stället blir hon beroende av externa parametrar och teknologiska system för att förstå sin egen hälsa. Den här strävan kan dock ha paradoxala effekter, där ökad kontroll och övervakning snarare skapar en känsla av maktlöshet och osäkerhet i stället för att leda till förbättrad hälsa och välmående.

Det är avgörande att vi behåller en balans mellan teknologiska framsteg och en humanistisk syn på hälsa och välmående, där individens autonomi respekteras. Genom att vara medvetna om riskerna med att omdefiniera allt fler aspekter av livet som medicinska problem kan vi skapa en mer hållbar hälso- och sjukvård som inte bara är effektiv och precis, utan också respekterar människors rätt att själva definiera och sträva efter god hälsa.

Tack till Henrik Vogt som gett värdefull input till texten!

Referenser

- Ajana, B. (2017). Digital health and the biopolitics of the Quantified Self. *Digit. Health* 3, doi:10.1177/2055207616689509
- Albarqouni, L., Arab-Zozani, M., Abukmail, E., Greenwood, H., Pathirana, T., Clark, J., Kopitowski, K., Johansson, M., Born, K., Lang, E. & Moynihan, R. (2022). Overdiagnosis and overuse of diagnostic and screening tests in low-income and middle-income countries: a scoping review. *BMJ Glob. Health* 7, e008696. doi:10.1136/bmjgh-2022-008696
- Bandovas, J. P., Leal, B., Reis-de-Carvalho, C., Sousa, D. C., Araújo, J. C., Peixoto, P., Henriques, S. O., Vaz Carneiro, A. & the C.W.W.G. of the E. F. of I. Medicine. (2022). Broadening risk factor or disease definition as a driver for overdiagnosis: A narrative review. *J. Intern. Med.* 291, 426–437. doi:10.1111/joim.13465
- Busfield, J. (2017). The concept of medicalisation reassessed. *Sociol. Health Illn.* 39, 759–774. doi:10.1111/1467-9566.12538
- Fugelli, P. (2003). *O-visjonen: essays om helse og frihet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Greenhalgh, T. & Wessely, S. (2004). 'Health for me': a sociocultural analysis of healthism in the middle classes. *Br. Med. Bull.* 69, 197–213. doi:10.1093/bmb/ldh013
- OECD Health expenditure and financing.
- Horton, R. (2018). Offline: "A sea of suffering". *The Lancet*, 391, 1 465.
- Illich, I. (1977). Den omänskliga sjukvården: det medicinska etablissemangen är ett hot mot vår hälsa och inkräktar på individens rätt att bestämma över sig själv. Stockholm: Aldus/Bonnier.
- Illich, I. (1975). Den farliga sjukvården. Stockholm: Aldus.
- Lindh, A. (2024). It-experterna: Uppdatering lamslår it-världen. SVT Nyheter, 19 juli. <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/it-experterna-uppdatering-lamslar-it-varlden>
- Kristensen, B. M., Brodersen, J. & Joensson, A. B. R. (2022). The Tyranny of Numbers: How e-Health Record Transparency Affects Patients' Health Perceptions and Conversations with Physicians. *Med. Anthropol. Theory* 9, 1–25. doi:10.17157/mat.9.2.5529
- Olsson, T. & Benson, M. (2016). Nya tekniker kan förändra sjukvården radikalt. *Läkartidningen*. 9/2016
- O'Mahony, S. (2019). *Can medicine be cured? The corruption of a profession*. London: Head of Zeus.
- Rosa, H. (2018). The idea of resonance as a sociological concept. *Global dialogue* 8.2 (2018): 41-44.
- Rosa, H. (2020). *Det vi inte kan råda över: om vårt förhållande till världen*. Göteborg: Daidalos.
- Rosa, H. (2014). *Acceleration, modernitet och identitet: tre essäer*. Göteborg: Daidalos.
- SOU 2016:2. Effektiv vård – Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.
- Vogt, H., Hofmann, B. & Getz, L. (2016). The new holism: P4 systems medicine and the medicalization of health and life itself. *Med. Health Care Philos.* 19, 307–323.
- Yari, A., Ueda, P., Hagstrom, E., Lundman, P., Ravn-Fischer, A., Soderberg, S., Yndigegn, T. & Jernberg, T. (2022). 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.* 43.