

Road trip genom Europas länder för att förstå sjukvårdens problem

Recenserad bok: Åk till akuten. Hur mycket sjukvård har vi råd med?

Författare: Fanny Nilsson.

Förlag: Natur och Kultur, 2025, Stockholm.

I boken *Åk till akuten* frågar sig läkaren Fanny Nilsson hur det blivit så här i Sverige. Som blivande specialist i internmedicin, verksam vid ett mindre sjukhus, illustrerar hon från sin dagliga gärning tillkortakommanden i svensk hälso- och sjukvård och äldreomsorg, som drabbar både patienter och personal. Hon ger sig ut på en resa till andra europeiska länder för att se fördelar och nackdelar med andra sätt att organisera, hon intervjuar personer verksamma inom vården, forskare och beslutsfattare. Ett genomgående fynd i boken är att hälso- och sjukvårdssystem inte alltid är konstruerade för befolkningens behov, att ekonomiska styrsystem och incitament kan leda fel. Som medborgare och patienter vill vi ha nära tillgång till vård, en vårdgivare med kontinuitet som kan ta helhetsansvar för vår vård och eventuell vidareremittering eller samverkan med annan instans. Ofta är dock systemen ägnade åt hög grad av specialisering med betoning på sjukhus och en underfinansierad primärvård.



Det är något som skaver skriver författaren: Tidigare samma dag på morgonmötet fick vi veta att 700 medarbetare ska bort från Region Sörmland. Vi satt tysta och höll med innan vi gick i väg till mottagningarna, avdelningarna eller akuten och fortsatte att arbeta. Något skaver i mig, och det har skavt ganska länge. Hur ska vi kunna bli färre när vi redan är för få? De utlovade förbättringarna efter covid-19-pandemin har uteblivit. Kris och köer. Inga pengar, ingen personal. Samtidigt har vi aldrig varit fler, men remisserna ökar snabbare än vad vi mäktar med. Forskningens framsteg leder till dyrare behandlingar, befolkningen åldras och lever längre med fler sjukdomar. Som Marie-Louise. Hur sjutton ska vi ha råd?

Men jag börjar tröttna. Det måste finnas bättre svar, klokare personer, en större överblick. Det är inte bara Sverige som står inför enorma utmaningar. Alla länder som har moderna, allmänna sjukvårdssystem har samma problem, och alla väljer olika lösningar. Är det sant att sjukvården fungerar

bättre utomlands? Efter mötet med Marie-Louise, precis innan jag ska träffa Bengt, bestämmer jag mig. Jag behöver gå till botten med det som skaver. Jag måste bort från Sverige och söka svaren i andra länder. Tusentals kilometer tågräls senare är det här svaren jag fann.

Boken är upplagd som en deckare med en prolog och fullt av cliffhangers i många korta kapitel, vilket gör att jag har svårt att lägga boken ifrån mig. Sedan har boken två delar när handlingen på ett flytande språk redovisas.

Del I, Europa – Primärvård, privatiseringar och pragmatism. Där delas erfarenheter från främst tre länder Spanien, Storbritannien och Nederländerna, hela tiden med reflektioner till andra lösningar i andra länder eller till den svenska vården.

I Storbritannien ges bilden av ett totalt sammanbrott av vården. När jag sitter för att skriva den här recensionen möts jag av rubriken *Hårda ord när läkare strejkar* i DN den 9:e april 2026 där tiotusentals läkare gått ut i en sexdagars strejk. Operationer ställs in och den brittiska hälsoministern varnar för att patienter kommer att få vänta i smärta och ångest mer än nödvändigt. Det brittiska offentligt finansierade sjukvårdssystemet (National Health Service, NHS) grundades 1948 och omfattar vårdcentraler, sjukhus och apotek. Gratis vård ges till alla invånare i Storbritannien. Det finns 1,37 miljoner heltidsanställda och är därmed en av världens största arbetsgivare. Ett kapitel från boken redovisar erfarenheterna från Storbritannien i detta nummer av SMT, *Isär faller tingen*.

En viktig utgångspunkt för boken är vad primärvård är:

Jag kontrade med att beskriva vad fungerande primärvård är: En vårdcentral nära dig som är lätt att komma i kontakt med, där det arbetar personal som du har en relation till, som känner till din sjukdomshistoria, och även dina barns eller andra familjemedlemmars. Som du snabbt får tid hos och som kan behandla de flesta problem som kan drabba dig genom livet, från depression till infektioner och kroniska sjukdomar. Som remitterar dig vidare till sekundärvården om behov uppstår. Som ser till hela dig, inte bara till den enskilda diagnosen. Och som när du eller en äldre anhörig blir svårt sjuk i slutet av livet gör hembesök och ger behandling i sovrummet. Hon tittade på mig med en förvirrad min över champagneglaslet och utbrast: ”Men det låter ju som en utopi!”

Men säger författaren följderna kan bli ganska otroliga. Patienter som har en fortlöpande kontakt med samma allmänläkare är mer nöjda (det är också doktorn!), följer medicinska råd oftare och behöver inte lika ofta vårdas på sjukhus. Har man en ”egen” doktor skjutsas man mer sällan runt via remisser till olika sekundärvårdsenheter, och man genomgår färre onödiga tester och

röntgenundersökningar. Det finns till och med en stor mängd studier som visar att dödligheten minskar. Norge införde ett så kallat fastläkarsystem efter förebild från Nederländerna 2001 och när man följde upp reformen i en registerstudie överraskade resultaten forskarna. Det visade sig att de patienter som haft samma läkare i 15 år eller mer hade 30 procent färre akutbesök och 25 procent lägre dödlighet jämfört med om patienten haft samma läkare i ett år eller mindre. Trots dessa smått otroliga resultat är primärvården ett riktigt sorgebarn i svensk sjukvårdshistoria. Av alla specialistläkare i Sverige arbetar bara 18 procent inom primärvården, och av dessa jobbar en stor andel deltid. I Spanien däremot arbetar 27 procent av hela läkarkåren i primärvården.

Spanien var ett av de första länderna som ratificerade deklarationen från Alma-Ata 1978 i Kazakstan, en milstolpe i internationellt folkhälsoarbete. På initiativ av Unicef och WHO underströks för första gången vikten av primärvård som basen för sjukvårdssystem, själva nyckeln till att uppnå hälsa för alla. De kommande åren genomgick det spanska systemet en förändring från välgörenhetsbaserad vård i en typ av Bismarckmodell till ett nationellt och regionalt system med primärvård i basen, centralt planerat och finansierat av skattepengar. Spanjorerna är listade på en egen läkare, till och med en egen sjuksköterska, och kontinuiteten och relationen upprätthålls och värderas högt. Alltså långt ifrån hur det ser ut i Sverige.

En av de intervjuade säger till Fanny, Spaniens system är en ”en Porsche” som många länder borde lära av. Inte bara har de högst livslängd i EU, patienter med kroniska sjukdomar behöver heller inte vårdas på sjukhus i lika hög grad, så kallad undvikbar inläggning”. Deras egen allmänläkare eller sjuksköterska hinner fånga försämringar innan det går för långt.

Världens älskling - Nederländerna

Vad som är bra sjukvård beror på vad man vill ha från möjligheternas smörgåsbord: närhet, kontinuitet, högspecialisering, innovation, tillgänglighet, kort väntetid, valfrihet, utbud, jämlikhet, rättvisa – eller så låga avgifter som möjligt? Flera av dessa värden står i konflikt med varandra och inget land presterar högt på alla punkter skriver författaren. Men, när Obama care skulle ha en förebild var det Nederländernas hälso- och sjukvårdssystem som framhövdes.

Svenska lobbyister och politiker på framför allt högerkanten lyfter ofta landet som en föregångare när det gäller en aspekt: Vården är försäkringsbaserad. Under nazismens ockupation av Nederländerna tvångsinförde tyskarna sitt Bismarcksystem, ovanpå ett lapptäcke av vårdgivare som till stor del drevs av religiösa välgörenhetsorganisationer. Från 1941 blev allmänt bekostade försäkringar obligatoriskt för alla låginkomsttagare, medan höginkomsttagare kunde välja om de ville

tillhöra den allmänna sjukvården eller den privata. Från 1986 exkluderade man den rikaste tredjedelen helt från allmän finansiering och de fick själva stå för priset på sina försäkringar. Samtidigt såg man hur vården blev mer ojämlik. De rika fick bättre vård, medan kostnaderna ökade för vårdsystemet som helhet.

I slutet av 1980-talet författade oberoende analytiker, ledda av den tidigare chefen för elektronikföretaget Philips, en rapport åt den nederländska regeringen. De drog slutsatsen att sjukvården hade blivit oflexibel och ineffektiv, det saknades incitament för att ersätta dyr vård med lika effektiva och billigare åtgärder. För att få bukt med problemen föreslogs en marknadsreform byggd på reglerad konkurrens, entreprenörskap och valfrihet: thatcherismens idéer och new public management var i ropet även i Nederländerna. Debatt utbröt och pågick sedan under tjugo år: läkarna var rädda att förlora intäkter, de privatförsäkrade, rikare patienterna var rädda att få sämre vård, marknadens krafter beskrevs som allmänt oberäkneliga.

Men, 2006 införde man till slut stora delar av förslagen. I stället för att sänka ambitionerna lyfte man golvet till samma höga nivå som privatförsäkringarna. Alla skulle nu få samma kvalitativa vård. Solidaritet, jämlik tillgång och valfrihet stod i centrum. Kostnadskontroll var ett av de uttalade målen. Ingen får göra vinst och ett gemensamt kösystem där alla får samma vård och det går inte att köpa sig snabbare eller bättre tillgång. Sammanfattningsvis en icke vinstdriven ”marknad” under rigorös statlig kontroll med korta köer och medicinskt goda resultat som diskuteras livligt och högljutt.

Praktiskt för att få akutsjukhusets hjälp behöver man först få en bedömning av sin egen husläkare, huisarts. Allmänläkarna ringer sedan och diskuterar med sjukhusets läkare: Behöver patienten komma in eller inte? Författaren skriver:

Som vi konstaterat tidigare är bra primärvård med hög kontinuitet patient och läkare emellan det mest kostnadseffektiva som finns. I Nederländerna har man tagit det till sin yttersta gräns. Allmänläkarna i regionen turas om att bemanna jourerna. Också helt omvänt vårt svenska system. Historiskt har man haft nätverk av sjukhusläkare och allmänmedicinare som diskuterat vägar för bättre samarbete. Och författaren skriver: I Sverige är detta ovanligt, i många regioner är det vattentäta skott mellan primär- och sekundärvård, där båda sidor ofta är ganska sura på varandra och endast kommunicerar genom remisser. I stora drag handlar konflikten om att sjukhusläkarna är arga för att primärvården är underdimensionerad och inte klarar sitt uppdrag, medan primärvården är arg för att sjukhusläkarna har orimliga förväntningar och inte hjälper till mer (och när de hjälper till gör de ofta för mycket, som för kvinnan med tarmingreppet som avled av sin lungsjukdom). Oerhört sällan ringer man varandra och diskuterar en gemensam patient.

Vilket man verkar göra hela tiden i Nederländerna.

Innan Nilsson går över till den andra delen av boken reflekterar hon i kapitlet:

Vägen hem genom Tyskland

Medan tåget rusar fram på spåren hem genom Tyskland går jag igenom mina röriga anteckningar, laddar över ljudfilerna med de olika språken och brytningarna. Försöker skönja vad jag egentligen kommit fram till. Familjeläkarens starka men hotade roll i Spanien, vad som händer när saker långsamt faller isär som i Storbritannien, hur de privata sjukvårdsförsäkringarnas expansion snabbt kan få hela system i gungning. Hur nederländarna kastade ut det tyska sättet för en mer jämlik marknadsmodell och trodde att de funnit svaret, men nu självkritiskt blickar mot samarbetet i Sveriges regioner. Hur alla tampus med samma övergripande problem: för lite pengar, för lite personal, för mycket medicinska möjligheter.

Jag tänker på Tyskland där allt började: järnkanslern Otto von Bismarck och hans vilja att krossa socialismen, hur det allmänna sjukvårdssystemet infördes för arbetarna, medan

de övre klasserna bibehöll det privata. Jag tänker på forskaren Sarah Thomson, i det bakelseliknande hundraåriga sjukhuset i Barcelona, som bestämt hävdade att detta var det sämsta tänkbara av alla system, att ingen skulle komma på idén med ett tvådelat system i dag.

Det allmänna och det privata, samhällets grunduppgift och frihetens val. De har en komplicerad relation till varandra. De privata är helt beroende av det allmänna för stabilitet, utbildning, infrastruktur och totalförsvar. Men det allmänna misslyckas med att infria personalens och patienternas förväntningar, som det privata plockar upp. Balansen mellan dessa är en av de avgörande frågorna för sjukvårdens framtid. Om det allmänna misslyckas, köerna ökar och villkoren försämrats kommer personalen och de som har råd röra sig över till det privata. Jag tänker på skotska Margaret McCauls dyra canceroperation och hennes tankar om att Storbritanniens stolthet NHS var skapat för att misslyckas från första början eftersom det alltid varit tudelat. Jag tänker på Elena i sitt lilla hus utanför Barcelona, som hellre betalar för sin privata sjukvårdsförsäkring än åker på semester.

Nederländerna har försökt förena det allmänna och det privata i ett system. I Storbritannien är utvecklingen den motsatta med privata avdelningar på de offentliga sjukhusen och patienter som sparar för att ha råd om NHS sviker dem. När tåget rullar upp på Öresundsbron har skymningen fallit. Havet är mörkt och stilla. Nästa steg är att rikta blicken mot Sverige. Var befinner vi oss på skalan mellan Storbritanniens sönderfall och Nederländernas regleringar, och mot vilken av dessa två poler rör vi oss?

Del II Sverige – **Hur mycket sjukvård ska vi ha?** inleds med ett kapitel med rubriken **Hur mår den svenska vården egentligen?** Även detta kapitel finns med som särtryck i detta nummer av SMT.

Förutom ovan första kapitel i Del II har kapitlen följande rubriker:

- Professorn som förutspådde framtiden (intervju med Göran Dahlgren);
- Välfärdsforskaren på Stureplan (En berättelse om Studieförbundet Näringsliv och Samhälle, SNS);
- På något sätt går det åt fel håll (Om inverse care law om marknadsierad sjukvård som leder till att rika och friska får mer och sjuka och fattiga mindre, utbildning missgynnas och välfärds kriminalitet riskeras);
- Pengarna (hur mäta? Per capita? Och bidragens nedmontering);
- Appläkare, osthyvlar och medborgardialoger (Vilka principer skall gälla: Människoväredsprincipen, Behovs- och solidaritetsprincipen eller kostnadseffektivitetsprincipen);
- 40 miljoner kronor per dos (Var lägger läkemedelsbolagen sina pengar?);
- Den infekterade levern som ändrade allt (Om Cohrane, NICE, SBU mfl);
- Snälla knölar och larmande pulsklockor (Farligt eller ofarligt);
- En liten tablett mot ensamheten (Sjukdomsmakeri – etablerad strategi av läkemedelsbolag att vidga sin marknad);
- Alla skall i jorden (Om övervård främst av äldre).

Boken avslutas med en epilög: Allt åt alla vid floden Ness, författarens tack och en omfattande källhänvisning.

*Bo J A Haglund
Professor Emeritus och Chefredaktör för SMT
Institutionen för Global Folkhälsa, Karolinska Institutet*

DOI: <https://doi.org/10.62607/smt.v103i1-2.65626>