

- Marc-Wogau, Konrad. 1962. "On Historical Explanation". *Theoria* 28, nr 3, s. 213–33.
- Nordenfelt, Lennart och B. Ingemar B. Lindahl. 1984. *Health, Disease and Causal Explanations in Medicine*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- Nordenfelt, Lennart. 1974. *Explanation of Human Actions*. Philosophical Studies, nr 20, University of Uppsala.
- Rizzi, Dominick A. och Stig Andur Pedersen. 1992. "Causality in Medicine: Towards a Theory and Terminology". *Theoretical Medicine* 13, nr 3, s. 233–54.
- Von Wright, Georg H. 1971. *Explanation and Understanding*. Routledge & Kegan Paul.

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

Fanny Nilsson. Natur & Kultur 2025. 320 s. ISBN 9789127190955

Fanny Nilssons *Åk till akuten* är en välstrukturerad genomgång av det svenska sjukvårdssystemets struktur och problem. Boken kombinerar journalistisk skärpa med analytisk distans, vilket gör den relevant för både allmänheten, beslutsfattare och forskare. Arbetet i boken är i grunden en systematisk kartläggning av det svenska vårdssystemets organisatoriska och ekonomiska utmaningar, men boken väcker också tydliga etiska frågor om prioriteringar, behov och rättvisa. Nilsson lyckas med något som många journalistiska eller populärvetenskapliga böcker ofta misslyckas med: hon drar en tydlig koppling mellan konkreta problem i vården och de underliggande värderingar som format systemet.

Bokens första del är en jämförande genomgång av tre europeiska sjukvårdssystem – det spanska, det nederländska och det brittiska. Dessa exempel visar tydligt att de svenska problemen inte är unika, men att lösningarna ser olika ut beroende på hur systemet är organiserat och uppbyggt.

Det brittiska systemet bygger starkt på offentlig finansiering och bibehållandet av en låg kostnad för individen. Detta system klarar sig relativt väl när det gäller faktorer så som jämlikhet och tillgång, men drabbas av flaskhalsar och bristande kontinuitet. Väntetider är ett stort problem, och detta får negativa konsekvenser för befolkningens hälsa. Det spanska systemet visar på stora regionala variationer, som leder till ojämlig tillgång, trots att grundprincipen även där är universell sjukvård. Här visar Nilsson hur organisatoriska skillnader får direkta konsekvenser för patienternas hälsa. Det nederländska systemet, med sin försäkringsbaserade modell, erbjuder mer valfrihet och konkurrens mellan vårdgivare, ideal som haft stort inflytande på det svenska syste-

met. Det blir dock mycket mer komplext och kostsamt. Nederländerna visar på tydliga problem med överutnyttjande av systemet och ökade administrativa bördor.

På basis av dessa jämförelser framstår Sverige som ett system som försöker kombinera olika aspekter från de olika systemen: jämlikhet, valfrihet och marknadslogik. Resultatet blir ett slags mittemellan-läge, som varken når full kostnadseffektivitet, hög jämlikhet eller god kontinuitet.

Nilsson riktar därefter blicken mot Sverige, och lyfter flera systemproblem som på kort sikt ofta påverkar patientens upplevelse och på lång sikt vårdens legitimitet. En stor fråga är personalbrist, framför allt vad gäller allmänläkare och sjuksköterskor. Detta leder till försämrad kontinuitet, längre väntetider och högre belastning på personalen. Journal-system är tröga, vilket avsevärt försvårar arbetet. Nilsson beskriver också hur grindvaktssystemet i primärvården, vars syfte är att leda patienten till rätt nivå, ofta fungerar som en broms snarare än som ett stöd.

Ett återkommande tema i diskussionen är *inverse care law*: ett fenomen som innebär att de med störst behov ofta får minst vård, medan de med lägre behov och större resurser får mer. Nilsson visar tydligt att detta fenomen inte behöver vara naturligt förekommande, utan i stället är en konsekvens av marknadsreformer, etableringsfrihet och ökning av privata vårdgivare. Nätläkarna är ett typexempel på detta: de leder till en ökad tillgång för relativt lindrigt sjuka patienter, på bekostnad av att resurssvaga patienter inte får någon motsvarande förstärkning.

Ett annat centralt tema är hur efterfrågan på vård ständigt överstiger utbudet. Nilsson gör skillnad mellan *efterfrågan* och *behov* – något som också återspeglas i den svenska lagstiftningen. Efterfrågan på vård drivs av önskemål som kan grunda sig på vad som helst, medan behov av vård, i en striktare mening, bara kan föreligga om patienten har en nedsatt hälsa som vården kan förbättra. Denna skillnad lämnas ofta outtalad i den offentliga diskussionen, och det är därför bra att Nilsson påpekar detta.

Nilssons diskussion av behovsbegreppet hade dock kunnat utvecklas. Den lämnar utrymme för en mer filosofisk analys, något som jag själv pekat på vikten av (Dahlin och Ehlert 2025). Behovsbegreppet är grundläggande för hur prioritering av vård ska ske enligt svensk lag. Den utredning som ligger till grund för nuvarande lagstiftning (SOU 1995:5) understryker vikten av behov men ger få svar på hur begreppet ska förstås. I sin doktorsavhandling undersöker Erik Gustavsson detta begrepp (Gustavsson 2017) och argumenterar för att det bör förstås i termer av två fakto-

rer: svårighetsgrad, det vill säga (något förenklat) hur svårt patientens tillstånd är, och potentiell nytta, alltså hur mycket en behandling kan förbättra situationen. Behovet är således störst när både svårighetsgrad och möjlig nytta är hög. Om nyttan är begränsad så minskar behovet, eftersom ingen åtgärd kan förbättra situationen nämnvärt. På samma sätt minskar behovet om svårighetsgraden minskar, eftersom avståndet till patientens potentiellt bästa hälsa blir mindre.

I och med att Nilsson i arbetet med boken har intervjuat åtminstone en svensk forskare verksam inom just detta område, så är det lätt att tänka att hon kunde infogat en enklare teoretisk diskussion angående detta. Speciellt eftersom hon genomgående i boken visar prov på att kunna förklara förhållandevis komplexa skeenden med både analytisk skärpa och tillgängligt språk.

Vid flera tillfällen i diskussionen verkar det som att Nilsson antyder att vi borde anlägga ett *prioritaristiskt* synsätt på fördelningen av sjukvård, där insatser till de med störst behov ges större vikt. Det har argumenterats för att prioritarism är den rimligaste grunden för prioriteringar baserade på behov och svårighetsgrad (Juth et al. 2025), och med tanke på den mångåriga diskussion som förts inom filosofin angående prioritarism hade det varit intressant att se Nilsson resonera även kring detta.

En av bokens mest intressanta aspekter är diskussionen om *alternativkostnader*. Varje gång vi lägger resurser på att vårda en patient så innebär det att samma resurser inte kan användas någon annanstans. Detta är ofta något som förbises i den politiska debatten. Vidare finns där ett epistemiskt problem – det är väldigt svårt att veta var alternativkostnaden kommer att hamna. Sällsynta läkemedel, omfattande screeningprogram eller dyrare interventioner kan prioriteras, men någon annan del av vården kommer att behöva bära kostnaden. Nilsson menar att det vi sett i praktiken är att resurserna tas från förebyggande insatser, personalförstärkning och vård för kroniskt sjuka.

Återigen hänvisar Nilsson till problemet med nätläkarna: genom att locka till sig mindre sjuka patienter kanaliseras vårdens resurser till mindre angelägna insatser. Detta kallas ofta för *cream skimming*. Vi är nu i position att se att detta till och med verkar vara stick i stäv med lagstiftningen – att vård ska fördelas efter behov. Vi får här ett konkret exempel på hur marknadslogik inom vården kan leda till att de som har större behov hamnar längre bak i kön. Trots att alternativkostnaderna ofta är osynliga, även för beslutsfattare, så blir deras etiska betydelse stor.

Bokens största styrka är dess tydlighet. Nilsson kombinerar konkreta exempel med analys, vilket gör svåra problem begripliga utan att förenkla dem onödigt mycket. Hon träffar flera experter och fungerar som en kanal som förenklar och förenar deras olika uppfattningar. Hennes analys av fenomen som *inverse care law*, efterfrågan kontra behov och alternativkostnader är både pedagogiskt och analytiskt stark.

Den enda egentliga svagheten är att boken blir något repetitiv. Flera teman, som de ovan nämnda, återkommer på flera ställen, vilket gör att flera av poängerna nästan upplevs som övertydliga. Samtidigt har denna repetition troligtvis en pedagogisk funktion: den säkerställer att läsaren inte missar att systemets problem är strukturella.

Åktillakuten är en välarbetad genomgång av den svenska sjukvårdens organisation. Men den är också en påminnelse om de etiska och praktiska frågor som genomsyrar varje prioriteringsbeslut. Nilsson visar hur resurser, behov och rättvisa hänger ihop, och påminner oss om att vård inte bara handlar om medicintekniska framsteg, utan till syvende och sist om värderingar och solidaritet. Boken är relevant för politiker, vårdchefer och forskare, men också för en filosofiskt intresserad allmänhet. Den bjuder in till reflektion kring grundläggande filosofiska frågor: Vad menar vi med behov? Hur mycket får rättvisa kosta i termer av total hälsa? Hur kan vi legitimera att lägga resurser på en patient snarare än en annan? Nilssons arbete är en viktig påminnelse om att fördelningen av sjukvårdens resurser inte är något som kan göras endast baserat på fakta, utan något som görs i enlighet med vissa värderingar. Hon visar att det etiska perspektivet aldrig kan lämnas utanför när vi talar om prioriteringar i hälso- och sjukvården.

Adam Ehlert

Litteratur

- Dahlin, Moa och Adam Ehlert. 2025. "Juridik, etik och expertis vid prioriteringar i den svenska hälso- och sjukvården". *Nordisk Socialrättslig Tidskrift*, nr 43-44, s. 7-40.
- Gustavsson, Erik. 2017. *Characterising Needs in Health Care Priority Setting*. Doktorsavhandling: Linköpings Universitet.
- Juth, Niklas, Erik Gustavsson och Lars Sandman. 2025. "The Ethical Basis of Severity as a Priority Setting Criterion in Healthcare – Egalitarian or Prioritarian?" *Journal of Bioethical Inquiry*.
- Statlig offentlig utredning (SOU) 1995:5. *Vårdens svåra val*. Stockholm: Socialdepartementet, Fritzes.