Af: Troels Mengel-Jørgensen, medlem af DSAM's bestyrelse, ordfører for forskning og internationalt samarbejde - tmengelj@gmail.com

PODCAST Practicus

BOGANMELDELSE:

Åk till akuten

– hur mycket sjukvård har vi råd med?

Fanny Nilsson sætter skub i sundhedsdebatten med sin nye bog.

You are the solution! Det var konklusionen på en meget spændende keynote på Nordisk kongres for Almen Medicin i Jönköping i maj 2026! Udråbet var rettet mod almen praksis med henvisning til, at det er almen praksis, der er løsningen på næsten alle sundhedsproblemer i den vestlige verden. Jeg blev så inspireret af oplægget, at jeg måtte læse bogen bag oplægget.

Det svenske "Åk till akuten" kan på dansk oversættes til "Tag til skadestuen". Det er den besked, man oftest får, når man ringer 1177 i Sverige (svarer til 1813 i Region Hovedstaden). Man får en kort triage og bliver sendt på skadestuen.

På skadestuen i Stockholm sidder internmedicineren Fanny Nilsson og undrer sig: Hvorfor kastes hendes multisyge patienter rundt i systemet uden opfølgning? Hvorfor er skadestuen altid så stuvende fuld, at personalet går ned med stress? Det vidner om et svært dysfunktionelt system. Hvad gør man i andre lande, hvor det måske fungerer bedre?

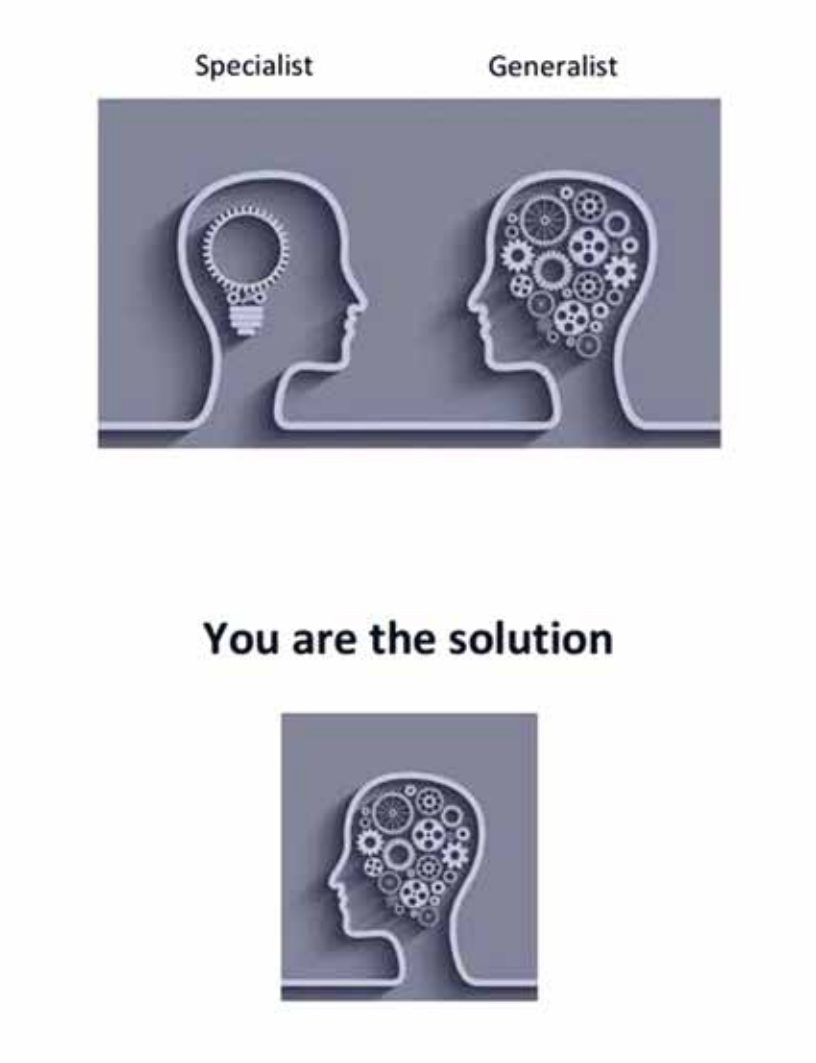
I jagten efter svar på de spørgsmål pakker hun rejsetasken og tager rundt i Europa for at snakke med læger, sundhedspersonale, sundhedsøkonomer og folk på gaden i Spanien, Storbritannien og Holland og får indspark fra bl.a. USA, Irland, Norge og Danmark. Resultaterne er samlet i en meget spændende og prisbelønnet bog, som debatterer sundhedssystemerne i de vestlige lande. Emnet er meget aktuelt i Danmark, specielt i lyset af den aktuelle sundhedsreform.

Tilgængelighed, kvalitet og omkostninger

Hovedprincipperne for sundhedspolitikken drejer sig om tilgængelighed, kvalitet og omkostninger (økonomi). Alt kan dog ikke fås samtidig. Er økonomien ikke til stede, falder tilgængeligheden og kvaliteten. Satser man kun på tilgængelighed, bliver det dyrere, men kvaliteten bliver ikke nødvendigvis bedre. Falder kvaliteten, kan det blive dyrere i sidste ende, bl.a. fordi sundhedspersonalet bliver nedslidt, søger andre veje eller går på tidlig pension. Men prioriteringen af økonomien handler også om, hvordan man fordeler ressourcerne. Fanny Nilsson beskriver kort konklusionerne for de enkelte lande.

Spanien havde engang et meget velfungerende system, men fik lange ventetider (flere år), selv inden for kræftbehandling. Så forsøgte man at prioritere tilgængelighed. Det medførte, at lægerne skulle se op til 50 patienter på én dag! Et privatfinansieret system har taget over, og det er dyrt i forsikringer. Nogle har måttet betale hele deres opsparing for at få kemoterapi eller anden kræftbehandling. Ellers bliver man efterladt på perronen. ➜





”Der findes allerede evidens for, hvad vi burde prioritere på systemniveau. Den magiske pille, som giver kontinuitet, tryghed og bedre medicinske resultater til lavere omkostninger. Det, som Holland, Norge og Danmark har forstået. Færre tachyarytmologkonsulenter, flere almenlæger!” (side 275)

Storbritannien havde engang et yderst velfungerende offentligt sundhedssystem, National Healthcare System (NHS), men nedprioritering og underfinansiering af det offentlige sundhedssystem har ført til nedgradering af hjemmeplejen, så patienter ikke kan udskrives til hjemmet og i stedet fylder op på sygehusafdelingerne. Det giver en ” backward failure”, så intensivpladserne er overfyldte, og folk ikke kan forlade skadestuerne, hvilket resulterer i, at ambulancer står i kø for at komme ind på sygehuset (også for AMI, sepsis og frakturer). I sidste ende dør folk i hjemmet, da der er flere timers ventetid på 112. Det er en katastrofe for sundhedssystemet! Der er oprettet private akutambulanceselskaber i et parallelt system, men det er kun få, der har råd til det.

Holland er i mange sammenhænge blevet beskrevet som verdens bedste sundhedssystem. Det ligner på mange måder det danske og det norske system. Stort set alle har ”egen læge”, og man skal visiteres til skadestuen via egen læge/lægevagt. Skadestuerne er sjældent overfyldte. Almen praksis er enten finansieret via offentlig sygeforsikring eller private sygeforsikringer, afhængigt af indkomst (og evt. arbejdsgiverbetaling), men der er strikse reguleringer af forsikringsselskaberne for, hvor store udgifter de må pålægge systemet og patienten (de må ikke tjene penge på driften af sygeforsikringen). På baggrund af personlige ”øjenvidneberetninger” ved jeg dog, at det hollandske system ikke er optimalt. Det mangler, som alle steder i verden, sundhedspersonale i almen praksis, på sygehuse og i sundhedsomsorgen i hjemmene. Det påpeger Fanny Nilsson også i samtalerne fra Holland.

Sverige har et system, hvor man ikke har en obligatorisk ”egen læge”. Vårdcentralerne er topstyrede enten af pengegriske internationale koncerner eller af offentlige regioner, hvor lægerne ikke har selvbestemmelse, men er ansat. Man kan ringe til 1177 eller selv tage på skadestuen uden visitation hos den praktiserende læge. Resultatet er, at kun ca. 32 % af svenskerne mener, de har en ”egen læge”. I Holland er det tæt på 100 %, mens det i Danmark er ca. 95 %. Desuden er der kommet mange online læger. De forsøger at plukke de lavest hængende frugter med ”hoste, udslæt, snot og lignende” og får således høje priser for småting. Så kan vårdcentralerne, skadestuerne og patienterne i ”ingenmandsland” beskæftige sig med de mere alvorlige og komplicerede ting, som kræver udredning og forløb. Oftest bliver multisyge fulgt på mange forskellige afdelinger, som udskriver en pille for en ting, som ikke virker sammen med en pille fra en anden afdeling, og ingen har overblikket.

Specialist i højre knæ

Da jeg som ung læge søgte intro i ortopædkirurgi, sagde min tutorlæge i KBU i almen praksis til mig: ”Du bliver specialist i højre knæ”. Ja, ja, tænkte jeg. Men efter et års intro måtte jeg

erkende, at man faktisk bliver "specialist i højre knæ". Dette forhold nævner Fanny Nilsson også i bogen. På de superspecialiserede stockholmske sygehuse har man hjertelæger, der er specialister i f.eks. hurtig arrytmi og langsom arrytmi – kaldet "tachyarytmologkonsulenter". Mange "højt ansete specialer", f.eks. hjerne-og hjertekirurgi, specialiserer sig i nogle meget specifikke ting og kan lave doktorafhandlinger om et meget specifikt lille protein, som man kan finde ved en meget sjælden genetisk lidelse, og måske virker en dosis af et nyt lægemiddel til en indkøbsværdi på 40 millioner kroner hos nogle få patienter i nogle måneder. Men er det noget, der giver værdi og overlevelse for den store del af befolkningen? Og skal det finansieres af det offentlige sundhedssystem?

Undgå behandling, som kun gavner få

Fanny Nilsson anbefaler, at man undgår "low-value care". Det kan være høje udgifter til meget specialiseret behandling, som kun gavner få. Eller at vi undgår dyrt betalte undersøgelser via apps eller online-læger for snot og harmløse helbredstilstande, som ikke har langtidseffekt for folks sundhedstilstand. At vi undgår unødvendige scanninger og indlæggelser af svært alvorligt syge ældre mennesker, der hellere vil dø i eget hjem. At vi undgår overdiagnostik som helkropsscanninger eller "une petite coloscopie" – bare "for en sikkerheds skyld". Et tilfældigt fund kan føre til nye dyre scanninger, operationer og svær bekymring for noget, der oftest er en harmløs tilstand eller en fejltolkning af scanningsbilleder. Speciallæger på sygehuse er dygtige til at udrede netop det organ, den tilstand, de beskæftiger sig med, men de har ikke et samlet overblik over patienten, for de ser ikke hele patienten.

Mere fokus på kontinuitet

Hun langer også ud efter evidensbaseret medicin, som består af tre "ben": forskningsresultater, lægens viden og erfaring og patientens behov og ønsker. Her er forskningsresultater blevet guldstandarden for retningslinjer for behandlinger, men den tilgang tager ikke hensyn til læge-patient-forholdet, kontinuiteten ("the doctor as the drug"), og at vi kender vores patienter i dansk almen praksis. Det gør de ikke i samme grad i Sverige. Derfor er det også en meget dårlig idé at lade sig inspirere af de svenske modeller, som danske politikere gør (for at spare penge). Nej, se Sverige som et dårligt system! Lær af det, og prioritér almen praksis højt! Både i Danmark, Sverige og andre lande! Flyt ressourcer fra low-value care på sygehusene og fra online-læger til almen praksis! Og sørg for, at der er nok læger og personale i almen praksis, og at økonomien også følger med, så vi har tid og ressourcer til vores patienter!

Bogen findes desværre aktuelt kun på svensk, men jeg har fået en AI oversat version til engelsk via forfatteren. Den kan fremsendes efter henvendelse til mig eller DSAM's sekretariat. Den svenske udgave af bogen kan købes i Adlibris boghandel i f.eks. Malmö. Jeg fik bogen via forfatteren og en god svensk kollega. Jeg har to eksemplarer, hvis nogen gerne vil læse den. ●

Dansk Selskab for Almen Medicin

PRACTICUS UDGIVES SOM MEDLEMSBLAD TIL MEDLEMMER AF DSAM
Stockholmsgade 55
2100 København Ø
Tlf. 7070 7431

PRACTICUS ONLINE
www.practicus.dk
www.dsam.dk/practicus

MANUSKRIPTER SENDES TIL
practicus@dsam.dk

ANSVARSHAVENDE CHEFREDAKTØR
Mireille Lacroix
ml@dsam.dk

FYAM-REDAKTØR
Solvej Videbæk Bueno
solvejvidebaek@dsam.dk

KOMMUNIKATION OG PRESSE
Mogens Folkmann Andersen
mfa@dsam.dk

REDAKTIONSSEKRETÆR
Annette Scharff Gehrs
asg@dsam.dk

CITAT
Tilladt med kildeangivelse

NÆSTE NUMMER - NR. 281
Frist for artikler: 4. januar
Udgivelsesuge: 9, 2027

FORSIDEFOTO
Sofia Kärnsund og Tabitha Krogh Ôlmestig. Privatfoto.

LAYOUT/TRYK
Jørn Thomsen Elbo A/S
7000 Fredericia
www.jto.dk

OPLAG
4.800

ISSN: 0109-2235

Miljømærket tryksag
5041 0826

Practicus er trykt på FSC-certificeret papir fra bæredygtigt skovbrug, og papiret er Svanemærket. Trykkeriet har fokus på grøn energi i produktionen. Sampakningen med DSAM's vejledninger og Practicus er indpakket i plast. Miljøbelastningen er nogenlunde den samme som ved papir- eller papomslag. Dog er plast væsentligt billigere. Du kan bidrage til en grønnere fremtid ved at affaldssortere Practicus og emballagen korrekt. Det håber vi, du vil.