

ansökningar om ersättning i efterhand blivit det vanliga. Under perioden januari 2004–juli 2005 beviljade Försäkringskassan 81 ansökningar om förhandstillstånd och 528 ansökningar om efterhandsersättning.

En mycket viktig vårdkategori är ersättning för tandvård i annat EU-land. Inom sjukvården märks bland annat behandling av pisksnärtsskador (särskilt i Tyskland), högspecialiserad tumörsjukvård och fertilitetsbehandlingar.

Märkligt är att det föreligger drama-

Fokus borde i stället sättas på förbättrad information om utlandssjukvård inom EU, både för svenska läkare och för vårdsökande.

tiska skillnader mellan olika landsting när det gäller ansökningar om ersättning för vårdkostnader. Stockholmsområdet, Skåne, Västra Götaland samt Norrbotten rapporterar högst antal ansökningar i landet. Skillnaden mellan dessa regioner samt övriga landet är anmärkningsvärd – sålunda har man i Västernorrlands län inte fått en enda ansökan och i Jämtlands och Västerbottens län bara två vardera. Man frågar sig vad detta kan bero på. Jämför t ex 125 fall i Norrbotten med två i Västerbotten. Kan det finnas bakomliggande skillnader i tillgänglig information eller i landstingens och/eller läkarkårens inställning?

Positivt eller negativt

Som framhålls i rapporten går utvecklingen för närvarande mot ett klart ökat utnyttjande av hälso- och sjukvård i andra EU-länder. Hur skall man bedöma detta – positivt eller negativt? Utifrån ett traditionellt svenskt vårdgivarperspektiv med klara inslag av reglering är det lätt att stanna vid de negativa aspekterna. Genom att vård utomlands är en rättighet för den enskilde blir vården i första hand en fråga om den enskilde vårdtagarens agerande och beslut och låter sig inte centralstyras.

Vård utomlands erbjuder alternativ som i vissa fall medför att helt eller delvis andra behandlingsformer kan ställas mot de i Sverige vedertagna. Det kan även ses som ett etiskt problem att patienter som har kraft och resurser att ordna vård utomlands därigenom kringgår

svenska vårdköer. Utlandsvårdens omfattning och kostnader låter sig heller inte säkert beräknas, annat än i efterhand.

Mot detta står dock olika positiva aspekter, något som även framhålls i rapporten. Att möjligheterna till utlandsvård ger den enskilde tillgång till ökat utbud och större möjligheter till val får väl ses som övervägande positivt. Att svensk hälso- och sjukvård generellt sett håller hög klass hindrar väl inte att tillgång till delvis andra behandlingsformer erbjuder nyttiga alternativ och kan verka befruktande genom att ge tillfälle till jämförelser och eventuell förnyelse. Utlandsvård ger också möjlighet att avlasta och korta nationella vårdköer – särskilt välkommet om det uppkommer krisartade kösituationer.

Vad gäller kostnaderna är bilden inte entydig. Tandvård utomlands, t ex i de nya EU-länderna runt Östersjön, erbjuder ett billigt alternativ och kan verka pressande på tandvårdspriserna i Sverige. Vad gäller slutet sjukvård kan utlandsvården erbjuda nyttiga kostnadsjämförelser som knappast låter sig göras enbart på nationell svensk nivå.

Kommit för att stanna

Rätten till utlandssjukvård har kommit för att stanna, eftersom den är fastlagd i själva EU-fördraget. Vi menar också att denna rätt vid en samlad bedömning medför övervägande positiva effekter.

Det finns dock tecken på att rätten till utlandssjukvård ännu inte är fullt ut mentalt bejakad bland svenska sjukvårdsansvariga, kanske inte heller på alla håll inom läkarkåren. Försäkringskassans slutrapport är högst intressant, men vi anser inte att förslaget att införa en svensk snabblagstiftning på området är rätt väg att gå.

Vi ser en klar risk för att en sådan lagstiftning får en restriktiv inriktning och kan bidra till att försena och försvåra den utveckling som nu pågår. Fokus borde i stället sättas på förbättrad information om utlandssjukvård inom EU, både för svenska läkare och för vårdsökande.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Lokrantz-Bernitz B, Bernitz U. Nya vårdmöjligheter utomlands för svenska patienter bosatta i Sverige: Vilken roll bör läkare och annan vårdpersonal axla i denna utveckling? Läkartidningen 2004;101:2502-3.
2. Regeringsrättens sjukvårdsdomar 30 januari 2004. I: Regeringsrättens årsbok. Stockholm: Domstolsverket; 2004.
3. Kartläggning av gränsoverskridande planerad vård inom EU/EES finansierad av Försäkringskassan. Slutrapport 2004–2005. Stockholm: Försäkringskassan; 2005.

Medicinhistorisk paus

Lars Gyllensten:

»Kvinnorna har det bättre. De föder människorna, medan männen slår ihjäl dem«

Lars Gyllensten (född 1921) började som histolog och prosektor på Karolinska institutet innan han gradvis gled över till att bli författare på heltid.



Lars Gyllensten, klassiskt om tillvarons livsvillkor.

År 1966 blev han ledamot av Svenska Akademien och var dess ständige sekreterare 1977–1986. Under många år var han ordförande i Nobelstiftelsen.

Gyllensten beskriver

själv sitt författarskap som »existentiell grundforskning«. Han är i sina böcker ångestfullt förtvivlad över mänsklighetens villkor och strävanden och har tagit stort intryck av Kierkegaard.

Böckerna är ofta presenterade som olika »stadier«, som kontrasterar mot varandra men ändå bildar en sammanhållen helhet.

Många av romanerna utgår från klassiska teman: han har skrivit om ursprungliga bibeltolkningar, ökenhermiten Antonius' frestelser, buddistiska legender och Platons gästbudsamtal.

Humorn och ironin finns dock där; den kulturförklarade debutboken »Camera obscura«, skriven under pseudonymen Jan Wictor med medicinarkollegan, sedermera radiologiprofessorn Torgny Greitz, väckte initialt uppmärksamhet till dess att diktsamlingen avslöjades som en begåvad drift med fyrtyalismens uttrycksformer.

Rubrikens citat kan synas typiskt för Gyllenstens dystra uppfattning om tillvarons livsvillkor. Lättlästa är inte Gyllenstens böcker, men hans författarskap har haft ett stort inflytande på svenskt kulturliv.

Stephan Rössner

professor, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge