

vårdturism. Ett ansiktslyft i Ungern eller en knäoperation under Thailandssemestern? Allt fler reser för att få vård utomlands, men riskerar att på köpet få med sig resistenta bakterier hem. Trots att sjukvårdsindustrin växer finns många olösta frågor som myndigheter inte tagit upp. Regeringen tog heller aldrig chansen att ta upp frågan om resistens när det nya patientrörlighetsdirektivet för EU klubbades. Ansvaret ligger nu hos patienterna.

text: agneta borgström illustration: helena östergren

Okontrollerad industri öppnar för resistenta infektioner

Vid ett frukostmöte den 5 maj i år på Stockholms handelskammare var det glada miner kring kaffet. Det talades om att EU:s sjukvårdsrevolution såg dagens ljus. Siffror visades upp om en kommande marknad med 500 miljoner användare som omsätter 1 200 miljarder euro efter att det nya rörlighetsdirektivet införs i oktober 2013, då européer kan låta operera sig var de vill inom EU. Johan Hjertqvist, vd för Health Consumer Powerhouse, var en av mötets arrangörer.

– Det var en bra diskussion. Sverige bör kunna öka sin värdeexport av högspecialiserad sjukvård genom universitetssjukhusen i Stockholm Care och Uppsala Care. Sverige kommer att ha goda chanser att utnyttja sina fördelar med hög kvalitet på sjukvård och patientskadesystem och försäkringar. Vi har ju också kvalitetsregister

som det inte finns några krav på i övriga Europa, säger Johan Hjertqvist.

Det var i mars som direktivet antogs av ministerrådet och EU-parlamentet. Innebörden blir att det blir lättare för européer att söka vård och också få ersättning för den om till exempel hemlandet inte kan erbjuda vård i medicinskt försvarbar tid. Med dagens svenska vårdköer bedömer ansvariga att flödet av patienter kommer att öka inom Europa. Totalt sett är detta en del av en växande global medicinsk turism som i dag har få ramar att förhålla sig till och är värd hundratals miljarder kronor. Ett av de största är Thailand, som beräknas dra in nästan 90 miljarder kronor år 2014, enligt en prognos från det internationella konsultföretaget Deloitte. Andra stora exportländer är Indien, Singapore och Malaysia men också Ungern

och Grekland. Miljontals patienter väljer att resa för att få vård för att det går snabbare eller är billigare.

En stor risk är att patienter får med sig en svårbotad infektion i bagaget. Men trots all kunskap om härjande MRSA, NDM-1 och liknande hot i många länder blev resistensproblematiken aldrig aktuell i de långa diskussionerna om EU-direktivet.

– Vi har en rörlighet att förhålla oss till som vi inte kan blunda för. Resistensproblematiken har självklart en koppling till den ökade rörligheten. Men resistensfrågan kan inte lösas av att patientrörlighetsdirektivet genomförs. Frågan är så mycket större, säger Maria Nilsson, departementssekre-

terare vid Socialdepartementet samt den som har handlagt rörelsedirektivet.

Hon ser att resistensproblematiken diskuteras på andra plan i EU. För den svenska regeringen var det enligt henne mycket viktigt i förhandlingarna att direktivtexten förhöll sig korrekt till EU-domstolens rättspraxis om gränsöverskridande vård.

Hade det inte varit bra om ni tagit chansen att ta upp resistensfrågan?

– Det var inte en fråga som vi brottades dagligen med när det gäller direktivet. Det viktigaste är att kartan fungerar, säger Maria Nilsson, som lyfter fram att så fort en patient söker vård i ett annat land hamnar också mycket ansvar på dennes axlar. Ansvariga på svenska



Johan Hjertqvist



Inger Andersson von Rosen



2006 tog Thailand emot 1,2 miljoner medicinska turister, Singapore 410 000 och Malaysia 300 000, enligt en rapport från det internationella konsultföretaget Deloitte (Medical tourism, consumers in search of value; 2008). Siffran för Indien var 450 000 år 2007.

Hur många tänker på risken på att få med sig extra souvenirer på resan?

»Det ökande resandet kommer att bli en stor utmaning ...«

myndigheter ser många frågetecken kring den gränslösa vården. Och de tror också att det reella ansvaret hamnar på patienten själv.

– Det ökande resandet kommer att bli en stor utmaning, redan i dag är resorna

ganska omfattande, säger Inger Andersson von Rosen, läkare vid enheten för hälsoskydd och smittskydd på Socialstyrelsen.

EU-direktivet innebär att en svensk patient som söker vård i annat land får ersättning från hemlandet, men om denne skulle skadas ska klagomålen riktas till instanser i det aktuella »vårdlandet«, där rådande försäkringssystem

tar vid. Vart man ska vända sig är information som man själv får ta reda på. Varje patient har dock rätt till eftervård och en behandling i sitt hemland. I de vårdfall, som är relativt få i dagsläget, då ett svenskt landsting re-



Hasse Knutsson

mitterar en patient till en klinik i utlandet gäller däremot de svenska patientskydds- och försäkringssystemen. Om en patient skulle råka insjukna i en resistent infektion på utländsk klinik för det med sig både lidande, eftervård och även risker för andra patienter. I hemlandet kanske en hel sjukhussal har smittats ned som kräver stängning och desinfektion.

– Eftervården och kostna-

vårdturism

derna för detta i Sverige får det svenska landstinget, där patienten är bosatt, stå för. Det är problem som svensk vård får ta, säger Hasse Knutsson, handläggare på Sveriges Kommuner och landsting, SKL.

Just nu pågår djupa diskussioner inför alla olösta frågor i och med det nya patientdirektivet för Europa.

– Det är många områden som inte är klara. Hur ska till exempel direktivet inorporeras med dagens system? Vem ska fatta besluten om vem som får åka och på vilka grunder? undrar Hasse Knutsson.

Ett annat dilemma är vem som i dag har ansvaret att informera en patient före och efter en vårdresa. I dag ligger informationskravet på staten och Försäkringskassan – åtminstone när EU:s vårdregler tillämpas – som kan berätta om vårdlandets försäkringssystem, ersättning och pappershantering för patienter. De har dock inga kunskaper om medicinska frågor och sjukvårdsfrågor som exempelvis resistensläget i landet.

När det gäller vård i EU är det tal om att patienter ska kunna söka övergripande information om vård i utlandet via centrala informationskontor och så kallade nationella kontaktpunkter som kan informera om normer för kvalitet och säkerhet och patienträttigheter. På begäran kan de också få viss information om enskilda vårdgivare. Däremot ingenting om eventuella problem med resistenta infektioner, som är upp till varje sjukhus eller klinik att informera om.

– Om en patient på eget bevåg väljer utlandet följer också ett visst eget ansvar att ta reda på information om sjukhuset eller kliniken i landet, menar Inger Andersson von Rosen.

Agneta Borgström

Svensk läkare föreslår betyg på sjukhus

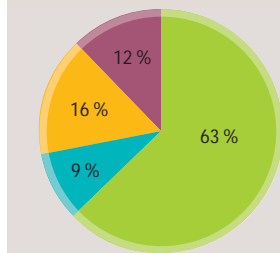
15 procent av MRSA-smittade i Sverige förra året smittades på sjukhus i andra länder. Andreas Heddini efterlyser betygsättning av sjukhus, där till exempel resistensutbrott och vårdhygieniska åtgärder värderas. Det tror han skulle underlätta för patienter och vårdgivare att bedöma vårdkvalitet och vara ett bra incitament för sjukhusen.

Många läkare ser nu hur den växande globala sjukvårdsindustrin kan förvärra resistensproblemen och efterfrågar lösningar. En av dem är Andreas Heddini, chef för det internationella nätverket ReAct, Action on Antibiotic Resistance, som har sin bas vid Uppsala universitet.

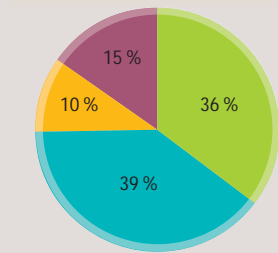
– Ett alternativ skulle kunna vara att skapa ett mätbart system med betygsatta jämförelser för sjukhus i olika länder så att den enskilde patienten och vårdgivaren kan bedöma värden. I bedömningen kan till exempel vårdhygieniska åtgärder, antal utbrott och komplikationer efter operationer, finnas med. Det blir ett incitament för dessa sjukhus att jobba med detta, och de kan leda andra in i arbetet, inte minst för att det finns så mycket pengar i denna sjukvårdsindustri, säger Andreas Heddini, som tillsammans med bland andra forskaren Anthony So, Duke-universitetet i USA, skrev en artikel i BMJ om detta förra hösten.

För sjukhus i länder som drabbas mer av resistenta infektioner, tror Andreas

Anmälda svenska MRSA-fall 2010 där smittan skett i Sverige (687)



Anmälda svenska MRSA-fall 2010 där smittan skett utomlands (595)



Legend: Smittade i samhället (green), Smittade på sjukhus (blue), Smittade inom vården utanför sjukhus (yellow), Övrigt/Inte känt (purple).

Totalt 1580 fall av MRSA anmäldes i Sverige 2010. I nästan hälften av fallen kunde det fastställas att smittan skett i Sverige (687), och i en dryg tredjedel (595 fall) att smittan skett utomlands.

Bland de inhemskt smittade dominerade samhällsförvärvade infektioner (63 procent). Sjukhusförvärvade infektioner drabbade 40 procent av dem som smittats utomlands, att jämföra med 9 procent av de inhemskt smittade.

De länder som hade flest fall av importsmitta var Kina, Irak, Serbien och Montenegro, Filippinerna och Indien.

Källa: SWEDRES 2010 (Smittskyddsinstitutet)

Heddini att det behövs någon form av handikapps-system, som avspeglar lokala förutsättningar, i betygsjämförelserna.

– Förekomsten av resistenta bakterier i vården i lägg- och medelinkomstländer påverkas inte bara av vårdhygieniska program och åtgärder utan också av resistensnivåerna i området. De är ofta högre än i Skandinavien. För att göra en rättvis jämförelse bör man ta med detta i beräkningen, säger Heddini.

Enligt siffror från Strama, Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning, beror en tredjedel av alla MRSA-fall i Sverige på vistelse i andra länder. Att sjukvårdsexport och -import kan medföra smittspridning är odiskutabelt. För drygt ett år sedan drabbades patienter från Storbritannien, Pakistan och många andra länder av den

multiresistenta NDM-1-bakterien efter skönhetsoperationer och andra ingrepp på sjukhus i Indien (se Läkartidningen nr 15/2011, sidan 846). Skrivarierna fick indiska företrädare på olika nivåer att gå i taket, men på nationell nivå började ändå en diskussion om att nå en nationell policy för rationell användning av antibiotika.

– Globalt sett märks en oro-väckande trend med växande resistensnivåer. Växande vårdexportländer som Indien, Thailand, Sydkorea och Kina har samtliga stora problem med resistenta infektioner, säger Andreas Heddini.

Dessutom har dessa länder enligt hans mening svårt att förverkliga policydokument och åtgärder för att begränsa användningen av antibiotika och spridningen av resistenta infektioner.



Men i Europa finns också problem, som syns i data från övervakningssystemet EARS-Net (som publiceras på den europeiska smittskyddsmyndigheten ECDC:s webbplats). När det gäller andelen patienter som får MRSA, meticillinresistent *Staphylococcus aureus*, hamnar till exempel Tyskland på 10–25 procent och Spanien på 25–50 procent. Med sådana data i ett framtida betygssystem är det dock oundvikligt, enligt Andreas Heddini, att vissa länder missgynnas.

– Det är orealistiskt att tro att rörligheten av patienter och tjänster kommer att begränsas. Isolering fungerar inte. Ett betygssystem som accepteras av vårdindustrin kan bli en framåtskridande kraft, eftersom kvalitetsindex kan skapa incitament, säger han.

Reaktionerna på hans artikel i BMJ har hittills varit »försiktigt positiv«. Ingen från WHO eller EU har dock reagerat på förslaget. Ändå ser han EU som »den perfekta plattformen« att först genomdriva ett sådant arbete på, men även organisationen World Medical Tourism Association skulle enligt honom kunna ha ett ansvar för frågan.

Men det finns också de som har invändningar mot att enbart använda sig av kvalitetsjämförelser och andra registerliknande former. En av dem är Boel Andersson-Gäre vid Hälsohögskolan i Jönköping. Hon är projektledare för den svenska delen av det EU-finansierade forskningsprojektet QUASER, som står för Quality and safety in European union hospitals.

– Kartläggningar och jämförelser är viktiga, men de leder inte till så mycket förändring i sjukvården om de inte kombineras med förändringsstrategier. Det är ofta manifesta strukturer som avgör vilka effekterna blir, och i en del kulturer finns det en risk att siffror smusslas undan, spe-



Andreas Heddini



Boel Andersson-Gäre

ciellt om öppenheten riskerar att få ekonomiska konsekvenser, säger Boel Andersson-Gäre.

Därför behövs, enligt henne, kunskap på ett djupare plan om hur man arbetar med förändring och ledning inom sjukvårdssystemen i olika länder.

– Det räcker således inte med punktmätningar av data utan vi behöver också förstå vilken beredskap det finns att hantera och åtgärda olika problem. Kartläggning av mätetal över situationen i dag kan fungera som en trigger att börja arbeta med frågorna, men förmågan till att förhålla sig till resultaten och förbättra blir avgörande för vad som sedan faktiskt sker, säger hon.

Syftet med det nystartade projektet QUASER är att undersöka klinisk effektivitet, patientsäkerhet och upplevelse av sjukhusvården i Sverige, England, Norge, Nederländerna och Portugal. Några sjukhus i varje land ska studeras och resultatet ska på lång sikt, förhoppningsvis, leda till att samarbetet över gränser blir bättre, till exempel att ta hand om frågor som spridning av resistent infektioner. Boel Andersson-Gäre är för övrigt mycket kritisk till den vanliga föreställningen inom EU att sjukvårdssystemet är homogent.

– Så är det ju inte. Sjukvårdsorganisationerna skiljer sig enormt mycket åt mellan länder, därför blir det problem att föra folk över gränser, säger hon.

LT har sökt företrädare för World Medical Tourism Association för en kommentar, men inte lyckats.

Agneta Borgström

Läkemedelsstrategin klar:

Förskrivning av generika i sikte

Rätt läkemedel till rätt patient vid varje enskilt tillfälle. Det är den höga ambitionen i den nationella läkemedelsstrategi som regeringen och Sveriges Kommuner och landsting kommit överens om.

Målet med den nationella läkemedelsstrategin är att lyfta fram var insatser behövs för att läkemedelsanvändningen ska bli mer effektiv och patientsäker. Man pekar ut sju insatsområden som centrala:

- Skapa en bättre och säkrare ordinationsprocess och läggrunden för generisk förskrivning genom nationellt samordnade IT-stöd.
- Öka samsyn och förståelse för ordinerad behandling.
- Utveckla kunskap om och riktlinjer för läkemedel och läkemedelsanvändning för de patientgrupper där detta är mest eftersatt.

- Minska utveckling och spridning av antibiotikaresistens genom en kombination av lokala och globala insatser.
- Utveckla långsiktigt hållbar prissättnings-, prioriterings- och finansieringsmodell för samtliga läkemedel.
- Upprätta en process för ordnat och effektivt införande samt utöka uppföljning av läkemedels användning och effekter.
- Minska läkemedels påverkan på miljön lokalt och globalt.

För varje område föreslås åtgärder samt vilken aktör som har huvudansvaret för att de genomförs.

Michael Lövtrup

Läs mer En längre version av artikeln finns på Lakartidningen.se

»Jag är nöjd med utfallet«

Mikael Rolfs, anestesiläkare och ledamot i Läkarförbundets centralstyrelse, har suttit med i styrgruppen för den nationella strategin. Från ett läkarperspektiv är han nöjd:

– Jag är nöjd med utfallet. Läkemedelsstrategin formulerar ett förändringstryck genom att olika aktörer tilldelas ett specifikt ansvar för olika frågor, säger Mikael Rolfs.

För läkares del föreslås i strategin bland annat en bättre utbildning i läkemedelsfrågor, SK-kurser under ST-utbildningen. Men Mikael Rolfs hoppas även på mer genomgripande förändringar. Under lång tid har han förespråkat att Sverige likt många andra länder övergår till att förskriva läkemedelssubstans i stället för läkemedelsnamn:

– Den nationella läkemedelsstrategin tar oss ett steg närmare en generisk förskrivning. Den benar upp de steg som

måste tas, från substansregister till lagändringar, säger han.

I princip skulle ett förslag till ändring vad gäller generisk förskrivning kunna laggas redan nästa år, påpekar Mikael Rolfs.

– Förarbetet med att se över lagstiftning/reglering måste börja nu för att inte ändring av lagstiftning ska försena införandet av just generisk förskrivning.

Innehåller den nationella strategin några nackdelar för läkarkåren?

– Det är oklart vad TLV:s (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket) möjlighet till att följa upp förskrivning ner på nivån enskild förskrivare är tänkt att leda till – vad för slags granskning och vad dessa uppgifter ska användas till.

Marie Närlid



Mikael Rolfs