



Sociologiska Institutionen  
Lunds Universitet

Sociologi: Magisteruppsats, 15 Hp.

Kurskod: SOCM13

VT 2012

Handledare: Antoinette Hetzler

## Den Nya Patientmobiliteten Över Statsgränser

Pierre Nikolov



**LUND**  
UNIVERSITY

**Pierre Nikolov**

“The New Patient Mobility Across State Borders”

Master Thesis

Department of Sociology

## ABSTRACT

Health care access has always preoccupied human societies. Today citizens can travel abroad to obtain timely and/or affordable health care. Cross-border healthcare regulation has been established in the European Union to facilitate patient mobility and safety. Outside the EU medical travel however remains unregulated. This study thereby seeks to compare EU-regional and global patient mobility, and as well aims to identify the risk dimensions that are connected with patient mobility across borders.

Two EU-regional cross-border healthcare mobility types were identified. One builds on national citizenship rights, while the other is based on EU-citizenship rights. Public sectors in EU-countries can sometimes send patients to other EU-countries for planned treatment, if such services cannot be provided timely within the domestic healthcare system. Agreements between nation-state public sectors include objective quality and safety evaluations. Secondly, while self-organized EU patient mobility in contrast necessitates independent quality and safety evaluations of clinics abroad, EU-nationals at the same time maintain social rights and can be reimbursed for their treatment abroad. The third patient mobility type is global. This entirely self-reliant consumer practice entails subjective risk calculations in an unregulated global healthcare market.

Medical travel across borders can facilitate health care access and independent choice. Health care consumerism however is also bound to several interrelated risk dimensions. National healthcare systems are constituted by variable high security organizational cultures, which depend on familiarity and trust to enable safe and high quality health care provision. Risks include discontinuity of care and medical errors, communication issues and cultural unfamiliarity, and oversight limitations regarding safety and quality standards. While globalization impacts health policy and delivery, this study thus concludes that cross-border healthcare is not a sustainable solution to health care access problems in neither developing nor high-income countries.

Key words: Cross-border healthcare; Medical travel; Medical tourism; Medicinsk turism; Patientmobilitet; Vård utomlands; Gränsöverskridande vård; Globalisering; Risk; Anthony Giddens; Ulrich Beck.

## POPULÄRVETENSKAPLIG SAMMANFATTNING

Människor kan idag välja att söka sig utomlands för sina vårdbehov. I utvecklingsländer som Indien och Thailand har nya specialiserade privata branscher expanderat för att erbjuda sjukvård till utländska patienter. Människor från både andra utvecklingsländer och västvärlden åker exempelvis till länder i Asien och Sydamerika för att köpa medicinsk behandling till överkomliga priser. Inom EU finns det regelverk som skyddar gränsöverskridande patienter. Svenskar som sökt sjukvård i ett annat EU/EES-land kan även ansöka om ekonomisk ersättning från Försäkringskassan. När patienter reser bortom den europeiska gemenskapen saknas motsvarande regelverk och skyddssystem för patientsäkerhet och vårdkvalitet. I denna studie jämfördes därför skillnaderna mellan utlandsvård inom och bortom EU:s gränser. Syftet var också att undersöka den gränsöverskridande patientmobilitetens riskförhållanden.

Studien visar att vi kan skilja mellan två former av utlandsvård inom EU. Den första formen innebär att den egna staten skickar patienter till en annan EU-stat. Utlandsvården bygger i detta fall på nationellt medborgarskap. Här gör den egna offentliga sektorn alla nödvändiga säkerhets- och kvalitetsbedömningar av utlandskliniker. När patienter självständigt åker till annat EU-land och sedan söker ersättning från Försäkringskassan bygger utlandsvården på EU-medborgarskap. Även om EU etablerat regelverk som skall skydda patienter medför denna mobilitetsform uttalat egenansvar vid val av utlandsklinik. Den tredje formen av utlandsvård är global och helt självfinansierad. Här måste patienter genomgående agera som riskkalkylerande konsumenter.

Den gränsöverskridande vården omfattar flera riskförhållanden. Patientmobilitet kan medföra att det medicinska ansvaret blir otydligt. Samordning mellan ”hemma-” och ”utlandskliniker” saknas ofta om den egna offentliga sektorn inte organiserat utlandsvården. När en EU-stats offentliga sektor skickar patienter till ett annat EU-land sker typiskt en omfattande risk och kvalitetsbedömning. Sjukvårdskonsumtion förutsätter däremot egenansvar kring riskbedömningar och samordningen av vårdprocessen. Sjukvården är därtill en komplicerad högriskverksamhet vars organisering varierar kulturellt. Dessa förhållanden, i kombination med bristande internationell reglering, kan sammantaget göra vårdprocessen och patientsäkerheten svåröverblickbar. Internationella sjukhus i utvecklingsländer kan även absorbera lokala resurser och påverka sjukvårdstillgängligheten för lokalbefolkningen. Slutsatsen var att gränsöverskridande vård kan öka valfriheten och accessen till hälso- och sjukvård, men samtidigt kan patientens ställning försvagas till följd av ansvarsförskjutningen och lokala sjukvårdssystem kan likaså belastas av internationell patientmobilitet inom och bortom EU.

## FÖRKORTNINGAR

|       |  |
|-------|--|
| ALS   | Amyotrofisk lateral skleros                            |
| EES   | Europeiska ekonomiska samarbetsområdet                 |
| EG    | Europeiska gemenskapen                                 |
| EK    | Europeiska kommissionen                                |
| EU    | Europeiska unionen                                     |
| FK    | Försäkringskassan                                      |
| FN    | Förenta nationerna                                     |
| IPF   | Internationell patientförmedling                       |
| IT    | Informationsteknik                                     |
| JCI   | Joint Commission International                         |
| MT    | Medicinsk turism                                       |
| OECD  | Organisation for Economic Co-operation and Development |
| SEK   | Svensk krona   |
| SOU   | Statens offentliga utredningar                         |
| SVT   | Sveriges television                                    |
| UNWTO | The World Tourism Organization                         |
| USD   | United States dollar                                   |
| WHO   | World Health Organization                              |

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

|   |    |
|---|----|
| 1 BAKGRUND.....   | 1  |
| 1.1 Tidigare Forskning.....                                       | 2  |
| 1.2 Centrala Begrepp.....   | 4  |
| 1.3 Syfte & Frågeställningar.....                                 | 5  |
| 1.4 Studieavgränsningar.....                                      | 6  |
| 1.5 Disposition.....  | 7  |
| 2 TEORI.....  | 8  |
| 2.1 Lokaliteters Uttänjning.....                                  | 8  |
| 2.2 Abstrakta System & Tillit.....                                | 9  |
| 2.3 Risksamhällets Individualisering.....                         | 10 |
| 2.4 Objektiv & Subjektiv Risk.....                                | 11 |
| 3 METOD.....  | 12 |
| 3.1 Undersökningsdesign.....                                      | 12 |
| 3.2 Undersökningsmaterial.....                                    | 12 |
| 3.3 Analysmetod.....  | 13 |
| 3.4 Reflexivitet.....   | 14 |
| 4 REGIONAL & GLOBAL PATIENTMOBILITET.....                         | 15 |
| 4.1 Regional Gränsöverskridande Vård.....                         | 15 |
| 4.2 Medicinsk Turism som Global Sjukvårdsindustri.....            | 19 |
| 5 PATIENTMOBILITETENS RISKDIMENSIONER.....                        | 23 |
| 5.1 Medicinskt Ansvar & Vårdkontinuitet.....                      | 23 |
| 5.2 Gränslöshetens Dunkla Regelverk & Ojämlighetsproblematik..... | 26 |
| 6 DISKUSSION.....   | 29 |
| 6.1 Framtida Forskning.....                                       | 31 |
| 6.2 Konklusion.....   | 31 |
| 7 KÄLLFÖRTECKNING.....  | 32 |

## 1 BAKGRUND

Förenta nationernas deklARATION om de mänskliga rättigheterna (UN, 1948) och Världshälsoorganisationens konstitution (WHO, 1946) fastställer att rätten till hälsa är en grundläggande mänsklig rättighet. Rätten till hälsa är sammanbunden med *staters* skyldigheter att verka för en tillgänglig hälso- och sjukvård, att understödja hälsosamma och trygga arbetsmiljöer, liksom att skapa förutsättningar för lämpliga boendeförhållanden och nyttig kosthållning (WHO, 2007). Sociologerna Anthony Giddens (2010) och Ulrich Beck (1992) framhåller dock att globaliseringens framfart, på bekostnad av statens politiska och ekonomiska självständighet<sup>1</sup> och förmåga att tillhandahålla sociala förmåner, medfört nya riskförhållanden med tilltagande egenansvarsbetingelser inom de flesta livsdomäner från arbetsliv till familjeliv och hälsa (Johannisson, 2008: 21). Globaliseringen återspeglas även i människors sjukvårdssökande beteenden och handlingsmönster. Patienter kan numera söka sig bortom den territoriella statens system och gränser för att komma åt medicinska behandlingar som är mindre kostsamma, svåråtkomliga eller helt otillgängliga i hemlokaliteten.

Den nya patientmobiliteten över statsgränser har aktualiserats i vetenskapliga publikationer och nyhetsmedia under benämningen ”medicinsk turism” (MT). Kunskapen om detta fält är fortfarande begränsad. När exempelvis SVT-programmet ”Uppdrag Granskning” undersökte svenskars MT-erfarenheter betonades att verksamheten expanderat globalt, men att det också var svårt att komma åt fakta om denna bransch (SVT, 2010). Kunskapsbristen bekräftas i aktuella forskningsöversiktsartiklar (Connell, 2012; Smith, Martínez-Álvarez, Chanda, 2011; Crooks et al, 2010). Internationella organisationer har även börjat uppmärksamma patientmobilitetens expansion över statsgränser. Gränsöverskridande vård har lyfts upp högt på agendan av WHO, EU, OECD och Världsbanken (Glinos, Baeten, Helble, Maarse, 2010: 1146). Patientmobilitet över statsgränser kan urskiljas som både en kvalitativ och en kvantitativ förändring avseende sjukvårdens former, utbredning och tillgänglighet liksom framkomsten av nya intressenter och aktörer (Carrera & Lunt, 2010a: 471). Den nya patientmobiliteten över statsgränser har en flerdimensionell relevans inom samhällsvetenskaplig, hälsovetenskaplig och medicinsk forskning. Gränsöverskridande sjukvård berör frågor om jämlikhet och access till vård, välfärdsstatens förhållande till globalisering och reglering, människors regionala och globala mobilitet,

---

<sup>1</sup> Globaliseringen av produktion och investeringar anses försvaga välfärdsstatens förmåga att utöva penningpolitik, samla in bolagsskatt, organisera handel och produktion, bestämma sitt budgetinnehåll och tillhandahålla sociala förmåner (Castells, 2000: 262-263).

internationella avtal, och aktualiserar centrala frågor om etik, patientsäkerhet och risk, liksom den medicinska turismens betydelse och roll som en utvecklingssektor i låg- och medelinkomststater.

## 1.1 Tidigare Forskning

Världshälsoorganisationen har rapporterat indikationer om att mobila patienter upplever både praktiska och emotionella svårigheter under vårdresor utomlands, liksom osäkerhet kring samordningen mellan ”utlandsklinik” och ”hemmaklinik” (Groene et al, 2009: 15). I en forskningsöversiktsartikel framförs dock följande slutsats: ”... this review has revealed that most of what is known about the patient’s experience of medical tourism is, in fact, speculative, idea-based, or anecdotal in nature” (Crooks et al, 2010: 9). Nya forskningsgrupper i exempelvis England (1), Kanada (2) och USA (3) har inlett forskning om gränsöverskridande vård, men ännu saknas färdigställda systematiska studier. Den internationella patientmobilitetens omfattning är fortfarande okänd, likaså vet vi inte hur behandling utomlands utvärderas, hanteras och upplevs, eller hur patientsäkerheten påverkas av gränsöverskridande vård (Groene et al, 2009: 15).

Aktuella översiktsartiklar understryker att forskningsfältet präglas av empiriska kunskapsgap liksom teoretisk ambiguitet (Connell, 2012; Behrmann & Smith, 2010; Carrera & Lunt, 2010b; Lunt, Hardey, Mannion, 2010; Crooks et al, 2010). Tidigare publikationer har främst *konceptuellt* fokuserat på faktorer som tolkats medföra att människor söker vård utomlands (Crooks et al, 2010: 5). Här framlyfts att patientmobiliteten primärt är kostnadsdriven, i synnerhet för amerikaner som saknar eller har otillräcklig privat sjukvårdsförsäkring. Marknadsföring i USA framlyfter att amerikaner kan spara mellan femtio till nittio procent av operationskostnaderna genom att köpa behandling i Syd- eller Sydostasien (Forgione & Smith, 2007: 29). Förutom kostnadsfaktorn tolkas människor välja vård utomlands för att kringgå långa vårdköer (Crooks et al: 5). Globaliserad sjukvård kan ge access till specialistexpertis som saknas i hemlokaliteten, men likaså erbjuda behandlingsmetoder som är illegala i vissa länder – såsom stamcellsbehandling. I tidigare studier diskuteras även att valet av destinationsland/klinik sannolikt är mångfaktoriellt: destinationslandets rykte och klinikers kvalitet, eventuella språkbarriärer, politisk stabilitet i destinationslandet, huruvida patientens religiösa övertygelser stämmer överens med utlandsklinikens grundvärden, och eventuella personliga förhållanden till destinationslandet – såsom kulturell anknytning (ibid: 6). Tidigare publikationer har även diskuterat patientmobilitetens riskförhållanden. Globaliserad sjukvård tolkas omfatta tre huvudriskområden (ibid: 7). Sjukvården utomlands kan försämra patientens hälsa. Exempelvis kan infektioner uppkomma efter operation i utlandskliniken. Risken att skadas ökar även om behandlingen

omfattar experimentella procedurer. Resan till och från destinationslandet anges vara den andra huvudriskkällan. Sjuka människor kan exempelvis få komplikationer under långa flygresor, såsom blodpropp, och/eller uppleva emotionell stress kring den långa resan (ibid: 7). Det tredje riskområdet härleds till samordningsproblem mellan ”hemmaklinik” och ”utlandsklinik”. Patienter som nekats operation i sin hemmaklinik kan förbigå läkarens bedömning genom att köpa behandling utomlands. Patienten åker härvid utomlands utan nödvändigt pre-operativt stöd och information från sin hemmaklinik, journalföringens kontinuitet störs, och vid hemkomsten saknas oftast en färdig uppföljningsplan för att fastställa om patienten är färdigbehandlad och frisk (ibid: 7-8).

MT-forskaren John Connell (2012: 5) understryker att de mest grundläggande frågorna inom detta fält fortfarande är obesvarade: ”At least four basic issues remain unresolved: what is MT, who are the medical tourists (MTS), how many of them are there and what impact do they have?” Gränsöverskridande vård är ett svårtillgängligt studiefält. Det saknas exempelvis patientorganisationer inom gränsöverskridande sjukvård, patienters vistelse i utlandskliniker är ofta begränsade till några veckor, och sjukhusen i denna bransch skyr oberoende granskning. Enligt Connell (2012: 5) omfattar denna mångdimensionella problematik både involverade sjukhus och stater: “No countries produce official data on medical tourism, since they have no means of collecting them, and no hospitals release data verified by an independent body. The numbers stated by some countries and hospitals are substantial exaggerations, but inflated figures imply growth and success, and encourage private sector investment and national support”.

Det globala ”sjukvårdsutbudet” är dock omfattande. Mer än femtio länder hänvisar officiellt till medicinsk turism som en del av samhällsekonomin och exportnäringen (Todd, 2011: 4). Kina, Sydafrika och postsovjetiska stater tar emot alltfler utländska patienter. Sjukhus i Sydkorea och Tyskland liksom sjukhus i fattiga länder som Egypten och Mexiko konkurrerar på den globala ”sjukvårdsmarknaden”. Dubai har byggt ett specialiserat sjukvårdsområde kallat ”Dubai Healthcare City” som konkurrerar om internationella patienter i Asien. Området har mer än 100 specialistkliniker, inkluderar forskningscentra, idrottsmedicin, kosmetisk kirurgi, terapeutiska spa, liksom anslutande lyxhotell och lägenheter med många möjligheter till rekreativa aktiviteter, såsom golf (Reisman, 2010: 169). Att självständigt navigera rätt och organisera vårdresan på en ”global marknad” kan vara högst komplicerat. För att tillmötesgå detta behov har en ny bransch utvecklats: internationell patientförmedling (IPF).

Inom IPF-branschen är den digitala närvaron central för att locka potentiella kunder. IPF-företags hemsidor är vältillgängliga, och det har publicerats flera *empiriska* undersökningar om hur IPF-företag framställer medicinsk turism. I en studie av amerikanska IPF-företags hemsidor



framkom att kostnadsargumentet var vanligast, hälften av IPF-företagen uttryckte att sjukvården som erbjuds utomlands är högkvalitativ, och tjugofem procent nämnde att vårdköer saknas (Mason & Wright, 2011: 170). I motsats uppvisades genomgående en mycket låg tendens att presentera information om patientsäkerhet och komplikationer, legala skydd, och post-operativ uppföljning. Att IPF-företag huvudsakligen väljer säljfrämjande argument och undviker att diskutera patientmobilitetens risker påvisades även i en senare kanadensisk IPF-studie (Penney et al, 2011). I en annan IPF-studie jämfördes gränsöverskridande ”sjukvårdsutbud” via IPF-företags hemsidor från Nordamerika, Central- och Sydamerika, Asien, Afrika och Europa (Baloglu & Cormany, 2011: 713-714). Här framkom att Nordamerikanska IPF-företag erbjuder ”sjukvårdstjänster” till fler länder i jämförelse med IPF-företag från andra kontinenter, och att det är vanligare att nordamerikanska IPF-företag antar ansvar för att patientjournaler skickas mellan kliniker liksom hanteringen av olika finansieringsalternativ för resor och behandlingarkostnader. I en kanadensisk studie intervjuades IPF-företagsrepresentanter om sina klienter. Här framfördes att de flesta kanadensare som söker vård utomlands via IPF-företag är 40-65 år med en jämn fördelning mellan män och kvinnor (Johnston et al, 2011: 4). Studien visade att yngre människor huvudsakligen efterfrågar kosmetiska procedurer. IPF-företagen arbetade med människor från olika socioekonomiska bakgrunder, men de flesta kunderna hade medelklassbakgrund. En IPF-företagsrepresentant differentierade mellan tre typer av mobila patienter: ”We find that there are three classes of people who want to do medical tourism. There are those who want to save time. There are those who want to save money. And there are those who want treatments that are not available anywhere else in the world” (Johnston et al, 2011: 5).

## 1.2 Centrala Begrepp

Medicinsk turism är ett *samlingsbegrepp* som hänvisar till verksamheter och förfaranden i samband med att människor reser utomlands för att komma åt hälso- och sjukvård, tandvård eller estetisk plastikkirurgi och ingrepp till lägre priser, för att undvika långa vårdköer, eller för att komma åt behandlingar som är otillgängliga eller illegala i hemlandet. Läkarna Arnold Milstein och Mark Smith (2006: 1637) har i ”The New England Journal of Medicine” framfört kritik om att, i deras ord, ”America’s new refugees”, som söker nödvändig vård utomlands för att undvika fattigdom, sammanfogas begreppsmässigt med charterturister som efterfrågar ”skönhetsingrepp” och tandvård till lägre priser under solsemestern. Sociologen John Urry (2002: 2) understryker att *turism* i sin grundform är en fritidsverksamhet som existerar i motsatsrelation till organiserat arbete. Fritidsaktiviteter möjliggör separation från arbetslivet och vardagens rutiner, och är ofta

en av den moderna människans källor till vila och avslappning. Att vara sjuk är påfrestande och kan vara djupt oroande. Patienter är ofta sårbara och befinner sig i en utsatt situation. Turismassociationen framstår därför som både bristande och olämplig. ”Medicinsk turism” har ändå etablerats som huvudbegrepp inom de flesta akademiska publikationer och framför allt i media. I detta avseende poängterar Connell (2012: 5) att mångfalden av intentioner, procedurer och vistelsetider som omfattar den gränsöverskridande vården, liksom variationen av socioekonomiska förhållanden och arrangemang som ansluter till den nya patientmobiliteten över statsgränser, gör det osannolikt att konsensus kan uppnås kring en definition.

I denna uppsats tillämpas begreppet *patientmobilitet* för att undvika turismassociationen. Enligt hälso- och sjukvårdsjuridikexperten Lena Rönnerberg (2005) är begreppet *patient* odefinierat i svensk lagtext. Regeringsrätten har konstaterat att patientbegreppet bör ges en bred betydelse och innefatta alla som tar kontakt med hälso- och sjukvården avseende sitt hälsotillstånd (ibid: 220). Med patientmobilitet avses härmed passivt och aktivt aktörskap avseende vård sökande handlingsmönster bortom ”hemmakliniken”. Patientmobilitet över statsgränser framförs härvid som en territoriell löskoppling ifrån den traditionella välfärdsstatens gränser och lokala sjukvårdsarrangemang.

Välfärdsstaten är också svåravgränsad. Enligt sociologen Gøsta Esping-Andersen (1990: 21) är välfärdsstatens funktion att erbjuda sociala rättigheter som bygger på medborgarskap istället för individens prestationer i en marknadsekonomi. Industrialiseringens expansion medförde att välfärdsstater därvid utvecklade olika institutionella arrangemang för att *de-kommodifiera* den territoriella medborgarens förhållande till arbetsmarknaden. Om välfärdsstaten däremot utvecklas i en motsatt riktning – kommodifiering – blir medborgarna alltmer *marknadsberoende* för sin överlevnad (ibid: 22). Kommodifieringsbegreppet är centralt i denna uppsats, eftersom patientmobiliteten exponerar en generell förändringstrend där marknaden blivit allt viktigare för accessen till grundläggande sociala rättigheter (Dingeldey, 2007). Risk och globalisering liksom andra centrala begrepp, såsom individualisering och egenansvar, tillit och samhälls(expert)system, är också relaterade till denna utveckling. Dessa begrepp måste dock placeras i ett bredare teoretiskt sammanhang, och introduceras därför i nästföljande teorikapitel.

### 1.3 Syfte & Frågeställningar

Hälsa är en mycket viktig del av människors liv. Nationella undersökningar har sedan slutet av 1980-talet visat att Sveriges befolkning främst upplyfter hälsa, sjukvård och den offentliga sektorns kvalitet som de viktigaste frågorna (Holmberg & Weibull, 2001: 9; Brülde & Nilsson,

2010: 12-13). Access till hälso- och sjukvård har befästs som en grundläggande social rättighet, men långa väntetider har varit svensk sjukvårds akilleshäl sedan början av 1980-talet (Hanning, 2005: 9). Medan svensk hälso- och sjukvård är högkvalitativ, visar ”Health Consumer Index” för år 2012 att access till sjukvård i Sverige tillhör EU:s bottenskikt (HCI, 2012: 9). Idag söker svenska patienter vård utomlands och utländska patienter reser till Sverige för att komma åt medicinsk behandling (SR, 2009; FK, 2007). Enligt EU-direktiv kommer Sverige även att lagstifta om patientmobilitetsrättigheter under år 2013 (Regeringen, 2012). Lagstiftningen avser understödja patientmobilitet inom den europeiska gemenskapen (EK, 2012). Trots att den gränsöverskridande vården är reglerad inom EU, är kunskapen om patientmobilitet inom och bortom EU fortfarande ytterst begränsad (Connell, 2012: 11). Målsättningen i denna studie är därför att explorativt jämföra EU-regional och global patientmobilitet i relation till den svenska sjukvårdskontexten.

EU-medborgare garanteras grundläggande sociala rättigheter och skyddssystem vid inomregional gränsöverskridande vård. Bortom EU saknar gränsöverskridande patienter motsvarande rättigheter och skyddssystem. Global patientmobilitet är genomgående kommodifierad och förutsätter egenansvar och individuellt beslutsfattande i förhållande till olika riskförhållanden inom hälso- och sjukvård. Syftet i denna studie är därvid att dels jämföra och beskriva EU-regional och global patientmobilitet, och dels att problematisera vilka riskförhållanden som ansluts till regional och global gränsöverskridande sjukvård. Följande frågeställningar behandlas i studien:

- Vad kännetecknar patientmobilitet inom EU i jämförelse med global patientmobilitet?
- Hur beaktas patientsäkerhet och vårdkvalitet i gränsöverskridande sjukvård?

#### 1.4 Studieavgränsningar

Patientmobilitet och sjukvård över statsgränser är en kontroversiell förändringsprocess. Sjukvården uppfattas fortfarande vara välfärdsstatens sista traditionella ansvarsområde (Kemshal, 2002: 42). Oavsett vår normativa position härom är förändringen reell och påvisar nya sjukvårdssökande handlingsmönster bortom hemlokaliteten, liksom löskopplingar från traditionella hälso- och sjukvårdsarrangemang. Avsikten i studien är inte att framföra normativa argument för eller emot gränsöverskridande vård eller medicinsk turism, utan syftet är att avgränsa och kritiskt beskriva patientmobilitetens villkor och förutsättningar.

Studiens explorativa syfte behandlar endast patientmobilitet som involverar *planerad* professionell vård utomlands. Sjukvård i samband med arbete, studier eller rekreation utomlands, eller andra resor där medicinsk behandling inte är det primära ändamålet, tas inte upp i denna studie. "Hälsoturism" som involverar exempelvis alternativ medicin, spa och kurorter behandlas likaså inte i denna studie.

## 1.5 Disposition

I nästa kapitel genomgås studiens teoretiska utgångsram. Här läggs tonvikten på sociologisk teori som kan hjälpa oss förstå patientmobilitet över statsgränser. I det tredje kapitlet genomgås studiens metod. Här efter följer två analysavsnitt. Först analyseras och jämförs patientmobiliteten regionalt och globalt. Därefter redogörs för patientmobilitetens riskdimensioner med förankring i det föregående analysavsnittet. I det sista kapitlet diskuteras analysresultaten, och avslutas med förslag på framtida forskning liksom konklusioner.

## 2 TEORI

I teoriavsnittet har jag valt att primärt ansluta till Anthony Giddens och Ulrich Becks risk- och globaliseringsteorier. Deras teser kan hjälpa oss att teoretiskt förankra patientmobiliteten över statsgränser med en globaliserad samhällsutveckling som kännetecknas av individualisering, mobilitetsprocesser, marknadsberoende och riskprofilering.

### 2.1 Lokaliteters Uttänjning

Vi tycks leva i en ”skenande värld” som sedan årtionden omformas av ekonomiska, politiska, sociala och teknologiska förändringar (Giddens, 2010: 20). Världen präglas av interdependens, avstånden krymper, och skeenden i en del av världen kan snabbt få globala konsekvenser (Bauman, 2008: 71). Giddens (2010: 28) framhåller att globaliseringen kännetecknas av olika komplexa *processer* som både samverkar och motverkar varandra. Sådana processer omfattar eskalerad mobilitet av människor, idéer, varor och tjänster över statsgränser, utökad interaktion över tid och rum, framkomsten av nya intressenter, liksom statens reducerade maktinflytande och tillbakagång som identifikationsbas. Gränsöverskridande sjukvård kan därvid positioneras som en ny globaliseringsprocess som aktualiserar mobilitetens utbredning i vardagslivet liksom välfärdsstatens kontrollförlust.

Beck (1998: 36) påminner oss samtidigt att globalisering både är ett av de mest brukade och missbrukade begreppen. Giddens (1996: 66) inramar globaliseringens beskaffenhet genom att differentiera mellan traditionella och moderna samhällen. Det traditionella samhällslivet var begränsat i tid och rum, och präglades av samnärvaro. Moderniteten kännetecknas istället av ett avståndsskapande som bryter upp lokalitetens isolering och möjliggör sociala interaktioner och former över avstånd i tidsrummet. Globaliseringen anses därvid eskalera förutsättningen för världsomspännande sociala interaktioner som inte var möjliga i tidigare mer samnärvaroformade samhällen. Globaliseringen intensifierar såtillvida *uttänjningen* av lokala och distanta sociala förhållanden och sammanhang (ibid: 66). Uttänjningen innebär inte att lokaliteten upplöses eller ersätts av opersonliga förhållanden, utan den rumsliga erfarenhetens sammansättning förändras istället så att närhet och distans förenas på nya sätt (ibid: 132). Medan exempelvis äldre stadsdelar kan raderas och ersättas av multinationella företags standardiserade kontorsbyggnader, kan andra områden i samma stad saneras och återskapa lokalmiljön.

## 2.2 Abstrakta System & Tillit

Människors resande över omfattande geografiska avstånd för hälsorelaterade ändamål är inte ett uteslutande modernt fenomen. I Antikens Grekland liksom i Romarriket genomförde förmögna medborgare långa resor för att komma åt läkande behandlingar och källor i perifera kurorter (Cortez, 2007: 121; Reisman, 2010: 1). Under exempelvis 1600-talet reste välbärgade européer till olika spa och specialiserade sjukhus vid Nilen (Burkett, 2007: 226). Historien visar att resandet över längre avstånd alltid varit resurskrävande, och reserverat för de övre samhällskikten. Utlandsresor i form av turism var tillgängliga för en relativt begränsad elit, och fungerade som en social statusmarkör (Urry, 2002: 16). I takt med transport- och kommunikationsteknologins samhällsrevolutionerande utveckling har resor över regioner och kontinenter blivit ”demokratiserade”. Idag är massturismen en växande global biljonindustri (UNWTO, 2012). Massturismens uppkomst speglar moderna samhällets utveckling, eftersom människors tilltagande mobilitet har möjliggjorts av ekonomiska förändringar, urbanisering, utvecklingen av infrastruktur liksom förändrade attityder (Urry, 2002: 124).

Den historiskt komplicerade resan över statsgränser har i modern tid blivit förhållandevis okomplicerad. När vi reser utomlands behöver vi endast begränsad kunskap om pass, visum, flygplatser och destinationer (Giddens, 1996: 109). Vi behöver exempelvis ingen detaljkunskap om hur ett flygplan manövrerar före landning. Giddens (1996: 84) menar att detta förhållande möjliggörs av vår *tillit* till s.k. *abstrakta expertsystem*. Utan tilliten till dessa system skulle vårt moderna leverne inte vara möjligt. Tilliten till olika abstrakta expertsystem gör att vi inte behöver inneha djup kunskap för att kunna delta i komplexa sammanhang – såsom sjukvård eller flygresor. Detta förhållande möjliggör vår vardagliga trygghet – den s.k. ontologiska tryggheten (ibid: 91). Giddens (1991: 28) poängterar att expertsystemen inte endast avser teknologisk expertis, utan inbegriper likaså sociala relationer och självetvets intima sidor. Läkare, terapeuter och rådgivare är såtillvida minst lika viktiga representanter för expertsystemens beskaffenhet.

Giddens (1996) framför vidare att vår livsnavigering bestäms av en komplex dynamik som både omfattar tillit till abstrakta system och ett reflexivt förhållningssätt som gör att vi ständigt ifrågasätter auktoriteter. Denna dynamik anses skapa ett behov för regelbunden riskkalkylering. Patientmobilitet över statsgränser är ett exempel som inbegriper riskprofilering utifrån upplevd tillit till abstrakta system. Mobila patienter kan exempelvis utnyttja ovan nämnda ”patientförmedlingsföretag” som en form av stödjande expertsystem för att komma åt sjukvård utomlands. Om potentiella mobila patienter låter dessa företag ombesörja kontakten med utlandsklinikerna och övriga praktiska arrangemang, krävs det därvid inte omfattande kunskaper

för att åka till en annan kontinent och genomgå en operation. Medan återkommande möten med representanter för abstrakta system – såsom läkare – kan skapa tillitsförhållanden som bygger på familjaritet är det, poängterar Giddens (1996: 85), just *nya möten* med experter som aktiverar vår reflexiva försiktighet och riskkalkylering.

## 2.3 Risksamhällets Individualisering

Ulrich Beck (1992) framför en tes om att teknologins och byråkratins utveckling liksom ekonomins tillväxt har genererat en senare form av moderna samhällen som alstrar självskapade risker och problem – t.ex. miljöförstöring, skadlig strålning, farlig mat och påfrestande stressorer. Dessa riskförhållanden anses drabba alla samhällsmedlemmar oavsett socialklassstillhörighet. Riskfenomenet återspeglar det som människor inte längre kan kontrollera (Johannisson, 2008: 20). Detta risksamhälle kolliderar med etablerade värderingar och attityder som burit traditionella sociala institutioner, såsom familjen och kyrkan. Risksamhällets självdestabiliserande förhållanden skapar därvid en s.k. ”reflexiv modernisering”, vilken medför självkonfrontering i en värld präglad av osäkerhet och reducerad förutsägbarhet. Beck (1994: 6-8) menar att denna löskoppling ifrån traditionella sociala former och åtaganden tvingar individen till nya livsvägar. Här måste individen såtillvida förlita sig till sina egna resurser och utforma sitt livsprojekt för att inte utestängas ifrån samhällets kulturella och ekonomiska resurser (Johannisson, 2008: 19).

Enligt Beck (1992: 94) medför dessa förändringsprocesser ett ökat *egenansvar* liksom ett marknadsberoende inom alla livsdomäner. I risksamhället förutsätts en mobilitetsberedskap i de flesta avseenden – såsom arbete, anställningsform och boende (Öhman, 2009: 106). Risksamhällets individualisering skapar arrangemang som förutsätter en förhållandevis obunden relation till både gamla och nya sociala band, familj och vänner. Livsbiografen blir ett självständigt projekt, och genom urbäddningen från gamla socialklassstillhörigheter blir individen ensamt ansvarig för sitt liv (ibid: 107). Här blir hälsan, eller ohälsan, skriver idé- och lärdomshistorikern Karin Johannisson (2008: 19), ett mått på individens förmåga att dels leva upp till höga prestationer och egenskaper såsom effektivitet, flexibilitet och social kompetens, och dels förmågan att förtränga osäkerheter, nedstämdhet och oro. Hälsan har som arbetet, familjen och hemmet blivit ett projekt där det gäller att hålla sig informerad, övervaka faror, studera förpackningar, äta rätt, undvika rätt och göra allt som kan göras (ibid: 21). I exempelvis TV-programmet ”Plastikturisterna” berättade en svensk kvinna, som reste till Thailand med sina sista sparade pengar för att genomgå omfattande estetisk plastikkirurgi, att hennes förhoppning var att utseendeförändringarna skulle öka hennes chanser till att få jobb (Ekelund, 2011).

## 2.4 Objektiv & Subjektiv Risk

Giddens och Beck lyckas att *teoretiskt* integrera individualiseringsprocesser och egenansvar, utökad mobilitet, beroendet till abstrakta system, riskprofilering och ett reflexivt förhållningssätt i relation till globaliseringsprocesser och ett utökat marknadsberoende i vardagslivet. Hälso- och risksociologen Deborah Lupton (2006) menar dock att dessa teorier förutsätter en rationellt riskkalkylerande reflexivitet. Denna konsumentsubjektsposition kan vara svår att fullfölja i en sjukroll. Smärta och sjukdom, liksom emotioner av rädsla och ångest gör det ofta svårt att ägna sig åt rationellt riskkalkylerande konsumentpraktiker. Lupton (2002: 366) poängterar: “The privileged representation of the patient as the reflexive, autonomous consumer simply fails to recognize the often unconscious, unarticulated dependence that patients may have on doctors. ...Some people may adopt to such situations in which loss of control seems imminent by adopting the consumerist position; others prefer to allow an authoritative figure to take over”.

Riskfenomenet avgränsas variabelt inom olika forskningsdiscipliner. Risksociologen Anna Olofsson (2009: 41) poängterar att vi kan skilja mellan objektiva och subjektiva riskperspektiv. Det senare perspektivet söker att förklara allmänhetens riskuppfattningar. Objektiva risker förmedlas däremot av samhällets experter, och kan inbegripa allt från varningar om ohälsosam kost till resmål i politiskt instabila regioner. Intresset för allmänhetens riskuppfattningar kan spåras till psykologiska riskperceptionsstudier som initierades under slutet av 1960-talet. Studierna ämnade mäta hur människor uppfattar risker och agerar under krissituationer (ibid: 42). Målet var att förvärva kunskap för att kunna påverka och förändra människors beteenden vid exempelvis krissituationer. Numera är det påvisat att det inte finns enkla samband mellan individens riskperception och beteende (ibid: 42-43). Trots att det exempelvis är allmänt känt att rökning är ohälsosamt börjar många människor röka varje år. Därför inkluderas numera sociala, ekonomiska och kulturella förhållanden vid studiet av subjektiv risk. Här upplyfts tillit och förtroende, liksom normer och värderingar, som avgörande för människors subjektiva riskuppfattningar (ibid: 56-57). Risk är därvid ett omfångsrikt fenomen som alltid förekommer i ett samhälleligt sammanhang. Olika föreställningar, värderingar och samhällsintressen påverkar eller styr hur risker identifieras, bemöts och upplevs (Johannisson, 2008: 19-20). Tilliten styr oftast huruvida förhållanden och situationer bedöms som riskfyllda, vilket är avgörande i exempelvis relationen mellan patient och läkare. I situationer där patienten däremot till fullo litar på läkaren aktiveras inte tillit, eftersom patienten är övertygad om utfallet – s.k. förvisning (Olofsson, 2009: 57).



## 3 METOD

### 3.1 Undersökningsdesign

Forskningen om gränsöverskridande vård befinner sig i ett tidigt stadium. Patientmobilitet är därtill ett svårtillgängligt studiefält. Det var inte möjligt att inhämta primärmaterial i denna studie. Fältaccess till sjukhusmiljöer utomlands och gränsöverskridande patienter är dels förenat med forskningsetiska procedurer och är dels resurskrävande, vilket gör det svårt att studera regional och global patientmobilitet i en examensuppsatskurs. Därför valdes en explorativ och kvalitativ komparativ ansats för att inrama en djupare förståelse av förhållanden och dynamiska processer som omfattar undersökningstemat i denna studie (Creswell, 2007: 39). Komparativa studier kan tillämpas för att påvisa skillnader, och utifrån ett helhetsperspektiv fånga faktorer och förhållanden som påverkar social och politisk förändring (May, 2001: 248). Studiet av gränsöverskridande vård i EU och global medicinsk turism undersöktes som två ”mest olika fall” (Esaiasson et al 2012: 104): gränsöverskridande vård utanför EU är typsikt en oreglerad verksamhet, medan patientmobilitet inom den europeiska gemenskapen är reglerad (Connell, 2012: 11). Forskningen om gränsöverskridande vård präglas inte bara av bristande empiriska underlag, men även av teoretiska otydligheter. Studien har därvid också en teoriutvecklande funktion utifrån ambitionen att dels identifiera och avgränsa olika patientmobilitetstyper, och dels att binda dessa till anslutande riskförhållanden.

### 3.2 Undersökningsmaterial

När undersökningsmaterial insamlas kan vi välja snävt eller ”fiska brett” (Esaiasson, 2012: 220). Den senare strategin valdes eftersom utbudet av forskningspublikationer om gränsöverskridande vård och medicinsk turism inte är omfattande. I denna studie har huvudsakligen två typer av sekundärmaterialkällor inhämtats. Trettio två refereegranskade artiklar om gränsöverskridande sjukvård och medicinsk turism analyserades utifrån ambitionen att klargöra vad som karakteriserar regional och global patientmobilitet och dess involverade riskförhållanden. Artiklarna hämtades från vetenskapliga tidskrifter som tillämpar kollegial fackgranskning för vetenskaplig standard och objektivitet. Artiklar söktes via elektroniska databasresurser vid Lunds universitet. Tidskrifterna representerade många olika forskningsområden: etik, juridik hälsovetenskap, medicin, socialpolitik, informationsteknologi, turismstudier, utveckling och

globalisering. Sökningarna upprepades regelbundet under en termin. Följande huvudsökord tillämpades: Medical tourism; Medical travel; Cross-border healthcare; Patient mobility; Healthcare globalisation; Care abroad.

Merparten av de inhämtade artiklarna behandlade ”medicinsk turism” ur nordamerikanska och globala perspektiv. Att få referegranskade artiklar berörde patientmobilitet inom EU skapade skevheter i undersökningsmaterialet. För att dels anknyta undersökningen till den svenska kontexten, och dels för att inkludera gränsöverskridande vård inom EU inhämtades även officiella rapporter och dokument från EU, Socialstyrelsen, Försäkringskassan, Statens Offentliga Utredningar och andra relevanta organisationer som WHO och OECD. Utöver detta huvudmaterial beaktades Uppdrag Granskning undersökning om svenskars erfarenheter av medicinsk turism i EU (SVT, 2010), respektive Kanal 5:s TV-serie ”Plastikturisterna” (4) där det förekommer inslag om svenskars erfarenheter av medicinsk turism i Thailand. Dessa TV-program studerades inte djupgående, utan dessa källor tillgodosåg en mer kompletterande bakgrundsförståelse om interaktioner mellan patienter, sjukvårdspersonal, IPF-företag och andra aktörer liksom omgivningarna i destinationsländerna. Att undersökningsmaterial genererades från en mångfald av källor betraktades vara en fördel för analysens tillförlitlighet och möjligheten att besvara forskningsfrågorna (Esaiasson, 2012: 288).

### 3.3 Analysmetod

Det insamlade artikelmaterial lästes upprepat under den bekantgörande fasen (Dahlberg, 1997: 110). Härefter kategoriserades undersökningsmaterialet utifrån respektive artikeltema. Vissa artiklar med hög relevans för undersökningssyftet, såsom patientmobilitet inom EU, fick en framträdande position i analysarbetet, medan många andra artiklar exkluderades till följd av att samma tema och innehåll redan upprepats i tidigare genomgångna artiklar. Denna procedur bekräftade också att forskningsfältet är smalt trots att artiklar hämtats från tidskrifter med skilda vetenskapliga inriktningar. När materialet framstår som en mer känd helhet, börjar fenomenets olika delar att framträda under analysfasen (ibid: 110). Som Dahlberg (1997: 111) poängterar, präglas analysen av frågorna som ställs till analysmaterialet, liksom vad som sägs och vad innebörden är i texten. Den teoretiska ramen – framför allt tillit, abstrakta system och risk – tillämpades för att ställa frågor och tolka undersökningsmaterialets innehåll och förmedlade betydelser.

När vi ägnar oss åt forskning påverkas vi av våra ontologiska uppfattningar om världens beskaffenhet, och epistemologiska övervägande rörande kunskapens natur och begränsningar

(Creswell, 2007: 19). I analysarbetet var ambitionen att tolka undersökningsfenomenen i relation till varandra. Pierre Bourdieu och Loïc Wacquant (1992: 97) betonade: "...the real is relational: what exists in the social world are relations...". Teoretiska begrepp som globalisering och risk är inte oberoende fenomen, utan tolkas omfatta både aktörskap och strukturella förhållanden. I denna studie har strukturella förhållanden prioriterats, eftersom det inte var möjligt att inhämta primärmaterial från aktörsnivån. Ambitionen i analysarbetet var ändå att relatera den strukturella nivån till förhållanden och villkor på aktörsnivån.

### 3.4 Reflexivitet

Som samhällsvetare påverkar och påverkas vi av våra studiefält. Därför är det grundläggande att reflexivt beakta hur forskarens sociala positioneringar och internaliserade strukturer kan inverka på analysresultat och tolkningar (Deer, 2008: 201). Trots att många år passerat sedan jag arbetat inom sjukvården har kombinationen av utbildning, legitimation och klinisk yrkeserfarenhet djupt internaliserat ett etiskt förhållningssätt inför hälso- och sjukvårdsfrågor. Min tolkning är dock att nämnda erfarenheter varit ett betydande kunskapsstöd i analysarbetet, utan att normativa uppfattningar övertagit tolkningsförfarandet. Max Weber menade att samhällsvetarens roll innebär att exponera för- och nackdelar med olika medel, och att diskutera sociala, ekonomiska och politiska kostnader i olika valsituationer. Samtidigt poängterade Weber att samhällsvetare inte skall instruera människor om vad de bör sträva efter (May, 2001: 74). Värderingar är en del av samhällsvetenskapen. Att i denna studie fokusera på riskförhållanden är en sådan värdering i relation till forskningsfältets tidigare kunskapsproduktion. Vi är beroende av värderingar inom samhällsvetenskapen, men samtidigt måste vi explicit undvika att personliga och ideologiska värderingar påverkar tolkningar eller styr forskningsresultaten. Studien avser därvid varken rådgöra om människors val eller argumentera för eller mot gränsöverskridande sjukvård. När patientmobilitetens riskdimensioner diskuteras i studien är avsikten istället att kritiskt blottlägga relationella förhållanden som uppbär denna realitet.

## 4 REGIONAL & GLOBAL PATIENTMOBILITET

Analysen är uppdelad i två huvudavsnitt. Det första avsnittet är en beskrivande analyspresentation där patientmobilitet inom den europeiska gemenskapen jämförs med global patientmobilitet. I det andra avsnittet problematiseras och åskådliggörs patientmobilitetens riskdimensioner utifrån den första delanalysen om europeisk och global patientmobilitet.

### 4.1 Regional Gränsöverskridande Vård

Inom EU har privata eller frivilliga försäkringar låg betydelse för tillgängligheten och finansieringen av hälso- och sjukvård. Sådana försäkringsformer omfattar mindre än fem procent av sjukvårdskostnaderna i de flesta EU-länder (Mossialos & Thomson, 2004: 16-17). Även om privata sjukvårdsmarknader expanderat i EU till följd av långa väntetider inom den offentliga vården, är merparten av sjukvården inom den europeiska gemenskapen fortfarande dekommodifierad. Mobila patienter från den europeiska gemenskapen rör sig därvid inom regionen som *medborgare* från välfärdsstater med sociala rättigheter. Baserat på medborgarskap kan vi därför differentiera mellan två regionala patientmobilitetstyper. Den första typen utgörs av kontrakterade arrangemang mellan stater där en europeisk stat köper sjukvård från en annan europeisk stat (Glinos, Baeten, Maarse, 2010: 103-104). När den offentliga sjukvården inte kan hantera långa vårdköer söker den offentliga sektorn primärt att köpa vårdplatser från den inhemska privata sektorn. Om den inhemska privata sektorn däremot är begränsad eller oförmögen att hantera ett större patientinflöde, kan den offentliga sektorn välja att köpa vårdplatser utomlands.

Innan mellanstatliga eller mellanregionala vårdavtal sluts bedöms vårdkvaliteten i utlandskliniken i relation till den inhemska kvalitetsstandard. Dessa bedömningar är omfattande och inbegriper exempelvis undersökningar om sjukvårdspersonalens dokumenterade erfarenheter och kompetens, om sjukvårdspersonalen har adekvata språkkunskaper, och hur patienternas resa kan göras så kort och bekväm som möjligt (Glinos, Baeten, Maarse, 2010: 108). Härutöver beaktas även utlandsklinikens prissättning, anseende, tidigare patienterfarenheter liksom tidigare samarbeten mellan parterna. När avtalsförhandlingar initieras inspekteras utlandsklinikens kvalitet, hygien, säkerhetsstandarder, administration, logistik och finansiella status. Därtill skickas endast patienter som klarar av en utlandsresa, och som frivilligt väljer att tillfälligt utlokaliseras utomlands. Sjukvården utomlands liksom involverade resor är även

kostnadsfria för patienten (ibid: 108). Objektiva riskbedömningar och valet av utlandsklinik görs såttillvida av den egna territoriella statens sjukvårdsexpertsystem. Trots att detta vårdval innebär en tillfällig löskoppling ifrån hemmakliniken, garanterar den egna territoriella statens sjukvårdssystem att patienten ändå får en säker och minst lika god vård utomlands.

Det är ovanligt att svenska landsting köper sjukvård utomlands. Detta förekommer vanligtvis vid bristsituationer, såsom resursbrist vid krissituationer eller vid saknad specialistkompetens (SVT, 2008). Inom Öresundsregionen har det etablerats samarbeten inom högspecialiserad vård. För att korta väntetiderna för bypass-operationer i Lund slöts ett avtal år 2001 om att Gentofte sjukhus på Själland skulle ta emot patienter från Lunds universitetssjukhus (Regeringen, 2003: 110-111). När två skånska patienter dock utlokaliserades till Danmark till följd av överbeläggning<sup>2</sup> i Malmö sjukhus beskrev en överläkare detta som ett misslyckande: ”I förra veckan tvingades vi att skicka två patienter till Köpenhamn. Det är en extrem situation att behöva sända iväg någon utanför det egna landet och det har även hänt vid ett par tillfällen tidigare” (citerad i Forsell, 2012). Jämförelsevis är det vanligare att den offentliga sektorn i andra EU/EES-länder skickar patienter mellan kliniker över statsgränser. Under perioden 2002-2004 utlokaliserades ca 1000 danska patienter utomlands – huvudsakligen till Sverige och Tyskland (Glinos, Baeten, Maarse, 2010: 105). Under samma period utlokaliserades dock 40 000 danska patienter från den danska offentliga sektorn till den danska privata sjukvårdssektorn, vilket påvisar en stark preferens för inhemsk patientutlokalisering. Andra tidigare statligt organiserade patientflöden inom EU omfattar exempelvis holländska patienter som utlokaliserades till Belgien, och brittiska patienter som utlokaliserades till Frankrike (ibid: 105). Den första mobilitetstypen, varigenom staten detaljerat kvalitetsgranskar och organiserar vårdresan utomlands via bilaterala avtal, fungerar även som en territoriell kontrollmekanism. In- och utflöden av patienter kan vara svårförutsägbara. I exempelvis Belgien har sjukhus under vissa perioder tvingats stoppa inflödet av utländska patienter för att kunna ta emot inhemska patienter (ibid: 110). Genom att landsting organiserar patientmobiliteten över statsgränser kan kontrollen över regionala patientflöden ökas. Bilaterala avtal i gränsöverskridande vård har därvid tolkats fungera som nationalstatens respons gentemot europeisk lagstiftning om fri patientrörlighet (ibid: 111).

Förstanämnda patientmobilitetstyp möjliggörs av främst avtal mellan myndigheter i olika stater liksom nationellt medborgarskap. Dessa avtal är isolerade överenskommelser mellan territoriella institutioner, och skall därvid inte sammanblandas med EU:s ambition om att öppna upp medlemsstaternas sjukvårdssystem för mobila patienter. Den andra patientmobilitetstypen

---

<sup>2</sup> Socialstyrelsen (2012) definierar överbeläggning som en händelse när en inskriven patient vårdas på vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats, medan utlokaliserad patient är en inskriven patient som vårdas på annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.

möjliggörs i egenskap av *EU/ESS-medborgarskap*. EG-domstolen har i flera domar fastslagit att medborgarskap inom den europeiska gemenskapen ger rätten till att söka vård i alla medlemsländerna (BMJ, 2011: 364). Denna patientmobilitetstyp bygger på medborgarrättsliga principer om rörelsefrihet, och patientmobiliteten bistås av rättigheten att söka ersättning för vårdutgifter i andra EU/ESS-länder. I Sverige är det Försäkringskassan som betalar ut ersättning för nödvändig och planerad vård i andra EU/ESS-länder med stöd av EG-fördrag och förordningar (FK, 2007: 8). Om utlandsvården skall ersättas av Försäkringskassan krävs dock att motsvarande behandling finns i det allmänna sjukvårdssystemet i Sverige. Vanligtvis sökes ersättning efter att behandlingen genomförts, men det är även möjligt att söka förhandstillstånd. Försäkringskassan beslutar om förhandstillstånd tillsammans med landstinget. I bedömningen beaktas exempelvis hur lång tid det tar att få motsvarande vård i Sverige. Vid förhandstillstånd kan även involverade resor och boende ersättas för både patient och medresande person (FK, 2012: 1). Försäkringskassan har noterat att antalet svenskar som söker ersättning för vård i annat EU-land är mycket lågt i relation till antalet svenskar som reser inom EU/EES. Mellan februari 2005 och januari 2007 beviljades 2910 personer ersättning av FK för vård inom den europeiska gemenskapen (FK, 2007: 13). De vanligaste ersättningsärendena omfattade behandlingar av sjukdomar i muskler och leder och tandvård. Den svenska gränsöverskridande patientmobiliteten inom EU under nämnda period var främst lokaliserad till Finland, Polen, Estland, Spanien och Tyskland.

Patientrörlighet som bygger på EU/ESS-medborgarskap inbegriper konsumentpraktiker, men är samtidigt bunden till den territoriella staten eftersom vård i annat EU/EES-land är ett reglerat arrangemang som kan kostnadsersättas av myndigheter i hemlandet. Detta försätter patienten i ett dualt förhållande som både medborgare och konsument (Carrera & Lund, 2010a: 475). Bedömningen av utlandsklinikers kvalitet och säkerhet som medföljer den första patientmobilitetstypen har ingen motsvarighet i den andra patientmobilitetstypen. Sistnämnda mobilitetstyp är således ett aktivt aktörskap utan parallellt stöd från den egna offentliga sektorns expertsystem. Trots att flera domar i EG-domstolen fastställt patienters rättigheter inom EU-regional gränsöverskridande vård har dock regelverket förblivit otydligt i praktiken. Enligt EU:s aktuella patientrörlighetsdirektiv kommer EU-länderna därför att lagstifta om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård senast den 25 oktober 2013 (Regeringen, 2012). System kommer att utvecklas och ställa krav på att vårdgivare skall tillhandahålla mobila patienter information om vårdens tillgänglighet, kvalitet, säkerhet liksom tydlig fakturering och prissättning (BMJ, 2011: 365). Den nya lagstiftningen kommer exempelvis innebära att nationella kontaktpunkter kommer att etableras där potentiella mobila patienter

kommer att få information om sina rättigheter. Över tid kommer således nya expertsystem att utvecklas inom EU för att öka mobila patienters trygghet och underlätta beslutsfattande. I jämförelse med den första patientmobilitetstypen, kvarstår dock statens och myndigheters passiva roll, eftersom kontaktpunkterna inte kommer att genomföra säkerhets- och riskbedömningar åt patienterna. Även om direktivet kommer att konsolidera patienters rättigheter inom gränsöverskridande vård, kommer egenansvaret kring risk- och kvalitetsbedömningar vid val av utlandsklinik att kvarstå.

Enligt Socialdepartementet kommer patienter alltmer begära högkvalitativ vård och rimliga väntetider liksom välja var vården skall erhållas (Regeringen, 2003: 117). Samhällets digitalisering har medfört att människor inte bara söker information om sjukdomar, läkemedel och behandlingar, men patienter förvärvar även information om nya medicinska metoder. Utvecklingen anses underlätta för patienter att fungera som aktiva sjukvårdskonsumenter, skapar nya förutsättningar för deltagande i beslut om den egna vården, och utvecklingen kan bidra till en ny öppenhet för vård och behandling utomlands (ibid: 117). Bortom nationella medborgarrättsliga och EU-medborgarrättsliga arrangemang och system agerar mobila patienter även på privata sjukvårdsmarknader som *konsumenter* (Carrera & Lund, 2010a: 476). Denna tredje mobilitetstyp är genomgående kommodifierad, och omfattar främst procedurer som inte leder till kostnadsersättning, såsom estetisk plastikkirurgi och medicinska procedurer som inte är godkända i hemlandet. Här hittar vi även de mer kontroversiella formerna, såsom s.k. ”transplantationsturism”. Minst trettio personer från Sverige uppskattas ha köpt en njure utomlands trots att detta är ett människohandelsbrott (SR, 2011). EU-länder tar även emot patienter från andra kontinenter. Den europeiska sjukvården är därvid också en del av den globala ”sjukvårdsmarknaden”. Inom EU dominerar som nämnts offentligt finansierade sjukvårdssystem (Jönsson et al, 2004: 53). EU liksom medlemsstaterna är högst involverade inom europeisk sjukvård för att möjliggöra patientsäkerhet och god vård. I utvecklingsländer råder motsatta förhållanden, eftersom den offentliga sjukvården eller skyddssystemen är resurssvaga. För att komma åt experimentella eller illegala medicinska procedurer och metoder kan EU-medborgare istället resa bortom den europeiska regionens gränser. Det senare exemplifierades när en svensk man med den obotliga sjukdomen Amyotrofisk lateralskleros satsade SEK 200 000 för att, mot hans svenska läkares bedömningar, genomgå en experimentell och mycket riskfylld stamcellsbehandling i Kina (SVT, 2009). Stamcellsbehandlingen i Kina genomfördes ett halvår efter att patienten fått diagnosen ALS i Sverige. Exemplet påvisar att sjukvårdsglobalisering i tid och rum kan uttänja handlingsalternativen bortom den lokala kontexten, nationell och europeisk

reglering, och via konsumentpraktiker utnyttjas för att kringgå den territoriella välfärdsstatens kontroll. Denna tredje patientmobilitetstyp beskrivs vidare i nästföljande delavsnitt.

## 4.2 Medicinsk Turism som Global Sjukvårdsindustri

”Medicinsk turism” (MT) är numera en global sjukvårdsindustri som initialt utvecklades för att tillgodose efterfrågan på billigare kosmetiska ingrepp, men över tid har branschen expanderat och investerat i modern hälso- och sjukvård i utvecklingsländer (Vijaya, 2011: 54). Denna omvandlingsprocess har medfört att mobila patienter inte längre bara reser ifrån fattiga länder till höginkomstländer, utan även mellan utvecklingsländer. Rika medborgare från exempelvis Indien åker förvisso fortfarande till USA för medicinsk behandling, och likaså reser rika medborgare från Thailand alltjämt till Australien för högkvalitativ vård (Reisman, 2010: 28). Det har dock samtidigt blivit vanligare att patienter från utvecklingsländer i Asien och Afrika reser till exempelvis Malaysia för att köpa prisvärd vård, som att medborgare från USA reser till Indien för att, enligt en känd branschslogan, köpa ”First World treatment at Third World prices” (ibid: 28). Globaliseringen har medfört att internationella patienter numera rör sig som *konsumenter* i alla riktningar: mellan rika och fattiga länder, mellan fattiga länder, och mellan rika länder.

Tillit är grundläggande för sjukvårdssystemens legitimitet. Låga priser och snabb access innebär inte nödvändigtvis att global sjukvård uppfattas som tillförlitlig. Därför har MT-industrin etablerat olika strategier för att öka sitt ”tillitskapital”. Ett internationellt sjukhus i Bangkok betonar i sin marknadsföring att mer än tvåhundra av dess läkare innehar läkarlegitimation i USA (Forgione & Smith, 2007: 30). Indiska MT-sjukhus påminner också i sin marknadsföring att många av deras kirurger utbildats vid världsledande universitet i höginkomstländer (Burkett, 2007: 230). Likaså kan MT-sjukhusens kvalitets- och säkerhetsstandarder ackrediteras av certifieringsorganisationer från bl.a. USA, Kanada och Australien. Sjukhusen i MT-industrin eftersträvar både nationella och internationella certifieringar. Här är dock ackreditering från den amerikanska organisationen Joint Commission International (JCI) den mest eftertraktade (Shetty, 2010: 671). JCI är en icke-vinstdriven organisation som uppstod för att ackreditera sjukhus i USA. Sedan förra årtiondet har JCI blivit världsledande inom sjukvårdsstandardkontroller (Connell, 2011: 86). För att tillgodose den växande efterfrågan på certifieringar från MT-industrin i Asien, har JCI exempelvis öppnat kontor i Dubai och Singapore. En tredje strategi för att öka tillitskapitalet inom utvecklingsländers MT-industrier har varit att etablera partnerskap med ansedda sjukhus i framför allt USA – såsom indiska MT-sjukvårdskedjan Apollo Hospitals samarbete med Johns Hopkins Medicine International (ibid: 87).



I västerländsk media beskrivs mobila patienter inte sällan som sjukvårdskonsumenter som efterfrågar prisvärda och högkvalitativa behandlingar i kombination med solsemester. MT-industrin marknadsför likaså prisvärd högkvalitativ vård tillsammans med ”rekreations-” eller ”semestervärden”. En kvinna som reste från USA till Singapore för att ersätta förlorade tänder med implantat av titan framställdes ha utnyttjat multipla fördelar i form av billigare och trygg behandling kombinerat med en avkopplande turistresa:

“Californian resident Eva Dang decided to take the 24 hour flight over the Pacific Ocean for a dental appointment. ‘[Singapore] is just as good as America. Doctors are very professional and caring and very attentive.’ And cheaper too. What is more she can get to relax by the pool in a tropical climate, grab some food at the hawker stalls and catch the sights at the same time”. (CNN, 2005)

Västerländska ackrediteringar för sjukhus och personal i kombination med marknadsföringen av global sjukvård och avkopplande turism tolkas, noterar Johnston et al (2010: 2), ha blivit en central MT-strategi för att bryta negativa stereotyper om sjukvård i utvecklingsländer. Marknadsledande sjukhus i Asien erbjuder tom sjukvårdsmiljöer som påminner om femstjärniga hotell. Sådana sjukhus har exempelvis avdelningar som organiserar olika turistaktiviteter för besökande patienter och medresande anhöriga. Här kan patienter boka biljetter till olika föreställningar och evenemang, organisera lokala resor för sightseeing, och få tips och hjälp med transporter till restauranger och shoppingområden (Connell, 2011: 164). Turismformatet påverkar även sjukhusorganisationen. Connell (2011: 36) beskriver följande konsumentpräglade sceneri i Bangkok-sjukhuset ”Bumrungrad international hospital”:

“The glittering testimony to well-being that is the Bumrungrad foyer resembles a hotel as much as a hospital. Concierges wait outside. Limousine service from the airport is available. Gentle music wafts through the foyer with its ‘soaring lobby ceilings’ and no nurses or doctors are present there. Five-star rooms have personal video cassette recorders, where technology is about leisure rather than medicine, alongside private marble bathrooms and good views. Italian and Japanese restaurants, Au Bon Pain, McDonald’s and Starbucks, are all part of the first floor of the hospital”.

Gränsöverskridande vård beskrivs som en ny exportindustri inom nationalekonomin (Jönsson et al, 2004: 26-27). Ledande MT-sjukhus i exempelvis Thailand och Indien är privata, och i denna bransch är utländska delägare och tom investeringsbanker, såsom Goldman Sachs, djupt

kommersiellt involverade (Reuters, 2012). Turismindustrin är en rik källa till utländskt kapital. Enligt FN-organet World Tourism Organization omsatte den internationella turismen mer än USD 1,2 biljoner under 2011, vilket gör turismen till den fjärde största industrin i världen efter bränsle-, kemikalie- och matindustrin (UNWTO, 2012: 3). Vid första anblick förefaller MT-industrin vara en parallell privat sjukvårdssektor med global utbredning som lanseras enligt turismföretagens marknadsföringsstrategier. Dock är stater högst involverade i denna bransch. Turismnäringens omfattning och intäktsmöjligheter skapar höga incitamenten för utvecklingsländer att etablera *medicinsk turism* som en ny tillväxtsektor.

I utvecklingsländer som Indien, Thailand och Malaysia har branschen ”medicinsk turism” aktivt regeringsstöd, och framförs officiellt som en del av nationella utvecklingsprogram (Ormond, 2011: 247-248). Under 2005 samordnades exempelvis nationella hälsodepartementet med turismdepartementet i Filippinerna, när landet officiellt började satsa på medicinsk turism (Connell, 2011: 162). Detta engagemang är inte fokuserat på sociala rättigheter, utan bygger på ekonomiska värden och nationella utvecklingsstrategier. OECD-ländernas sjukvård finansieras till 70 procent eller mer via skatter eller obligatoriska premier till socialförsäkringar (Jönsson et al, 2004: 52). Enligt ekonomen Ramya Vijaya (2010: 58) råder motsatsen i utvecklingsländer. Tillgången till en stor privat sjukvårdssektor och välutbildad sjukvårdspersonal, såsom i Thailand och Indien, har fungerat som ett grundrecept för snabb etablering och framgång på den globala MT-marknaden. Indien eftersträvar idag att bli en globalt ledande MT-destination med Thailands MT-industriutveckling som idealexempel. Thailand betraktas idag vara världsledande inom medicinsk turism (Connell, 2011: 63). Under 1990-talet var det ekonomisk högkonjunktur i Thailand. Antalet privata sjukhus i urbana regioner expanderade snabbt. När den ekonomiska krisen dock drabbade Asien i slutet av 1990-talet ökade fattigdomen och många invånare återvände till att söka vård i den mer resurssvaga offentliga sektorn. Patientbesöken reducerades med 20-30 % i de stora privata sjukhusen (Vijaya, 2010: 58). Medicinsk turism blev en ny utväg till att kortsiktigt fylla de tomma sjukhussängarna, och långsiktigt en lukrativ exportnäring för att inbringa utländskt kapital och skapa sysselsättning i Thailand. Utvecklingsstater gör därvid investeringar i MT-industrin utifrån tillväxtstrategiska målsättningar. Detta formuleras i officiella rapporter, exempelvis i Indiens ”National Health Policy”, och verkställs via direkta subventioner, skattelättnader och access till billiga lån för sjukhusföretag i MT-branschen som etablerar sig i utvecklingsländer (Shetty; 2010: 671; Smith et al, 2011: 278).

Medicinsk turism som globaliserad sjukvård framställs inom- och utomvetenskapligt som en förändringsprocess som medför alltfler gränslösa arrangemang med territoriellt obunden hälso- och sjukvård. MT är dock ytterst ett exempel på *ekonomisk globalisering* som primärt pådrivs i

nationer där den privata sjukvårdssektorn redan är huvudaktör. Prissättnings betydelse framfördes tydligt av en verkställande direktör vid ett av Thailands ledande MT-sjukhus: "We're selling Cadillacs at Chevy Prices" (Resiman, 2010: 53). Sjukvård som ekonomisk globalisering återspeglas även i diskurserna som framförs av internationella organisationer såsom OECD (2010) och Världsbanken (2005). Dessa organisationer hänvisar till gränsöverskridande sjukvård som *internationell handel med tjänster*. EU undviker MT-begreppet fullständigt, och tillämpar istället begreppet gränsöverskridande vård ("cross-border healthcare") (EK, 2008). OECD (2010) poängterar exempelvis att mobila patienter är del av en globalt expansiv handelssektor: "More than just mishappen holidaymakers, these patients were part of an expanding global trade in medical tourism which the board [Thai Investment Board] valued at US\$ 40 billion worldwide and with global growth potential of some 20 % per year". Världsbanksekonomen Aaditya Mattoo and Randeep Rathindran (2005: 2) frågar sig: "Is health care so different from other goods and services that it cannot be regarded as tradable?" I nästa avsnitt, som behandlar patientmobilitetens riskdimensioner, analyseras varför det är problematiskt att reducera sjukvård till handel med tjänster.

## 5 PATIENTMOBILITETENS RISKDIMENSIONER

Föregående avsnitt avslutades med en frågeställning om varför sjukvård inte skulle kunna fungera som internationell handel med tjänster. Denna ekonomiska frågeställning kan bemötas utifrån riskperspektiv. Patientmobilitetstyperna som identifierades i ovan komparativ analys omfattar olika riskförhållanden som påverkar patientsäkerhet och vårdkvalitet.

### 5.1 Medicinskt Ansvar & Vårdkontinuitet

EU framlyfter regional patientmobilitet som fördelaktig för medborgarnas access till hälso- och sjukvård, men samtidigt har flertalet betydande problemområden identifierats inom EU-regional vård (BMJ, 2011). Trots att sjukvårdspersonal i olika europeiska länder har liknande kompetenser, är inte organisationskulturerna homogena inom europeisk sjukvård. I en mindre intervjustudie som involverade gränsöverskridande patienter, sjukvårdspersonal och finansiärer i olika europeiska länder observerades tydliga skillnader:

“Patients from Nordic countries that are used to quiet environments and everything being in order are sometimes scared when they arrive at our hospital because everything is much more busy, noisy and does not seem to be so organised to the Nordic patients. Also, the times when meals are served and our working times are strange to these patients. Patients from other Mediterranean countries are closer to our culture, for them there is no major difference” (Groene et al, 2009: 18).

Ansvar som läkare innehar i ett land, kan besittas av sjuksköterskor i ett annat land (Greer & Jarman, 2012: 263-264). Rehabiliteringsinsatser kan variera för samma sjukdomstillstånd, och bedömningar kan likaså variera mellan olika kliniker (BMJ, 2011: 365). Även om ledande internationella sjukhus inom eller bortom EU erbjuder medicinsk behandling enligt ackrediterade västerländska standarder varierar därvid bedömningar och behandlingsformer. Sjukvård är således inte en homogen vara eller tjänst. Detta gör det svårt att jämföra sjukvårdsutbud regionalt och globalt (Greer & Jarman, 2012: 264). Självständiga mobila patienter måste därvid kalkylera subjektiva risker vid köp av vård utomlands.

Patientmobilitetens riskscenarion är inte endast bundna till organisationskulturella skillnader mellan kliniker i olika länder. Lokal patientmobilitet är likaså riskfylld. Socialstyrelsen (2012) har sedan januari 2011 samarbetat med Sveriges Kommuner och Landsting för att ta fram en modell

för kontinuerlig uppföljning och utvärdering av överbeläggningar och effekterna på patientsäkerhet och vårdkvalitet. I den första delrapporten framgår att överbeläggningar och utlokaliserade patienter är vanligt förekommande på svenska sjukhus och att sjukvårdspersonal/ledningarna upplever detta som en av de största patientsäkerhetsriskerna. Från de flesta sjukhusen som medverkade i studien uttrycktes att utlokaliseringen av patienter upplevs som en större patientsäkerhetsrisk i jämförelse med överbeläggningar på ”hemmakliniken” (Socialstyrelsen, 2012: 20). Här poängteras att patientsäkerheten reduceras när sjukvårdspersonal från olika kliniker blir involverade i behandlingen, varvid potentialen för misstag vidtar. I tidigare undersökningar har det upprepat påvisats att negativa händelser ofta beror på felaktig eller bristande kommunikation mellan individer och verksamheter (SOU, 2008a: 164). I Socialstyrelsens delrapport framgår att överbeläggningar och patientutlokaliseringar även är belastande för sjukvårdspersonalen. En ogynnsam arbetsmiljö är i sig en riskfaktor för patientsäkerheten. I samma delrapport visade en genomgång av tidigare internationell forskning att överbeläggningar och utlokalisering av patienter ökar risken för olika vårdskador. Vårdskador vid överbeläggning och patientutlokalisering omfattar exempelvis vårdrelaterade infektioner, otillräcklig smärtlindring och felmedicinering, försenad behandling eller medicinering, och ökad dödlighet för vissa tillstånd (Socialstyrelsen, 2012: 20). Patientmobilitet omfattas såtillvida av flertalet medicinska risker redan när en patient utlokaliseras till en annan klinik inom samma eller närliggande landsting.

Även om globaliseringen innebär att tid och avstånd krympt (Urry, 2002: 141), kan vi i just handeln med sjukvårdstjänster inte förbise betydelsen av geografiska avstånd. Sjukvårdsorganisationen är komplex, och detta är i sig en riskfaktor (SOU, 2008a: 164). I komplexa system påverkar olika verksamheter, moment och processer varandra, och dessa är också beroende av varandra. Medicinsk behandling måste följas upp, vilket oftast försvåras om behandlingen genomgått utomlands. När den offentliga sektorn skickar patienter till kliniker i andra landsting eller utomlands kvarstår det medicinska ansvaret hos hemmakliniken. Utlokaliserade patienter genomgår först diagnosticering och förberedelser i hemlokaliteten. Härfter sker resan utomlands för operationen. Efter operationen fortgår rehabiliteringen i hemmakliniken tills patienten är färdigbehandlad. När den offentliga sektorn i Storbritannien möjliggjorde för briter att opereras i Belgien, åkte först belgiska kirurger för att pre-operativt bedöma patienterna i England, och efter att de engelska patienterna opererats i Belgien åkte de belgiska kirurgerna tillbaka till England för uppföljningar (Glinos, Baeten, Maarse, 2010: 109). Patientmobilitet över statsgränser som organiseras av den offentliga sektorn är således samordnad med en start- och avslutningsfas för att möjliggöra vårdkontinuitet. När patienter självmant åker

till andra EU-länder eller bortom EU existerar inte denna samordning. Utan samordning störs journalföringen. Om utlandskliniken saknar patientens dokumenterade sjukhistoria ökar risken att exempelvis diagnosticeringen blir ofullständig, medicineringen kan bli fel, och patienter kan få allergiska reaktioner (Reisman, 2010: 60). I ovan nämnda intervjustudie framgick att europeisk gränsöverskridande vård utan samordning omfattas av vårdkontinuitets- och kommunikationsproblem:

“There are a number of difficulties in assessing [cross-border] patients, for example, that the patient does not carry required information/clinical record, or brings medication that cannot be clearly identified so it is difficult to know what to provide. Many patients come alone and this brings along further difficulties as there is no one to provide answers. There are obvious problems in evaluating symptoms if the patient does not speak English”. (Groene et al, 2009: 17)

Gränsöverskridande patienter som inte innehar ”kunskapskapitalet” och erfarenheterna att navigera inom sjukvårdsvärlden kan förvisso vända sig till IPF-företag. Tidigare forskning har dock visat att dessa företags framställning av medicinsk turism främst omfattar ekonomiskt fokus på vårdkostnaderna, medan patientsäkerhet och risker sällan berörs formellt (Penney et al, 2011; Mason & Wright, 2011). Det medicinska ansvaret i utländska kliniker är typiskt kortsiktigt. De flesta patienter som åker till privata sjukhus i Asien och Sydamerika rehabiliteras typiskt under två till tre veckor innan de åker hem. Det finns förvisso MT-sjukhus som försöker lösa uppföljningsproblematiken genom fortsatt kontakt via e-post och telefon, och det finns även sjukhus i Indien som subventionerar flygresor för internationella patienter som behöver ytterligare behandling (Shetty, 2010: 671). Vid eventuella komplikationer efter utlandsbehandlingen belastas dock främst den lokala sjukvården (Helbe, 2011: 70). I exempelvis Storbritannien undersöktes detta via enkäter som skickades till samtliga medlemmar i brittiska plastikkirurgiförbundet. Resultatet visade att 37 % av plastikkirurgerna inom den offentliga sjukvården som deltog i studien (62 % svarsfrekvens) har mottagit patienter som fått komplikationer efter plastikkirurgi utomlands (Jeevan, Birch, Armstrong, 2011: 144).

All vård kan naturligtvis inte ges lokalt, men när vi lämnar hemlokaliteten och träder in i komplexa behandlingsprocesser som inte är samordnade, där det medicinska ansvaret inte är fastställt pre-operativt, och där utlandsklinikens kvalitet och säkerhet inte bedömts utifrån hemlokalitetens sjukvårdsstandarder, då kan patientsäkerheten sällan garanteras med samma stringens som inom den territoriella sjukvården. Även om en klinik utomlands har världsledande kirurger kan vården inte betraktas som genomgående säker utan väl förberedande och

uppföljande insatser. Kommodifierad sjukvård över statsgränser förutsätter individuellt ansvarstagande och riskkalkylering. I sådana självorganiserade sammanhang aktiveras inte sjukvårdsexpertsystemen i hemlokaliteten således förrän komplikationer uppstår efter hemkomsten. Gränsöverskridande vård exponerar därvid nya riskförhållanden.

## 5.2 Gränslöshetens Dunkla Regelverk & Ojämlighetsproblematik

Inom EU sker patientmobiliteten i en region med etablerade välfärdssystem och nationella regelverk. Via olika insatser och deklARATIONER arbetar EU även med att öka patientsäkerheten i medlemsländerna (SOU, 2008a: 99). Patientmobilitet inom EU har både upplyfts utifrån ekonomiska värden om fri rörlighet och som en socialpolitisk strategi för att öka accessen till sjukvård för EU-invånarna. Kritiker menar dock att den gränsöverskridande vården i EU hittills är en s.k. negativ integrationsform, eftersom EU bara tagit bort mobilitetsbarriärer för patienter och sjukvårdspersonal, utan att gemensamma regler för sjukvårdssystemen i Europa utvecklats eller harmoniserats (Greer & Jarman, 2012: 261-262). Dunkla regelverk inom gränsöverskridande sjukvård gör det svårt att överskåda patientsäkerhet och vårdkvalitet inom olika kliniker och system. Sjukvården har olika säkerhetskulturer, eftersom säkerheten är en del av organisationskulturen (SOU, 2008a: 163). Formella som informella regler, uttalade och outtalade uppfattningar och värderingar varierar mellan avdelningar och organisationer. Hälso- och sjukvård är som komplexa system beroende av regelbunden utvärdering och utveckling. Sjukvård bygger på den grundläggande principen om att vården inte ska skada (Socialstyrelsen, 2012). Nya kraftfulla läkemedel räddar människors liv, men när fel uppstår kan dessa mediciner vara livsfarliga (SOU, 2008a: 129). Utvärdering och utveckling av regelverk är grundläggande för att möjliggöra patientsäkerhet, förebygga skador och minimera risker i vården. I utvecklingsländer är den offentliga sektorn ofta resurssvag, vilket begränsar nationella och lokala tillsynsmyndigheters inflytande och insatser. Många utvecklingsländer kan erbjuda internationella patienter billigare medicinsk behandling eftersom, menar Forgione och Smith (2007: 33), etablerade patientskadelagar ofta saknas. I Indien är det exempelvis svårt att bevisa felbehandlingar inom sjukvården, eftersom sjukhusen saknar regelverk och rutiner för att ta emot och hantera patienters synpunkter och klagomål. I Sverige finns det enligt lag fristående och opartiska instanser i varje landsting/region – s.k. patientnämnder – där patienter kan klaga och lämna synpunkter när de inte är nöjda med bemötandet eller behandlingar inom vården (Region Skåne, 2012). I exempelvis Singapore och Malaysia görs inte oberoende granskningar i dessa ärenden, utan domstolarna vänder sig till involverade läkare för att bedöma om fel begåtts under

behandlingen (Forgione & Smith, 2007: 33). Patientmobilitet mellan sjukhus i olika länder som inte är samordnad under gemensamma eller överstatliga regelverk eller via bilaterala avtal komplicerar därvid patientens förmåga att genomföra informerade och trygga vårdval. Detta understryker ovan framställning om varför sjukvård inte kan oproblematiskt reduceras till homogent jämförbara ekonomiska varor eller tjänster.

Dunkla regelverk påverkar inte bara mobila patienter från västvärlden. Den globala MT-industrins expansion skapar även nya riskförhållanden för invånarna i utvecklingsländer. Även om MT-sjukhus tar emot utländska patienter och har personal som är utbildad i västvärlden, liksom utländska ackrediteringar och delägare, sker all verksamhet naturligtvis inom staters gränser och påverkar därvid ofrånkomligt sjukvårdskvaliteten och -tillgängligheten i lokalsamhället. Den medicinska turismen sammanlänkas med många etiska problem. Kritiker menar att uppbyggnaden av sjukvårdsbranscher för utländska patienter formaliserar och normaliserar vinstmotiv inom sjukvården, och skapar därvid en acceptansbas för ojämlig sjukvårdstillgänglighet (Vijaya, 2010: 56). Medicinsk turism medför, enligt Vijaya (2010: 55), en grym paradox: ” [compare the]...five star resort hospitals where foreign patients are treated, to the conditions at a public hospital where Indian patients die waiting for treatment”. I ledande MT-destinationer som Thailand och Indien är den offentliga sektorn begränsad och resurssvag. I dessa länder måste invånarna vända sig till den privata sjukvården, vilket innebär att fattiga medborgare antingen måste belåna sig under resten av livet eller försöka överleva utan modern vård. Paradoxalt väljer samtidigt många amerikaner, som nämnts i bakgrundsavsnittet, att resa till länder som Indien och Thailand som en sista utväg för att komma åt nödvändig medicinsk behandling och undvika livslånga låneskulder och fattigdom. Fattigdom och ojämlikhet möjliggör även den s.k. ”transplantationsturismen”. WHO har exempelvis rapporterat att det finns byar i Pakistan där uppemot hälften av invånarna sålt en njure på denna marknad (Cortez, 2007: 122).

Samhällens globala sammanflätningar kan skapa motstridiga händelser eller förhållanden i olika lokaliteter (Giddens, 1991: 32). Idag konkurrerar stater om både sjukvårdspersonal och patienter. Människors globala mobilitet, liksom den globala rörligheten av kapital, idéer, tjänster och produkter, har medfört nya möjligheter och osäkerheter. Migrationen av exempelvis professionell sjukvårdspersonal från utvecklingsländer till höginkomststater gagnar bl.a. västvärldens förmåga att tillgodose hälso- och sjukvård inom sina statsgränser, men underminerar parallellt utvecklingsländers redan resurssvaga sjukvårdssystem (Harris, 2011: 218-219). När fattigare länder blev EU-medlemmar, såsom de Baltiska staterna, började även rikare EU- och EES-länder ”importera” sjukvårdspersonal från dessa länder (Greer & Jarman, 2012: 262). Fattigare länder kan inte erbjuda globalt konkurrenskraftiga löner eller karriärmöjligheter. Den



medicinska turismens expansion har dock upplyfts som en möjlighet att reducera utflyttningen av sjukvårdspersonal från fattiga länder – s.k. ”external brain drain”. Uppkomsten av MT-branscher i utvecklingsländer som Indien och Thailand har medfört högre löner och nya incitament för lokal sjukvårdspersonal att inte flytta utomlands. Gränsöverskridande vård har dock bedömts orsaka en intern kunskapsflykt – ”internal brain drain” – från den redan resurssvaga inhemska offentliga sektorns sjukhus till de nya moderna MT-sjukhusen som nischats till att attrahera internationella patientflöden (Whittaker et al, 2010: 340). Privat vård i samhällen där en resurssvag offentlig sektor inte kan realisera välfärdsideal om egalitär tillgänglighet och inkluderande vård innebär dock att fattiga människor ändå exkluderas från den inhemska sjukvårdspersonalens expertis. En privat vara eller tjänst är trots allt, per definition, exkluderande (Stiglitz, 2000: 128). Enligt en thailändsk undersökning fortgår denna inhemska ”brain drain” sedan tio år tillbaka (Whittaker et al, 2010: 340). Här beräknades att resurserna som går åt för att behandla en utländsk patient motsvarar vårdresurserna för fyra till fem inhemska patienter.

## 6 DISKUSSION

Förmågan att ta ansvar för sin hälsa och vård påverkas av många faktorer. Även om en individ i regel anser sig ha förmågan att ta eget ansvar kan bristande kontinuitet och samordning under vårdprocessens olika steg medföra oöverblickbarhet och en svag patientställning (SOU, 2008b: 43). Patientmobilitet över statsgränser kan öka accessen till hälso- och sjukvård och därmed stärka patientens ställning, men samtidigt kan patientens ställning även försvagas till följd av ansvarsförskjutningen. Många patienter föredrar säkerligen en ökad valfrihet som kan leda till snabbare sjukvårdsaccess. Förmågan att ta eget ansvar för vårdprocessens samordning avtar dock ofta vid svår sjukdom (ibid: 44). Vi måste därvid fortsatt problematisera huruvida den nya patientmobiliteten över statsgränser dels är lämplig för majoriteten patienter, och dels hur den gränsöverskridande vården påverkar olika lokala sjukvårdssystem.

Ibland kan inte den bästa vården erhållas lokalt eller inom den egna statens gränser. I synnerhet människor med sällsynta diagnoser kan vara i behov av att åka utomlands för högspecialiserad behandling. Gränsöverskridande patientmobilitet kan också vara ett fördelaktigt alternativ i gränsregioner som delar liknande språk och kulturer. Gränsöverskridande vård kan tom vara mer praktisk om närmaste sjukhus är beläget på andra sidan gränsen. Palm och Glinos (2010: 30-31), som forskat om gränsöverskridande vård i EU, menar att benägenheten att söka vård över statsgränser tilltar vid starkare språklig och kulturell familjaritet och ju kortare avstånden är till gränsen. Tvärtom kräver resandet över långa avstånd till mindre familjära länder och sjukvårdssystem mycket starka incitament, såsom långa värdköer eller saknad högspecialiserad vård. Analysen påvisar däremot att ”medicinsk turism” är ett branschbegrepp som återspeglar *utbudssidans* framställning av gränsöverskridande vård enligt ett ekonomiskt format som kommunicerar prisvärda och snabbtillgängliga tjänster med anslutande turistaktiviteter. Den europeiska gemenskapens initiativ till patientmobilitet motiveras utifrån både välfärdsperspektiv om utökad sjukvårdsaccess och ekonomiska värden om fri rörlighet på en gemensam marknad. Den globala medicinska turismen framställs emellertid som en ekonomisk-rationell handel med sjukvårdstjänster. När vi dock bemöter den gränsöverskridande vården från ”patientsidan” som efterfrågar säker, trygg och familjär sjukvård framkommer att sjukvården även måste problematiseras som en högriskverksamhet vars säkerhetskulturer, behandlings- och bedömningsrutiner, patientroller och professionella roller liksom ansvarsförhållanden varierar inom olika staters sjukvårdssystem. Sjukvård är inte en globalt standardiserad verksamhet, vilket försvårar potentialen för informerade val vid jämförelser av ”sjukvårdsutbudet” över statsgränser.

Gränsöverskridande patienters löskoppling från hemlokalitetens sjukvård kan tolkas formar tillfälliga kopplingar till en transnationell sjukvårdsindustri som, trots sin gränslösa karaktär, absorberar lokala sjukvårdsresurser i utvecklingsländer för att bemöta den globala "sjukvårdsefterfrågan". Höginkomststater har även under årtionden "importerat" sjukvårdspersonal från fattiga länder som en temporär lösning. Utvecklingen med migrerande sjukvårdspersonal liksom gränsöverskridande patienter har inte löst accessproblemen inom hög- eller låginkomststaters sjukvårdssystem. Vad som på ytan framstår som en positiv utveckling inom industrin "medicinsk turism", med framväxten av nya moderna internationella sjukhus i utvecklingsländer, visar sig i många avseenden omfatta dunkla regelverk liksom ojämlika förhållanden där den offentliga vården i utvecklingsländer tom kan belastas av MT-sjukhusens expansion. Globaliseringen exponerar därvid en mellanstatlig konkurrens om sjukvårdsresurser och patienter som reproducerar eller återspeglar internationella och lokala ojämlikheter. Kritiker menar att den gränsöverskridande vården medför, som Vijaya (2010) diskuterar, en global spridning av välfärdsproblem. Människor som exkluderats från nödvändig sjukvård i höginkomststater till följd av höga avgifter eller långa vårdköer, och som därvid väljer att köpa behandling i ett utvecklingsland kan implicit medverka i ett system som i sin tur kan exkludera resurssvaga människor i destinationslandet. Gränsöverskridande patientmobilitet kan även underminera lokalbefolkningens access till sjukvård i rikare länder. Under år 2012 har exempelvis Spaniens hälsodepartement framfört att den gränsöverskridande vården kommer att begränsas och kontrolleras. Spanien har tagit emot ca 700 000 utländska patienter som kostnadsfritt mottagit vård och genomgått operationer, vilket belastat Spaniens hälso- och sjukvårdsbudget med uppemot en miljard euro (El Confidencial, 2012).

Michel Foucault framförde att läkarvetenskapen sedan 1700-talet styrts av "den kliniska blicken" (Svensson, 1993: 68). Under det biomedicinska paradigmet har den västerländska sjukvården prioriterat behandlingen av kroppsliga besvär och sjukdomar, istället för att behandla och engagera patienten som en person ur helhetsperspektiv. Sjukvården har aktivt arbetat för att medvetandegöra och förändra denna patogena grundsyn. Förutom vårdens mål om att vara säker, tillgänglig och av god kvalitet ingår i dagens svenska hälso- och sjukvårdsrätt att patientens självbestämmande och integritet skall respekteras och likaså skall goda kontakter mellan patient och sjukvårdspersonal främjas (Rönneberg, 2005: 86). Under de senaste årtiondena har sjukvården arbetat för att ersätta den biomedicinska modellen med en mer hälsofrämjande eller salutogen verksamhet (Ejlertsson & Andersson, 2009: 23-24; Svensson, 1993: 77). Patientmobilitetens riskdimensioner avslöjar många problemområden när insatser inte samordnas mellan kliniker. Gränsöverskridande vård medför typiskt kortsiktiga relationer mellan patienter och

sjukvårdspersonal. Mötet med icke-familjära sjukvårdssystem komplicerar tilliten och vårdkontinuiteten. Om det medicinska ansvaret är otydligt och vård sökes som en konsumentpraktik kan vården bli mer opersonlig. I den framtida forskningen måste vi därvid fråga oss hur dessa förhållanden påverkar patientens ställning och den offentliga sektorns kapacitet att erbjuda *hälsofrämjande* sjukvård?

## 6.1 Framtida Forskning

Undersökningar om patientmobilitet utifrån primärdatamaterial är både sällsynta och efterfrågade inom- och utomvetenskapligt. Etnografiska studier, där forskaren följer med patienten under hela vårdprocessen, skulle kunna generera värdefullt primärmaterial. Det finns även svenskspråkiga patientförmedlingsföretag som primärt säljer sjukvård i EU och Thailand. Deras hemsidor skulle kunna jämföras för att exempelvis undersöka hur företagen framställer gränsöverskridande vård inom EU och Thailand. Framtida studier skulle också kunna omfatta intervjuer med sjukvårdspersonal som arbetar inom MT-industrin i utvecklingsländer. Hur är det att behandla patienter utifrån ett kortsiktigt medicinskt ansvarsförhållande? I utvecklingsländer skulle även aktörer som inte direkt arbetar inom MT-industrin kunna intervjuas för att kartlägga hur MT-industrin påverkar samhället. Hur resonerar exempelvis högskolestudenter liksom deras lärare vid medicinska fakulteter i Thailand och Indien om MT-industrins utbredning?

## 6.2 Konklusion

Slutligen, den nya patientmobiliteten över statsgränser är mångfaktoriell, komplex och svåravgränsad, men den kan uppdelas i tre olika huvudtyper som bygger på två medborgarskapsformer och en global konsumentpraktikform. Sjukvårdsglobalisering framstår inte som en hållbar lösning till lokala sjukvårdssystemens problem, utan reflekterar snarare en komplex hybridisering av välfärdssystem som har rötter i både privata och offentliga sjukvårdssystem. Utlokalisering av patienter har på ett redan lokalt plan påvisats vara riskgenererande. Sjukvården är ett starkt lokalt, familjärt och kulturellt förankrat arrangemang som förutsätter vårdkontinuitet, medicinskt ansvar och hög säkerhet för att tilliten mellan patient och sjukvårdssystem skall bestå. Att medborgare från olika välfärdssystem med olika strukturella problem dels drar nytta av varandras sjukvårdssystem och köper vård i både rika och fattiga länder, kan ändå tolkas inte bara påvisar lokalsamhällets uttänjning, utan även risksamhällets individualiseringsprocesser där hälsan i högre grad blivit en självständig ansvarssfär.

## 7 KÄLLFÖRTECKNING

### *Artiklar & Böcker*

Bauman, Zygmunt. 2008. *Does ethics have a chance in a world of consumers?* Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Beck, Ulrich. 1992. *Risk Society. Towards a New Modernity*. London: Sage Publications.

Beck, Ulrich. 1994. "The Reinvention of Politics: Towards a Theory of Reflexive Modernization". I Beck, Ulrich – Lash, Scott – Giddens, Anthony (Red.). *Reflexive modernization: politics, tradition and aesthetics in the modern social order*. Oxford : Polity, 1994

Beck, Ulrich. 1998. *Vad innebär globaliseringen? Missuppfattningar och möjliga svar*. Göteborg: Daidalos.

BMJ. 2011. "Cross-border healthcare in the European Union: clarifying patients' rights". *British Medical Journal*. 342:d296.

Bourdieu, Pierre – Wacquant, Loïc J.D. 1992. *An invitation to reflexive sociology*. Chicago: The University of Chicago Press.

Burkett, Levi. 2007. "Medical tourism. Concerns, benefits, and the American legal perspective". *The Journal of Legal Medicine*. Vol.28, No.2, pp.223–245.

Carrera, Percivil – Lunt, Neil. 2010a. "A European Perspective on Medical Tourism: The Need for a Knowledge Base". *International Journal of Health Services*. Vol. 40, No.3, pp.469-484.

Carrera, Percivil – Lunt, Neil. 2010b. "Medical tourism: assessing the evidence on treatment abroad". *Maturitas*. Vol.66, Iss.1, pp.27-32.

Castells, Manuel. 2000. *Informationsåldern: ekonomi, samhälle och kultur. Band 2, Identitetens makt*. Göteborg: Daidalos.

Connell, John. 2011. *Medical tourism*. Wallingford: CABI.

Connell, John. 2012. "Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification". *Tourism Management*. Vol.10, pp.1-13.

Cormany, Dan – Baloglu, Seyhmus. 2011. "Medical travel facilitator websites: An exploratory study of web page contents and services offered to the prospective medical tourist". *Tourism Management*. Vol.32, No.4, pp.709-716.

Cortez, Nathan. 2007. "Medical Tourism: Ethical Pitfalls of Seeking Health Care Overseas". *Medical Ethics Advisor*. Vol.23, No.11, pp.121-125.

Creswell, John W. 2007. *Qualitative Inquiry & Research Design. Choosing Among Five Approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Crooks, Valorie A – Kingsbury, Paul – Snyder, Jeremy – Johnston, Rory. 2010. "What is known about the patient's experience of medical tourism? A scoping review". *BioMed Central Health Services Research*. Vol.10: 266.

Crozier, G K D – Baylis, Françoise. 2010. "The ethical physician encounters international medical travel". *Journal of Medical Ethics*. Vol.36, Iss.5, pp.297-301.

Dahlberg, Karin. 1997. *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Dingeldey, Irene. 2007. "Between workfare and enablement – The different paths to transformation of the welfare state: A comparative analysis of activating labour market policies". *European Journal of Political Research*. Vol.46, No.6, pp.823–851.

Deer, Cécile. 2008. "Reflexivity". I Grenfell, Michael (Red.). *Pierre Bourdieu: key concepts*. Stocksfield: Acumen.

Ejlertsson, Göran – Andersson, Ingemar. 2009. "Folkhälsa – några grundbegrepp". I Andersson, Ingemar – Ejlertsson, Göran. *Folkhälsa som tvärvetenskap – möten mellan ämnen*. Lund: Studentlitteratur.

Esaiasson, Peter – Gilljam, Mikael – Oscarsson, Henrik – Wängnerud, Lena. 2012. *Metodpraktikan: konsten att studera samhälle, individ och marknad*. Stockholm: Norstedts juridik.

Esping-Andersen, Gøsta. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.

Forgione, Dana A. – Smith, Pamela C. 2007. "Medical Tourism and Its Impact on the US Health Care System". *Journal of health care finance*. Vol.34, No.1, pp.27-35.

Fritzell, Johan – Lundberg, Olle, 2007. "Health, inequalities, welfare and resources". I Fritzell, Johan – Lundberg, Olle. *Health inequalities and welfare resources: continuity and change in Sweden*. Bristol: Policy Press.

Giddens, Anthony. 1996. *Modernitetens följder*. Lund: Studentlitteratur.

Giddens, Anthony. 1999. *Moderniteter och självidentitet. Självet och samhället i den senmoderna epoken*. Göteborg: Daidalos.

Giddens, Anthony. 2010. *En skenande värld*. Stockholm: SNS Förlag.

Glinos, Irene A. – Baeten, Rita – Helble, Matthias – Maarse, Hans. 2010. "A typology of cross-border patient mobility". *Health & Place*. Vol.16, No.6, pp.1145-1155.

Glinos, Irene A. – Baeten, Rita – Maarse, Hans. 2010. "Purchasing health services abroad: practices of cross-border contracting and patient mobility in six European countries". *Health Policy*. Vol.95, No.2-3, pp.3-12.

Greer, Scott – Jarman, Holly. 2012. "Managing risks in EU health services policy: Spot markets, legal certainty and bureaucratic resistance". *Journal of European Social Policy*. Vol.22, No.3, pp.259-272.

Groene, Oliver – Poletti, Piera – Vallejo, Paula – Cucic, Cule – Klazinga, Niek – Suñol, Rosa. 2009. Quality requirements for cross-border care in Europe: a qualitative study of patients', professionals' and healthcare financiers' views. *Quality and Safety in Health Care. British Medical Journals*. Vol.18, pp.15-21.

Hanning, Marianne. 2005. *Maximum Waiting-time Guarantee - a remedy to long waiting lists?: Assessment of the Swedish Waiting-time Guarantee Policy 1992-1996*. Uppsala Universitet. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.

Harris, Dean M. 2011. *Ethics in health services and policy: a global approach*. San Francisco: Jossey-Bass, cop.

Horowitz, Michael D – Rosensweig, Jeffery A. 2007. “Medical tourism – health care in the global economy”. *Physician Executive*. Vol.33, No.6, pp.24-26, 28-30.

Jeevan, Ranjeet – Birch, Jeremy – Armstrong, Anthony. 2011. “Travelling abroad for aesthetic surgery: Informing healthcare practitioners and providers while improving patient safety”. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery*. Vol.64, pp.143-147.

Johannisson, Karin. 2008. “Kultur och hälsa. Två besvärliga begrepp”. I Bjursell, Gunnar – Vahlne Westerhäll (Red.). *Kulturen och hälsan. Essäer om sambandet mellan kulturens yttringar och hälsans tillstånd*. Stockholm: Santérus Förlag.

Johnston, Rory – Crooks, Valorie A. – Snyder, Jeremy – Kingsbury, Paul. 2010. “What is known about the effect of medical tourism in destination and departure countries? A scoping review”. *International Journal for Equity in Health*. Vol.9, No.24.

Johnston, Rory – Crooks, Valorie A. – Adams, Krystyna – Snyder, Jeremy – Kingsbury, Paul. 2011. “An industry perspective on Canadian patients' involvement in Medical Tourism: implications for public health”. *BMC Public Health*. Vol.11:416.

Kemshal, Hazel. 2002. *Risk, social policy and welfare*. Buckingham: Open University Press.

Lunt, Neil – Hardey, Mariann – Mannion, Russell. 2010. “Nip, Tuck and Click: Medical Tourism and the Emergence of Web-Based Health Information”. *The Open Medical Informatics Journal*. Vol.4, pp.1-11

Lupton, Deborah. 2002. “Consumerism, Reflexivity and the Medical Encounter”. I Nettleton, Sarah – Gustafsson, Ulla. *The sociology of health and illness reader*. Cambridge: Polity.



Lupton, Deborah. 2006. "Sociology and risk". I Mythen, Gabe - Walklate, Sandra (Red.). *Beyond the risk society: critical reflections on risk and human society*. Maidenhead: Open University Press.

Mason, Alicia – Wright, Kevin B. 2011. "Framing Medical Tourism: An Examination of Appeal, Risk, Convalescence, Accreditation, and Interactivity in Medical Tourism Web Sites". *Journal of Health Communication*. Vol.16, No. 2, pp.163–177.

May, Tim. 2001. *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Olofsson, Anna. 2009. "Individ och Risk". I Olofsson, Anna – Öhman, Susanne (Red.). *Risker i det Moderna Samhället. Samhällsvetenskapliga perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Ormond, Meghann. 2011. "Shifting subjects of health-care: Planing 'medical tourism' in the context of Malaysian domestic health-care reform". *Asia Pacific Viewpoint*. Vol.52, No.3, pp.247-259.

Palm, Willy – Glinos, Irene A. 2010. "Enabling patient mobility in the EU: between freemovement and coordination". I Mossialos, Elias – Permanand, Govin – Baeten, Rita – Hervey, Tamara K. (Red.). *Health Systems Governance in Europe: The Role of EU Law and Policy*. Cambridge University Press.

Penney, Kali – Snyder, Jeremy – Crooks, Valorie A. – Johnston, Rory. 2011. "Risk Communication and Informed Consent in the Medical Tourism Industry: A Thematic Content Analysis of Canadian Broker Websites". *BMC Medical Ethics*. Vol.12, No.17.

Reisman, David. 2010. *Health tourism: social welfare through international trade*. Cheltenham: Edward Elgar.

Rönnerberg, Lena. 2005. *Hälsa och sjukvårdsrätt*. Lund: Studentlitteratur.

Shetty, Priya. 2010. "Medical tourism booms in India, but at what cost?" *The Lancet*. Vol.376, No.9742, pp.671-672.

Smith, Richard – Martínez Álvarez, Melisa – Chanda, Rupa. 2011. "Medical tourism: A review of the literature and analysis of a role for bi-lateral trade". *Health Policy*. Vol.103, No.2, pp.276-282.

Stiglitz, Joseph E. 2000. *Economics of the Public Sector*. New York: Norton.

Svensson, Roland. 1993. *Sambälle medicin vård. En introduktion till medicinsk sociologi*. Lund: Studentlitteratur.

Todd, Maria K. 2011. *Handbook of Medical Tourism Program Development: Developing Globally Integrated Health Systems*. Boca Raton, Florida: Taylor & Francis Group.

Urry, John. 2002. *The Tourist Gaze*. London: Sage Publications.

Vijaya, Ramya M. 2010. "Medical Tourism: Revenue Generation or International transfer of healthcare problems?" *Journal of Economic Issues*. Vol. XLIV, No.1, pp.53-69.

Whittaker, Andrea – Manderson, Lenore – Cartwright, Elizabeth. 2010. "Patients without borders: understanding medical travel". *Medical Anthropology*. Iss.29, No.4, pp.336-343.

Öhman, Susanne. 2009. "Teorier om risksamhället". I Olofsson, Anna – Öhman, Susanne (Red.). *Risker i det Moderna Samhället. Samhällsvetenskapliga perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

### *Officiella Rapporter & Dokument*

Brülde, Bengt – Nilsson, Åsa. 2010. "Vad gör oss nöjda med våra liv? – domäntillfredsställelse och viktighetsbedömningar". SOM-rapport, Nr 2010:16. Göteborg: SOM-institutet.

EK. 2008. "A Community framework on the application of patients' rights in cross-border healthcare". European Commission. Hämtad 2012-03-14 från:  
[http://ec.europa.eu/health-eu/doc/com2008415\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health-eu/doc/com2008415_en.pdf)

EK. 2012. "Europe for patients". European Commission. Hämtad 2012-03-14 från:  
[http://ec.europa.eu/health-eu/europe\\_for\\_patients/cross\\_border\\_healthcare/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/europe_for_patients/cross_border_healthcare/index_en.htm)

FK. 2007. "Svar på regeringsuppdrag: Gränsöverskridande vård inom EU/EES - Planerad och nödvändig vård perioden 1 februari 2005 till och med 31 januari 2007". Försäkringskassan.

FK. 2012. "Faktablad: Söka sjukvård i EU/EES, Schweiz eller Turkiet". Försäkringskassan.

HCI, 2012. "Euro Health Consumer Index 2012 Report". Health Power House. Hämtad 2012-08-18 från: <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf>

Helbe, Matthias. 2011. "The movement of patients across borders: challenges and opportunities for public health". *Bulletin of the World Health Organization*. Vol.89, pp.68-72.

Holmbreg, Sören – Weibull, Lennart. 2001. "Land, du välsignade". I Holmberg, Sören.– Weibull, Lennart. (Red.). *Land, Du välsignade*. SOM-rapport. Nr.26. Göteborg: SOM-institutet.

Jönsson, Bengt – Arvidsson, Göran – Levin, Lars-Åke – Rehnberg, Clas. 2004. *Hälsa, vård och tillväxt*. Valfärdspolitiska rådets rapport 2004. Stockholm: SNS förlag.

Mattoo, Aaditya – Rathindran, Randeep. 2005. "Does Health Insurance Impede Trade in Health Care Services?" World Bank Policy Research Working Paper 3667, July 2005. Hämtad 2012-03-14 från: [http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/07/19/000016406\\_20050719140725/Rendered/PDF/wps3667.pdf](http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/07/19/000016406_20050719140725/Rendered/PDF/wps3667.pdf)

Morgan, David. 2010. "The growth of medical tourism". *OECD Observer*. No 281, October 2010. Hämtad 2012-08-04 från: [http://www.oecdobserver.org/news/fullstory.php/aid/3342/The\\_growth\\_of\\_medical\\_tourism.html](http://www.oecdobserver.org/news/fullstory.php/aid/3342/The_growth_of_medical_tourism.html)

Mossialos, Elias – Thomson, Sarah. 2004. "Voluntary health insurance in the European union". The European Observatory on Health Systems and Policies. Hämtad 2012-06-04 från: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/98448/E84885.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98448/E84885.pdf)

Regeringen. 2003. *Högspecialiserad sjukvård: kartläggning och förslag*. Socialdepartementet. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

Regeringen. 2012. ”Patientrörlighet i EU – förslag till ny lag”. Socialdepartementet. Hämtad 2012-08-08 from: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/18/94/77/7c9e8570.pdf>

Region Skåne. 2012. “Om man inte är nöjd med vården”. Patientnämnden i Skåne. Hämtad 2012-08-12 från:

<http://www.1177.se/Skane/Regler-och-rattigheter/Om-man-inte-ar-nojd-med-varden/>

Socialstyrelsen. 2012. ”Öppen jämförelse och utvärdering av överbeläggningar – delrapport 2011”. Artikelnr. 2012-2-15. Hämtad 2012-06-04 från:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18605/2012-2-15.pdf>

SOU. 2008a. *Patientsäkerhet: vad har gjorts? vad behöver göras?* Betänkande av Patientsäkerhetsutredningen. Statens offentliga utredningar, 2008:117. Stockholm: Fritzes.

SOU. 2008b. *Patientens rätt: några förslag för att stärka patientens ställning*. Delbetänkande av Utredningen om patientens rätt. Statens offentliga utredningar, 2008:127. Stockholm: Fritzes.

UN. 1948. “The Universal Declaration of Human Rights”. Hämtad 2012-05-02 från:

<http://www.un.org/en/documents/udhr/>

UNWTO. 2012. “UNWTO Tourism Highlights 2012 Edition”. World Tourism Organization. Hämtad 2012-06-04 från:

[http://dtxqtq4w60xqpw.cloudfront.net/sites/all/files/docpdf/unwtohighlights12enhr\\_1.pdf](http://dtxqtq4w60xqpw.cloudfront.net/sites/all/files/docpdf/unwtohighlights12enhr_1.pdf)

WHO. 1946. ”Constitution of the World Health Organization”. Hämtad 2012-05-02 från:

<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

WHO. 2007. ”The Right to Health”. Fact sheet N°323. World Health Organization. Hämtad 2012-05-02 från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/index.html>

World Bank. 2005. *International trade in health services - current debates on the GATS*. Edited by Blouin, Chantal – Drager, Nick – Smith, Richard. Washington, DC: World Bank.

## *Digitala Mediakällor*

CNN. 2005. ”Singapore a hit with medical tourists”. *Cable News Network*. Publicerad: 2005-02-25. Hämtad från 2012-08-05 från:

<http://edition.cnn.com/2005/TRAVEL/02/24/singapore.medical/index.html?iref=allsearch>

Ekelund, Emmy. 2011. ”Så gick det för henne efter ”Plastikturister”. *Expressen*. 2011-04-05. Hämtad från 2012-08-05 från:

<http://www.expressen.se/noje/sa-gick-det-for-henne-efter-plastikturister/>

El Confidencial. 2012. ”No more ’medical tourism’ in Spain”. *El Confidencial in English*. 2012-04-20. Hämtad från 2012-08-12 från: <http://en.elconfidencial.com/politics/2012/04/20/no-more-medical-tourism-in-spain-18/>

Forsell, Mona. 2012. ”Skånepatienter skickas till sjukhus i Danmark”. *Skånska Dagbladet*. 2012-01-19. Hämtad 2012-06-12 från:

<http://www.skanskan.se/article/20120119/MALMO/701189790/-/skanepatienter-skickas-till-sjukhus-i-danmark>

Reuters. 2012. ”Goldman, NEA invest in Nova Medical Centers in long-term bet”. *Reuters*. 2012-08-13. Hämtad 2012-06-15 från:

<http://news.yahoo.com/goldman-sachs-nea-invest-54-mln-indian-healthcare-065004784--sector.html>

SR. 2009. “Fler utländska patienter vårdas i Sverige”. Ekot. *Sveriges Radio*. 2009-06-09. Hämtad 2012-08-14 från: <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=83&artikel=2948868>

SR. 2011. “Transplantationsturister köper sig ett längre liv”. Studio Ett. *Sveriges Radio*. 2011-03-28. Hämtad 2012-08-02 från:

<http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=1637&artikel=4424801>

SVT. 2008. ”Fler skånska patienter till danska sjukhus”. *Sveriges Television*. Hämtad 2012-06-12 från:

[http://www.svt.se/2.33782/1.1161765/fler\\_skanska\\_patienter\\_till\\_danska\\_sjukhus?page1851310=24](http://www.svt.se/2.33782/1.1161765/fler_skanska_patienter_till_danska_sjukhus?page1851310=24)

SVT. 2009. ”Kina lockar med stamceller”. *Sveriges Television*. Hämtad 2012-04-24 från:

[http://svt.se/2.22620/1.1726736/kina\\_lockar\\_med\\_stamceller](http://svt.se/2.22620/1.1726736/kina_lockar_med_stamceller)

SVT. 2010. ”Svårt hitta verkliga fakta om medicinsk turism”. Uppdrag Granskning. *Sveriges Television*. Hämtad 2012-04-22 från:

[http://svt.se/2.146665/1.2235852/svart\\_hitta\\_verkliga\\_fakta\\_om\\_medicinsk\\_turism](http://svt.se/2.146665/1.2235852/svart_hitta_verkliga_fakta_om_medicinsk_turism)

### *Hemsidor*

1 <http://www.medicaltourismresearch.co.uk> 2012-06-18

2 <http://www.sfu.ca/medicaltourism> 2012-06-18

3 <http://www.uiw.edu/medicaltourism> 2012-06-18

4 <http://kanal5.se/web/guest/plastikturisterna> 2012-06-18