

Resor, rehabilitering, rättigheter

Om utlandsresor och utlandssjukvård för psykiskt utvecklingsstörda

Bernhard Beskow

Utlandsresor har ett stort rekreativvärde men kan också ha en betydande rehabiliterande uppgift för psykiskt utvecklingsstörda, framhåller i nedanstående artikel överläkaren vid omsorgsstyrelsen i Göteborg och Bohus län, Bernhard Beskow. I artikeln redovisas några statistiska uppgifter om sådana utlandsresor företagna av patienter vid nämnda omsorgsstyrelse.

Författaren understryker resornas betydelse för att integrera de utvecklingsstörda i samhället. Mot den bakgrunden är det rimligt att omsorgsstyrelserna och inte patienterna själva bör betala dessa resor.

Utlandssjukvård är som bekant numera tämligen allmänt accepterad som ett värdefullt komplement till den vanliga konventionella sjukvården i Sverige. Olika försök har gjorts med behandling i utlandet av olika sjukdomstillstånd, vanligast av somatiska åkommor som t ex reumatiska sjukdomar, vissa kroniska hudsjukdomar men även av psykiatriska sjukdomar (Allander 1972, Hindhede 1972, Stendig-Lindberg 1973). Målsättningen har varit både rekreerande och rehabiliterande. Den direkta sjukvårdseffekten av utlandsvården har inte entydigt kunnat utredas men det anses allmänt att den omedelbara effekten är mycket god. Hindhede och andra anser också att resorna har ett konstaterbart värde för rehabiliteringen.

De psykiskt utvecklingsstördas sjukvårdsformer

Möjligheterna till utlandsresor för psykiskt utvecklingsstörda betingas bl a av deras något anorlunda sjukvårdsförhållanden. Enligt omsorgsstyrelsen är den psykiskt utvecklingsstörda berättigad

till behövlig sjukvård om han på huvudmannens bekostnad bor i annat enskilt hem än det egna eller på elevhem, inackorderingshem, vårdhem eller på specialistsjukhus. Skulle sjukvård meddelas på annat ställe än vid den inrättning där han bor skall omsorgsstyrelsen återbetala honom hans utlägg för vården i fråga. Bor han på någon av de nämnda inrättningarna har han avgiftsfri rätt till behövlig sjukvård, en rättighet som också gäller vid permission från sjukhuset. Men om den utvecklingsstörda bor i eget hem eller hos föräldrarna har han avgiftsfri rätt endast till tandvård, talbehandling och sjukgymnastik liksom vid den hälso- och sjukvård som kan meddelas vid den daginrättning eller skola han besöker. Övrig sjukvård liksom kostnad för läkemedel ersätts såsom för andra medborgare av den utvecklingsstörda själv eller av föräldrarna.

De utvecklingsstördas behov av utlandsresor

Då utvecklingsstörda vistas på anstalter blir deras liv ofta tämligen enahanda och med ringa variation. Under sommarmånaderna har man därför länge insett det nödvändiga i att ordna resor av olika slag. I Göteborg företogs, så länge skolinternatet vid Stretered fanns kvar, dagliga badresor med i genomsnitt 80 deltagare. Varje år företogs också en lång rad längre resor, ibland varande över ett par dagar. Det var lätt att konstatera att många fall av orostillstånd visade benägenhet att mildras eller t o m gå över efter sådana resor.

Mot slutet av 1960-talet gjorde man ytterligare försök att bryta de utvecklingsstördas isolering. De första försöken med korta utlandsresor skedde i form av utbyte med olika anstalter i de nordiska länderna. Resorna slog mycket väl ut och en stor verksamhet inom reseområdet har därför fortsatt.

Tabell 1. Resor över en vecka*

	Patienternas fördelning på ålder					Summa (N=211)
	15—24 år	25—34 år	35—44 år	45—54 år	55 år	
1970	21		20	8	1	75
1971	9	17	13	3	—	42
1972	9	16	14	6	2	47
1973	7	18	13	7	2	47
I.K. i medeltal	55—60	60	65—60	55—58	45—50	
Orostillstånd behandlade med psykofarmaka	24	44	44	16	3	131
Psykofarmaka utsatt efter utlandsresa	7	7	11	3	3	31

* Utomnordiska resor företagna till: Jugoslavien, Holland, Italien, Spanien, England och Tyskland.

Fritidsledarna inom omsorgsverksamheten har ansvaret för denna verksamhet. Samråd sker med vårdpersonalen ifråga om resmål, uttagning av lämpliga grupper m m. Resorna fyller en uppgift både som rekreation men enligt min uppfattning också som rehabilitering.

Resultat av utlandsresor

Artikelförfattaren har försökt företa en viss utvärdering av dessa utlandsresor. Den omfattar dels resor utanför de nordiska länderna, med en varaktighet mer än en vecka, dels resor inom Sverige och de nordiska länderna med en varaktighet upp till en vecka (tabell 1—2).

Som framgår av tabellerna får ett stort antal utvecklingsstörda varje år tillfälle till rekreations-

och rehabiliteringsresor till utlandet låt vara i de flesta fall på egen bekostnad.

”Profilen” på de som reser inom respektive utom Norden är något olika främst vad gäller I.K.-värden (genomsnittliga I.K.-värden har medtagits med öppna ögon för de mycket stora svårigheter som finns då det gäller att rätt bedöma intelligenshandikapp). Resultaten tyder på att man hellre reser i de nordiska länderna med en utvecklingsstörd med något lägre I.K. Man är kanske lite rädd för att ta med alltför utvecklingsstörda patienter till främmande länder.

Hos båda patientgrupperna förekom en rad somatiska sjukdomar: hos patienterna som reste utomnordiskt epilepsi (21 patienter), C.P.-syndrom (12 patienter), reumatoid sjukdom (5 patienter),

Tabell 2. Resor upp till en vecka*

	Patienternas fördelning på ålder					Summa (N=239)
	15—24 år	25—34 år	35—44 år	45—54 år	55 år —	
1970	12	19	9	1	—	41
1971	9	10	9	9	3	40
1972	15	27	14	10	4	70
1973	22	22	22	16	6	88
I.K. i medeltal	55—60	55	60	50	45—50	
Orostillstånd behandlade med psykofarmaka	34	52	40	23	8	157
Psykofarmaka utsatt efter utlandsresa	3	4	4	3	1	15

* Resor företagna till de nordiska länderna.

asthma eller kronisk bronkit (15 patienter), kronisk hudsjukdom, bl a psoriasis (5 patienter).

Patienter som reste inom Norden: epilepsi (31 patienter), C.P.-syndrom (14 patienter), reumatoid sjukdom (12 patienter), kronisk hudsjukdom (3 patienter).

Anmärkningsvärt är att vid såväl nordiska som utomnordiska resor många patienter deltagit med orostillstånd och psykofarmaka. De svåraste oroliga får dock hellre följa med på resor till grannländerna eller ofta enbart inom det egna landet.

Resultaten kan tyda på att man haft möjlighet att sätta ut psykofarmaka helt i samband med resorna. Det gäller i nära 15 % (31/211) av resorna utanför Norden och i 6 % (15/239) av resorna inom Norden. Denna verkan har i de registrerade fallen kvarstått ett år efter resans avslutande. Tar man med en kvarstående minskning av mängden psykofarmaka blir effekten än mer märkbar. Det rör sig här i båda grupperna om en minskning av mängden med drygt 20 %.

Resultaten kan tyda på att dessa resor faktiskt verkat rehabiliterande för patienterna.

Man kan här också tala om ett sätt till integring. Man bryter ofta de utvecklingsstördas isole-

ring. De får en bättre och mer naturlig anpassning till vanligt och ett mer mänskligt liv.

Vem skall betala?

Inledningsvis har framhållits att de intagna själva i stort sett bekostar sina resor. Eftersom dessa resor kan ha ett klart rehabiliteringsvärde och vara lika värdefulla ur behandlingssynpunkt som utrikes sjukresor för "normalbegåvade" måste man tycka att omsorgsstyrelserna bör bekosta patienternas resor. Det bör här understrykas att resornas medicinska värde bedömes av omsorgsstyrelsernas läkare som deltar i rehabiliteringen och även i utvalet av patienter inför respektive resor.

LITTERATUR

- Allander, E: Utlandssjukvård i debatt. Socialmedicinsk tidskrift nr 6, 1972
- Hindhede, H: Resor som psykiatrisk rehabilitering. Socialmedicinsk tidskrift nr 6, 1972
- Stendig-Lindberg, G: Har psykiatriska patienter nytta av utlandsresor? Socialmedicinsk tidskrift nr 3, 1973



Red: Arne Borg

Bättre barnmiljö

Föreningen Sveriges Socialchefer ägnade i år sina studiedagar åt temat "Bättre barnmiljö", med underrubrikerna "Bättre barnomsorg" och "Barn och samhällsplanering". Studiedagarna som samlade över 200 deltagare genomfördes 6-8 oktober och hade förlagts till Falun.

Till grund för överläggningarna låg en omfattande rapport från en arbetsgrupp med representan-

ter för FSS, Kommunalarbetareförbundet och Förskolläraarnas Riksförbund. Bland inledarna kan nämnas fil lic Gertrud Schyll-Bjurman, förbundsordförande Kerstin Wilén, avdelningsdirektör Sture Henriksson, socialpedagog Birgitta Sundström, sociolog Lars Hjärne och sekreterare Sven-Erik Bergman.

Arbetsgruppens rapport, inledningsanförandena och utdrag ur paneldebatterna har samlats i ett