

Utlandssjukvård i debatt

Är det klimatet eller avståndet från hemlandet som betyder mest när det gäller utlandsvården? Det var en av de många frågor, som ställdes vid ett socialmedicinskt symposium, anordnat den 26 september 1969 i Stockholm av Svenska Stiftelsen Rehabilitatus.

Professor *Karl J Ewerts*, ordförande i stiftelsen, hoppades i sitt hälsningsanförande att symposiet "Gör utlandssjukvård någon nytta — terapeutiskt?" skulle inspirera till en ny syn på samarbetet organisationer och institutioner emellan.

Man har sagt att vädret förbättrar, psykologiska effekter i utlandet är gynnsammare, behandlingstiderna kortare och pengar sparas, sade doktor *Erik Allander*, reumatologi och socialmedicin, Stockholm, bl a i sitt anförande. Man vet föga, har få fakta att stödja sig på, då rimlig vetenskaplig metodik har förts åt sidan, i varje fall inom reumatologin. Läkarnas skepsis har drunknat. Resebyråerna har fått ett nytt fält att exploatera — de kroniskt sjuka.

Ytterst är det patienterna som bestämmer om en eventuell förbättring inträtt. Deras övertygelse om resornas förbättrande effekt har fått läkarna att fråga sig: Kan jag som läkare se objektiva förbättringar?

Två motproblem

Vi rör oss med två motproblem. 80 procent av dem med ledbesvär tror att vädret inverkar. Patienternas värdering har, i varje fall skenbart, haft sådan effekt hos huvudmannen att denne i vissa fall valt den vårdformen och prioriterat utlands-

Utlandssjukvård är ett av patienter, läkare och huvudmän accepterat komplement till konventionell vård i Sverige. Det finns dock olika meningar om det rent medicinska värdet, då bristen på vetenskapligt underlag inom detta fält är påtagligt. Det hittills enda tillfället då ett mera allsidigt sammansatt forum på ett 50-tal personer debatterade denna vårdform var 26 september 1969 i Svenska Stiftelsen Rehabilitatus regi. I den debatten deltog förutom läkare från olika verksamhetsområden, administratörer och representanter från flera huvudmän, handikapporganisationer samt lekmän. Svenska Stiftelsen Rehabilitatus, vars uppgift var att främja utlandssjukvård, har sedermera upphört. Flera deltagare har dock ansett att en publicering av huvuddragen av debatten skulle vara värdefull. En kraftig koncentring av de omfångsrika förhandlingarna har dock varit nödvändig och har skett under ledning av docent **Erik Allander**, socialmedicinska institutionen, Karolinska Institutet, Stockholm.

Det ursprungliga symposiet och dess publicering har stötts genom bidrag från Svenska Livförsäkringsbolags Förening, Riksföreningen mot Reumatism, Psoriasisförbundet och MS-förbundet.

vistelsen framför utbyggnad av reumatikervården i Sverige. Undersökningar visar att cirka två miljoner svenskar under ett år haft ledbesvär, värda att nämnas i en enkät. Hur många som har reumatoid artrit, d v s ledgångsreumatism, är svårt att uppskatta, men troligen rör det sig mellan 200 000 och 300 000, beroende på hur man räknar och definierar sjukdomen.

Skonade öar

När man började leta efter sjukdomen i varmare klimat, har man funnit att frekvensen i allmänhet är högre i det tempererade klimatet. Det klimat

Hos eskimåer, där man kunde vänta, att ledgångsreumatism skulle förekomma, visade sig en betydligt mindre frekvens än hos oss.

man anser bäst är det torra, varma i t ex Arizona. Men där bor en indianbefolkning med en frekvens av reumatoid artrit, som är dubbelt så hög som den svenska. På Jamaica har man hos nio procent av befolkningen funnit tecken på sjukdomen. Hos eskimåer, där man kunde vänta, att ledgångsreumatism skulle förekomma, visade sig en betydligt mindre frekvens än hos oss. På ön Tristan da Cunha med 200 dagar storm och dimma per år, har man inte kunnat påvisa sjukdomen. Det medicinska problemet är komplicerat.

Övernård — undervård

En sak som berörts föga i den offentliga debatten är selektionen av olika personer inom sjukvården. Vilket sjukvårdsbehov skall man tillgodose? Det manifesterade — alltså patienten som sitter framför läkaren eller den sjuke som inte kommer till läkaren?

Underlättas svensk sjukvård genom utlandssjukvård? Det är tveksamt, ansåg Allander. Man måste veta vilket vårdbehov man tillgodoser. Nu tillgodoses ett vårdbehov hos patienter, som redan haft någon form av vård. Detta är dokumenterat bl a från Riksföreningens mot Reumatism anläggning i Spanien. Dessa patienter har varit på sjukhus i Sverige, fått behandling. Många kommer tillbaka, vårdas i utlandet upprepade gånger. Det är sannolikt, att man "övervårdar" vissa samtidigt som man "undervårdar" andra.

Två etapper

Professor *Tore Broman*, Göteborg, ställde upp vissa allmängiltiga principer för medicinsk värdering av behandlingsresultat.

För utlandssjukvården kan särskiljas två etapper:

1. En ursprunglig arbetshypotes uppställd innan man har praktisk erfarenhet.
2. En korrigerad hypotes innebärande modifierationer, sedan viss erfarenhet samlats.

Detta belyses på ett karakteristiskt sätt när det gäller MS-sjuka. Den ursprungliga hypotesen var aktuell för cirka 20 år sedan. Man hade då konstaterat att MS-sjukdomen var latitudbunden. Sjukdomen är relativt vanlig här i norr, avtar ju närmare man kommer ekvatorn och finns knapast alls inom de tropiska områdena. Det fanns alltså skäl att tänka att MS hindrades från att manifesteras sig i tropikländerna på grund av någon klimatologisk faktor, som också kunde tänkas ha terapeutisk betydelse för dem som redan fått sjukdomen.

Hypotesen föll

Hypotesen höll inte. MS uppstår och utvecklas med samma sannolikhet hos de individer som fötts och tidigare levt inom MS-riskzonerna, oavsett om de bor kvar eller emigrerar till länder med låg riskfaktor. Härvidlag kan man säga att MS påminner om polio, men inte om reumatologiska sjukdomar. Man fick då starka skäl för att vara skeptisk mot tanken att sända MS-patienter söderut. En begränsad korrektion av den ursprungliga arbetshypotesen räckte inte. Hela grunden hade fallit.

Detta läge hade vi inte kommit förbi om inte några MS-patienter på eget bevåg beslutat sig för att resa till Teneriffa och slå sig ned där. Jag hade god kontakt med dem genom intervjuer och brevrapporter. Vi fick ett nytt underlag för bedömningar. Samtidigt fick vi erfarenheter från en ny front, nämligen betydelsen av målmedveten rehabilitering. Det stod nu klart att man kunde formulera en arbetshypotes. Neurologisk rehabilitering när det gäller MS men också vid många andra neurologiska sjukdomar lönar sig ofta och möjligheterna till bättring är gynnsammare på Teneriffa än i Sverige. Detta var bakgrunden till att Vintersolprojektet kunde tas upp.

MS uppstår och utvecklas med samma sannolikhet hos de individer som fötts och tidigare levt inom MS-riskzonerna, oavsett om de bor kvar eller emigrerar till länder med låg riskfaktor.

=====

Kardinalfrågan är obesvarad — kan man påvisa någon terapeutisk nytta vid neurologiska sjukdomstillstånd genom vård utomlands?

=====

Kardinalfrågan

I fortsättningen belyste Broman utlandssjukvården generellt. Han ansåg att det fortfarande inte fanns utarbetade råd och anvisningar för uttagningsläkaren och heller inget program för efterkontroll så att man kan dra några slutsatser av praktisk betydelse.

Vad krävs:

1. Samarbete med experter, som kan hjälpa till med att föreslå lämpliga riktlinjer för ett patienturval med hänsyn dels till chanserna för ett gott behandlingsresultat, dels till enkla dokumentationsprinciper.
2. Inventering av betingelserna för att kunna jämföra de behandlade fallen med en lika grundligt undersökt och uppföljd kontrollgrupp, som inte fått tillfälle till utlandsvård — ev samma patienter ett tidigare år — men i övrigt fått adekvat behandling i Sverige.
3. Uppställning av ett prioriterat program i enlighet med angivna förutsättningar och övervakning av detta genom experter.

Det är min övertygelse att vi inte kommer längre utan en sådan uppläggning. Kardinalfrågan är obesvarad — kan man påvisa någon terapeutisk nytta vid neurologiska sjukdomstillstånd genom vård utomlands? Det enda vi vet är att våra resurser för neurologisk rehabilitering är otillräckliga.

Psykisk press

Det långa avståndet från hem och arbetsplats är av största betydelse, underströk docent *I G Porjé*, geriatrik, Stockholm. Vi vet att såväl psykiska som kroppsliga symptom kan försvinna om distansen från arbetsmiljön och konfliktsituation ökar. Vi vet också att symptom kan uppstå och förvärras under psykisk press. Den klassiska psykosomatiska sjukdomen är ju magsår.

Även om vi med säkerhet ej kan säga att hjärt-

sjukdom uppstår genom stress, vet vi att angina pectoris kan utlösas genom psykisk press. Det gäller också hypertenin. Blodtrycket kan stiga kraftigt vid irritation. Vistelse i en vänlig miljö, vare sig den ligger i Sydeuropa, Afrika eller Storlien, har en påtaglig effekt. Den tillskrivs då ofta felaktigt helt klimatet. Det långa avståndet spelar också sin roll.

Den främsta kliniken som sysslat med klimatforskning och speciellt sådan som har inriktat sig på hjärtsjukdomar och perifer cirkulation är Tulane University School i New Orleans. Efter 25 års arbete har man där uppställt vissa kriterier på idealklimatet, speciellt när det gäller hjärtsjukdomar: 25 grader på sommaren, 23,9 grader på vintern och relativ fuktighet på mindre än 60 procent. Variationer i klädsel, fysisk aktivitet och föda påverkar de individuella skillnaderna.

Vi vet också att hjärtsymptom kan utlösas av blåst, speciellt i kylig väderlek. Det gäller just angina pectoris, i viss utsträckning också andnöd. Tulane-kriterierna håller i stort sett också för Kanarieöarna.

Gammal tanke

Tanken att skicka patienter till främmande platser är ingalunda ny. Redan Enköpingsdoktorn skickade sina patienter till Storlien, där han etablerat en av världens tidigaste rekonditionsanläggningar för bl a hjärtsjuka i början av detta sekel. Men en anläggning som i Storlien kan utnyttjas bara vissa tider av året. Bäst tycks man ha lyckats i Jugoslavien. Där har man specialiserat sig på hjärtråningen. Den har skett under verkligen betryggande former under ledning av högt kvalificerade hjärtläkare. Behandlingen har visat sig effektiv. Det viktigaste om man skall skicka patienterna utomlands, är att de får en adekvat fortsatt behandling i gynnsam miljö.

Det är lättare att få god, fettfattig och vitamin-

=====

En utbyggd utlandsvård, som syftar till preventiva och kurativa åtgärder mot hjärtsjukdomar, skulle säkert nedbringa mortalitets- och sjukdomsyttningar.

=====

rik mat i sydliga länder. Tillgången till frukt och grönsaker är ju mycket större än i Sverige.

Tryggheten är av mycket stor betydelse för hjärtpatienterna. En sådan trygghet skulle kunna skapas av en basorganisation i Sverige, som slussar patienter till rätt plats där de får fortsatt adekvat behandling. Samråd måste ske med patientens vanliga läkare. Dessutom måste restryggheten garanteras.

En utbyggd utlandsvård, som syftar till preventiva och kurativa åtgärder mot hjärtsjukdomar skulle säkert nedbringa mortalitets- och sjukdomsyttningar. En väl genomtänkt försöksverksamhet är att rekommendera.

Solens effekt

Många hudsjukdomar blir bättre på sommaren, sämre på vintern, andra tvärtom, sade professor *Nils Thyresson*, dermatologi, Stockholm. En del blir bättre enbart av miljöombyte, oavsett klimat och årstid. Det kanske bör framhållas, att vissa sjukdomar blir sämre eller direkt förorsakas av solens effekt på huden, s k foto-dermatoser. Det kan vara synligt ljus, men framför allt ultraviolett ljus som har denna skadeeffekt. Bland hudsjukdomar som blir sämre av solljus märks särskilt vissa typer av utbredda eksem. Även värme kan förvärra hudsjukdomar, särskilt fuktig värme.

Det jag främst skall tala om här är den förbättrande effekt som miljöbyte, framför allt vid utlandsvistelse med sol och bad, kan medföra.

Från praktisk synpunkt är det endast två hudsjukdomar där miljöbyte och speciellt vistelse i sydligt klimat har en väsentlig terapeutisk effekt. De två sjukdomarna är det atopiska eksemet /prurigo Besnier/ respektive psoriasis. Det bör här framhållas att båda dessa sjukdomar är starkt psykogent påverkbara.

Först det atopiska eksemet. Patienter med denna sjukdom har en s k atopisk konstitution, dvs medfödd benägenhet för allergiska sjukdomar av typ astma och hösnuva. Den allergiska mekanismens roll vid atopiska sjukdomar är omstridd.

Det är vanligt att det atopiska eksemet förbättras under sommaren. Där man anamnesiskt har

klara hållpunkter för årstidsvariationer, föreligger indikationer för utlandsvistelse. Tyvärr brukar åkomman snabbt recidivera vid återkomsten till den gamla miljön. När det gäller det atopiska eksemet kan patienten ha nytta av högfjällsvistelse, t ex i Åre. I Tyskland har man intresserat sig mycket för klimatterapi bl a vid detta eksem. I Davos har man inrättat en kurort med långtidsbehandlingar med gynnsamma resultat.

Sammanfattningsvis kan sägas om det atopiska eksemet: Utlandsvård kan vara till nytta. God effekt kan även uppnås vid klimatologisk behandling inom landet. Behovet av utlandsvård är för denna patientkategori av mera begränsad omfattning.

Utlandsvård för psoriasis lönar sig

Psoriasis är en vanlig sjukdom och det är framför allt vid denna som utlandssjukvården varit intressant. Det finns skäl anta att 150 000—200 000 svenskar har sjukdomen. Psoriasis har ett kroniskt recidiverande förlopp. Den kan i vissa fall läka spontant, men som regel recidiverar den eller fortsätter med oavbrutna symptom större delen av livet. Det är dock inte ovanligt att patienten är symptomfri flera år.

Psoriasis behandlas nästan enbart med yttre medel, salvor, bad och ljusbad. Innan jag talar om klimatterapin vid psoriasis bör nämnas att det finns en grupp patienter — cirka 10 procent — som blir sämre av solljus. Hos dessa är utlandsvård direkt kontraindicerad.

Med detta undantag är psoriasis en sjukdom där utlandsresor kan löna sig terapeutiskt. Mina iakttagelser bekräftar att de flesta patienter blir betydligt bättre eller helt bra under klimatvård, men att effekten som regel bara brukar bestå under relativt kort tid. Min erfarenhet är att recidiven hos dessa kommer snabbare än efter sedvanlig vård på en hudklinik i landet.

I Jugoslavien har under detta år (1969) 260 svenska psoriasispatienter vårdats under 6 veckor.

~~~~~  
*Psoriasis är en sjukdom där utlandsresor kan löna sig terapeutiskt.*  
~~~~~


Hälften av patienterna undersöktes av läkare vid Karolinska sjukhusets hudklinik före avresan och efter hemkomsten.

Preliminära resultat: 10 procent helt läkta, 50 procent mycket förbättrade, 25 procent förbättrade, 10 procent ingen förbättring, 5 procent försämrade. I de senare fallen har det rört sig om speciella former av psoriasis, s k pustulös.

Klimatkammare

En klimatkammare för patienter med astma och andra luftrörssjukdomar efterlyste bitr överläkaren *Stig Wiholm*, specialist på astma och andra luftrörssjukdomar, Stockholm. En sådan skulle ge möjlighet att redan här hemma få veta hur en patient mår under olika förhållanden.

Dessförinnan hade Wiholm konstaterat att dessa sjukdomar är geografiskt bundna. De är vanliga i Holland, Danmark, England, i Sverige, Norge, Nordtysklands kusttrakter och vid vissa kusttrakter i USA.

I Sverige har gjorts undersökningar beträffande astma hos skolbarn. För hela landet var frekvensen 0,73 procent men i Stockholmsskolorna 1,37 procent.

Resor söderut i större utsträckning av patienter med dessa besvär inleddes på 1960-talet, då man började resa till Italien. 1964 gjorde Riksförbundet mot allergi en första resa till Riva del Sole. Tyvärr förekom ingen vetenskaplig bearbetning av patienterna.

30 astmapatienter, som 1967 reste till Jugoslavien, kollades noggrannare. De undersöktes när de kom fram, lungfunktionen, s k spirometri, bestämdes, de fick promenera, medicinera och bada. De kollades på samma sätt när treveckorskuren var slut och rapporterna sändes hem med patienterna.

De tillfrågades sedan via ett formulär. Efter 5 månader kom svar. 18 mådde betydligt bättre efter resan. Positiva resultat visade också kontrollerade patienter i Jugoslavien.

Mänsklig kontakt

Utlandssjukvård som psykoterapeutisk faktor behandlades av dr *Mårten Kalling*, Västerås.

Utlandssjukvård ger oss vidare möjlighet att lättare förnya vårdtänkandet när det inte binds till traditionella miljöer.

Utlandssjukvård innebär en mycket radikal miljöförändring för både personal och patienter, och många terapimotverkande attityder hos båda parter aktualiseras mindre lätt i en ovan, intresseväckande omgivning, på långt avstånd från hemtrakterna. Personal och patienter får en otvungen kontakt, som inte så lätt kan åstadkommas på sjukhus eller mottagningar. Miljöterapi i form av utlandssjukvård befriar oss på en gång från alla de terapimotverkande associationer som sjukhusluften förmedlar och som man utan större framgång, men med stora ansträngningar försöker bekämpa på sjukhusen.

Utlandssjukvård ger oss vidare möjlighet att lättare förnya vårdtänkandet, när det inte binds till traditionella miljöer. Vi får i utlandsvården lättare att improvisera, att komma fram snabbare på ett område som ju är beryktat för sin eftersläpning.

Som argument mot utlandssjukvård får man ibland höra, att patienterna efter hemkomsten till sitt sjukhus snart försämrats och sjunker tillbaka i apatin eller återtar gamla sjukliga stereotyper. Men i detta ligger väl främst ett argument *mot* vårt nuvarande vårdssätt, en påminnelse om våra vårdformers antiterapeutiska effekter.

Klimat och bioklimatologi

Docent *Sven Paléus*, Karolinska Institutet, Stockholm, inledde paneldebatten med att belysa olika klimatologiska faktors inverkan på den mänskliga organismen.

Det bör poängteras att klimatet på en viss ort är ett helt komplex av faktorer, såsom temperatur, nederbörd, luftfuktighet, strålning m m, vars samlade verkan på kroppen bör beaktas. Särskilt växlingar, snabba eller upprepade, i en eller flera av nämnda faktorer, påverkar organismens välbefinnande. Läran om atmosfärens inverkan på växter, djur och människor, biometeorologi, är en vetenskapsgren, som särskilt under de sista decen-

nierna tilldragit sig ett stort internationellt intresse.

Nämnda faktorer har var för sig, eller totalt, inte hittills tillräckligt bearbetats vid hälsoresorna. Jag tror, sade Paléus, att det är viktigt att dessa faktorer registreras dagligen på den plats där patienten vårdas och att de förs samtidigt med de journalanteckningar som bör föras över varje patient. En av symposiets uppgifter kunde kanske vara att ytterligare förbättra uppställningen av de journaler, som redan kommit till användning vid företagna hälsoresor.

Docent *Börje Löfstedt*, Hygieniska institutionen, Lund: Jag har studerat negativa effekter av värme hos friska. Det tycks vara så att befolkningen på nordligare breddgrader tål mindre värme än de som bor i varmare klimat. Förmågan att tåla högre temperatur försämras i högre åldrar och denna försämring blir tydlig redan i 50-års åldern. Man rör sig dock med ett komplicerat balanssystem där bl a graden av luftfuktighet spelar in.

Tre resor

Överläkare *Peer Morsing*, Boden, redogjorde för tre patientresor till Egypten och visade en film.

Tre patientresor med sammanlagt 100 fall, reumatiker och psoriasispatienter, har genomförts i 'Rehabilitatus' regi.

Vården var förlagd till Assuan, Hurghada, Luxor, Cairo och Alexandria.

Man ville skapa experimentella förhållanden för studium av sambandet mellan miljöfaktor och sjukdom. Miljön skulle därför vara patientens vardagsmiljö så olik som möjligt och framför allt inte likna ett sjukhus. Personalens arbetstider, journalskrivning o dyl motsvarade däremot sjukhusrutinen.

Kontakten med den inhemska sjukvården fungerade bra.

Flera terapiformer prövades, bl a ridning — för balansträning och för att höja patientens självförtroende. Tonvikten lades på fysisk träning och gruppterapi i form av studiecirklar.

Läkemedel utom salicylica utsattes vid ankomsten till Egypten.

=====

Patienter med sociala problem försämrades i allmänhet, övriga hade förbättrats ytterligare i vissa fall.

=====

Under vårdtiden gjordes en socialmedicinsk utredning på patienterna, utförd av en överläkare i psykiatri, en socialchef och en kurator.

Det föreföll vara en låg korrelation mellan sjukdomsupplevelsen och de objektiva somatiska fynden.

Förbättringar registrerades som minskat behov av analgetica, förbättrad allmän kondition och stämningsläge.

46 av patienterna visade sig ha sammanlagt 71 sociala problem som anmäldes för åtgärd till vederbörande sociala myndighet i Sverige.

För 39 av patienterna skrevs remiss till ortopedisk klinik — ett 30-tal opererades.

Vid hemkomsten efter 6 veckors utlandsvård bedömdes 96 % av patienterna som besvärsfria eller förbättrade.

Efterundersökning

Efter hemkomsten försämrades vissa patienter efter någon tid. Man försökte mäta försämringen med 3 månaders intervall.

Patienter med sociala problem försämrades i allmänhet, övriga hade förbättrats ytterligare i vissa fall. Man kan där anta att en skadlig cirkel brutits.

Socialvården visade sig fungera dåligt; av 71 problem hade 7 åtgärdats efter 6 månader.

44 patienter (3:e patientresan) undersöktes med avseende på tidigare sjukhusvård och vårdresultat. Under en treårsperiod hade de vårdats för sin grundsjukdom sammanlagt 120 gånger. Medelvårdtiden var därvid 2 månader.

Vid utskrivningen från sjukhuset var 70 % förbättrade, övriga oförbättrade eller försämrade.

3 månader efter utskrivningen var 62 % försämrade jämfört med tillståndet vid utskrivningen.

Det är sådana undersökningar vi måste jämföra med när vi talar om det medicinska värdet av utlandssjukvård.

Fler protokoll

Överläkare *Olle Hogeman*, invärtesmedicin, Falun, ställde först en fråga till professor *Thyresson*. All behandling av psoriasis har ju en gemensam nämnare, nämligen hyperemisering av huden. Jag bara undrar, sade *Hogeman*, om detta fortfarande är sant? Det gäller såväl borstning med tvål och såpa som solljus och kvartsljus och olika salvor.

Hogeman hade på sitt landstings uppdrag besökt olika platser utomlands, där svenskar vårdas. En av dessa var *Vintersol*. Den andra var *Benicasim*, kanske det bästa man sett. Där fanns bl a en terapiavdelning, som var i särklass, ansåg han. Beträffande *Vintersol* efterlyste han protokoll. Då han var där gjordes protokoll bara på ett enda symptom, muskelkraften hos patienterna.

Hyperemiseringen tror jag inte spelar så stor roll vid behandlingen av psoriasis, sade professor *Thyresson* på frågan av *Hogeman*. Det gemensamma för alla medel, som är verksamma, är att de blockerar äggvitesyntesen, speciellt nukleinsyresyntesen. Detta gäller särskilt för våra bästa medel *Ditranol* (*Cignolin*). Det gör också de potentia antipsoriatiska steroiderna men de verkar dessutom anemiserande, hämmar också äggvitebildningen. *Ditranolen* däremot hyperemiserar. Men det är inte av den anledningen den är terapeutiskt verksamt.

Ett riktigt steg

Broman: Egyptenresorna innebär såvitt jag förstår ett steg åt rätt håll. Man arbetar ut en variant av hälsoresor under betryggande och medicinskt genomarbetade former. I och för sig är det riktigt att man provat detta. Det är min bestämda övertygelse att man bör ha grupperingar inom vissa sjukdomskategorier. Här har vi anledning lägga upp en arbetshypotes som kan prövas. Man får ett kontrollmaterial. Utan den bakgrunden tror jag inte att vi får svar på symposiets rubrikfråga.

Kan kurvan ändras?

Allander: *Broman* ritade upp en kurva över ledgångsreumatismens förlopp från insjuknande över

förlamning till död. Frågan är om man med terapeutiska försök skulle kunna ändra kurvan. Tyvärr är diagnosen avhängig tiden. Osäkerheten i början är stor, säkrare senare. Frågan har ventilerats för några år sedan i samband med ett symposium i Holland om bl.a. preventiv reumakirurgi. Man fann motstridiga önskemål.

Sämre i Spanien?

Direktör *Engellau*, Riksföreningen mot Reumatism, framställde frågan om vården i Spanien i och för sig vore av lägre kvalitet än i Sverige. Dr *Allander* uttryckte som sin åsikt att vården hade lägre kvalitet då man minskat chansen att experimentera trots att man disponerat stora resurser, men genom underlåtenhet icke kunnat utnyttja dessa.

På tal om den stora osäkerheten när det gäller diagnos tidigt undrade *Broman* om man inte kunde tänka sig en kontrollgrupp. Den måste vara vetenskapligt korrekt utvald. Det måste finnas väldefinierade kategorier, som är att föredraga framför att man samlar alla reumatiker i en enda stor grupp. Man bör kunna få svar på frågan om hur många som blivit bättre efter ett visst antal månaders vård. *Broman* avrundade: Känner *Allander* till de fall av juvenil reumatoid artrit, som vårdats på *Vintersol*? De har en god prognos i 80 % av fallen, svarade *Allander*. Man räknar med att 75 % blir bättre oavsett vad man gör.

Efterundersökning

Morsing: När det gäller efterundersökningar av patienter vet man att patienten som regel blir bättre när han kommer hemifrån, även om han varit på Grönland rentav. Vi vet också, att han blir sämre efter en tid hemma. Försök har gjorts att mäta försämringen med tremånadersintervaller. Det rör sig om fyra efterundersökningar. Den första visade att vissa patienter blev försämrade i olika avseenden. En sexmånadersundersökning

~~~~~  
*Patienten har som regel blivit bättre när han kommer hemifrån även om han varit på Grönland.*  
~~~~~

omfattande en viss del av patienterna visade tendens till förbättring. Undersökningen gjordes dock under sommaren med vackert väder, varför den kanske inte håller helt.

Morsing kom senare in på relation mellan sjukdomens förlopp och patientens sociala problem.

Socialvården fungerar dåligt, konstaterade Morsing och frågade: Har vi gjort några undersökningar om sjukhusvården här i Sverige? Jag har inte hittat någon. Vi har gjort en, kanske tendentiös och elak, men ärligt menad. 120 patienter tidigare vårdtillfällen undersöktes.

Medelvårdtiden var två månader. Vid utskrivningen var endast 70 % förbättrade, resten oförbättrade eller sämre. Efter tre månader var det bara 38 patienter som var förbättrade subjektivt jämfört med tillståndet vid utskrivningen. Det är sådana undersökningar som bör tas upp, när vi talar om det medicinska värdet av utlandsvård.

Hur förbättra utlandsvård?

Hr Engellau noterade dr Allanders uttalande om utlandsvården så som av lägre kvalitet, men frågade "om jag genom ett trollslag förflyttar vårt sjukhus i Östersund till Spanien med samma läkare, samma personal och tekniska utrustning — blir då vården sämre för att den utövas i Spanien?"

Hr Engellau ansåg att enligt logikens i allmänhet vedertagna lagar, borde vården i och för sig icke bli sämre för att den utövades i ett bättre klimat och i en behagligare psykologisk miljö och till ett billigare pris.

Han underströk dessutom att utlandsvården inte avsåg att ersätta vården i Sverige utan i stället för en tid kunde tänkas komplettera de otillräckliga vårdmöjligheterna i landet.

Frakturfall

Överläkare Gösta Häggblom, med klin, Bollnäs: Kan man använda utlandsvård för behandling av en del frakturfall, framför allt på collumfrakturerna, som är svåra att rehabilitera i svenskt vinterklimat?

Eftersatta patientgrupper, exempelvis svårt polioskadade, har det speciellt besvärligt vintertid

=====

Eftersatta patientgrupper, exempelvis svårt polioskadade, har det speciellt besvärligt vintertid och utlandsvård under vintern kan göra deras tillvaro drägligare.

=====

och utlandsvård under vintern skulle göra deras tillvaro drägligare.

Dr Sören Jakobsson, uttagningsläkare vid landstinget i Gävleborg: Patienter med sjukdomar ur den reumatiska sjukdomsgruppen har ju en störd immunreaktion. De reagerar inte sällan med försämring av ledsjukdom även vid "banala" infektioner. Försämring kan även inträffa vid vaccination mot t ex tyfus-paratyfus. Humant gammaglobulin har visat sig ha antigena egenskaper. Det kan därför ifrågasättas om infektionsskydd med gammaglobulin är lämpligt för dessa patienter.

Han frågade: I vilken utsträckning bör man ta hänsyn till dessa möjliga riskfaktorer då vi sänder patienter till Kanarieöarna för att ta ett exempel.

Polio

Länsläkare G Lundin, Södermanlands län, frågade om polio. Broman svarade att när det gäller förlamningsfall som har ett stationärt invalidiserat tillstånd under mycket lång tid kan man säga att där finns en allmän regel att rehabilitering och fysisk träning knappast är något att vinna med.

Hotell m m

Från olika håll ställdes vissa frågor om hotell m.m. Britta Lithander, uttagningsläkare, svarade: Beträffande Benicasim kan man säga att det är ett bra hem på många sätt, men det är inte helt anpassat för rullstolspatienter. Vi hade inte riktigt klart för oss nackdelarna när vi skickade patienter dit första gången.

=====

För vissa kroniska fall är permanent sjukvård utomlands sannolikt mycket attraktiv under förutsättning att patienten accepterar den främmande miljön.

=====

Kroniska fall

Sven J Dencker: För vissa kroniska fall är permanent sjukvård utomlands sannolikt mycket attraktiv under förutsättning att patienten accepterar den främmande miljön. Han finner alltså en mer stimulerande miljö som således passar pensionären, som föredrar medelhavsklimatet före det nordiska. Kritiserar man en sådan aspekt måste man ha klart för sig hur trist och tråkigt det kan vara för äldre här hemma.

Inte bara medicinska synpunkter

Broman: Jag skulle nog vilja ta upp det mest handfasta. Av påtagligt värde är att vi kan med utomlandssjukvård komplettera vissa områden av sjukvården i Sverige som är bristfälligt tillgodosedda idag. Bristfälliga inte därför att vi inte inser vad som behövs, utan därför att vi inte har råd eller personal för att åstadkomma den och bygga upp vår sjukvård i den omfattning som behövs. Förutsättningen för att i så fall förlägga viss sjukvård till utvalda länder bortom vårt lands gränser bör självklart vara, att sådan sjukvård inte får konkurrera med värdlandets egna legitima behov eller vara lyxbetonad. Man måste alltså anlägga många andra synpunkter än rent medicinska, men jag kan inte nu komma in på alla.

Jag nöjer mig med att framhålla vad som kan sägas vara uppenbart och väsentligt. Då är det för det första långvård, kronikervård, som helt enkelt behöver avlastning. Detta har vi icke berört, och jag skall inte heller närmare gå in på det, eftersom det inte berör symposiefrågan eller symposiets rubrik. Jag vill dock nämna, att vi försöker analysera och utreda möjligheterna för ett sådant projekt.

En vinst

Det andra är rehabilitering, och då vill jag begränsa mig till den del därav, som vi i princip talat om hela tiden, nämligen långtidsrehabiliteringen. Det gäller rehabilitering av invaliderade patienter, ofta kroniskt sjuka med progredierande sjukdomar.

Det är nu dags att satsa på empirisk, kontrollerad forskning, på delprojekt som är meningsfulla ur den synpunkten, att de kan kommenteras och utvärderas.

Det är alldeles klart, att om vi saknar tillräckliga resurser i Sverige, men kan erbjuda dem fullgoda behandlingsmöjligheter i utlandet, bör vi begagna oss av en sådan möjlighet, i synnerhet som det ofta t.o.m. kan ordnas billigare än i Sverige. Detta är alltså ett motiv som inte har med klimatet att göra. Det är ett obestridligt faktum att vi behöver fler platser för rehabilitering, och det finns också på programmet för sjukvårdshuvudmännens planering på de flesta håll. Men det är dyrt och torde dröja många år, innan vi kan få det genomfört. Om vi emellertid kan köpa resurser i utlandet, måste det vara en vinst.

Vad som däremot icke är klart, är om korttidsvårdsrehabilitering efter akuta sjukdomar eller skador kan organiseras så att det lönar sig. Man får väl försöka räkna ut hur ett vinst- och förlustkonto skulle se ut, om nu vederbörande kan bli friskskriven t.ex. redan efter två månader i stället för 3 1/2 månad. Vad vinner vi då på att skicka honom ned en månad till behandling, t.ex. i Spanien? Vi bör ta reda på hur många sådana fall det finns, vilka de är m.m.

Fram för förslag

Vad vi har talat mest om är, såvitt jag förstår, spekulationer, teorier om vad som kan tänkas inverka i ena eller andra riktningen. Jag tror att det nu är dags för att satsa på empirisk, kontrollerad forskning, på delprojekt som är meningsfulla ur den synpunkten, att de kan kommenteras och utvärderas, och jag tror det är ett hopplöst företag för oss här, att försöka sätta oss att skriva ut anvisningar för hur det skall skötas. Det krävs inom varje område att en specialist, som själv är villig att hålla i skäftet, får göra upp ett meningsfullt förslag till arbetsprogram.