

Rehabiliteringsverksamheten inom LKAB, Kiruna

Harold Sihm Jörgensen

LKAB i Kiruna fick sin första företagsläkare 1953 och en s k skyddad verkstad omkring 1960. Företagshälsovården och arbetsvården inom företaget har sedan 1970 utökats med särskild rehabiliteringsavdelning med plats för 10—12 man. Erfarenheten av denna verksamhet har varit så god att man nu planerar en utbyggnad.

Rehabiliteringsavdelningens arbetsuppgifter och arbetsmetoder redovisas i nedanstående artikel av doktor Harold Sihm Jörgensen som är företagsläkare vid LKAB i Kiruna.

Inledning

Järnmalm har brutits i Kiruna av LKAB från slutet av 1800-talet. Företaget är statsägt sedan 1957. 4 500 är anställda i Kiruna, härav 3 700 kollektivt. Upp till 1958 rörde det sig i huvudsak om ovanjordsbrytning. Sedan har underjordsbrytningen helt dominerat. Den bedrivs idag med hjälp av stora mekaniska enheter, som t ex ortdrivningsaggregat som styrs mekaniskt med lufttryck och dieseldrivna lastmaskiner av typen Caterpillar 980 (8,5 m lång, 3 m bred, vikt 25 ton). Stendamm, buller och tungt kroppsarbete var tidigare de väsentliga yrkesriskerna. Dessa har minskat i betydelse och istället har en rad "nya" risker tillkommit: Dieselavgas, radon, vibration (+ infraljud) och stress.

Företagsläkare på heltid anställdes 1953. Företagshälsovården fick egna lokaler i nybygge 1963. Idag två läkare, fyra sjuksköterskor, tre sjukvårdsbiträden, en sjukgymnast, två sekreterare och en verkstadsledare.

Skyddad verkstad

Företaget har i ca 15 år haft en s k skyddad verkstad. När det blev aktuellt i slutet av 50-talet att övergå från ovanjords- till underjordsbrytning var det svårt att finna lämpliga arbetsplaceringar åt alla, särskilt bland de äldre arbetarna. Man inredde därför en "skyddad verkstad" för dessa som man inte ansåg sig kunna placera på normala arbetsplatser.

Verkstaden är normerad för ca 45 man. Avgörande för verkstadens skyddade karaktär är inte så mycket arbetsuppgifterna, utan att man inte ställer krav på normal arbetsinsats. Detta gäller t ex frånvaron som ligger över 20 %, vilket accepteras. De anställda här är i huvudsak äldre arbetare som ofta kommer hit efter längre tids sjukskrivning, där enda alternativet annars skulle ha varit förtidspensionering. Dessutom finns här sådana anställda som har betydligt handikapp, t ex svår sockersjuka, svår epilepsi, påtagliga psykiska besvär, invalidiserande överstödd hjärtinfarkt. Denna verkstad fungerar helt i företagets regi utan stöd utifrån. Lönen är lika för alla och ligger något högre än lägsta lönenivån inom företaget. Arbetsobjekten är i huvudsak reparation av rör till luftledningar samt kabelskarvningar. I allmänhet stannar de anställda kvar här till ålderspensioneringen, men det är i princip inget som hindrar att de återgår till normal arbetsplats om ett lämpligt arbete dyker upp. Det är dock sällsynt att någon önskar byta arbetsplats. Detta är en omtyckt arbetsplats. Har man lyckats komma dit önskar man stanna kvar.

Halvskyddad anställning

Företaget har dessutom i några år satsat på halvskyddade arbetstillfällen. Man har f n omkring 60—70 man som är anställda på dessa villkor genom AMS, som betalar 40 % av lönen. Det har hitintills uteslutande rört sig om nyanställningar, i huvudsak äldre män, som fränsett åldern, inga större handikapp har, men som annars inte skulle kunna få arbete på öppna marknaden. I och med att Anpassningskommittén har börjat sitt arbete har även personer med egentliga handikapp börjat anställas.

Dessa, i halvskyddad anställning, åtnjuter samma sociala förmåner som övriga anställda. Efter 2 år har i många fall normal anställning skett.

Omplaceringar

Där arbetsanpassningen av olika skäl inte är tillfredsställande är i allmänhet enda utvägen att söka en förbättring genom omplacering av den anställda till en ny arbetsplats eller ett nytt arbete. Att med kort varsel ändra/anpassa arbetet till mannen är i det enskilda fallet nästan omöjligt. Vissa ergonomiska justeringar och arbetslättnader kan givetvis åtgärdas och ligger ju numera även inom Anpassningskommitténs arbetsområde. Däremot möter man mycket stort motstånd från arbetsledningens sida när det gäller att ändra utformningen på ett arbete, ändra sammansättningen av uppgifter.

Alla medicinskt betingade omplaceringar sker via företagsläkaren. Detta är viktigt för att få en enhetlig bedömning och man bör uppmuntra kollegorna utanför industrin att skicka intyg och önskemål för patienters arbetsplacering till företagsläkaren. Han försöker i de flesta fall helhjärtat realisera kollegans intentioner och har mycket bättre möjlighet för detta.

Flertalet omplaceringar gäller skiftgång och rörelsesystem:

.....
Företaget har för närvarande omkring 60—70 man som är anställda i halvskyddad verksamhet.
.....

Tabell 1. Översikt över orsaker till intyg vid villkorlig arbetsförmåga (1971—1974).

Skiftgång (stressymtom)	128
Rörelsesystem	135
Luftvägs- och lunglidande	81
Ovanjordsarbete (trivsel, "gruvskräck")	34
Hörselnedsättning	22
Reumatiskt lidande	20
Nervöst lidande	18
Hudlidande	24
Hjärtlidande	6
Deltidstjänstgöring m m	42
	510

Rehabiliteringsavdelning

Det hade i flera år varit uppenbart, att det förutom denna passiva form av rehabilitering (skyddade verkstaden), även fanns ett stort behov för en mera aktiv insats och företaget beslöt därför 1970 att satsa på en speciell rehabiliteringsavdelning (2).

Rehabiliteringsavdelningen planerades och byggdes i samband med byggandet av en ny truckverksstad. Man inredde en särskild sektion bestående av en verkstadslokal, 15 × 10 meter i golvareal, med plats för ca 10—12 man, förmanskontor, vilrum och toaletter för handikappade. På övervåningen finns gymnastiklokal, ca 10 × 8 meter med omklädnings- och duschrum, ett litet pentry samt rum där samtal med patienterna i enrum kan ske.

Syfte

Syftet med denna satsning var att mjuka upp övergången från sjukskrivning till arbete för att således undvika den paradoxala situationen att patienten ena dagen är helt sjukskriven, nästa dag fullt arbetsför. En del av rehabiliteringsinsatsen består därför av uppträning av konditionen. Samtidigt vänjes patienten på ett "mjukt" sätt att stå på ett verkstadsgolv igen, vara tillsammans med arbetskamrater och till en normal arbetsdag. Ofta har patienten varit långvarigt sjukskriven och har kanske redan hunnit fixera sig vid sitt tillstånd av inaktivitet och isolering från gemenskapen.

Det är även viktigt med den intima dagliga kontakten med rehabiliteringspersonalen, varvid ett förtroende byggs upp och patienten stimuleras såväl fysiskt som psykiskt. När det sedan blir aktuellt med arbetsval kan diskussionen föras mellan

Syftet med rehabiliteringsavdelningen var att mjuka upp övergången från sjukskrivning till arbete för att undvika den paradoxala situationen att patienten ena dagen är helt sjukskriven, nästa dag fullt arbetsför.

patient och personal på ett öppet och förtroendefullt sätt. Patientens önskemål och den medicinska bedömningen av hans arbetskapacitet ligger till grund för det senare arbetsvalet. Här är rehabiliteringspersonalen patientens förespråkare gentemot företaget.

Sannolikt innebär denna rehabiliterande insats i många fall en förkortning av sjukskrivningstiden. Detta är dock inte i sig självt en primär målsättning. Syftet är främst att uppnå en mera fysiologiskt riktig övergång till normalt arbete. Där arbetsanpassningen kanske redan innan sjukskrivningen har varit otillfredsställande försöker man lösa problemen. Först som sist strävar man efter den bästa möjliga arbetsanpassningen i framtiden.

Målgrupp

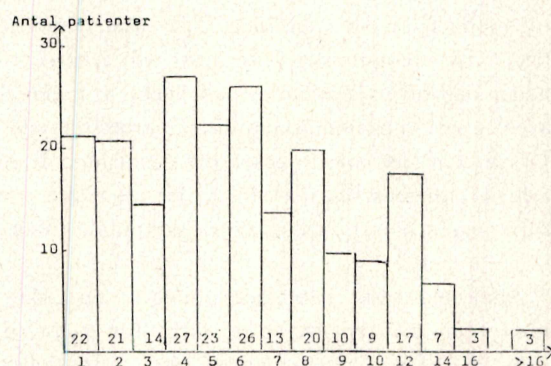
Endast anställda i företaget har varit föremål för rehabiliteringsinsatser. Från början riktade vi främst in oss på patienter med långvarig sjukskrivning och endast män i och med att det inte fanns lokalutrymmen för intagning av kvinnor. Vi planerade även för att kunna ta emot svårt handikappade efter olycksfall (underjordsarbetet har fortfarande ca dubbelt så hög olycksfallsfrekvens som ovan jord) och fick av den anledningen hiss installerad mellan våningsplanen samt fick inredningen så handikappvänlig som möjligt. Vi var även inställda på att i några fall hämta patienter i hemmet. Det visade sig dock att vi mycket sällan fick ta emot patienter med betydande gångsvårigheter. Orsaken till detta är kanske dels att frekvensen av svåra olycksfall har minskat markant sedan 1970, dels att tendensen varit att först skicka patienter till rehabiliteringsavdelningen sent i konvalescensstadiet för hjälp med omplacering. Vi har således inte tagit emot patienter som haft gipsen kvar. Man har nog inte helt för-

stätt tanken med aktiv rehabilitering. Istället lät man traditionsenligt patienten gå hemma tills han själv ansåg att han kunde börja. Sista året har förståelsen för rehabiliteringsavdelningens möjligheter och berättigande dock ökat.

Flertalet har varit sjuka under en längre tid, månader. Numera tar vi även emot en del, ofta yngre anställda, med kortare sjukskrivningstid (1—2 månader) där det är uppenbart att anpassningsproblemen i arbetet eller samhället har varit en medverkande faktor. Här försöker vi gå till grunden med problemen och har i många fall funnit detta resultatgivande.

Rehabiliteringsverksamheten har nu fungerat i 4 år och fram till januari 1975 hade totalt 252 patienter passerat igenom. I medeltal har varje patient varit 40 dagar på avdelningen. *Figur 1* visar frekvensfördelningen med hänsyn till antalet veckor.

Figur 1. Antal vistelseveckor på rehabiliteringsavdelningen.



44 % är under 40 år (antalet anställda i företaget under 40 år utgör 49 % av alla), vilket främst orsakas av det relativt stora antal som kommer dit p g a olycksfall (25 %). Även huvudparten med anpassningsproblem ingår i denna grupp.

Sammansättningen av patienterna med hänsyn till ålder och sjukdom, framgår av *tabell 2*.

Fram till januari 1975 har totalt 252 patienter passerat igenom. I medeltal har varje patient varit 40 dagar på avdelningen.

Tabell 2. Intagna på rehabiliteringsavdelningen 1970—1974 med hänsyn till ålder och orsak.

Orsak	Ålder						Totalt
	—19	20—29	30—39	40—49	50—59	—60	
Rygg + rörelsehinder	6	4	17	32	26	8	93
Olycksfall	8	19	14	10	12	2	65
Mage	2	5	5	2	3		17
Hjärta			1	6	9	3	19
Hud			1	2			3
Lung	1		1		3		5
Psyk	2	8	4	3	3		20
Annat		3	10	4	12	1	30
Totalt	19	39	53	59	68	14	252

Organisationsrutiner m m

Intagning sker helt på medicinsk indikation. Många fall kommer in för rehabilitering genom företagets hälsovård, där det bl a sker en kontinuerlig uppföljning av alla långtidssjuka, eller på lasarettsläkarnas initiativ. Några patienter kommer in på förslag från Försäkringskassan, enstaka söker in självmant (se tabell 3). I princip tar vi emot alla som remitteras dit, under förutsättning att det finns plats. Den begränsade kapaciteten har gjort att vi inte har propagerat allt för kraftigt för verksamheten.

Tabell 3. Initiativ till intagning på rehabiliteringsavdelningen.

Patientens eget initiativ	11
Företagshälsovårdens initiativ	213
Försäkringskassans initiativ	9
Lasarettsläkares initiativ	19
	<u>252</u>

Det är viktigt att efter intagningen så fort som möjligt lägga upp en plan för patientens rehabilitering. För detta ändamål finns en arbetsgrupp som samlas en gång i veckan. Den består av verkstadsledaren, hälsovårdssköterskan, sjukgymnasten, kuratorn, läkaren samt personalplacerarna för de fyra stora avdelningarna inom företaget. Man genomgår här varje enskild patients problem och försöker ta ställning till på vilket sätt man bäst hjälper vederbörande tillbaka i arbetslivet. Patienterna deltar inte personligt i detta grupp-arbete. Alla dispositioner sker dock i nära sam-

råd med den enskilde patienten.

Förutom verkstadsledaren, som leder verkstadsarbetet, tar rehabiliteringssköterskan sig an patienterna varje förmiddag. Två gånger i veckan deltar även sjukgymnasten och en gång i veckan genomgår läkaren alla patienter tillsammans med hälsovårdssköterskan (samtal och ev undersökning i enrum). Samma dag har man även sammanträde med de övriga ledamöterna i rehabiliteringsgruppen.

Målsättningen har från början varit, att ingen skall få stanna längre än högst 3 månader. Avsikten härmed är att understryka den dynamiska karaktären av verksamheten i motsats till den skyddade verkstaden. Dels lägger vi en viss press på rehabiliteringsavdelningens personal — på oss själva — vi måste arbeta aktivt och måste ha en plan för rehabiliteringen. Dels ligger det även en viss press på arbetsledningen, som vet om att en anställd inte kan stanna kvar i all evighet på rehabiliteringsavdelningen och att lämpliga arbetsmöjligheter måste beredas inom dessa 3 månader.

Vi har från början haft en flexibel lönesättning. Man kan vara helt sjukskriven eller halvt sjukskriven och få halv grundlön från företaget (dvs halv grundlön från tidigare anställning) eller också

.....
Målsättningen har från början varit att ingen ska få stanna längre än högst 3 månader.
.....

.....
Själva rehabiliteringsverksamheten består dels av arbetsuppträning, dels av gymnastik, dels av individuell uppträning genom "cirkelträning" och ergometercykel.
.....

kan hel grundlön utgå. Praktiskt taget alla har föredragit att vara halvt sjukskrivna och få halv grundlön.

Vi har varit öppna för möjligheten för att om någon endast skulle kunna arbeta halvtid, men nästan alla har accepterat att arbeta på heltid, vilket givetvis har varit en fördel med hänsyn till gruppssamarbetet.

Fysisk uppträning

Själva rehabiliteringsverksamheten består dels av arbetsuppträning med hjälp av enkla, lätta verkstadsgöromål. Vi har här hittills satsat mest på träförarbeten, i och med att detta vanligtvis inte kräver någon större förkunskap. Två gånger om dagen har vi gymnastik, ca 1 timme. Dels som grupp gymnastik (som leds av sköterskan och/eller sjukgymnasten), men även med hjälp av bandin spelningar, bl a från radion, som lämpar sig för rekonvalescenter. Dels sker en individuell uppträning genom "cirkelträning" och ergometercykel (Monark), där doserad uppträning kan ske. Vi brukar testa de anställdas arbetskapacitet med jämna mellanrum.

En gång i veckan skjutsas alla patienter till stans simhall, där de under ledning av sjukgymnasten får vattenterapi och badar bastu. Detta är ett mycket populärt inslag och bidrar till en trevlig stämning, samtidigt som det är en värdefull form av motion, inte minst för ryggpatienter.

Kontakt och samråd

Efter att ha haft möjlighet att remittera patienter

.....
En stor del av den insats som sker i vår rehabiliteringsverksamhet ligger på det psykiska planet.
.....

till rehabiliteringsavdelningen, skulle vi idag uppleva det som enormt svårt att tackla problemen med långtidssjuka patienter av olika kategorier om inte detta alternativ fanns. Patienter som håller på att bli rädda för att över huvud taget gå utanför hemmet och har svårt att tänka på att gå tillbaka till arbetslivet. En stor del av den insats som sker i vår rehabiliteringsverksamhet ligger ju just på det psykiska planet. Man upplever kanske detta förhållande särskilt när det gäller de yngre patienterna där anpassningsproblem har varit medverkande till lång eller frekvent sjukfrånvaro. En radikal genomgång av problematiken och konsekventa åtgärder kan här göra mycket nytta. Samma är fallet med t ex infarktpatienter som ju ofta är mycket fixerade vid sin sjukdom. Här är det avgörande med ett förtroendefullt samarbete mellan patient, rehabiliteringsavdelning och lasarettssavdelning.

Långtidssjuka kan ha betydande psykiska problem som måste konfronteras. Ofta har dessa patienter börjat leva sig in i tanken om förtidspension. Där det inte finns medicinskt underlag för detta krävs det psykologisk insikt och inlevnadsförmåga, tålmod, diplomati och fasthet att i vänskapligt samförstånd med patienten hjälpa honom tillbaka till arbetslivet. I och med att patienterna kommer till oss dagligen får vi mycket god kontakt med dem. Såväl verkstadsledaren som hälsovårdssköterskan har dagliga samtal med alla. Man får därför en helt annan utgångspunkt, när det gäller att diskutera framtida arbetsmöjligheter med vederbörande och får ett bättre grepp om den enskildes problem. Ofta är det ju inte bara arbetsanpassningen det gäller, ofta ligger problemen utanför arbetet som sådant, i personligheten, i hemmet eller i ekonomin. Vi försöker att omfatta hela personen i vårt rehabiliterande och handikappet som sådant är bara en del av helheten.

Introduktion av rehabiliteringsverksamheten

Det är en viktig och nödvändig del i rehabiliteringsarbetet, att aktivt påverka såväl sjukvårdspersonal (främst kollegor utanför industrin), patienter som arbetsledning till att uppfatta rehabilitering i samband med längre tids sjukskrivning,

Rehabiliteringsgruppen och anpassningskommittén arbetar intimt tillsammans.

som naturligt och värdefullt. Vi har inom företaget låtit framställa en enkel broschyr som vi har kallat "Välkommen till rehabilitering", där vi ganska kort, med illustration och text, talar om verksamhetens målsättning och omfång och uppmanar till att ta kontakt med oss när det kan vara aktuellt. Det har visat sig, att såväl läkarna utanför företaget som de anställda, ständigt måste erinras om möjligheten för intagning på rehabiliteringsavdelningen. Även företagets personaltidning och interna radio har givetvis utnyttjats.

Samarbete utåt

Ett visst samarbete med Försäkringskassan har skett, också med Centralkontoret i Luleå, där ju alla fall av långtidssjuka granskas. I allmänhet har Försäkringskassan i ett brev till företagsläkaren talat om att en anställd har varit sjuk en längre tid och frågat om möjligheterna för arbetsvårdande insatser. Rehabiliteringssköterskan har då i några fall tagit kontakt direkt med vederbörande. I andra fall har läkaren först tagit ställning till patientens situation innan ett ev erbjudande om intagning på rehabiliteringsavdelningen har framställts.

Arbetsvärden har man haft intim kontakt med (företagsläkaren är även Länsarbetsnämndens för-
troendeläkare i Kiruna). Ca en gång i månaden har man de senaste fyra åren haft sammanträden där representanter för Arbetsvärden har deltagit. I och med att den nya lagen om anpassningskommittéer har tillkommit har en omorganisation skett. I princip sköter rehabiliteringsgruppen fortfarande det dagliga, mer rutinbetonade, arbetet. Anpassningskommittén sköter om arbetsplacering av handikappade som utifrån söker anställning samt arbetar främst på den policyskapande nivån. Där rehabiliteringsgruppen inte kan få tillräckligt gehör för sina önskemål träder Anpassningskommittén hjälpande till.

Rehabiliteringsgruppen och Anpassningskom-

mittén har helt samma målsättning och arbetar intimt tillsammans, men på olika nivåer.

Arbetsplaceringen

Det framgår av *tabell 4* att flertalet av patienterna går till nya arbeten. Det är här viktigt att noggrant analysera arbetskraven och — anpassningen — innan patienten börjar.

39 % omplacerades till nya arbeten och 41 % gick tillbaka till sina tidigare, "gamla" arbeten. Även där det gäller de senare sker ett noggrant ställningstagande i fullt samråd med patienten. Tyvärr spelar ofta ekonomiska överväganden en roll i patienternas ställningstaganden.

Tabell 4. Resultat av rehabiliteringsverksamheten 1/10 1970—31/12 1974.

Till nytt arbete (omplacering/)	99
Till renoveringsverkstaden	34
Tillbaka till gamla arbetet	103
Omskolning	4
Pension	2
Slutat	4
Finns kvar på rehabiliteringen	6
Totalt	252

Prövotid

Dels går hälsovårdssköterskan och arbetsledaren ut och studerar arbetet, dels får givetvis patienten tillfälle att bekanta sig med det innan han ev börjar. När man väl har kommit överens får patienten börja på prov några dagar eller någon vecka. Går det då bra och han accepterar arbetet får han fortsätta. I många fall har vi gjort så, när det gäller patienter med väsentliga inskränkningar i arbetsförmågan, att rehabiliteringsavdelningen fortfarande har stått som huvudman. Respektive avdelning har inte stått med det ekonomiska ansvaret och har således inte behövt känna sig "bunden" till den anställda.

I de flesta fall har arbetsanpassningen visat sig vara god och avdelningen har då helt accepterat den anställda och övertagit även det ekonomiska ansvaret. Vi anser nog att denna utökning av rehabiliteringsansvaret till att även täcka en viss provotid är väsentlig i de fall där det från arbetsledningens sida uppstår tveksamhet gentemot att ta

emot en villkorligt arbetsför som ev tidigare har varit långvarigt sjukskriven.

Uppföljning

Den fortsatta uppföljningen av patienter som har lämnat rehabiliteringsavdelningen är viktig och sköterskan avlägger i fortsättningen regelbundna besök på den anställdes arbetsplats tills god arbetsanpassning verkar vara helt säkrad. (Se tabell 5.)

Tabell 5. Uppföljning av patienter intagna på rehabiliteringsavdelningen 1971—1974.

Välanpassade	180
Ny omplacering har skett	30
Åter intagen rehab.avd	19
Pensionerade	18
Slutat i företaget	5
	252

Spärrade arbeten

Problematiken i samband med utplacering av patienter från rehabiliteringsavdelningen är dock fortfarande stor, trots dessa insatser. Många arbeten som skulle vara lämpliga för villkorligt arbetsföra tillsätts eller är redan tillsatta av helt normalt arbetsföra.

Vi har inom företaget sedan ett par år haft s k spärrade arbeten, som om de blir vakanta, endast får tillsättas, efter samråd med rehabiliteringsgruppen. Detta är utan tvivel en nödvändig väg att gå, men det förutsätter att systemet fungerar, vilket det ofta inte gör och fortfarande är många problem olösta. Det utbud av vakanta arbeten, som kan vara lämpliga för patienter med större handikapp, är därför ofta litet och står inte alls i proportion till företagets potentiella möjligheter att omhänderta denna grupp anställda. Här kommer Anpassningskommittén genom sitt policyskapande arbete och genom att skapa anställningsmöjligheter för handikappade att få en mycket stor betydelse.

Vi har inom företaget haft s k spärrade arbeten som — om de blir vakanta — endast får tillsättas efter samråd med rehabiliteringsgruppen.

Budgetering för handikappade

Vi har sysslat med tanken att skapa en speciell budget inom företaget avsedd för löneredovisningen av svårt handikappad personal. Problemet i ett stort företag är att man ständigt, på alla nivåer, kräver en noggrann budgetering. En avdelning kan därför inte utan vidare åta sig "sociala utgifter" som i allmänhet inte budgeteras driftsavdelningar. Som t ex att anställa villkorligt arbetsföra med betydande handikapp och nedsatt arbetsförmåga. Kan detta istället redovisas särskilt behöver det inte belasta den enskilda avdelningens produktionsmässiga effektivitet.

Vi har dock tyvärr inte lyckats att genomföra dessa tankar och problemen ligger i stort olösta. Det krävs därför fortfarande mycket onödigt arbete för att övertyga respektive avdelning om det acceptabla och riktiga i att ta emot patienter, t ex från rehabiliteringsavdelningen, som har varit långvarigt sjukskrivna och med väsentliga handikapp.

Å andra sidan har vi kommit en god bit på väg. Blott detta att ha en rehabiliteringsavdelning som fungerar ger ständigt tillfälle till påverkan på alla nivåer inom företaget. Inte minst personalplacerarna som varje vecka har intim kontakt med rehabiliteringsavdelningens arbete, har under dessa 4 år varit föremål för en ständig påverkan i social-medicinska synpunkter.

Framtida planer

Man kan konstatera att denna nystartade rehabiliteringsverksamhet, vad beträffar anslutningen från de anställdas sida, har varit en succé. Det har under de 4 år som har gått skett en successiv ökning av verksamheten och det är uppenbart att lokalförhållandena inte räcker till om man blott ser framöver några få år. Vi planerar därför en ny rehabiliteringsanläggning.

Vi har för avsikt, förutom en allmän rehabiliteringsdel, att särskilt satsa på en ryggrätningssektion. Det finns i Kiruna en stor koncentration av ryggpatienter. Verksamheten kommer att kunna skötas på ambulant basis, vilket även av sociala och psykiska skäl innebär stora fördelar. Det bör därför finnas tillgång till undervisningslokaler,

således att man kan bibringa patienterna en viss kunskap i anatomi, arbetsteknik m m. Härvid kan man göra dem motiverade för att sköta sin rygg i fortsättningen och detta är en avgörande punkt, vilket bl a Brodin har visat (1). Samtidigt sker givetvis en daglig behandling och uppträning av ryggen. Även när det gäller hjärtpatienter (tex efter överstadd hjärtinfarkt), kan det vara lämpligt med en viss undervisning med hänsyn till levnads- och kostvanor. En sådan undervisning sker delvis redan inom vår hälsovårdsdel, där vi ju speciellt engagerar oss i de preventiva aspekterna av hjärt-kärlsjukdomskomplexet.

Kiruna stad har sedan 4 års tid haft en mindre skyddad verkstad och jag har till en liten del bistått som konsult. Behovet är stort (> 100 personer) och man planerar nu att utvidga denna verkstad betydligt.

En rehabiliteringsverkstad har kommunen inte haft planer på.

Något samarbete med Kiruna stad har vi inte i dessa frågor. Och frågan är svår att besvara hur detta ev skulle kunna ske. På längre sikt förefaller det dock såväl önskvärt som sannolikt att ett visst samarbete etableras. Härvid kan det bli möjligt att optimalt utnyttja samhällets resurser för rehabilitering för alla (3).

Det är uppenbart att man kan ha stor nytta av en rehabiliteringsverksamhet som vi har försökt bedriva den i LKAB. Visserligen är det enkelt

vad vi gör, jämfört med sådana specialavdelningar för rehabilitering som finns i tex Stockholm och Göteborg. Man kan förenklat säga att detta är rehabilitering på en lägre — mera allmän nivå. Ändå tror jag den har en viktig mission.

Det är en rehabilitering som omfattar hela individen och inte blott hans handikapp och där den psykiska aspekten, kontakten, är viktigare än den rent fysiska aspekten. Det är en rehabilitering där det också är en klar målsättning att hjälpa patienter till en så god och tillfredsställande arbetsanspassning som möjligt. Genom rehab. i företagshälsovårdens regi har man särskilt goda möjligheter att etablera en förtroendefull kontakt med patienterna och samtidigt utöva en effektiv arbetsvårdande insats där målsättningen till hundra procent är den anställdes välfärd.

För närvarande sker det till synes inget motsvarande någon annanstans inom industrin. Samtidigt är det uppenbart att behovet måste vara stort för rehabiliteringsmöjligheter på denna nivå, inte blott inom industrin utan i lika hög grad i kommunala sammanhang.

LITTERATUR:

1. *H Brodin*: Försök med rationell träning. Läkartidningen vol 63, Nr 42, 3967.
2. *H Jörgensen*: Rehabilitering i gruvindustri. Social-Medicinsk Tidskrift 1967, 9, 522.
3. *H Jörgensen*: Mycket kan göras för att skapa jobb åt handikappade. Social Försäkring Nr 7—8, 1972.