

Rehabiliteringsförutsättningar för svårt fysiskt handikappade ungdomar¹

En studie över 103 fall från Treklöverhemmet i Lyckorna

Av med. dr. Carl Eric Fällström och biträdande lärare Ina Villner

Treklöverhemmet i Lyckorna är ett rehabiliteringshem för fysiskt handikappad ungdom från hela Sverige. Det tillkom genom insamlingar och donationer på initiativ av Svenska Flickscoutförbundet i syfte att bereda dessa ungdomar möjlighet till rehabilitering, miljöbyte och kontakt med jämnåriga. Hemmet förvaltas av Treklöverstiftelsen i Stockholm och startade sin verksamhet 1961²).

Hemmet står under tillsyn av Kungl. Medicinalstyrelsen, och rehabiliteringen leds av konsultläkare från neurologiska klinikens rehabiliteringsavdelning i Göteborg. Tillgång till övrig medicinsk expertis, bl. a. ortoped, finns vid Uddevalla lasarett. Hemmet har lokaler, utrustning och personal för modernt differentierad sjukgymnastik och arbetsterapi. Föreståndarinnan är leg. sjuksköterska. Behandlingsperioderna omfattar i regel tre månader, men förlängning eller avkortning av tiden kan ske om särskilda omständigheter föreligger. Möjlighet till förnyad intagning finns. Hemmet har 16 platser, och antalet intagningar per år uppgår till omkring 60. Under förutsättning av utomlänsremiss från behörig läkare bekostas vården, så när som på 5:—kr per dag, av hemlandstingen.

I syfte att möjliggöra ett ökat utbyte för ungdomarna av vistelsen vid Treklöverhemmet inleds hösten 1963 i samarbete med Socialmedicinska

Institutionen i Uppsala en systematisk kartläggning av de intagna ungdomarnas sociala förhållanden och av behovet av kuratorsåtgärder för att söka lösa de socialmedicinska problem som deras handikapp medfört. Institutionens biträdande lärare (förf. Villner) besökte regelbundet under två års tid Treklöverhemmet och deltog som kurator i undersökningen.

Resultatet av den socialmedicinska studien redovisas i denna uppsats.

Material. Undersökningens uppläggning

Undersökningen omfattar samtliga 103 patienter (61 pojkar och 42 flickor), som vårdats vid Treklöverhemmet under tvåårsperioden 1/10 1963—30/9 1965. Uppföljning har skett fram till den 31/3 1966 (i några fall har även senare uppgifter medtagits). Observationstiderna varierar från drygt två år ner till minimum c:a 4 månader.

Huvudsyftet med vistelsen på Treklöverhemmet är att aktivera ungdomarna inom alla de områden där detta är möjligt. Det sker med utgångspunkt från en noggrann medicinsk genomgång, genom sjukgymnastik, ADL-träning och arbetsterapi under vistelsen på hemmet, samt också genom en noggrann penetration av eventuella möjligheter att efter utskrivningen fortsätta med studier, yrkesverksamhet eller i varje fall någon sysselsättning, som kan bryta den isolering, som dessa ungdomar ofta lever i. Under den tid, som den socialmedicinska undersökningen pågick diskuterades varje patients möjligheter beträffande framtida verksamhet av ett team innefattande en av konsultläkarna,

¹) Från Sahlgrenska sjukhusets neurologiska klinik, chef professor Tore Broman, och Uppsala universitets socialmedicinska institution, chef professor Ragnar Berfenstam.

²) "Treklöverhemmet", upplysningsbroschyr utgiven av Treklöverstiftelsen och Treklöverhemmets direktion, april 1962.

föreståndarinnan, sjukgymnasten, arbetsterapeuten och kuratorn. Den sistnämnda undersökte sedan möjligheterna att realisera de förslag som framkommit vid konferenserna, samrådde med arbetsvårdsmyndigheterna i hemlänen, tog kontakt med olika skolor o.s.v., samt följde fallen efter utskrivningen.

Alders- och könsfördelning

Materialets sammansättning beträffande ålder och kön redovisas i tabell 1. Treklöverhemmet är avsett för ungdomar i åldern 16—30 år, men undantag från denna regel har ibland gjorts. En viss flexibilitet i detta avseende är säkerligen önskvärd, då speciella omständigheter kan göra att även en några år äldre person kan vara lämplig för intensivbehandling på hemmet. De yngre åldrarna övervägde emellertid i materialet och den största gruppen befann sig mellan 20—24 år. Endast 5 av ungdomarna var gifta.

59 % av ungdomarna i materialet var pojkar, 41 % flickor. Det är svårt att med säkerhet yttra sig om orsakerna till att pojkarna övervägde. Om urvalet till Treklöverhemsvistelsen sker efter samma normer för pojkar och flickor skulle övervikten av pojkar kunna förklaras av att den högre olycksfallsfrekvensen hos pojkar avspeglar sig även här — av 23 patienter, som kom till Treklöverhemmet på grund av sviter efter trafik- eller andra olycksfall var 18 pojkar och 5 flickor. Drar man ifrån dessa 23 patienter finner man en jämnare könsfördelning för de övriga 80: 42 pojkar och 38 flickor.

Tabell 1 Köns- och åldersfördelning.

Ålder	Pojkar	Flickor	Summa
15—19	17	12	29
20—24	25	17	42
25—29	14	9	23
30—34	5	3	8
35—39	—	1	1
Summa	61	42	103

Medicinska data

De intagna ungdomarnas diagnoser har registrerats med användande av Medicinalstyrelsens klassifikation¹).

I tabell 2 redovisas diagnoser och dominerande handikapp. Handikappindelningen har skett efter principer använda av Broman & Lindberg-Broman²).

Som framgår av tabellen dominerade de neurologiska diagnoserna helt, med över 90 % av fallen, och med Encephalopathia infantilis (Cerebral pares) som största grupp, samt Poliomyelit-sequelae, Sclerosis disseminata, Friedreich's ataxi, Morbi medullae spinalis UNS, Dystrophia musculorum progressiva, Fractura vertebrae c. laesio medullae spinalis samt Contusio cerebri-sequelae som andra grupper med mer än enstaka fall.

Vanligaste huvudhandikapp var tetra- eller parapares. Övriga dominerande handikapp utgjordes av hemipares, ataxi, atetos och reumatisk eller annan rörelsesinskränkning i en eller flera extremiteter.

I tabell 3 redovisas förekomsten av bidragande handikapp fördelade på respektive huvudhandikapp.

Som framgår var det mycket vanligt med ett eller flera bidragande handikapp vid sidan av det dominerande. Endast bidragande handikapp av väsentligt funktionsinskränkande natur har medräknats. Inte sällan var de bidragande handikappen av nära nog samma svårighetsgrad som huvudhandikapp. Förutom rörelsehinder av samma typ som redovisats under huvudhandikapp förekom såsom bidragande handikapp eller komplikation bl. a. syn- och hörselnedsättning, talrubbing, blåsrubbing, trycksår samt cerebroläsionella eller andra psykiska symtom. Bland bidragande handikapp under rubriken annan somatisk sjukdom kan nämnas diabetes och myxödem.

41 patienter hade sjukdom av progredierande natur, 61 stationära resttillstånd efter genomgången sjukdom eller skada. Ett fall var inte klassificerbart enligt denna indelningsgrund.

Patienternas totala invaliditetsgrad redovisas genom angivande dels av deras rullstolsbehov, dels av deras hjälpbehov för den dagliga personliga skötsel.

¹) Klassifikation av sjukdomar, del 1 och 2, Kgl. Med. Styr.: Stockholm 1965.

²) Erfarenheter rörande medicinsk rehabilitering av fysiskt svårt handikappade ungdomar på Treklöverhemmet. Sv. Läkartidn. 60, 3133 (1963).

Tabell 2 Huvuddiagnoser och dominerande handikapp.

Huvuddiagnos		Vårdade patienter			Dominerande handikapp					
Nr		Antal	M.	Kv.	Paraplegi Parapares	Tetraplegi Tetrapares	Hemiplegi Hemipares	Ataxi	Atetos	Övriga
081,99	Poliomyelit.seq.	6	4	2	3	3				
193,01	Neopl. cer. malign. op.	1	—	1				1		
237,02	Neopl. medullae spinalis op.	1	1	—	1					
311,99	React. hysterica c. dysbasia	1	1	—						1
334,98	Les. vasc. cer. seq.	2	—	2			1	1		
345,00	Sclerosis diss.	7	3	4	3			4		
351,99	Encephalopath. infantilis. seq.	22	13	9	2	7	3		9	1
352,99	Paralys. cerebr. UNS	5	2	3	1	1		3		
356,29	Atrofia musc. spin. UNS	3	3	—		3				
357,00	(Friedreich) Ataxia familiaris	5	2	3	3			2		
357,99	Morbi med. spin. alii. s. UNS	7	3	4	4	3				
364,99	Polyneuropathia UNS Seq.	2	2	—	1	1				
722,00	Arthritis rheum.	6	1	5						6
725,99	Arthritis non definita	2	—	2						2
744,00	Myasthenia gravis	1	—	1		1				
744,10	Dystr. musc. progr.	9	7	2		9				
806,90	Fract. vert. cerv. c. les. med. spin. Seq.	7	7	—		7				
806,91	Fract. vert. thoracal. c. les. med. spin Seq.	2	1	1	2					
853,99	Contusio cer. Seq.	12	8	4			8	1		3
E 914,9	Skada av el.ström	1	1	—						1
E 919,9	Skottskada	1	1	—			1			
TOTALT		103	60	43	20	35	13	12	9	14

seln. I sistnämnda hänseende har en indelning i 4 grader gjorts med följande beteckningar:

- | | | |
|-----|-------------------------------|--|
| I | Inget hjälpbehov | Klarar sig helt själv beträffande daglig skötsel. |
| II | Måttligt hjälpbehov | Behöver viss hjälp, främst med personlig hygien och/eller klädsel. |
| III | Höggradigt hjälpbehov | Behöver betydande hjälp med personlig hygien och klädsel, oftast även med förflyttningar, t.ex. ur och i säng, till och från rullstol etc., men kan äta själv. |
| IV | Så gott som totalt hjälpbehov | Behöver hjälp med så gott som all daglig skötsel inkl. matning. |

Invaliditetsgraden, efter dessa kriterier, redovisas i tabell 4, och avser tillståndet vid sista utskrivningen, alltså efter den funktionsförbättring som i vissa fall varit möjlig genom träning eller efter den försämring som sjukdomens progress i andra fall medfört.

Som framgår närmade sig andelen rullstolsbehövande 2/3 av patienterna och antalet ungdomar med höggradigt eller så gott som totalt hjälpbehov med det dagliga uppgick till nära hälften.

Sammanfattningsvis rör det sig om ett urval av huvudsakligen genom neurologisk sjukdom eller skada svårt fysiskt handikappade ungdomar med

Tabell 3. Bidragande handikapp vid olika huvudhandikapp.

Bidragande handikapp	Dominerande handikapp						Totalt
	Paraplegi Parapares	Tetraplegi Tetrapares	Hemiplegi Hemipares	Ataxi	Atetos	Övriga	
Pares	1	—	1	8	3	3	16
Ataxi el. atetos	5	2	2	—	—	1	10
Dysartri el. afasi	2	3	2	1	8	—	16
Epilepsi	—	—	2	—	—	1	3
Synneddsättning	1	4	—	4	1	2	12
Hörselnedsättning	—	—	1	—	2	—	3
Blåsrubbning	9	8	—	—	—	—	17
Trycksår	5	2	—	—	—	—	7
Annan somat.sjukdom	2	6	1	1	1	3	14
Cerebrolesionella el. andra psykiska symtom	6	3	11	5	3	—	28
S:a bidr. handikapp	31	28	20	19	18	10	126
Inga bidr. handikapp	2	15	—	—	1	8	26
S:a patienter	20	35	13	12	9	14	103

Tabell 4. Invaliditetsgrad vid olika huvudhandikapp.

Dominerande handikapp	Invaliditetsgrad				Totalt	Därav rullstolsbehövande
	I	II	III	IV		
Paraplegi/parapares	6	5	4	5	20	15
Tetraplegi/tetrapares	4	11	11	9	35	28
Hemiplegi/hemipares	8	—	3	2	13	5
Ataxi	3	7	1	1	12	7
Atetos	2	3	1	3	9	4
Övriga	7	1	6	—	14	7
Summa	30	27	26	20	103	66

stora rörelsehinder och betydande behov av hjälp med sin dagliga personliga skötsel. Över en tredjedel har sjukdomar av progredierande natur.

Socialmedicinska förhållanden före intagningen på Treklöverhemmet

Utbildning

Mer än för friska ungdomar spelar skolbakgrunden för de handikappade en stor roll när det gäller inplacering i yrkeslivet eller sysselsättning av annat

slag. Med tanke på skolutbildningens betydelse har vi funnit det lämpligt att dela upp materialet i två grupper: de ungdomar, som drabbats av sitt handikapp före 15 års ålder, och de, som insjuknat eller skadats efter denna ålder.

Handikappdebut före 15 år

Denna grupp består av 61 ungdomar, vilkas skolutbildning redovisas i tabell 5. Inte mindre än 23 (37 %) av dessa hade en *ofullständig folkskoleutbildning*, varav märklit nog 2/3 befann sig inom

Tabell 5. Skolutbildning. Handikapp före 15 år.

Handikapp-grupp	Hemunderv. eller ingen	Särskola	Ofullständ. folkskola	Fullständ. folkskola	Klasser i läroverk	Real-examen	Student-examen	Yrkeskola	Folkhögskola	S:a
I	1	4	3	5	3	1	—	—	1	18
II	2	—	5	6	2	—	—	1	1	17
III	1	—	4	3	2	—	1	1	—	12
IV	1	—	2	10	—	—	1	—	—	14
S:a	5	4	14	24	7	1	2	2	2	61

de båda lättaste handikappgrupperna. I en del fall förklaras detta av att vederbörande även hade ett psykiskt handikapp — några särskoleelever förekom här.

En man hade över huvud taget inte erhållit någon skolundervisning. Han kom från ett Norrlandslän, hörde till de äldre i materialet (34 år vid intagningen på Treklöverhemmet) och hade en cerebral pares med atetos och tetraspasticitet samt höggradig dysartri. Möjligheter till hemundervisning existerade inte då han var i skolåldern, och det blev aldrig fråga om att sända honom till Eugeniahemmet. Hans mor lärde honom läsa och en syster hjälpte honom med en elementär korrespondenskurs i räknelära. Denne med säkerhet normalbegåvade man placerades efter vistelsen på Treklöverhemmet på en anpassningskurs, där han förbättrade sin dåliga allmänbildning och läste in en del folkskolekurser. Med sin sedan länge uppdämda bildningstörst gjorde han goda framsteg. Senare försök att placera honom på folkhögskola lyckades inte på grund av brist på vårdare. Man undersöker i stället för närvarande möjligheterna att trots hans ålder placera honom i högstadiet på någon av internatskolorna för handikappade.

Fyra av ungdomarna hade enbart erhållit hemundervisning och åtta hade gått några klasser på Eugeniahemmet e.d. men av olika anledningar inte genomgått samtliga klasser. De flesta av dessa 12 ungdomar hade diagnosen Encephalopathia infantilis och måste betecknas som mycket svårt somatiskt skadade. Ett par av dem har dock sedermera kunnat inordnas i högstadiundervisning på internatskola för handikappade, en möjlighet, som tillkommit först under senare år.

Tjugufyra av ungdomarna med tidiga handikapp hade *fullständig folkskola* men ingenting därutöver, och av dessa hade hälften tillbringat sina skolår på Eugeniahemmet eller annan internatskola.

De återstående 14 ungdomarna med tidig handikappdebut hade någon form av utbildning *utöver folkskola*. Här har vi räknat in alla grader av studier från yrkesskola, folkskola eller några klasser i

realskola till akademiska studier. Nio av dessa ungdomar var — ofta trots stora praktiska svårigheter — i full färd med sina studier vid tiden för vistelsen på Treklöverhemmet och hade kommit dit för miljöbyte och träning under ferierna. I några fall fann vi dock personer, som gått några klasser i läroverk och sedan måst avbryta studierna på grund av sjukdom.

Sålunda hade 2 pojkar och en flicka gått ett par klasser i realskolan och sedan slutat. Hade dessa ungdomar ej insjuknat hade de utan tvivel fortsatt sina studier — att de är välbegåvade visas av att en av pojkarna sedermera inordnats på Norrbackainstitutets högstadium, där han klarar sig utmärkt, att den andre med framgång deltidarbetsar i en bokförläggningsfirma och att flickan per korrespondens tagit studentbetyg i flera ämnen. En flicka hade måst sluta skolan i gymnasiet, men hade genom arbetsvårdens försorg senare kommit in på en journalistskola, en pojke hade tagit realexamen, men inte orkat fortsätta, utan i stället läst gymnasiekurser per korrespondens o.s.v. Det rör sig i alla dessa fall om somatiska handikapp utan cerebral skada (muskeldystrofi, rheumatoid arthrit, myelopati o.s.v.).

Tabell 6. Skolutbildning. Handikapp efter 15 år.

Handikapp-grupp	Folkskola	Klasser i läroverk	Real-examen	Student-examen	Yrkeskola	Folkhögskola	Summa
I	5	—	—	1	6	—	12
II	6	—	—	1	3	—	10
III	7	—	1	1	3	2	14
IV	3	1	—	—	2	—	6
S:a	21	1	1	3	14	2	42

Tabell 7. Försörjningsförmåga. Bidragsformer.

H-grp	Fört. pens.	Fört. pens. + it	Sjuk-bidr.	Sjuk-bidr. + it	Sjuk-penn.	Rfv-ers.	Sjuk-lön	Annat	Inget	S:a
I	15	2	1	—	5	1	1	1	4	30
II	10	10	1	1	3	—	—	—	2	27
III	5	10	4	3	4	—	—	—	—	26
IV	3	15	1	—	—	1	—	—	—	20
S:a	33	37	7	4	12	2	1	1	6	103

Handikappdebut efter 15 år

För denna grupp på 42 ungdomar var skolbakgrunden helt naturligt delvis en annan, vilket framgår av tabell 6. Här fanns ingen, som inte genomgått åtminstone fullständig folkskola, och hälften hade någon form av vidare utbildning. I 14 fall rörde det sig om en yrkesutbildning direkt efter folkskolan, t.ex. handelskurs, verkstadsskola e.d., och för övrigt förekom läroverksstudier och folkhögskola. Tre ungdomar hade kommit till hemmet under ett uppehåll i studierna.

Försörjningsförmåga

Det var många gånger svårt att vid intervjuerna med ungdomarna bilda sig en uppfattning om deras och familjens ekonomiska förhållanden. Många av dem som bodde hos sina föräldrar föreföll leva i barnets lyckliga oansvarighet i fråga om pengar, hade ingen uppfattning om föräldrarnas inkomst och hade inga begrepp om sådana saker som förtidspension eller vårdbidrag. Föräldrarna skötte helt om dessa bidrag och lämnade fickpengar, ofta mycket generösa sådana, till sonen eller dottern. Endast 36 av hela materialet hade över huvud taget varit ute i förvärvsarbete (däribland 3 av dem, som fått sitt handikapp före 15 års ålder).

Tabell 7 utvisar att 70 av ungdomarna hade förtidspension, varav något mer än hälften också erhöll invaliditetstillägg¹⁾. Dessutom förekom sjukbidrag till 11 ungdomar, varav 4 med invaliditetstillägg. För övrigt utgick sjukpenning i 12 fall och

andra ersättningar i 4 fall. Sju ungdomar hade inget bidrag av någon sort. Två av dessa hade ej fyllt 16 år, resten var studerande, som ej var placerade i sjukpenningklass och för vilka pension ej utgick.

Orsaken till detta var oftast att patienterna i fråga tillhörde de lättast handikappade, för vilka försörjningsförmåga efter utbildning kunde påräknas, men i ett par fall hade man dröjt med pensionsansökan av psykologiska skäl — man fruktade att man genom att ta upp pensionsfrågan skulle beröva patienten hoppet om tillfrisknande.

Vårdbidrag från landsting utgick till 26 ungdomar. Då normerna för dessa bidrag varierar mellan olika landsting, medförde detta exempelvis att en pojke ur handikappgrupp I erhöll bidrag, medan andra ungdomar med svårare handikapp och dagligt hjälpbehov var utan.

Några direkt ekonomiskt nödställda familjer förekommer inte i undersökningen, men för övrigt synes den ekonomiska standarden variera i hög grad. Möjligheterna till förtidspension, invaliditetstillägg och vårdbidrag föreföll i allmänhet väl utnyttjade.

Vårdform

Det övervägande antalet ungdomar (82) bodde stadigvarande hos föräldrar eller syskon och skulle återvända dit (tabell 8). Detta gällde också 35 av de 46, som tillhörde handikappgrupperna III och IV, alltså de svårast invalidiserade, som för familjen måste vara mycket tungskötta och arbetskrävande.

Endast 2 personer bodde ensamma i egen lägenhet och klarade sig själva, medan 5 bodde tillsammans med make eller maka. En del ungdomar, som kom från Norrbackainstitutet eller annat internat,

¹⁾ Uppgifterna kontrollerade hos försäkringskassorna.

Tabell 8. Ungdomarnas vårdform före intagningen på Treklöverhemmet enligt handikappgrupper.

	I	II	III	IV	S:a
I föräldrahemmet	23	23	16	17	79
Hos syskon	1	—	1	1	3
Egen bostad m. make	3	2	—	—	5
Egen bostad	1	—	1	—	2
Internat	—	1	3	1	5
Långtids-sjukhus	1	1	4	1	7
Annat	1	—	1	—	2
Summa	30	27	26	20	103

måste betecknas som för närvarande stadigvarande boende där. Deras kontakt med föräldrahemmet var ringa och möjligheterna till ens tillfällig vistelse där små.

Sju ungdomar kom från långtidsjukhus och återvände dit. I deras fall får vistelsen på Treklöverhemmet betecknas som en välbehövlig rekreationsperiod.

Bostadssituation

Hurdana bostadsförhållanden hade då de 89 ungdomar, som bodde hos sina föräldrar eller syskon, i egen lägenhet eller med make? Vid första påseendet föreföll deras bostadssituation acceptabel. Tabell 9 visar att inte mindre än 78 bodde i helt modern bostad, varav 48 i villa tillhörig föräldrarna. Endast 6 bodde i helt omodern lägenhet eller villa.

Tabell 9. Bostadsförhållanden.

Bostad	Ej rullstol		Rullstol		S:a
	Villa	Lgh	Villa	Lgh	
Modern	18	13	30	17	78
Halvmodern	—	1	4	—	5
Omodern	3	1	2	—	6
Summa	21	15	36	17	89

Då man närmare undersökte bostädernas lämplighet för rörelsehindrade personer blev dock bilden delvis en annan. 17 ungdomar, varav 7 rullstolsbundna, bodde i lägenhet, som var belägen en eller flera trappor upp utan hiss, och 6 av dem, som bodde i villa hade sitt rum på övre våningen och måste ta sig upp och ned för trappan flera gånger om dagen. Höga yttertrappor förekom också ofta.

I ett fall måste en svårt rörelsehindrad polioskadad man, då han kom hem från sitt arbete, först forcera en 18 stegs yttertrappa och sedan en innertrappa för att komma till övre våningen där hans rum och toaletterummet var belägna. Föräldrarna hjälpte honom om de var hemma, i annat fall hävde han sig med yttersta möda uppför varje trappsteg med armarnas hjälp.

I många bostäder var dörrarna för smala för en rullstol. Ofta förekom en hög tröskel, som hindrade infart i badrummet. Detta var för övrigt oftast alltför trångt för att en rullstol skulle kunna få plats där.

Endast 6 villor och 2 lägenheter kunde sägas vara genomgående invalidplanerade från början. Vissa förbättringar såsom installation av hissplatta eller vidgande av dörrar hade skett i ytterligare 6 bostäder.

Kontakt med omvärlden, intressen

Det behöver knappast sägas att en ung människa, som av sitt handikapp hindras från att arbeta, och som inte på egen hand kan röra sig utanför hemmets väggar lätt kommer att lida av isolering och ensamhetskänsla. Vid samtalen med ungdomarna bekräftades att kontakterna med världen utanför hemmets skyddande murar ofta var sporadiska och ibland obefintliga. Ungdomarnas subjektiva upplevelser av detta skiftade. En del led svårt av bristen på kamrat- och andra kontakter, några hade närmast resignerat i den bittra attityden att det var naturligt att ingen ville umgås med en "invalid", och andra visade närmast rädsla att träffa nya människor, skyggade för att visa sitt handikapp o.s.v.

Mycket få av ungdomarna föreföll att tillhöra en normal kamratkrets med umgänge i hemmet, gemensamma bilturer, biobesök e.d. och när detta förekom var det helt naturligt mest bland dem, som på egen hand kunde förflytta sig. I vissa fall utgjorde dock närvaron av friska syskon och deras

kamrater ett ganska gott substitut för den egna kamratkretsen.

Föreningsaktiviteten var låg och utgjordes mestadels av medlemskap i DHR, där 38 av ungdomarna var medlemmar. För en stor del av dessa var dock medlemskapet helt passivt, då de inte orkade eller på grund av transportsvårigheter inte kunde ta sig till föreningssammankomsterna.

För en stor del av de ungdomar, som bodde i hemmet, förmedlades kunskap om yttervärlden nästan uteslutande genom radio och television — den senares betydelse som förströelse och informationskälla kan knappast överskattas, då det gäller dessa ungdomar, som i många fall levde i en oerhört begränsad värld utan möjligheter till egna erfarenheter.

Rekommenderade åtgärder vid utskrivningen och deras resultat under observationsperioden

Studier, arbete eller annan sysselsättning
Som tidigare nämnts diskuterades under vistelsen på Trekilöverhemmet varje patient mycket utförligt ur sysselsättningsynpunkt, och förslag och synpunkter framfördes av de olika medlemmarna av teamet. Vilka åtgärder, som rekommenderades, framgår av tabell 10, som emellertid också visar att i 20 fall inga rekommendationer lämnades. Dessa ungdomar var redan i gång med någon för dem lämpad utbildning, exempelvis på Norrbackainstitutet, i läroverk e.d., bedömdes kunna återgå till sitt tidigare yrke eller ansågs alltför "färska" för

att någon bedömning av sysselsättningsmöjligheterna ännu skulle kunna ske.

Återstod alltså 83 patienter, för vilka en mera aktiv bedömning skedde.

I 14 fall ansågs en anlagsprövning önskvärd innan något definitivt ställningstagande kunde ske rörande lämplig form för sysselsättning eller utbildning. Dessa ungdomar remitterades därför till arbetsvården för allmän bedömning.

I 4 fall genomfördes ej anlagsprövningen — ett par föräldrar och en patient vägrade medverka, och 2 patienter försämrades medicinskt sett. Av de övriga kom 4 sedermera till skyddad verkstad, 1 till yrkesskola, 2 på anpassningskurs och 1 i arkivarbete. En patient placerades på försök hos sin tidigare arbetsgivare och i ett fall gav anlagsprövningen till resultat att ingen produktiv sysselsättning var möjlig.

Elva ungdomar fick av teamet en direkt rekommendation att söka till någon av de anpassningskurser, som anordnas i Östa i Västmanland och i Vejbystrand i Skåne.

Åtta av dessa ungdomar erhöll också plats på anpassningskurserna genom arbetsvårdens förmedling. Av de återstående 3 antogs 1 i stället på Norrbackainstitutets handelslinje, 1 föredrog den skyddade verkstaden i hemorten och 1 avböjde varje form av sysselsättning.

Anpassningskurserna, som är avsedda för arbetsvårdens svårast handikappade klientel, tycks ha varit mycket uppskattade av de ungdomar, som genomgått dem, och de tycks där ha erhållit både en viss vana vid arbetslivet och ett uppfriskande av de ofta dåliga skolkunskaperna. Varje elev testas genom PA-rådets försorg, och med ledning härav ges rekommendationer för vidare placering. Av de

Tabell 10. Rekommenderade åtgärder vid utskrivningen.

Handikappgrupp	Anlagsprövn.	Högstadium gymnasium	Anpassningskurs	Korr. studier	Folkhögskola	Hemarb. el. arb. terapi	Inga råd nödvänd.	Ej sysselsättn. - bara	Summa
I	9	4	3	1	—	4	5	4	30
II	4	2	7	—	3	4	3	4	27
III	1	1	1	1	2	1	10	9	26
IV	—	1	—	—	—	—	2	17	20
S:a	14	8	11	2	5	9	20	34	103

5 ungdomar, som var de första att utnyttja anpassningskurserna fortsatte en efteråt till folkhögskola och en till skyddad verkstad. De övriga 3 har ännu ej kunnat placeras. En elev från påföljande årskurs fortsatte till högstadiet på Bräcke Östergård. Resten deltog i det senaste läsårets anpassningskurs och det är ännu för tidigt att yttra sig om möjligheterna att placera dem. Det är stora svårigheter för arbetsvården att finna en produktiv verksamhet för detta klientel, som tidigare i stort sett ansetts oplacerbart.

15 ungdomar rekommenderades fortsatta teoretiska studier. I 8 av dessa fall gällde rekommendationerna högstadium eller handelsskola.

I 7 fall genomfördes rekommendationerna. I det åttonde fallet föredrog vederbörande att återgå till sitt tidigare yrke, trots att en vidareutbildning skulle ha gjort honom mera konkurrenskraftig på arbetsmarknaden.

I 2 fall ansågs de teoretiska studierna bäst kunna genomföras genom examensinriktade korrespondenskurser.

I ett fall gällde dessa studier studentexamen (patienten hade avlagt realexamen, men sedan ej orkat längre i sina studier). Den andra patienten var en polioskadad 26-årig man, som med mycket goda betyg avlagt studentexamen på vuxengymnasium. Då han var rullstolsbunden och beroende av daglig hjälp var en flyttning till en universitetsstad för vidare studier svår att genomföra. Genom arbetsvårdens försorg fick mannen på prov översätta en engelsk bok till svenska. Översättningen granskades av ett bokförlag, som gav den goda vitsord. Patienten läser nu per korrespondens en 1-betygskurs i engelska, bekostad av arbetsvården, och han hoppas på en framtid som översättare.

För handikappade personer, som på grund av tidigare brister i skolundervisningen har en bristfällig teoretisk bakgrund, förefaller folkhögskola vara en lämplig studieform. Tyvärr har möjligheterna dock ända till senaste tid varit mycket små, då skolorna inte är handikapplanerade och det oftast inte finns tillgång till personal för att tillgodose det dagliga hjälpbehovet hos de rörelsehindrade eleverna. På grund av dessa skäl har folkhögskolestudier ännu inte kunnat genomföras för någon av de 5 ungdomar, vilka teamet rekommenderade dylika (i materialet ingår dock 4 elever, som genomgått folkhögskolekurser före vistelsen på Treklöverhemmet).

Det finns dock anledning att hoppas på bättre möjligheter inom detta studieområde — en positiv nyhet är den folkhögskolekurs för svårt handikappade, som under senaste året genomförts på Dellenborg. Några folkhögskolor har också börjat observera problemet —

på ett ställe har man t.ex. anställt en vårdare speciellt för de rörelsehindrade eleverna. — En av de nämnda 5 ungdomarna fick sedermera plats i Stiftelsen Focus hus, en placerades på anpassningskurs och de övriga vistas fortfarande i hemmet.

I 9 fall har hemarbete eller arbetsterapi ansetts vara den enda framkomliga vägen till sysselsättning.

Med arbetsterapi menar vi då en mera målinriktad sysselsättning, med regelbundna tider, speciella lokaler, möjligheter till försäljning o.s.v. Ett industriellt hemarbete har kunnat ordnas för endast en patient, men genom de möjligheter till aktiv arbetsterapi, som numera finns i många län, har även de övriga kommit i regelbunden verksamhet.

För 34 patienter gjorde det medicinska tillståndet det orealistiskt att rekommendera en arrangerad reguljär verksamhet av något slag.

Detta behöver dock ej innebära att vederbörande i fortsättningen varit helt sysselsättningslösa — en mera förströelsebetonad verksamhet har i många fall genomförts genom hemlänets arbetsterapiverksamhet, någon ungdomsförening e.d. En av de 34, en pojke med avancerad progressiv muskeldystrofi, har avlidit under observationsperioden.

I tabell 11 sammanfattas den senare sysselsättningen för de 49 ungdomar, som av oss fått direkta råd angående utbildning eller arbete, och det visar sig då att 75 % av dessa kommit i någon form av verksamhet. Givetvis tillhör de flesta de båda lättare handikappgrupperna.

Av tabellen framgår också att 12 ungdomar trots våra och arbetsvårdens ansträngningar inte kommit i gång, och några av orsakerna till detta har redan antytts. En försämring av det medicinska till-

Tabell 11. Senare sysselsättning för de 49 ungdomar som fått direkta råd ang. utbildning eller arbete.

Handikappgrupp	Högst. gymn.	Anpassningskurs	Skydd. verkst. arb. trän.	Korr. studier	Yrkes-skola	Hemarb. el. arb.terapi	Ingen verksamhet	Summa
I	2	4	5	1	2	3	3	20
II	3	5	1	—	—	4	7	20
III	1	2	2	1	—	—	2	8
IV	1	—	—	—	—	—	—	1
S:a	7	11	8	2	2	7	12	49

ståndet var förklaringen i några fall och i andra förekom rent praktiska svårigheter i form av avvisades bostadsort, svårigheter för utbildningsanstalterna att ta emot rörelsehindrade elever m.m.

Glädjande nog har nu Stiftelsen Focus anläggningar för handikappad ungdom börjat ta emot inackorderingar och ett par av våra ungdomar har fått plats där. Allteftersom denna verksamhet byggs ut i olika delar av landet kan man räkna med att situationen för många ungdomar, som nu lever i isolerade bygder, kommer att radikalt förändras.

Man kan emellertid inte bortse från att i flera fall anledningen till att dessa ungdomar fortfarande vistas sysslolösa i sina hem föreföll att vara den ofta omvittnade överbeskyddande attityden hos föräldrar, som inte vågade släppa sitt handikappade barn ifrån sig, och motsvarande rädsla hos patienten själv att lämna den trygga hemmiljön och den skötsel han fick där.

Övriga åtgärder

Förutom ungdomarnas framtida sysselsättning diskuterades även andra kuratorsåtgärder och dessa verkställdes av teamets kurator i de fall där patienten inte stod i kontakt med eller var känd av kurator eller social myndighet i hemorten. Ofta var den viktigaste kuratorsinsatsen just att sätta vederbörande i förbindelse med någon instans i hemorten, som i fortsättningen kunde bevaka att patientens intressen tillvaratogs och att de planerade åtgärderna följdes upp. Även i de fall där någon socialarbetare väl kände patienten i fråga och kanske tagit initiativ till vistelsen på Treklöverhemmet, förekom ofta diskussioner med denna för att gemensamt försöka arbeta fram en lösning av de aktuella problemen. De nödvändiga åtgärderna utfördes sedan oftast av socialarbetaren i hemorten.

Några exempel på kuratorsåtgärder, verkställda av teamets kurator, kan nämnas.

Mera omfattande socialutredningar förekom i 15 fall och motiverades oftast av ett pensionsproblem eller en svårlost försäkringsfråga. I några fall föreföll familjebakgrunden mycket tveksam, och patienten kunde själv inte redogöra för sina personliga förhållanden.

Den ekonomiska tryggheten föreföll i allmänhet väl tillgodosedd och inom detta område erfordrades endast enstaka åtgärder. För två ungdomar ombesörjdes en längre tids vistelse på Kanarieöarna, vilket nödvändiggjorde en ganska omfattande samlingsverksamhet för

att finansiera resa och uppehälle. De myndigheter och sammanslutningar, som i detta sammanhang kontaktades, visade i allmänhet stor generositet och hjälpsamhet.

I 17 fall togs initiativ från Treklöverhemmets sida för att uppmuntra till omändring av bostad i invalidvänlig riktning. I flera fall igångsattes sedermera genomgripande förändringar, men en del befann sig vid observationstidens utgång fortfarande på planeringsstadiet, och i ett par fall var familjen av olika anledningar inte intresserad. Olika kuratorsåtgärder vidtogs även för att i möjligaste mån bryta ungdomarnas isolering. Som exempel kan nämnas att några anmälades till gemenskapskurser i DHR:s regi. Genom De Blindas Förening fick ett par ungdomar möjlighet att disponera bandspelare. Elektrisk skrivmaskin förmedlades i 3 fall. Ungdomens Röda Kors och andra ungdomsföreningar åtog sig att hålla kontakt med några patienter och för andra ordnades kontinuerliga besök från biblioteket i hemorten.

Diskussion

Det har numera ingått i det allmänna medvetandet att det varken är humant eller samhällsekonomiskt motiverat att lämna de handikappade människorna åt sitt öde — liksom övriga minoriteter har de rätt till en så normal och anpassad tillvaro som möjligt och samhället måste ansvara för att i möjligaste mån hjälpa dem fram till en sådan.

Detta gäller inte minst ungdomarna. Det är därför glädjande att kunna konstatera att landstingen tagit på sig de icke obetydliga kostnader, som t.ex. vård på en institution av Treklöverhemmets karaktär medför. Beläggningen har under hela den tid undersökningen pågått varit mycket hög. Verksamheten är dyrbar och fordrar mycket stora insatser av huvudman och personal.

Under de långa vårdperioderna syftar man till ett systematiskt uppbyggande av den egna aktiviteten. Rent allmänt sett har flertalet ungdomar — där icke en progressiv sjukdom verkat i motsatt riktning — lämnat Treklöverhemmet med höjd kapacitet i olika avseenden. Efter vårdtiden ankommer det på familjen och särskilt på samhället att tillvarata vårdresultaten och medverka till att insatsen blir fruktbärande. Det var speciellt för att studera denna samverkan mellan institutionen och instanserna i samhället, som den av oss skildrade verksamheten igångsattes.

Av vad som framkommit genom denna undersökning och som visas av de ovan citerade resultaten skall här några punkter diskuteras.

Utbildning

Det framgår med skrämmande tydlighet att skolundervisningen för handikappade barn ännu för 15—20 år sedan lämnade mycket övrigt att önska — vi har redan nämnt att mer än en tredjedel av ungdomarna med handikappdebut före 15 års ålder hade en mycket ofullständig folkskoleutbildning. Man får här räkna med att en betydande förbättring skett sedan våra patienter var i skolåldern — man har t.ex. svårt att tänka sig att ett aldrig så handikappat men normalbegåvat barn i våra dagar skulle lämnas utan någon som helst skolundervisning. Inte bara sjukdom utan även praktiska hinder, förorsakade av rörelsesvårigheterna, har lagt hinder i vägen för skolgången. Detta visas av att åtskilliga av dessa ungdomar, när de väl fått chansen till kompletterande studier, har kunnat tillgodogöra sig dem på ett mycket tillfredsställande sätt. I andra fall kan man inte bortse från att bristande begåvning eller ett särpräglat psyke medfört att skolutbildningen stannat på lägre nivå och skulle ha gjort det även om icke det somatiska handikappet förelegat.

När det gäller gruppen ungdomar, som genomgått fullständig folkskola, men inte har någon utbildning därutöver, är det svårt att i efterhand försöka bedöma i vad mån de skulle ha gått vidare med studier eller yrkesutbildning om de inte hindrats av sin sjukdom. Ungdomarnas egna uttalanden om detta är inte sällan färgade av önskedrömmar och eftertionaliseringar. En mycket stor del av denna grupp kom från sociala miljöer där en högre utbildning varit ovanlig.

I gruppen av ungdomar med utbildning utöver folkskola kan man emellertid konstatera flera studieavbrott på grund av medicinska skäl eller därför att praktiska hinder för skolgången förelegat. Här skulle man, liksom då det gäller studieavbrotten redan före folkskolans slut, ha önskat en insats från skolmyndigheter och arbetsvård redan vid den tidpunkt då utbildningen måste avbrytas, för att undersöka möjligheterna till fortsatta studier. I flera fall skulle säkerligen en övergång till internatskola för handikappade eller exempelvis ett underlättande av transporterna ha medfört att vederbörande kunnat fortsätta fram till examen.

Hemförhållanden

Beträffande ungdomarnas omhändertagande före och efter vistelsen på Treklöverhemmet var det påfallande hur självklart det i de flesta fall var för föräldrarna att i det längsta behålla även de allra svårast invaliderade ungdomarna hemma. Man kan inte underlåta att uttrycka sin beundran för det sätt på vilket många av dem genomförde sin uppgift. Inte sällan märkte man dock vid kontakt med hemmet en tydlig ängslan att inte orka med den stora arbetsbördan i längden, och en oro över vad som skulle hända om föräldrarna föll ifrån. Rädslan för att skicka sonen eller dottern till ett långtidssjukhus med övervägande geriatriskt klientel gjorde att föräldrarna ofta ansträngde sig över förmåga för att kunna behålla sitt handikappade barn hos sig. Ytterligt sällan förekom att modern, som oftast var den, som helt och hållet stod för den dagliga skötseln, avlastades av någon hemsamarit eller annan hemhjälp, och sonens eller dotterns vistelse på Treklöverhemmet innebar ibland för föräldrarna den första viloperioden på åratals.

Naturligtvis kan man inte bortse från att ett visst mått av överbeskydd ibland kom föräldrarna att underskatta sitt barns förmåga till egen aktivitet, vilket kunde vara en bidragande orsak till isolering och överksamhet hos den unge själv. Vi har redan påpekat att denna attityd i några fall gjorde sig gällande då det blev fråga om förflyttning från hemmet i och för studier eller omskolning. Här krävs ofta ett långvarigt och psykologiskt djupgående arbete för att hjälpa patient och föräldrar till en mindre räddhågad inställning.

Bostadsförhållanden

Möjligheterna att vårda en handikappad person i hemmet är givetvis ytterligt beroende av bostadens kvalitet, särskilt vad beträffar lättskötthet, utrymmen och praktiska anordningar. Ofta frapperades man av den absoluta fantasilösheten då det gällde bostadens anpassning till den handikappade. I flera fall hade man för den invaliderade familjemedlemmens skull skaffat sig en modern villa, men först i efterhand upptäckt att det inte gick att komma ut i trädgården utan att lyfta rullstolen, att dörrarna var för smala, och att hela planlösningen var oprak-

tisk ur invalidsynpunkt. I andra fall hade man i årtal bebott en lägenhet utan att vidta sådana förhållandevis enkla åtgärder som att ta bort trösklar eller ordna med ordentliga handtag vid badkar och toalett. Då man från Treklöverhemmets sida tog upp bostadsfrågan visade det sig inte sällan att de numera existerande bidragsmöjligheterna var okända för vederbörande familjer. Intresset i landet för invalidanpassade bostäder är onekligen ännu ganska nymornat och här återstår ännu mycket att göra. Bl.a. arbetar dock de handikappades egna organisationer aktivt med rådgivning och upplysning inom detta område.

Arbete

Vid kontakt med arbetsvårdsmyndigheterna fann vi att många av ungdomarna var helt okända för dem. I andra fall hade arbetsvården haft fallet aktuellt några år tidigare, men tvingats ge upp på grund av bristande resurser, och ärendet hade sedan fallit i glömska. Arbetsvårdstjänstemännen tog dock mycket villigt upp de fall vi aktualiserade hos dem, och genom att resurserna i fråga om anlagsprövning, skyddad verksamhet, utbildningsbidrag och anpassningskurser ökat kraftigt under de senaste åren lyckades man i en hel del fall placera även svårt invalidiserade ungdomar. Kanske har också inställningen från myndigheternas sida till denna kategori ändrats på senare tid — genom den diskussion, som förts har de handikappade ungdomarnas situation fått en helt ny aktualitet.

Behövs kuratorsverksamhet vid Treklöverhemmet?

Vi har redan visat att en icke obetydlig del av patienterna efter vistelsen på Treklöverhemmet kunnat inordnas i studier eller annan verksamhet och att man från hemmets sida särskilt bemödat sig om att aktivt understödja detta. Man kan då fråga sig om inte de ungdomar, som nu kommit i gång med någon verksamhet skulle ha gjort det även utan vår medverkan — är denna aktivitet från Treklöverhemmets sida verkligen nödvändig? När man går igenom materialet visar det sig att många av ungdomarna hör till dem, som i diskussionen om dessa

problem brukar betecknas som "glömda". Efter en mer eller mindre bristfällig skolgång har inga försök gjorts att komma i verksamhet, eller också har man gett upp efter ett par misslyckanden, och den handikappade pojken eller flickan har blivit kvar i hemmet, vårdad av alltmera åldrande föräldrar tills situationen blivit ohållbar, eller tills någon energisk distriktssköterska, kurator eller läkare upptäckt att här borde möjligheterna till aktivering undersökas.

Man skulle kunna säga att den "aktiverande" verksamheten från Treklöverhemmets sida inte borde behövas — den ingår i de medicinska och sociala instansernas skyldigheter i hemorten. De två årens försöksverksamhet med kuratorsarbete vid Treklöverhemmet kan emellertid sägas ha klart visat att det under nuvarande förhållanden finns ett behov av dylik verksamhet vid en institution av denna karaktär, vars arbete i så hög grad går ut på att tillgodose rehabiliteringens eller habiliteringens både medicinska och sociala krav. I och med att den socialmedicinska verksamheten intensifieras i de olika landsändarna kan man kanske räkna med att denna del av arbetet vid Treklöverhemmet kommer att minska något i betydelse. Ännu förekommer dock luckor i den svenska handikappvården och så länge en enhetlig och effektiv organisation inte existerar över hela landet behövs upplysningsverksamhet för patienterna och deras familjer, kontinuerligt samarbete med myndigheterna i hemorten, bevakning av sysselsättningsfrågorna och i vissa fall direkt verkställande sociala åtgärder. Det bör nämnas att sedan den socialmedicinska undersökningens resultat framkommit har en kurator anställts på deltid vid hemmet för att fortsätta arbetet efter de skisserade riktlinjerna.

Sammanfattning

I avsikt att kartlägga en grupp svårt fysiskt handikappade ungdomars sociala förhållanden och behovet av kuratorsåtgärder för att söka lösa deras socialmedicinska problem har en systematisk uppföljning gjorts av ungdomar, som under en 2-årsperiod passerat Treklöverhemmet i Lyckorna.

Undersökningen omfattade 103 patienter, varav

59 % pojkar och 41 % flickor. De neurologiska diagnoserna dominerade med över 90 % av fallen. I över 1/3 var sjukdomen av progredierande natur. Ungdomarna var i allmänhet mycket svårt invaliderade med stora rörelsehinder och betydande behov av hjälp med daglig personlig skötsel. Närmare 2/3 var rullstolsbehövande, nära hälften hade totalt eller högradigt hjälpbehov och ytterligare 1/4 visst hjälpbehov.

37 % av de 61 ungdomar, som fått sitt handikapp före 15 års ålder hade en ofullständig folkskoleutbildning, lika många hade enbart folkskola och 23 % någon form av högre utbildning. I gruppen av 42 ungdomar med handikappdebut efter 15 år hade alla fullständig folkskola och 1/3 någon form av utbildning därutöver. Man skulle ha önskat en större aktivitet från skolmyndigheter och arbetsvård för att förhindra studieavbrott och underlätta övergång till andra studieformer. Förhållandena torde dock ha förbättrats sedan ungdomarna i materialet var i skolåldern.

81 av ungdomarna hade förtidspension eller sjukbidrag, varav hälften med invaliditetstillägg. Någon patient i ekonomisk nödsituation förekom inte.

80 % av ungdomarna bodde hos föräldrar eller syskon. Detta gällde även den övervägande delen av de svårast handikappade. Det var påfallande att flertalet föräldrar önskade vårda även de mest tungskötta i hemmet trots att arbetsbördan ibland var orimligt tung.

88 % av de ungdomar, som bodde hos anhöriga

eller i egen lägenhet hade modern bostad, men många av bostäderna var trots detta opraktiska och olämpliga för rörelsehindrade. Endast 8 var genomgående invalidplanerade, medan enstaka förbättringar genomförts i 6 fall. Kännedomen om existerande bidragsmöjligheter för bostadsförbättring var ofta mycket ringa.

Inför utskrivningen diskuterades varje enskilt fall ur sysselsättningssynpunkt m.m. av Treklöverhemets team och olika åtgärder rekommenderades. 20 ungdomar var redan i gång med utbildning. I 34 fall ansågs det medicinska tillståndet inte medge någon produktiv verksamhet eller arrangerad reguljär aktivitet. För 49 rekommenderades anlagsprövning, teoretiska studier, hemarbete eller arbetsterapi. 37 av dessa placerades sedermera i någon form av verksamhet, medan man i 12 fall ännu inte lyckats finna en lämplig placering.

Kuratorsåtgärder i fråga om socialutredningar, kontakt med sociala myndigheter i hemorten, initiativ i fråga om invalidpassning av bostäder m.m. förekom i de fall där ingen myndighet på hemorten ansvarade för detta.

Den socialmedicinska undersökningen visade att det vid en institution av Treklöverhemets karaktär är nödvändigt att intensivt samarbeta med de medicinska och sociala instanserna i samhället om de rehabiliteringsresultat, som uppnåtts vid hemmet, skall kunna utnyttjas efteråt. För att sköta dessa kontakter har efter undersökningens avslutande en kurator anställts vid Treklöverhemmet.

Nyhyttan

Kurort och enskilt sjukhem

Storslagen bergslagsnatur — utmärkta promenadvägar — hög och torr barrskogsluft — sjukgymnastik — massage — bad.

Överläkare: Med. Dr G. Smärs.

Behandling av invärtes sjukdomar, mag- och tarmsjukdomar, hjärt- och blodtryckssjukdomar, reumatiska åkommor. Konvalescens och rekreation. Prospekt och upplysningar genom rumsbeställningen.

Tel. 0587/604 00

Postadress: Fack 65, JÄRNBOAS.