

Rehabilitering — metoder och mål¹⁾

Av Dr Med. A. P. H. Randle, Garston, England²⁾

Grundläggande och principiella riktlinjer i fråga om den organiserade arbetsanpassningen är desamma, var verksamheten än bedrivs. Detta kan också utläsas av följande artikel, som på ett underhållande sätt påvisar och klarlägger en rad väsentligheter i rehabiliteringsarbetet.

Under medeltiden menades med rehabilitering den process, genom vilken en individ återupptogs i kyrkan. Ordet undergick så småningom en betydelseförskjutning och anger numera i allmänhet återförandet av en patient till hem och samhälle. Denna definition förutsätter att möjligheter finnes att använda även andra medel än medicinska i denna process. Läkarvetenskapens uppgift är ju i första hand att rädda liv och i andra hand att återuppliva funktionsdugligheten. På grund av denna sistnämnda plikt måste läkaren samarbeta med andra för att uppnå de bästa resultaten.

Vad består då rehabiliteringen av i praktiken? Jag tror den kan delas upp i två huvuddelar:

1. Återupplivande av funktionen.
2. Återförande av patienten till hem och samhälle.

Det finns därför tre sociala grupper som har del i dessa processer. Dessa är:

- A. Patienten och hans familj.
- B. Läkargruppen, som inkluderar alla de yrkesmän och tekniska medarbetare som har att göra med patienternas sjukdom.
- C. De miljöbildande grupperna — här inkluderar de centrala och lokala myndigheter, arbetsgivare, fackföreningar och de stora kol-

lektiva organisationer som numera i så hög grad inverkar på vårt dagliga liv.

Det är självklart att det kan förekomma intressekonflikter eller bristande samarbete mellan dessa grupper. Det kanske inte är så självklart, att individen kan bli lidande på grund av dessa konflikter eller detta bristande samarbete. Jag skall senare ge exempel på vad jag menar.

Vad är det nu för grupper som fordrar rehabilitering? Jag tror det är möjligt att dela upp också patienterna i tre grupper.

1. De, som måste återvända till tungt arbete omedelbart. En stålverksarbetare, hamnarbetare eller långtradarchaufför behöver både fysisk styrka och uthållighet för att utföra sitt arbete. En jämförelsevis enkel skada kan hindra honom att återvända till arbetet. Omvänt kan ett program med tilltagande fysisk träning och arbete snart återställa den nödvändiga konditionen för arbetet i fråga.

2. Den andra gruppen är de människor, vilkas invaliditet är av sådan art, att ett återgående till den forna sysselsättningen är tvivelaktig. Dessa människor fordrar först en chans att uppnå sin forna arbetsduglighet, men om detta icke är möjligt, behöver de råd och — om nödvändigt — utbildning till ett nytt arbete.

3. Den tredje gruppen är de olyckligt lottade människor, som är så handikappade, att varje form av arbete på öppna marknaden synes tvivelaktig. De fordrar också samma chans att bli arbetsdugliga, men behöver för det mesta skyddad sysselsättning och kanske kontinuerlig hjälp från olika sociala institutioner.

Låt oss betrakta dessa patientgrupper i tur och ordning och se vilka metoder, som kan användas.

1) Föredrag vid SVCK:s kurs "Handikappades miljöproblem" sept. 1962.

2) Från Garson Manor Medical Rehabilitation Centre.

Grupp 1

Grovarbetaren med möjlighet att uppnå sin forna arbetsduglighet, behöver endast hjälp till övningar och arbete för att öka styrka och uthållighet. Problemen här är huvudsakligen av medicinsk art, först och främst att upptäcka sådana patienter, innan de lämnar sjukhuset för att ordna med erforderlig behandling och därefter att se efter att sådan behandling är tillgänglig. Engelska sjukgymnastavdelningar har för vana att behandla allvarigare fall 3 ggr i veckan, måndagar, onsdagar och fredagar och de mindre allvarliga fallen tisdagar och torsdagar. Behandlingen varar normalt en halvtimme. Det är tydligt att en halvtimme 3 ggr i veckan inte kan ge tillräcklig träning för en grovarbetare, som har genomgått en knäoperation, men kan vara fullt tillräckligt för en kontorsanställd.

Problemen är tämligen enkla. Målet är fysisk färdighet och metoderna övning och arbetsterapi, så fördelade att resultatet blir styrka och uthållighet. Det borde vara möjligt att organisera sjukgymnastik- och arbetsterapiavdelningar vid ett akutsjukhus så, att de kan klara några få patienter under en hel dags rehabiliteringsbehandling.

Grupp 2

Hit hör handikapp, vilka kan förhindra återgång till den forna sysselsättningen. Målet är här återigen först och främst fysisk färdighet genom träning och arbete. Emellertid kanske patienten inte förmår uppnå den grad av fysisk färdighet, som fordras. I detta fall är en anlagstest nödvändig för att upptäcka, vilket annat yrke, som kan vara lämpligt för patienten. Dessa eventuella yrken måste sedan följas upp med en undersökning av arbetsmöjligheterna i patientens hemtrakt. Slutligen kan en omskolningsperiod i det nya yrket bli nödvändig, innan patienten kan börja arbeta. Vid Garston Manor Rehabilitation Centre samarbetar vi mycket intimt med Ministry of Labour, så att liten tid förloras mellan avslutandet av läkarbehandlingen och påbörjandet av omskolningen i ministeriets regi.

Grupp 3

består av de patienter, som är så gravt handikappade, att placering på öppna marknaden är tvivelaktig. Målet är här återigen arbete, men man måste inse att detta kan komma till stånd endast på en skyddad arbetsplats. I England måste man arbeta 35—40 timmar i veckan även i en skyddad verkstad. Det finns många som inte orkar med detta och för dem behövs dagcentra eller hemarbete. Jag återkommer till detta.

Metoderna är nu än mera komplicerade och för oss längre bort från sjukhuset. Här fordras återigen en period av fysisk rehabilitering för att se efter var gränsen för den maximala fysiska funktionen ligger. Anlagstest behövs för att upptäcka olika anlag. Hem och social bakgrund måste studeras för att ta reda på om familjesvårigheter föreligger och om bostaden behöver anpassas efter patienten. Slutligen måste kontakt tas med lokala sociala och frivilliga institutioner för att se hur deras hjälp stämmer med patientens behov. Denna situation är mer ett problem för sociala myndigheter än för de medicinska myndigheterna.

Följande frågor kan nu ställas:

1. Är rehabilitering nödvändig?
2. Vilka resultat uppnås när rehabiliteringsmetoder användes?

Första frågan skall jag illustrera med några siffror publicerade av Ferguson och McPhail 1954. De följde patienter som skrevs ut från medicinska avdelningar i västra Skottland och fann att endast 55 % hade återvänt till arbete 3 månader efter utskrivningen och 33 % i arbetsför ålder hade icke återvänt. 2 år senare hade 22 % fortfarande inte arbetat sedan de lämnat sjukhuset.

Dessa siffror är oroande och visar att det måste föreligga ett fel någonstans i vårt samhälle. Detta år har Curran och Ferguson publicerat ett liknande arbete för Glasgow. Dessa nya serier för 1962 visar resultat, som icke stort avviker från 1954 års siffror. Klart är att bristen i samhället kvarstår och att rehabilitering i vidaste bemärkelse erfordras.*)

Vad beträffar frågan 2, skall jag ge Er resultat först från Garston Manor Rehabilitation Centre och sedan från Lister Hospital, Hitchin:

*) Motsvarande undersökning i Sverige skulle sannolikt ge ett vida gynnsammare resultat trots vår ännu ofullständiga rehabiliteringsorganisation. (Red. anm.)

1958 följde vi alla patienter, som skrevs ut under året. Det totala antalet utskrivna patienter var 381, varav 38 fordrade ytterligare sjukhusvård, 18 var oförmögna till arbete och 15 var i pensionsåldern. Av de återstående 310 återvände 235 eller 79 % till arbete. Av de återstående 75 kunde 35 ta endast skyddad sysselsättning. Då kvarstod 40 patienter, som var arbetsdugliga på öppna marknaden, men som icke arbetade. 5 av dessa hade avböjt arbete och 2 var emotionellt överväldigade av sina ersättningsanspråk.

The Lister Hospital, Hitchin, är ett vanligt Regional Board Hospital. Jag följde patienter, som skrevs ut de första 3 månaderna 1959, för att jämföra resultaten med dem från västra Skottland. 80 % återvände till arbete inom 3 månader efter utskrivningen. Efter 2 år hade endast 11 patienter icke arbete och av dem hade 3 pensionerats. De återstående 8 (2 %) led av kronisk sjukdom och var oförmögna till arbete i öppna marknaden.

Låt mig nu ge en allmän bild av medicinsk rehabilitering i England. Söder om en linje Severn—Wash finns det en ganska väl utbildad verksamhet. I mitt eget nordvästra Storlondondistrikt, som betjänar nära 4 miljoner människor, finns 2 fasta rehabiliteringscentra på omkring 60 bäddar var samt ett dagcentrum i London. De flesta Londondistrikten har nu ett fast centrum i sina områden. I norra delen av landet finns det inga allmänna fasta centra och endast ett i Skottland. Det finns några speciella centra för gruvarbetare, av vilka några nu kommer att ta även andra patienter.

Å andra sidan tillhandahåller Ministry of Labour ett ganska likartat mönster av yrkesrehabilitering och arbetsförmedling över hela landet.

Låt oss nu återvända till de metoder, med vilka resultaten vid Garston Manor och Lister Hospital uppnåddes. Jag ger här några fall som illustrerar problemen inom varje patientgrupp och social grupp.

Först patientgrupperna:

Grupp 1

Konstapel P är en polisman som bröt sitt vänstra sken- och vadben. Han behandlades först på sjukhus och sedan som dagpatient. Han visades övningar att utföra själv. Hans ben blev emellertid icke starkt och han haltade. På grund av detta och av det faktum, att han inte kunde springa eller hoppa, anvisade polisläkaren honom arbete inne på polisstationen. Detta gjorde honom deprimerad, då han tyckte om utomhustjänsten. Hans ben blev inte bättre och slutligen, 11 månader efter benbrottet, sändes han till rehabilitering. Denna tog 12 veckor, varefter han nu är tillbaka i full utomhustjänstgöring.

Detta är enkel rehabilitering, ty allt som behövdes var fysisk träning av ökande svårighetsgrad för att återvinna styrka och uthållighet. En polisman måste kunna springa och hoppa, han måste vara fullt återställd den dag han inträder i tjänst. Och detsamma gäller många andra yrkesutövare.

Grupp 2

François M. var jordbruksarbetare och led av ledgångsreumatism. Han hade behandlats på sjukhus, blivit litet bättre, men blev åter sämre när han återvände till arbetet. Han blev deprimerad och tänkte på självmord. Han antogs till rehabilitering. Fysisk undersökning visade en man med moderat kronisk ledgångsreumatism, som hölls under kontroll av Butozolidin. Intelligenstesten visade hög grundintelligens och anlagstesten i verkstaden visade fallenhet för bänksnickerier. Ett handikapp var, att hans matematikutbildning behövde förbättras. Han fullgjorde därpå en 6 månaders omskolning vid en statlig yrkesskola och är lyckligen installerad i sitt nya yrke och hans sjukdom är fortfarande under kontroll.

Metoden var här att flytta honom från hans förutvarande olämpliga arbete och lära upp honom i ett nytt yrke, som intresserade honom. Det fordrades samarbete med Disablement Resettlement Officer (arbetsvårdstjänstemannen) för att få in honom på en statlig yrkesskola och sedan placera honom på ett lämpligt arbete.

Grupp 3

James I. var på ett kronikerhem handikappad av väsenssidig hemiplegi.

Han antogs för rehabilitering och det tog lång tid att lära honom ta hand om sig själv och att själv ta på det underbensbandage, som han måste använda. Jag trodde honom troligen endast kapabel till skyddad sysselsättning och Ministry of Labour trodde sig heller inte kunna placera honom.

Han hade arbetat för ett stort industriföretag i många år och jag bad deras verksläkare att titta på honom. Han sade, att de kunde finna ett lämpligt enhandsarbete för honom. De gjorde mera, de skaffade honom bostad närmare arbetsplatsen för att resorna till och från inte skulle vara så svåra. Tack vare medicinsk service från

företaget i fråga och dess upplysta ledning, har denne man kunnat återta sin plats i samhället och tjäna sitt uppehälle. Det gläder mig att kunna berätta att företaget i fråga kallas i England Skefco Ball Bearing Company och i Sverige SKF. Detta företag har aldrig misslyckats att återplacera en arbetare, som jag har haft för rehabilitering.

Ni ser nu hur metoderna blir av mer invecklad beskaffenhet. Kom ihåg att sjukhuset hade skickat honom till ett kronikerhem, där han kunde ha tillbringat resten av sitt liv. Läkaren där trodde honom emellertid ha en chans. Varken jag eller Disablement Resettlement Officer var särskilt hoppfulla, då det tog lång tid att få honom oberoende och att klara allmänna transportmedel. Emellertid kunde experten-företagsläkaren med hjälp av en förstående ledning placera honom i det egna företaget. Detta visar ett företag, som tar hand om sina arbetare som människor och inte enbart som arbetsenheter.

Låt oss nu återvända till berörda sociala grupper inom rehabiliteringen.

A. Patienten och familjen

En alltför beskyddande familj kan vara ett handikapp för återvändo till normalt liv. En varubussförare fick en huvudskada med medvetlöshet under några timmar. Han tillfrisknade, han kunde fullgöra hela behandlingsprogrammet och önskade återvända till sitt arbete. Hans mor var emellertid säker på att han inte kunde arbeta. Det var endast tack vare att husläkaren och företagsläkaren, vilka jag hade kontaktat, insisterade på det, som han kunde kvarhållas i arbete. Efter en vecka var mamman övertygad. Utan att mena det, kunde hon ha gjort sonen till en kronisk invalid.

B. De medicinska grupperna

Det är numera ofta svårt att tänka på patienten som en mänsklig varelse. Det är ofta särskilt svårt för den unge sjukhusläkaren, som ställs inför behovet att ta emot en ny patient i ett kritiskt tillstånd. Han går runt avdelningen och undrar vem han kan skicka hem och glömmar att mannen som nyligen opererats inte av sig själv kan

bli så bra, att han kan återvända till fysiskt tungt arbete. Detta gäller i särskild grad specialavdelningar. Följande exempel illustrerar detta:

En långtradarchaufför hade subaracknoidalblödning (blödning mellan hjärnhinnorna) och skrevs in på ett allmänt sjukhus. Därifrån remitterades han till en neurokirurgisk klinik för operation.

Han tillfrisknade, fransett någon begränsning av synfältet. Han återremitterades till det allmänna sjukhuset och blev underrättad om att han inte kunde köra lastbil mera, och skickades hem till husläkaren. Han ombads besöka den neurokirurgiska kliniken varje halvår. Det allmänna sjukhuset gjorde ingenting för hans framtid. Han var utan arbete i 2 år. Då hans partiella synförmåga troligen icke skulle försämrast inom 4 år, hjälptes han heller icke av blindföreningen. Vi fann, att han hade god central synförmåga, var skicklig med sina händer och hade förmåga att lära sig lätt mekaniskt arbete. Han blev omskolad och placerades utan svårighet. Problemet är här det bristande samarbetet mellan olika medicinska avdelningar och sociala institutioner. Vad som är självklart för en grupp, är det icke för en annan. Mannen med subaracknoidalblödning och partiell synförmåga förefaller icke vara en presumptiv klient för Ministry of Labour. Jag föreställer mig, att ingen hade sett på den mannen som en mänsklig varelse.

Läkarvetenskapen är nu så specialiserad, att lagarbete är en nödvändighet för ett gott arbete. Detta betyder också att en av den konsulterande läkarstaben måste ta ansvar för det medicinskt-sociala arbetet på ett sjukhus. Det är önskvärt att husläkarna så långt som möjligt tar hand om rehabiliteringen av sina patienter. Sjukhuset borde alltid ge goda råd om framtiden till de patienter, som måste byta eller förändra sina resp. arbetsuppgifter. Ett annat aktuellt problem är anlagstesten och — om nödvändigt — omskolningen. I så stor utsträckning som är praktiskt utförbart borde patienten anlagstestas på sjukhuset. Genom detta kan man undvika överbeläggning och långa väntelistor på industriella träningsverkstäder.

Disablement Resettlement Officer är en i hög-

sta grad nyttig och hjälpsam person, men han syns inte tillräckligt ofta till på sjukhuset. Detta är sjukhusets fel.

Oftast kan man ordna med lämplig placering eller omskolning efter en värderingsperiod i sjukhusverkstäderna och en intervju med Disablement Resettlement Officer. För att undvika onödiga dröjsmål borde beslut om omskolning fattas tidigt under patientens konvalescens. Det kan vara ödeläggande för moralen att få vänta 3 månader på en omskolningsplats. Om möjligt borde patienten fortsätta att besöka sjukhusets rehabiliteringsavdelning till dess det blir någon plats ledig. Patienter borde aldrig bli utskrivna till resp. läkares vård med en rekommendation att patienten skall återvända till lätt arbete. Det kanske inte finns något lätt arbete tillgängligt. Om det är nödvändigt att begränsa en persons arbete, borde sjukhuset kontakta firmans läkare eller ledning för att efterhöra om detta är möjligt.

C. Miljöbildande grupper

Samhället måste organiseras så, att medborgaren uppmuntras till arbete och att de svaga och klena skyddas från umbäranden och svält. Det är ofta svårt att hålla denna balans.

Fyra av våra patienter, som skrevs ut 1958, avböjde arbete då de därigenom skulle fått det sämre ställt ekonomiskt. Då de betalat resor till och från arbetet och maten, skulle de haft mindre pengar till sitt förfogande, än de fick från olika sociala hjälpinstitutioner medan de var sjukskrivna. Jag tror det är att begära väl mycket, att någon skall arbeta om han därigenom får det sämre. Det kan vara bättre för staten att subventionera en persons förtjänst om hans arbetskapacitet är omkring 70—80 % av den normala. Detta skulle uppmuntra honom till arbete och det skulle kosta staten mindre.

Ett problem är också bristen på skyddad sysselsättning och dagcentra. 35 personer utskrivna från Garston Manor under 1958 behövde skyddad sysselsättning, vilken icke existerade i deras hemtrakter. De frivilliga hjälporganisationerna tar nu upp denna fråga, för vilken de är mycket lämpliga, då de kan bearbeta frågan lokalt.

Vi har redan den "Remploy" med 96 fabriker, som sysselsätter omkring 6.000 personer. Jag tror inte att statliga organisationer är smidiga nog att behandla lokala frågor. Jag föreslår, att i varje område läkarna, Ministry of Labour, arbetsgivareföreningarna, fackföreningarna och de frivilliga hjälporganisationerna samlas och först av allt tar reda på hur många människor, som fordrar skyddad sysselsättning och tillgång till dagcentra och med ledning därav utarbetar en lösning av problemet. Vilka enkla arbetsmoment kan fås från lokala företag? Hur skall folk ta sig till och från verkstäderna — var skall dessa bäst placeras? På detta sätt kan man få till stånd en lokal samhällsservice. Människorna, som arbetar i verkstäderna, känner omgivningens intresse och sympati. När veckan är slut, känner de att de tjänat till sitt uppehälle.

Carlyle sade en gång att "Arbete är det stora botemedlet mot alla sjukdomar och allt elände som drabbat mänskligheten". Vi skrev 1958 ut en man som led av vänstersidig hemiplegi. Han hade tillräckligt stor skicklighet för att utbildas till enarmad elektrisk svetsare. Ministry of Labour ville inte omskola honom på grund av arbetsbrist i hemtrakten. Man har icke funnit något arbete åt honom sedan dess. Han promenerar i parken förmiddagar och eftermiddagar. Han besöker arbetsförmedlingen två gånger i veckan, han blir led på sig själv. Han lyfter 8 pund i veckan i understöd. Det enda pengarna kan åstadkomma är att i all bekvämlighet hålla en människa kvar i olyckan. Pengarna kan inte få honom att känna sig användbar, att han är önskvärd och att det finns plats för honom i samhället.

Det andra stora sociala problemet är det administrativa krånglet. För det första förstår inte alla patienter de olika socialförsäkringsblanketterna. Pappersexercisen förbunden med en del patienter kan vara avsevärd. Ett bra exempel på detta är en av patienterna med båda benen amputerade. Han tillfrisknade efter operationen och lärde sig gå bra med proteser. Hans arbetsgivare ville gärna ha honom tillbaka, men så var det resan till och från arbetet. Han var berättigad till en motordriven trehjuling men bodde i en våning 1 trappa upp och det fanns inget garage. Den lokala arbetsförmedlingen kunde icke ge honom annan bostad och grevskapsmyndigheterna såg ingen utväg under de närmaste 5—7 åren. Hälsoministeriet ville inte bevilja trehjulingen på grund av bristen på garage, vilket är de lokala

myndigheternas skyldighet att upprätta. Man hamnade i en återvändsgränd. Det föreslogs sedan, att ministeriet skulle kunna bidra med en gammal trehjuling tills mannen fick en bostad med garage. Våra besvärligheter var inte slut, för den enda platsen att ställa trehjulingen på över natten var gatan och skulle polisen tillåta det? Den lokale polischefen gav sitt tillstånd tills mannen fick en ny bostad, förutsatt att trehjulingen försågs med rött ljus nattetid. Varken ministeriet eller polisen frågade hur lång tid ombytet av bostad skulle dröja. Mannen arbetar nu, men korrespondensen om honom växte till en försvarlig hög, innan detta uppnåddes.

Fackföreningarna kan också ibland vara mycket formella. En annan av de amputerade utskrivna under 1958 hade en felläkt fraktur i vänstra överarmen. Han återvände till sitt arbete som maskinoperatör och var så bra, att företaget önskade placera honom vid en större maskin. Detta innebar en del lyftning, som han inte kunde klara på grund av den felaktiga leden i vänster arm. Företaget var berett att ge honom en man till hjälp. Den berörda fackföreningen ville icke samtycka till detta, eftersom avtalet mellan företaget och fackföreningen stipulerade att en man skulle

arbeta vid den sortens maskin. Jag gick till ett möte för att tala om att handikappet var äkta och hjälpen skälig. Fackföreningsledarna såg generade ut, men ville icke godta den föreslagna anordningen.

Rehabilitering kan vara en enkel procedur med fysisk träning för att återvinna den styrka, uthållighet och arbetsvilja, som fanns förut. När den är som svårast, kan rehabilitering innebära en komplicerad procedur, som innefattar många av samhällets tjänster, såväl statliga som frivilliga. Här är samarbete nödvändigt för patientens välfärd. Staten måste föranstalta om den nödvändiga lagstiftningen; men kom ihåg att lagar i sig själva är sterila. Den gode samaritens handling behövde inga statliga lagar. Om vi arbetar i hans anda, kommer våra metoder att lyckas och patienterna att nå sitt mål.

Referenser:

- T. Ferguson & A. N. McPhail:* Hospital & Community 1954.
T. Ferguson et al.: Further Studies in Hospital & Community 1962.
Some Medico-Social Problems of Rehabilitation: The Lancet, September 1961.
The Legislative Basis of Rehabilitation: Annals of Physical Medicine, 1961.
Thomas Carlyle: Rectoral Address, Edinburgh, 1866.

Prenumerera för 1963

Helår kr. 20:—

Halvår „ 10:—

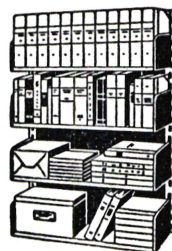
Studentprenumeration, helår . „ 10:—

SOCIALMEDICINSK TIDSKRIFT

Postgiro 11 79 - Villagatan 5 - Stockholm Ö

HYLLOR

praktiska
konstruktioner
för kontor
arkiv
bibliotek
butiker
laboratorier
privatinredn.



Sparrings

Stockholm Ö.
Försälj.-avd.: Karlavägen 89
Tel. 67 36 50 — 67 76 75