

Rehabilitering i England

Intryck från en studieresa¹⁾

Av med lic. Åke Stenram, Göteborg

De länder, som deltog i sista kriget, byggde då upp rehabiliteringsinstitutioner inom militär-sjukvården. I England och USA kunde man efteråt successivt överföra dessa till den civila sjukvården. Man fann snart, att mycket stora mänskliga och ekonomiska värden kunde vinnas genom en planmässig rehabilitering. Då England i socialt avseende står Sverige närmare än USA, bör ett studium av rehabiliteringsverksamheten där vara av värde, när motsvarande institutioner nu skall inrättas runt om i Sverige.

Medicinsk rehabilitering har även efter kriget vuxit fram på spridda platser i England, ofta på privata initiativ och med enskilda medel. Varje större somatiskt och psykiatriskt sjukhus avses få egen rehabiliteringsavdelning. En rehabiliteringskommitté i varje "hospital management committée area", vilken omfattar ungefär 2.000 sängar, skall ordna möjligheter för rehabilitering där. Landet har indelats i 15 sjukvårdsregioner, vardera med ett universitetssjukhus som kärna. Enligt professor Ch. Seely, som handhar rehabiliteringsfrågor på Ministry of Health, är speciella neurologiska rehabiliteringsavdelningar önskvärda vid dessa sjukhus särskilt med tanke på forskning och undervisning.

Rehabilitering bedrivs dels i speciella fristående centra, dels vid de stora sjukhusens avdelningar för fysikalisk terapi och rehabilitering. De senare betjänar sjukhusens ineliggande patienter samt har ett stort polikliniskt klientel. De är utrustade med gymnastiksal, bassäng, arbetsterapisalar och verkstäder. De fristående centra är ofta belägna utanför större städer och omgivna

av en park för sport, lekar och rekreation samt har trädgårdsodlingar för träning. De flesta patienterna bor på klinikerna. Varje centrum har sin patientklubb med möten en gång i månaden, årsfest, lotterier och en fond för hjälpbehövande medlemmar.

Lämplig storlek på ett rehabiliteringscentrum anses vara 80 platser. Till detta behövs 2—3 deltidsanställda läkare jämte konsulter, 3 sjukgymnaster, 3 "remedial gymnasts", 2 arbetsterapeuter, 2 "remedial engineers", 1 kurator samt deltidsanställd psykolog och språkterapeut. Minst 60% av klientelet bör vara korttidsfall, dvs. stanna högst 6 veckor för att ej såväl omsättningen som aktiviteten i träningen skall minska.

I Camden Road Medical Rehabilitation Centre i London, som endast har polikliniska patienter, angavs kostnaden per fall vara 20 kr per dag, transporter ej inräknade. De som så behöver har gratis ambulanstransport genom den allmänna sjukförsäkringen. Patienterna stannar 7½ timme varje dag 5 dagar i veckan och får fri mat förutom gymnastikkläder. De skrivs ut på fredagar för att gå direkt i arbete följande måndag. Gruppen medicinsk-neurologiska fall är lika stor som gruppen kirurgisk-ortopediska. 81% av 2.278 patienter blev fullt rehabiliterade under åren 1955—59. Till endera träningsverkstad eller omskolning sändes endast 1%.

Garston Manor vid Watford nordväst om London kan tagas som exempel på en sluten rehabiliteringsanstalt. 1958 utskrevs 381 patienter. Många var svårt handikappade. Ett år efter utskrivningen var 62% i arbete. Av skallskadade kom 53% i arbete inom ett år, men endast 7 av 39 hemiplegier.

Sjukgymnastik

Den engelska sjukgymnastiken skiljer sig inte

¹⁾ Från Neurologiska klinikens rehabiliteringsavdelning, Sahlgrenska Sjukhuset, Göteborg. Chef: Prof. Tore Broman.

Resan företogs på stipendium från Folksam's rehabiliteringsfond.

mycket från den svenska. Man tränar dock mer i grupp. Vid Camden Road har man olika grupper för bröstorg och skuldror, kotpelare, armar, ben, knän, fötter och anklar, gång, koordination, avslappning och "pre-work". Varje för- och eftermiddag börjar med gemensam uppvärmning till musik, där klienterna allt efter handikapp står, sitter på stol eller på golvet. Gångträning sker också till musik. Den avslutande träningen för dem, som inom kort åter skall i arbete, kan vara ganska hård. På King's College Hospital i London består den t. ex. av 4 min. språngmarsch, stiga upp och ner från en pall med tyngder i händerna i 4 min., rulla 1 varv på golvet och hoppa upp i stående upprepat i 4 min., hoppa på en sviktbräda i 4 min., med vikter i händerna svänga armarna i takt med nigningar i 4 min., och slutligen en speciell övning beroende på skadans art, också under 4 min. Mellan var och en av de sex övningarna 1 min. paus. Klarar man detta, bör man klara de flesta arbeten. Praktisk träning i lyftteknik bedrivs med tunnor, säckar, lårar, tegelstenar och dylika saker av olika tyngd och form. Dagen avslutas med lekar och tävlingar.

Utrustningen är många gånger enkel och gammalmodig. I grupperna används käglor och stavar av olika längd och tyngd. De mest praktiska simbassängerna har i ena ändan två grunda utbuktningar, i vilka en tältduksbrits kan ställas. Gymnasterna kan på så sätt komma åt från tre sidor och ge behandling utan att själva behöva gå i vattnet. Sittande och liggande patienter lyfts med vinschar ner i och upp ur bassängen. Särskilda plastskenor med sadelgjord begagnas vid gångträning i vatten.

De sjukgymnastiska teknikerna är desamma som i Sverige. Faciliteringsmetoder får alltmåra vidsträckt användning. På National Orthopaedic Hospital i Stanmore anser man, att dessa återger styrkan snabbare vid amputationer och frakturer.

Arbetsterapi

I arbetsterapi har man en väl utvecklad funktionell träning. Lövsåg, borrar och träsvärv drivs — för att träna de nedre extremiteterna — ge-

nom att patienten cyklar, vickar en pedal kring en fast axel eller trampar ner en stor pedal. På pedalerna finns fästordningar för provisoriska benproteser. Armar och händer tränas med små tryckpressar samt med borrar, pressar och stansar, där motstånd läggs mot spaken, som för verktyget mot arbetsstycket. Om man förser spaken med en spärr, som måste lossas genom att ett handtag trycks in mot ett fjädermotstånd, åstadkommer man träning av flexionen i ett eller flera fingrar. Sådana smärre anordningar tillverkas i plast för den enskilde patienten. Hemiplegier tränas med bimanuell sågning, hyvling, filning och sandpappning. Verktygen har specialtillverkade handtag.

Den funktionella arbetsterapi är mest utvecklad i Farnham Park vid Slough, där miss M. Jones varit chefsarbetsterapeut.¹¹ I hennes bok ges detaljbeskrivningar över flera maskiner, bl. a. en stor handborr, som drivs med pro- och supinationsrörelser, samt verktyg drivna med roterande rörelser i ankelleden. Trä-, metall- och korgarbeten är vanligast. Man har rätt ofta ett stadigt nät i taket, där slingor för armarna kan fästas. Vävstolar förekommer mera sparsamt, därför att varje stol endast kan utnyttjas av en patient, därför att man ej har arbetskraft nog att sätta upp vävorna samt för att de tar för stor plats. En i Sverige mindre vanlig typ har väven på höjden och bommen dras nedåt mot motstånd, vilket ger träning av skuldror och bröstorg. Papperskap, slipsten, små telefonkopplingsbord och skrivmaskiner är goda träningsredskap. Innan patienten skrivs ut, testas han om möjligt i ett reellt arbete inom sjukhuset, t. ex. i kontor, verkstad, tvätt eller trädgård.

En stor del av arbetet blir till direkt nytta för patienterna på avdelningen. Så tillverkades ett år av patienter på King's College Hospital 17 förhöjningar till stolar, 4 dito till sängar, 14 pallar, 3 specialstolar, 29 badkarsinsatser, 16 badkarsbräden, 2 badkarsstegar, 12 wc-förhöjningar, 9 höga rullbord, 58 diverse köksredskap, 68 diverse hjälpmedel i ADL och 54 redskap för sjukgymnastik.

Träning i det dagliga livets färdigheter (ADL)

bedrivs intensivt, även en sådan detalj som t. ex. skopputsning. Hjälpmedel av allehanda slag finns att tillgå genom rehabiliteringsavdelningarna, Röda Korset och Ministry of Labour. Man ger emellertid patienterna så få hjälpmedel som möjligt och lär dem hellre klara sig med olika trick. I träningskök får såväl män som kvinnor laga mat och diska. Man övar sig att skära med kniv och gaffel i modellera. En praktisk form av gaffelkniv ser ut som en kniv med gaffeltaggar i den uppåt utdragna spetsen. Patienterna använder midjehöga rullbord, när de skall förflytta porslin o. dyl. Arbetsterapeuten prövar ut den lämpliga höjd, till vilken säng och stolar behöver ändras. I villor lägger man inomhus ibland in steg av halv höjd i trapporna, om patienten inte kan använda anordningen med en låda av ett halvt trappstegs höjd fäst vid nederändan av en kapp. Ibland är det till stor hjälp att förlänga trappräckena 10 cm i vardera ändan.

Arbetsterapeuterna leder även gruppträning av hjärnskadade med tal-, läs-, räkne- och skrivsvårigheter. Språkpedagogerna, som kommer och ger patienterna individuell behandling instruerar arbetsterapeuterna i detta. Man utnyttjar många enkla lekar, där det gäller att minnas, säga, rita eller utföra vissa saker.

Tekniska hjälpmedel förekommer i stort av samma typ som här i Sverige. Ägghållare med skaft att använda vid kokning, toalettpappersstång, lufring på wc-sits för paraplegiker, handduk på en liten trapets för hemiplegiker och rullstolshiss bak på ambulans var nyheter för mig. Ataktiker ges varm dryck i termos med rör genom korken eller i särskild mugg med endast tre hål i locket, som sitter en bit nedanför kanten. Med hjälp av en ställning ovan skrivmaskinen kan ataktikern trots sina grova rörelser föra en hävarm så, att en pinne på denna kommer ner i ett visst hål, varvid en annan pinne trycker ned motsvarande tangent på skrivmaskinen. På ett höj- och sänkbart väggshack spelar patienter med svårighet att lyfta armarna. De som behöver träna kraften i handgreppet spelar fotbollsspel med öronsprutor.

I Oxford ligger ett nyöppnat centrum för kon-

struktion och utprovning av tekniska hjälpmedel⁶ för svårt handikappade, Disabled Living Research Unit, Mary Marlborough Lodge, Nuffield Orthopaedic Centre.¹ Fem patienter av vardera könet kan bo där. Dessutom mottages ett mindre antal polikliniska patienter. I rummen finns höj- och sänkbara toalettbord med vask. I en invalidlägenhet kan anhöriga bo med en patient och prova ut, vad just de behöver. I badrummet finns en Hoyer-lyft och över sängen en elektrisk hissanordning, som patienten kan manövrera själv med knappar. På samma sätt kan patienten ställa in sängen i olika sittlägen. I badkaret har man en lustig hissanordning i form av en stol utan ben på en stor gummiblåsa. Denna kopplas till vattenkranen och därigenom höjs stolen. För anhöriga till tunga, orörliga patienter kan den vara till nytta.

Av de tekniska hjälpmedlen på centrat var Mc Kibbens konstgjorda muskel² givetvis mest intressant. Den används huvudsakligen för att åstadkomma ett tum-pekfingergrepp. Eftersom de flesta polioskadade, som förlorat denna funktion, vanligen också har andra utbredda pareser i armarna, måste muskeln ofta kombineras med kulledande armstöd. De flesta armpareser behöver bara armstöden.

Personer med armpares kan skriva maskin med foten på följande sätt: medelst en stång som hålles upprätt genom att låret vilar i en bygel på stångens mitt, kan rörelser överföras från en fotplatta till en hävstångsarm (Jfr ³). En ung armförlamad man som även hade pareser, som hindrade honom att gå, hade lärt sig köra elektrisk rullstol. Han styrde med hämlarna och knäna samt startade och bromsade med linor, som gick från reglagen på styrstången till hans fötter.

En god och enkel konstruktion för att hjälpa personer, som har svårt att resa sig från en stol, är katapultstolen. Ett antal fjädrar, som man avpassar efter vederbörandes tyngd, håller stolsittens bakre del uppfälld. När den handikappade sätter sig, spänns fjädrarna och skjuter sedan på, när han försöker resa sig.

Invalidbil från engelska staten är den berättigad till, som ej kan gå 35 meter, alla dubbel-

amputerade (ena benet ovan knät), alla paraplegiker, alla som har arbete men som ej kan gå 400 m och ej kan åka med allmänna transportmedel eller har mer än 400 m till ett sådant. Det finns f. n. 12—13.000 trehjuliga och 2.500—3.000 fyrehjuliga invalidbilar. De trehjuliga bilarna (Barnett, AC, Invacar) är så rymliga att en rullstol också får plats i dem. Reparationerna betalas av staten.

Invalidbostäder finns ej i sådant antal att det täcker behovet i England. Man arbetar framför allt på att få fram ändamålsenliga och billiga enfamiljsvillor. Utanför Watford ligger ett sådant område, Kytes, bebyggt med 41 villor med bistånd från brittiska Röda Korset och S:t Johns orden. Villorna har trädgård och ligger samlade kring en öppen, grön plats. Man får inte alls intryck av kategorihus. Det hus jag besökte hade 4 rum och kök, badrum, wc och garage på tillhoppa 135 m². Alla innerdörrar var skjutdörrar på kullager. Från hallen hade man direkt utgång till garaget.

Industriell arbetsterapi

Vid rehabiliteringsavdelningen vid Luton and Dunstable Hospital bedrivs en rent industriell arbetsterapi. Arbeten erhålls från fabriker i omgivningen. Arbetsinkomsterna går till patienternas lunch och bussresor samt till en rehabiliteringsfond. Manöverspakarna för manuell stansning, pressning, bockning samt elektriska svarvar och borrar ändras om, så att de kan skötas med skadade eller amputerade kroppsdelar, vilka därigenom tränas. Ger arbetet ej tillräckligt motstånd ökas detta med vikter eller fjädrar. Varje del av över- eller underextremiteterna kan på detta sätt övas. Ryggen tränas genom att patienten får böja sig allt djupare ner för att få tag i arbetsmaterialet.

Sjukhuset är ett centrallasarett med 375 bäddar för 215.000 invånare. En ingenjör med 3 underställda tekniker är anställda i verkstaden och i gymnastiken 13 sjukgymnaster. Som exempel på det goda resultat man uppnår med denna intensiva rehabilitering nämndes, att menisk-

ektomierna går i arbete efter i genomsnitt 3 veckor.

General Motors fabriker för Vauxhall-bilar i Dunstable har 26.000 anställda. Företaget har egen verkstad för industriell arbetsterapi¹⁴ med 60 platser och en omsättning av 400 skadade per år. Staben består av endast 2 man. På industrin i övrigt finns 4 läkare och 2 sjukgymnaster. Efter mindre frakturer eller operationer börjar arbetaren i verkstaden efter 2—3 dagar. Svårare skadade, t. ex. kotfrakturer, går först på sjukhusets arbetsterapi. Arm- och handskador arbetar med den skadade extremiteten upplyftad. Patienter med Potts fraktur är helt borta från arbetet i genomsnitt 9 dagar, med Colles fraktur 1 dag och tumfraktur 1½ dag. Ackordsarbete förekommer inte på fabriken, och klienterna behåller sin lön, när de är i terapiverkstaden liksom när de får sjukgymnastisk behandling under arbetstid.

Paraplegicentrat i Stoke Mandeville

Den mest effektiva rehabiliteringen av paraplegier anser man fortfarande åstadkommas i Stoke Mandeville. På 190 sängar har man 7 läkare, 16 sjukgymnaster, 2 gymnastiklärare, 8 arbetsterapeuter och 2 skollärare. Den tidiga vården sker efter en utprovad, noggrann, konservativ rutin. Laminektomi görs inte på traumatiska fall utan de behandlas med hyperextensionsläge på rygg och sidor i 8—10 veckor. Varannan timme går ett vändningslag runt: tre manliga vårdare lyfter, avdelningssköterskan håller patientens huvud och ett biträde ordnar kuddar och lakan. Tre gånger om dagen går avdelningsläkaren runt med en medhjälpare och tappar patienternas urinblåsor under helt sterila betingelser. Detta sker till dess blåsans reflexaktivitet kommit igång, vanligen i omkring 4 veckor. Sulfaskydd och surgörning med mandelsyra och ammoniumklorid förekommer ej rutinemässigt. Konusläsioner tränas att tömma blåsan genom kompression med knytnäve och lår. De som ej kan hålla torrt begagnar kondomurinal på dagen och ligger med glasflaska på natten. Tidaldrainage används endast vid svår blåsinfektion, som ej svarat på terapi, samt vid

divertiklar i blåsan. Blåshalsresektion sker på sedvanliga indikationer. Utskrivna patienter kontrolleras med urografi en gång årligen.

Tarmen töms i början manuellt en gång dagligen. Genom youghurt och andra naturliga tillägg till kosten hålls tarminnehållet i lämplig konsistens. Om patienten är osäker på om full tömning skett, skall han alltid med ett behandskat finger kontrollera, om ampullen är tom.¹⁰ Konusläsioner kan behöva bomullspropp i anus.

Spasticitet i benen angrips i första hand operativt¹³ på en sida i sänder med avskärning av nervus obturatorius så högt upp som möjligt med samtidig genomskärning av musculus iliopsoas samt senare eventuellt achillesförlängning eller flyttning av hamstring-senorna till baksidan av femur. I sista hand ges intratekal alkoholinjektion. Liggsår behandlas konservativt, gärna med Nobecutan-spray. Plastiska operationer utföres först sedan huden läkts eller endast en fistel kvarstår.

Den sjukgymnastiska träningen av paraplegier är väl känd i vårt land.⁴ Det viktiga uppövädet av musculus latissimus sker dels i sittande med adduktion av armarna från horisontalläge mot motstånd, dels i liggande med fixerat skulderparti, varvid den upphängda underkroppen och benen omväxlande sätts i svängning och bromsas upp. Simträning 3 gånger i veckan anses mycket viktig och ges även till barn ända ner till 3 års ålder⁹ samt till tetraplegier. De som tränat en tid kan själva ta sig ner i bassängen direkt från rullstolen med hjälp av en trapets, som hänger ner över bassängkanten. Rekordtiderna i crawl på fyra längder (40 m) var 35 sek. vid skada över th 10, 33 sek. vid skada under th 10.

Årligen kommer 220—230 nya paraplegifall till Stoke Mandeville. I ett 15-årsmaterial om 2.000 fall var $\frac{2}{3}$ traumatiska. Mortaliteten på grund av ryggmärgsskadan och dess komplikationer var 10 %. Av de 1.500 första i serien är 57 % i arbete. Endast 10 % är kvar på sjukhus.⁸ Behandlingstiden är nu nere i 5—7 månader. Antalet tetraplegier 1959 räknat från krigsslutet var 360 (18 %). Sportolyckor är numera orsak till hälften av tetraplegierna. Som bevis på

det goda resultat man uppnått med paraplegier nämndes de kvinnor, som sedan fött barn medelst kejsarsnitt och nu själva sköter hem och barn.

Rehabilitering av hemiplegier

Den aktiva och tidiga rehabiliteringen vid hemiplegi har författaren²² tidigare beskrivit. Vid S:t Bartholomeus Hospital i London, som härvidlag är ett av pionjärsjukhusen,²⁵ startar man omedelbart sjukgymnastisk behandling med passiva rörelser 2 gånger dagligen, även på söndagar. På tredje dagen efter det patienten återfått medvetandet får han stå på golvet. Redan fjärde dagen tages han ner till sjukgymnastiken och får ta det första steget. Balansövningar i sittande, i stående med en fyrfotskäpp samt i fyrfotastående anses mycket viktiga liksom vändningsövningar i liggande på matta och förflyttningar i olika riktningar i sittande. Något senare övar man uppresning från golv till stol och från golv till stående med hjälp av en ribbstol. Mycket tidigt tränas dessutom gång i trappa.²⁶

Patienten skrivs ut efter 3 veckor, om ingen komplikation inträffat och får sedan poliklinisk behandling 3 gånger i veckan i 3—9 månader, mest i grupp men även enskilt om så behövs. De fria ambulanstransporterna är i många fall en förutsättning för att ett sådant program skall kunna genomföras. Vid sjukhuset, som är ett allmänt sjukhus med 920 patienter, tjänstgör 32 sjukgymnaster.

Den 22 juni 1961 höll The British Chest and Heart Association en intressant konferens om rehabilitering av vaskulära cerebrala insulter²³ under ordförandeskap av professor Bruce Perry, Bristol. Man framhöll att behandlingen bör börja med att orientera patienten om hans sjuka sida och korrigera kroppens läge i liggande. Gångövningar sker lämpligen mot sjukgymnasts motstånd. Tidig aktivitet anses motverka spasticitet. Uppstår ändå sådan, skall man söka bryta reflexställningarna i skuldra och höft.⁵

Expressivt afatiska patienter¹⁸ kan ha hjälp av en bok med fraser att peka på eller att lära sig teckenspråk. Afasibehandling bör vid behov pågå i 4—5 år. En dysfasi kan visa sig vara

falsk, sedan patienten fått hörapparat, glasögon eller trandproteser (!).

Arbetssterapeuten skall se till, att sängbordet får lämplig höjd för matbricka och handfat, att sängmatta avlägsnas och att de anhöriga instrueras i de metoder patienten fått lära sig vid kläd-sel och toalett. På ett sjukhus har man en träningslägenhet, där kvinnliga patienter bor i två dagar före utskrivningen och själva får sköta matlagning och städning.

Kurators uppgift är att hålla kontakt med familjen, göra hembesök före och efter utskrivningen samt ordna hemarbete. Klubbar och daghem finns alltför få, ansåg man. Efter patientens utskrivning behöver familjen råd och hjälp. Ibland kan den behöva avlastas genom att patienten tages in på ett vårdhem för kortare tid.

Yngre hemiplegiker kan ofta uppnå 50—75 % av normal arbetsförmåga och med hjälpmedel utföra arbetet mycket väl. De behöver emellertid längre tränings-tid först i medicinsk²¹ och sedan i industriell rehabilitering. De flesta kan trots allt endast sysselsättas i skyddade verkstäder. Under 6 månader 1960 var endast 62 hemiplegiker av 5.000 klienter vid arbetsträningsverkstäderna (IRU). Av dessa klarade sig icke 4, 31 fick lämpligt arbete och 5 gick vidare till om-skolning.

Rehabilitering av amputerade⁷

Återinförandet av de amputerade i samhälls-livet är föredömligt ordnat i England. 21 centra finns spridda över landet med huvudanstalten i Roehampton utanför London. Ett centrum av lämplig storlek har 4 läkare för samtidig be-handling av 100 patienter. Man beräknar att det finns 60—70.000 civila amputerade och man får 3.500 nya årligen. I ett material på 2.800 pa-tienter 1959 var hälften över 60 år. Sjukdom var orsak till $\frac{2}{3}$ av fallen, vanligen arterioskleros och trombos, därefter diabetes samt malignitet. Tar man bara armamputationer var $83\frac{1}{2}$ % av dessa traumatiska. 279 armproteser tillverkades år 1959. Handprotesfall kan tränas endast vid 4 av instituten.

Dubbelt benamputerade läggs in, övriga trä-

nas polikliniskt. De äldre övas halva dagen, de yngre har heldagsprogram. De senare får lära sig behärska protesen fullt, så att den inte märks alls, när de går.¹² Äldre lär sig många gånger en-dast gå med låst knä. Alla måste emellertid lära sig ta sig upp från golvet. $\frac{3}{4}$ av alla proteser är utförda i metall. Sugprotes begagnas ej på äldre personer. 10 % erhåller av psykiska eller fy-siska orsaker ingen protes, 80 % lär sig använda protesen tillfredsställande. Analys av 2.700 fall visar, att 20 % icke får några fantomupplevel-ser, 67 % har smärtfria sådana, medan 13 % får smärtsamma fantomupplevelser. Vissa försök har gjorts att behandla de senare.^{19, 20}

Personer med arm- och handproteser tränas i det dagliga livets färdigheter, i bilkörning, ma-skinskrivning o. dyl. Dessutom sker träning i särskild verkstad. Det finns anslutningsstycken till handprotes för hållare av rakdon, matbestick, penna, telefonlur, bilratt, målarpensel, såg o. a. verktyg, kricketracket, fiskredskap, gevär o. a. hobbyredskap. Principen är dock så få special-hållare som möjligt. Helst skall den handikappa-de klara sig enbart med gripklo och griphand.²⁷

Industriell rehabilitering

Enligt chefen för träningsverkstäderna (IRU) i England, Mr. J. L. Gray vid Ministry of La-bour, byggdes träningsverkstäderna förr med 100 platser för 650—700.000 invånare inom en cirkel av 15 km., eventuellt med 250—300.000 invånare inom ytterligare 8 km radie utanför. Varje sådan IRU har en kapacitet på 550—600 klienter per år och har i allmänhet 7 olika typer av arbeten. F. n. finns 16 IRU med 1.800 plat-ser, varav 290 internatplatser samt en omsätt-ning på 11.000 klienter om året. Väntetiden för intagning är i allmänhet bara ett par veckor. Man anser nu, att dessa enheter är för stora och vill ha endast 80 klienter i de nya. Vid Belvedere-sjukhuset i Glasgow planeras ett kombinerat me-dicinskt och industriellt rehabiliteringsinstitut om 80—100 platser på vardera sidan.

De största sjukdomsgrupperna vid tränings-verkstäderna är tbc o. a. lungsjukdomar 28,3 %, psykiska sjukdomar 17,3 %, neurologiska

13,7 %, skador och sjukdomar i rörelseorganen 11 %, hjärt- och kärlsjukdomar 7 % samt reumatism och arthrit 3,6 %. Endast 18 % av dem som 1956 fullföljde en träningskurs var ej placerade i arbete 6 månader senare. Fall med neurologiska och psykiatriska sjukdomar visade sämst resultat liksom klienter över 45 år. Så var även fallet med dem, som varit utan arbete i mer än 1½ år före kursen. 19 % fullföljde inte kurserna, äldre främst av medicinska skäl.²⁴

I Perivale i nordöstra London är en modern IRU belägen. Personalen består av en direktör med assistent, en arbetsvårdstjänsteman med assistent, kurator, industripsykolog, halvtidsanställd läkare, remedial gymnast, verkställare samt 7 instruktörer. 15—20 man intages varje måndag, undersöks och testas på en intagningsavdelning under första veckan. Arbetsvårdsbidraget för en klient med hustru och 2 barn är 120 kr i veckan. Klienterna stannar i 6—12 veckor. Målet är att ett arbete skall vänta på varje klient vid utskrivningen. I "employment exchange" sammanträffar personer från arbetsträningsverkstäder och arbetförmedling med arbetsgivare för att söka placera klienterna. De flesta kan återgå till sin gamla arbetsplats. 25 % går till omskolning vid GTC (General Training Centre).

Fyra omskolningsinstitut kan ta svårt handikappade, framför allt gäller detta Queen Elisabeth's Training College söder om London. Det är en privat stiftelse, där Ministry of Labour och lokala myndigheter betalar per capita för sina klienter. 150 manliga och 47 kvinnliga elever kan tas emot inneboende. Omkring 15 av dem brukar vara rullstolsbundna. 2 sjuksköterskor arbetar där, men läkare kommer endast två gånger i månaden samt på särskild kallelse. I personalen på 90 personer ingår rektor, kurator, 2 överordnade chefer, 17 instruktörer och 1 remedial gymnast. Kursen ospänner vanligtvis 1 år. Cp-ungdomar har svårighet med kurserna. De som har atetos tas ej emot. Epileptiker med upp till 3 grand mal per månad brukar däremot klara av trädgårds- eller bokbinderikurserna bra. Social fostran och aktivitet med dans o. a. kvällsarran-

gemang utgör ett viktigt led i rehabiliteringen av dessa svårt handikappade.

Det kan vara av intresse att se vilka yrken de utbildas till. Personer med en hand och arm ur funktion på grund av hemiplegi, annan pares, deformitet eller amputation blir sprutlackerare, svetsare eller bokhållare. Till det senare yrket utbildas även de dubbelhändigt amputerade eller paretiska. En stor del hemiplegiker liksom polioskadade i övrigt lär sig sköta allmänt kontorsarbete och telefonväxel. Polioskadade kan även ha förutsättningar för utbildning i stenografi och maskinskrivning. Dubbelt benskadade utbildas i bokhålleri, mekaniskt verkstadsarbete, svetsning och teknisk ritning. 39 % av de svårt handikappade fullföljde inte kurserna under 1960.¹⁵

Två yrken i England är helt reserverade för handikappade: parkeringsvakt och hisskonduktör. Varje arbetsgivare med mer än 20 anställda måste ha 3 % handikappade arbetstagare. Man beräknar att det går 55.000 arbetslösa av de 700.000 vid arbetsförmedlingarna såsom handikappade registrerade personerna. Frånräknas de krigsskadade kvarstår 450.000 partiellt arbetsföra på 46 milj. invånare (70.000 på 7 milj.). Av totalantalet är 45 % av männen och 17 % av kvinnorna 55 år eller äldre. År 1959 var 40 % kirurgiska fall, 14½ % lungsjukdomar, 7 % hjärt- och kärlsjukdomar, 7 % synskadade, 4½ % hörselskadade, 5½ % neurologiska sjukdomar, 4 % psykiatriska och 4 % reumatism och arthrit.¹⁶ Av de 1.900 paraplegikerna har 90 % arbete, därav 270 i skyddade verkstäder. 15.000 epileptiker är anmälda som partiellt arbetsföra. Omkring 300 passerar årligen träningsverkstäderna. 61 % placerades i arbete och 17½ % i omskolning 1956. 550 arbetar i skyddade verkstäder.

Skyddade verkstäder

I England finns skyddade verkstäder med 12.000 platser. Behov föreligger dock av ytterligare 6.000 platser. Remploi är ett stort, halvstatligt företag med 92 fabriker för 6.250 partiellt arbetsföra runt om i England. Inkomsterna täcker arbetarnas lön och materialkostnaderna.

Övriga utgifter betalas med statliga anslag. På vissa orter såsom i London är det 1 års väntetid, innan man får plats. Mycket få klienter går vidare ut i öppna marknaden, ca 150 årligen. Man söker hålla klientelet blandat. Man har nått ganska goda resultat med lugna schizofrenier. De största grupperna utgöres annars av skador och sjukdomar i rörelseorganen 30 %, lungsjukdomar inkl. tub 19 %, psykiska sjukdomar 9 %, epilepsi 9 %, hjärt- och kärlsjukdomar 7 %, reumatism och arthrit 5 %, paraplegi 4 % och MS 3 %. Man tillverkar möbler och inventarier i trä och metall samt syr kläder och har tryckerier, bokbinderier och ortopediska verkstäder.¹⁷

Andra skyddade verkstäder med plats för 625 arbetare ägs av privata stiftelser. En av dessa är Lu Dun i Luton. Under en arbetsledare arbetar här 30 man, därav 10 paraplegiker med träarbete. Medelåldern är över 50 år. Medelinkomsten 4.500 kr per år. Var och en har dessutom sin pension. En årlig driftsförlust på 75.000 kr täcks med insamlade medel. På många hem för långtidssjuka har man också skyddade verkstäder med hopsättning av t. ex. hastighetsmätare för bilar, målarpenslar och fyrverkeripjäser. Speciella sådana hem finns för yngre långtidssjuka.

LITTERATUR:

1. Agerholm, M.: Disabled Living Research Unit, Nuffield Orthopaedic Centre, Oxford, Rehab. 2/1 1960.
2. Agerholm, M.: The "artificial muscle" of Mc Kibben, Lancet 1961:660.
3. Bjerner, B., Andreasson, S.: Tekniska hjälpmedel vid högradiga armpareser, Arbetsterapeuten 6/1958.

4. Bjerner, B., Fällström, C.-E.: Paraplegivård i Göteborg, Sv. Läk. 38:2557, 1959.
5. Bobath, B.: Observations on adult hemiplegia and suggestions for treatment, Physioter. 45:279, 1959 samt 46:5, 1960.
6. Equipment for the disabled, Volume 1—4, National fund for research into polio and other crippling diseases, 1960.
7. Gillis, L.: Amputations, Heinemann 1954.
8. Guttmann, L.: The place of our spinal paraplegic fellowman in society. Rehab. 3/1959.
9. Guttmann, L.: The management of the spinal paraplegic child, Mother and child 8/1960.
10. Guttmann, L.: The regulation of rectal function in spinal paraplegia, Proc. Roy. Soc. Med. 52:86, 1959.
11. Jones, M. S.: An approach to occupational therapy, Butterworth 1960.
12. Kerr, D., Brunstrom, S.: Training of the lower extremity amputee, Thomas 1956.
13. Platt, G., Ritchie Russel, W., Willison R. G.: Flexion spasms and contractures in spinal cord disease, Lancet 1958:757.
14. Plewes, L., Barron, J., Thompson, A., Newell, H.: Rehabilitation in industry, Lancet 1948:699.
15. Queen Elisabeth's Training College for disabled, Annual Report 1960.
16. Rehabilitation and care of the disabled in Britain, Central Office of Information, London 1960.
17. Rempoy Limited, Reports and Accounts 1960.
18. Ritchie, D.: Stroke—A diary of recovery, Faber 1960.
19. Ritchie Russel W.: The treatment of intractable pain, Proc. Roy. Soc. Med. 52:983, 1959.
20. Ritchie Russel W., Spalding, J.: Treatment of painful amputation stumps, Brit. Med. J. 1950:68.
21. Sommerville, J.: Prognosis after hemiplegia, Brit. Med. J. 1961:965.
22. Stenram, Å.: Rehabilitering av hemiplegier, Sv. Läk. 58:1875, 1961.
23. "Stroke" rehabilitation, The Chest and Heart Association, 1961.
24. The work of the industrial rehabilitation units, Ministry of Labour Gazette 8/1958.
25. Wareham, G.: Tidigt insatt sjukgymnastisk behandling av hemiplegipatienter, Sjukgymnasten 19:5/1961.
26. Wareham, G.: Early re-education of the hemiplegic patient, Physioter. 46:198, 1960.
27. Wynn, P. et al.: Rehabilitation of the hand, Butterworth 1958.

SOCIALMEDICINSK TIDSKRIFT

ber att få meddela sina läsare att vi i likhet med tidigare år **ej** utkommer under juli och augusti.

En förteckning över våra skrifter återfinnes på 3:e omslagssidan i detta nummer.