

Rehabiliteringsverksamhetens uppgifter och arbetsmetoder¹⁾

Av docent *Anders Otterland*, Göteborg.

Rehabiliteringsverksamhetens syftemål

Rehabilitering är den medicinska och sociala behandlings- och handlingsform, som avser att återanpassa en sjuk eller skadad person psykiskt, fysiskt och socialt — yrkesmässigt, ekonomiskt — till bästa möjliga psykiska, fysiska och sociala situation.

Rehabiliteringen har blivit kallad socialmedicinens terapiform. Den använder sig av alla de vård- och hjälpåtgärder, som står till buds genom sjukvården, socialvården och arbetsmarknadsmyndigheterna. Den har av somliga författare uppdelats företrädesvis i 2 olika moment, den medicinska rehabiliteringen och den sociala rehabiliteringen. Den medicinska rehabiliteringen har också kallats den tredje fasen i sjukvården, där preventiv medicin och kurativ medicin — kirurgi är de två andra. Men den medicinska och sociala rehabiliteringens åtgärder går in i varandra. Rehabiliteringen skall börja, säger en engelsk författare (*Stewart*), ”när ambulansen anländer för att hämta patienten till sjukhuset och den kan avslutas först när patienten är tillfredsställande och permanent återanpassad i en situation, som ger honom maximala möjligheter, för hans återstående kapacitet”.

Dessa rehabiliteringsverksamhetens syftemål anger, att man gjort klart för sig, att inte alla fall leder till fullständig återanpassning medicinskt och socialt — yrkesmässigt, ekonomiskt. I många fall innebär en maximal möjlighet för den återstående kapaciteten i det enskilda fallet socialmedicinskt väsentliga förändringar. I en del fall kanske resultatet blir ett nytt arbete, i andra fall kanske patienten lyckas göra sig oberoende av vårdare eller åtminstone vårdare under dagen, lyckas bli så duktig, att han kan sköta sig själv och kanske t.o.m. sitt hem. I fall, där familjefadern är den skadade, kanhända denne

kan övertaga eller åtminstone svara för vissa av de dagliga hemsyslorna och kanske tillsynen av barnen, medan hustrun går ut i förvärvsarbete som familjeförsörjare.

Mot den bakgrunden ser vi, att rehabiliteringsverksamheten måste betraktas som mycket omfattande, att dess uppgifter blir ansevärdiga och att dess arbetsmetoder därför måste vara mångfacetterade.

Några få data ur rehabiliteringsverksamhetens historia

Internationellt.

Redan under första världskriget kunde i England Sir *Robert Jones* visa, att det gick snabbare att återplacera en skadad i arbete, när man arrangerade arbetsterapi — arbetsträning som ett led i den medicinska behandlingen. Efter kriget tog bl.a. *H.E. Moore* vid Railway Rehabilitation Hospital i Crewe upp Jones idéer och ordnade sådan behandling för en grupp patienter, som i de flesta fall haft långa vårdtider på traditionellt sätt. Som ett resultat av denna vård hade de enligt Moore blivit ”disability conscious”. På i medeltal 17 dagars rehabilitering på slutet avdelning med arbetsterapi — arbetsträning på programmet kunde 115 av 165 återgå i arbete. En läkare vid Cunard Line-rederiet ansåg, att Moore's resultat var så överraskande, att han tog upp dem till diskussion på ett läkarmöte. Diskussionen väckte ett mera allmänt intresse för den nya terapiformen och på flera platser i England ordnades rehabiliteringscentraler, bl.a. en vid Albert Dock Hospital i Greenwich. Denna central kan ha sitt särskilda intresse, eftersom man där tog emot bl. a. sjöfolk. (*Sir Hugh Griffiths*.)

Med andra världskrigets utbrott kom i England vikten av rehabiliteringsåtgärder för skadad militär personal i blickpunkten. För vissa kategorier var det särskilt viktigt att på kortast möj-

¹⁾ Provföreläsning för docentur i socialmedicin.

liga tid efter en skada kunna få personen tillbaka i tjänst. Detta gällde särskilt personalgrupper, som det rådde brist på och för vilka utbildningstiden var lång. Så ordnades exempelvis rehabiliteringscentra för flygpersonal. De resultat, som uppnåddes vid dessa, var så goda att även amerikanska flygvapnet startade rehabiliteringsverksamhet vid liknande centra.

Under första världskriget hade 8 % av alla skadade, som nådde fältsjukhusen, avlidit. Under andra världskriget sjönk denna mortalitet ned till 4 % tack vare modern sjukvård och förbättrad kikurgisk teknik — t.ex. kemo-antibiotikaterapi, chockbehandling. Men många, som räddades till livet krävde med traditionella efterbehandlingsmetoder långtidsvård. Det gällde då att även i detta avseende finna nya terapivägar. Den sektion inom sjukvården man i detta läge satsade på var verksamheten vid avdelningarna för rehabilitering och fysikalisk medicin. Dessa avdelningar kom snart att bli de största vid militärsjukhusen. Man ansåg det också som en moralisk skyldighet att hjältarna från slagfälten skulle bli föremål för bästa tänkbara medicinska och sociala återanpassning.

I U.S.A. lancerades rehabiliteringsidéerna främst av den senare mycket välkända *Howard A. Rusk*. Vid en inventering i första hand inriktad på det medicinska rehabiliteringsbehovet för invaliderade hemvändande soldater fann Rusk, att det i samhället i övrigt också fanns ett betydande rehabiliteringsbehov hos de medborgargrupper, som invalidiserats genom olycksfall i arbete eller skadats vid trafikolycksfall. Även dessa hade ju i många fall — fastän i hemorten — gjort betydande krigsinsatser. Rapporter från U.S.A ger vidare vid handen att varje år sedan länge mer än 2 miljoner personer blivit temporärt arbetsoförmögna genom olycksfall i arbete och att av dessa ca 90.000 blir varaktigt invaliderade och omhändertagna enligt traditionella sjukvårdsprinciper. Härtill kommer trafikolycksfall, som efterlämnar en anseelig grupp varaktigt partiellt arbetsföra. Till de olycksfallsskadades vårdproblem kunde läggas vårdproblem, som långtidssjukdomar hos geriaterklientelet in-

nebar. Dessa ökade under kriget i takt med den stigande medellivslängden hos den hemmavarande befolkningen. Rusk fängslades vid sin inventering av möjligheten till rehabiliteringsarbete i linje med det, som utvecklats för soldaterna även för andra grupper. Rusk insåg också vikten av att snabbt bygga ett rehabiliteringssjukhus, där utbildning av läkare och annan personal för medicinsk rehabiliteringsverksamhet kunde äga rum. På några år lyckades han skapa *The Institute of Physical Medicine and Rehabilitation* i New York, där de flesta rehabiliteringsläkarna i Amerika fått sin utbildning.

Rehabiliteringssträvandena enligt dessa riktlinjer kom också att utvecklas i flera andra länder t. ex. Canada, Holland och i viss mån Norge. Inom *WHO* uppmärksammades de nya rehabiliteringsidéerna. En *Expert Committee on Medical Rehabilitation* tillsattes. Denna framlade 1958 sin förstarapport — som nr 158 — i *WHO:s Technical Report Series*. Kommittén ansåg sig kunna rapportera, att erfarenheterna från medicinsk rehabilitering varit gynnsamma och framförde den meningen "that the dignity and the right to security of the disabled person is no less than that of a normal individual and that everything possible must be done to rehabilitate the disabled in order to restore them to as normal life as possible in the society in which they live".

I Sverige.

I Sverige skisserade Medicinalstyrelsen i sin VPM (uttytt vördsamma promemoria) 2 mars 1954 och i sin skrivelse till Inrikesministern samma dag, rehabiliteringsverksamhetens sjukhusmässiga organisation i Sverige. Medicinalstyrelsen angav, att i den då gällande Sjukhuslagens 1 § 1 st., vari landstingen och de städer, som inte deltar i landstingen, ålagts att ombesörja anstaltsvård vid sjukdom, skada eller kroppsfel, kunde inbegripas skyldighet att tillhandahålla de vårdresurser, som lämpligen borde stå till förfogande under anstaltsvistelsen i syfte att bevara, återställa eller förbättra patienternas funktions- och arbetsförmåga (rehabilitering). Den lasaretsanslutna rehabiliteringsorganisationen, som

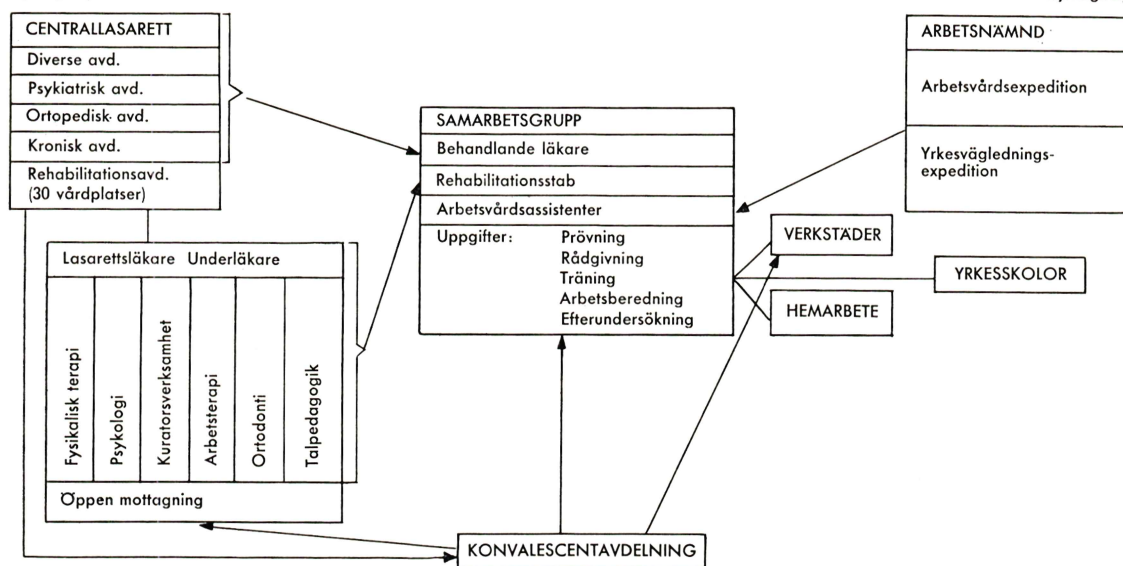


Fig. 1. Förslag av Medicinalstyrelsen i skrivelse till inrikesministern den 2 mars 1954.

Medicinalstyrelsen då föreslog, finns framställd på skissen i fig 1.

Jag har ansett denna schematiska framställning vara lämplig som blickfång för dagens föreläsning — som blickfång, därför att rehabiliteringsverksamheten i Sverige i stort kom att få denna utformning. Detta var trots allt inte självklart. Det gällde att dessförinnan och under framväxten samordna och överbygga en mängd synpunkter i denna fråga, som här skulle föra för långt att gå närmare in på. Men rehabiliteringsavdelningar har efter hand tillkommit eller är för närvarande under utformning. Den första rehabiliteringsavdelningen i Sverige var den som startades oktober 1957 knuten till neurologiska kliniken i Göteborg och på initiativ av dess chef. Den hade föregåtts av en försöksverksamhet under ett par år. Avdelningens tillkomst gynnades också väsentligt av den forskningsläkartjänst på rehabiliteringsområdet med *docent B. Bjerner* som innehavare som statens medicinska forskningsråd knutit till verksamheten. I mitten av 1958 tillkom så avdelningen för *medicinsk rehabilitering* i Borås (*överläkare G. Eriksson*) och september 1959 försöksverksamheten för *neurologisk*

rehabilitering vid Södersjukhuset i Stockholm (ledd av *doktor B. Nauman*). I Stockholm bedrevs också tidigt särskild paraplegivård vid Serafimerlasarettet (*docent O. Höök*). Under utformning för närvarande är rehabiliteringsavdelningar i Mörby, Västerås, Eskilstuna, Lund och Göteborg (medicinsk rehabiliteringsklinik). Sammanlagt beräknas relativt snart i Sverige c:a 250 sjukhusplatser finnas för klinisk rehabilitering.

Vi har alltså i dag börjat få möjligheter till lasarettans lutna medicinsk rehabiliteringsverksamhet. En viktig fråga under utformningen var och är rehabiliteringsmöjligheterna på den sociala, arbetsmässiga sidan.

När det gäller tillgång till offentlig arbetsmässig rehabilitering började sådan komma till stånd i Sverige i början av 40-talet, först på enstaka, sedan på allt fler platser. På hösten 1941 startades vid arbetsförmedlingen i Malmö landets första s.k. arbetsvårdsavdelning på länsplanet. 1942 fick vi en sådan i Stockholm och 1943 en i Göteborg. Mycket raskt följde sedan en utbyggnad så att det nu finns arbetsvårdsavdelningar i samtliga län och dessutom i vissa större städer. Den centrala myndigheten är *Arbets-*

marknadsstyrelsen (Socialdepartementet). I varje län finns en *länsarbetsnämnd*, som utgör styrelsen för *arbetsförmedlingen* i länet och som i sin tur har ett huvudkontor och flera avdelningskontor. Vid varje huvudkontor och vid avdelningskontoren i vissa större städer finns en *arbetsvårdsavdelning*. I länsarbetsnämnden är vanligen landshövdingen ordförande. I nämnden finns representanter för arbetsmarknadens olika parter och helst representanter för typiska industrier i länet. En av styrelsemedlemmarna skall vara kvinna.

Länsarbetsnämndens arbetsvårdsavdelningar tar hand om den arbetsmässiga rehabiliteringen av personer, som varit sjuka eller blivit skadade och som åter önskar ut i förvärvsarbetet och måste göra det via arbetsförmedlingarna. Dessa avdelningar har knutit till sig *konsulterande läkare*. *Klinisk arbetsprövning* förordas i svårbedömda fall: *Arbetskliniken i Stockholm* och tidigare även *Arbetskliniken i Göteborg*.

En viktig fråga har sedan varit och är samordningen mellan medicinsk och social rehabilitering. Om detta finns mycket att anföra. Jag skall nöja mig med att påpeka, att i utredningen *Socialförsäkring och rehabilitering* (SOU 1958: 17) i det sammanhanget finns vissa riktlinjer.

Med denna kortfattade återblick kan man se att med rehabiliteringstanken något nytt tillfördes medicinen. Det nya var, att man fann att mycket stod att vinna socialmedicinskt om man försökte aktiva rehabiliteringsåtgärder även för patientgrupper, som tidigare efter korttidsundersökningar på akutsjukhusen fördes till långtidskonvalescens. Men en utbyggd medicinsk rehabilitering krävde en utbyggnad av de fysikaliska terapiavdelningarna, eftersom fysikalisk terapi — och då, som det visade sig, i betydligt aktivare former än traditionellt framför allt vad gäller sjukgymnastiken — befanns vara ett utmärkt redskap i den medicinska rehabiliteringens tjänst. Det är då alldeles tydligt, att man inom varje specialitet kan få vissa fall, som måste bli föremål för en större dosering av dessa terapiformer än andra patienter. Det gäller såväl medicinska, kirurgiska, neurologiska, geria-

triska som psykiatriska fall, även om i den psykiatriska verksamheten rehabiliteringsterapeutiska attribut sedan gammalt kanske mer än på andra håll varit invävda i behandlingsmönstret. För särskilda rehabiliteringsåtgärder inom psykiatrin kan som exempel framhållas fall av alkoholism i exponerade yrken, tidig kriminalitet. Sådana fall kan kräva långsiktiga rehabiliteringsprogram innan slutmålet kan nås. Medicinska och kirurgiska paraplegifall, hjärnblödningsfall, MS, polio, skallskador, andra traumatiska skador är ytterligare exempel på för rehabilitering speciellt lämpade långutdragna sjukhusfall. Genom rehabiliteringsåtgärder kan det tänkas som ett exempel, att ett hemiplegifall kan bringas till sådan aktivitet, att det från akutsjukhuset med rehabiliteringsavdelning kan utskrivas till hemmet i stället för till långtidssjukhuset.

Några data från uppskattningar av vård- och rehabiliteringsbehov

Att uppskatta storleksordningen i avseende på behovet av medicinsk och social rehabilitering är en grannlaga uppgift, eftersom många irrationella faktorer kan tänkas ha inflytande på detta behov. Detta till trots föreslog *Rusk 1945* i samband med sin inventering för New Yorkområdet att 25 % av alla de vårdplatser vid allmänna sjukhus, som framdeles kom att inrättas, skulle reserveras för konvalescentvård och rehabilitering. *Rusk* byggde sin prognos både på sjukdomsincidens- och prevalensuppgifter. Utan att som *Rusk 1945* vara i stånd att av sådana uppgifter med en exakt siffra ange rehabiliteringsbehovet vill jag med en del data rörande omfattningen av vissa sjukdomar åtminstone peka på, att det i Sverige för närvarande föreligger ett medicinskt rehabiliteringsbehov.

Låt oss av enskilda sjukdomsgrupper med typiskt känt rehabiliteringsbehov börja med *apoplexia cerebri c. hemiplegi*. *Dahlgård-Nielsen* angav 1958 incidensen för apoplexia cerebri i ett stadssamhälle på 120.000 innevånare till årligen minst 200 fall. Härtill är tänkbart med ett antal fall, som aldrig intas på sjukhus. Dessa ej intagna utgör antingen mycket svåra fall, eller

också tämligen lätta. Den akuta mortaliteten ligger nu på 50 %, men kan med adekvat terapi bringas ned. Årligen är då att vänta ett platsbehov vid sjukhus i Göteborg för cirka 400 hemplegifall. Här finns ett stort rehabiliteringsbehov. Ute i samhället kan det också tänkas finnas ytterligare ett par hundra rehabiliteringsfall av denna typ. I Stockholm intas årligen på ej akuta sjukvårdsinrättningar cirka 600 hjärnblödningsfall. *Berg och Tillman* anger i Stockholms läns kronikerutredning 1959 i detta sammanhang prevalensuppgifter. Den största gruppen av samtliga långtidssjuka utgjordes av de s. k. hjärnblödningspatienterna eller mellan 20—30 %.

Fortsätter vi med en angränsande grupp, skador som ger *paraplegi*, finns också aktuella incidensuppgifter tillgängliga här. *Höök* angav nämligen 1959 att i Sverige årligen inträffar 80—100 nya sådana fall, som är i behov av speciell vård. Hälften av dessa utgöres av traumatiska ryggmärgsskador och hälften av inre ryggmärgsskador, där MS utgör största gruppen. Hööks resultat har senare kunnat stödjas av undersökningar utförda i Göteborg av *Bjerner och Fällström*.

Av övriga neurologiska sjukdomar där rehabiliteringsåtgärder kan vara av värde kan nämnas multipel scleros, cerebral pares, parkinsonism.

I Sverige kan antalet MS-sjuka uppskattas till c:a 6.000 (*Broman & Broman*). Hur många av dessa som är högrgradigt invalidiserade är svårbedömt. Olika författare kommer till olika resultat. Ett stort antal av MS-fallen blir emellertid pensionsfall. 40—60 % anses kunna behålla sin fulla arbetsförmåga under ett decennium och 25 % av fallen under 2 decennier. Rehabiliteringsåtgärder i dessa fall har väsentlig betydelse för motilitetens (i stort sett = arbetsförmågans) vidmakthållande och uppövning och behandlingar förhindrar onödig försämring genom kontrakturer.

Enligt beräkningar baserade på inventeringar i 3 svenska län uppskattade *Olow* antalet CP-barn (0—17 år) i landet till c:a 3.000. Årligen föds 150—200 CP-barn i Sverige. Tidigt insatt adekvat observation och ledning av dessa

barn har väsentlig betydelse för deras rehabilitering både medicinskt och socialt. Men här till kräves tillgång till betydande personalresurser: 1 sjukgymnast och 1 förskolelärarinna på vart 10:e barn samt 1 arbetsterapeut på vart trettonde.

I Sverige anges mellan 5.000—13.000 *Parkinson-sjuka* finnas. Årligen inträffar mellan 700—1.600 nya fall. (*Naumann* i enlighet med *Field* personlig kommunikation). Rehabiliteringsåtgärder i form av aktiv relativt hård gymnastisk träning, både individuellt men i synnerhet i grupp har visat sig värdefulla liksom uppmuntran av patienterna till fortsatta arbetsinsatser trots upplevelsen av rigiditet och rörelsefattigdom.

En sjukdomsgrupp, som i detta sammanhang också lämpligen kan framhållas, är den som omfattas av de många patienterna lidande av *ryggssjukdomar*. Den 25 maj 1958 var i Göteborg inte mindre än 959 personer sjukskrivna för sådana besvär, rapporterat av *Lundberg* vid Göteborgs Centralsjukhus. Jag vill nämna, att i ett sjukkassematerial, vilket jag granskat, gällande svenskt sjöfolk ställt till förfogande genom Rfa. placerade jag av 3.452 fall 567 eller 28 % i gruppen "ryggssjukdom". "Ischias" och "diskbräck" ingick som en liten del, under det att "ryggbesvär" och "värk i ryggen" av mera allmän typ dominerade bilden. I ca 20 % överskred sjukskrivningstiden 2 månader, i ca 10 % 3 månader. I tabell 1 har jag visat några fördelningar på olika bemanningsspecialiteter inom sjömansyrket i detta material. Jag skall inte gå närmare in på dessa siffror, men så mycket kan sägas, att gruppen "maskin" också sannolikt har större alkoholproblem. Diagnosen ryggssjukdom kan alltså täcka något annat — det som kanske också kan nås just genom rehabiliteringsåtgärder. Sjukpenningkostnaden för Göteborgs del har för patienter med ryggssjukdom beräknats till bortemot 4 milj. kr. per år.

Broman har för göteborgsområdet gjort incidens- och prevalensundersökningar vad gäller förekomsten av neurologiska sjukdomar. Resultaten har visat, vilket stort problem den neurologiska rehabiliteringen innebär.

Tabell 1. Sjukskrivningstid för ryggbesvär 1957 bland sjöfolk i olika bemanningskategorier. (Otterland 1960).

Sjukskrivningstid i dagar	Däck		Maskin		Intendentur		Summa		Befäl		Manskap	
	antal sjuka	% inom grupp	antal sjuka	% inom grupp	antal sjuka	% inom grupp	antal sjuka	% inom grupp	antal sjuka	% inom grupp	antal sjuka	% inom grupp
3— 9	39	19	51	19	19	21	109	19	22	12	87	23
10—19	39	19	45	17	18	20	102	18	25	13	77	20
20—29	27	13	34	13	13	14	74	13	23	12	51	13
30—39	25	13	29	11	10	11	64	11	27	15	37	10
40—49	17	8	20	7	8	9	45	8	16	9	29	8
50—60	19	9	31	11	10	11	60	11	26	14	34	9
61—63	5	2	14	5	2	2	21	4	6	3	15	4
64—	32	16	48	17	12	13	92	16	41	22	51	13
Totalt	203		272		92		567		186		381	
Sjöfolks- populationen 1957	9.645		6.683		3.859		20.187		6.784		13.403	
Sjukskrivna per 1.000	21		41		24		28		27		28	

Bland patienterna på neurologiska men även på medicinska rehabiliteringsavdelningar kan man även räkna med patienter med *olycksfalls-skador*. I Sverige inträffar enbart genom *trafik-olyckor* 20.000 skador per år. 3.000 av dessa kan betecknas som svåra och behöver rehabiliteringsåtgärder. Så har exempelvis fall med *encephalopathia posttraumatica* i bilismens tidevarv ökat i frekvens. Långutdragna följdillstånd, inte minst efter lindriga traumata, uppträder ofta med huvudvärk som vanligaste symptom och dessutom smärtor i armar, ben och rygg. Dessa utgjorde i Stockholm 1958 den tredje gruppen av beläggningar på neurologiska platser på akutsjukhusen. För denna grupp anses rehabiliteringsåtgärder ge gynnsamma resultat. Detta gäller också *yrkesskadorna*. Sådana skador, som de senare åren givit mer än 30 % invaliditet har uppgått till mer än 500 per år. Vissa av dessa är sannolikt lämpliga rehabiliteringsfall.

För de sjukdomar och skador, som hittills behandlats, är behovet av rehabiliteringsåtgärder näraliggande och påtagligt. En annan sådan grupp utgöres av de *poliodrabbade*. Polioepide-

mien i Sverige 1953 (4.300 fall med en stor grupp svåra pareser) avslöjade det svenska samhällets bristande tillgång till rehabiliteringsmöjligheter. Även vid polio är det av vikt med tidigt insatt aktiv rehabilitering. Denna epidemi banade i själva verket marken för vår nuvarande kliniska rehabiliteringsverksamhets tillkomst och möjligheter även för andra patientgrupper.

För vissa andra *medicinska sjukdomar* är bedömningen när det gäller tidpunkten för insättande av kliniska rehabiliteringsåtgärder ej lika entydiga. Incidens- och prevalensuppgifter är därför i detta sammanhang mindre tjänliga. Men genom att se på fördelningen i diagnosgrupper för de för närvarande omkring 140.000 invalidpensions- och sjukbidragsfallen kan man bilda sig en uppfattning om vilka sjukdomsgrupper, som här kan tänkas komma i fråga. *Nervsystemets sjukdomar*, som redan behandlats, utgör den största gruppen. Av övriga utgör *rörelse- och stödjeapparaters sjukdomar* näst största gruppen. *Kärlsystemets sjukdomar* kommer som trea och *andningsorganens sjukdomar* som fyra. Bland rörelse- och stödjeapparaters sjukdomar

ingår som den största gruppen *polyartrit- och artrosfall* och som en mindre grupp fall med *poliomyelitföljder*. Bland *kärtsystemets sjukdomar* ingår *vitium, cardioscleros* och *hypertoni*. *Andningsorganens sjukdomar* utgöres främst av *tbc-fall*. Många *polyartrit- och artrosfall* är väl-
ägnade rehabiliteringsfall liksom en del *hjärtpa-*
tienter och *tbc-fall*. År 1950 var de invalidpen-
sionerades antal ca 150.000 mot ca 140.000 för
närvarande.

Denna minskning kan ha med gynnsamma
konjunkturer att skaffa men också med ökade
resurser för omskolning, yrkesutbildning eller
andra åtgärder i rehabiliteringssyfte. Generaldi-
rektör *Konrad Persson* har också i en tolkning
av pensionslagen framhållit vikten av att vid pen-
sionsbedömningen ta hänsyn till rehabiliterings-
möjligheten.

De sista åren har i Sverige Pensionsstyrelsen
fattat beslut om invalidpension eller sjukbidrag
till nära 16.000 personer per år. I dessa fall skall
som bekant arbetsförmågan vara nedsatt till
minst $\frac{2}{3}$. Det är tänkbart, att för ett betydande
antal av dessa fall rehabilitering varit möjlig.
Eriksson, Lundgren och Cronholm vid arbetskli-
niken i Stockholm har i detta sammanhang fram-
fört den uppfattningen att man i minst 1 % av
dessa fall skulle behöva genomföra klinisk ar-
betsprövning innan beslut fattats om invalidpen-
sion. Därmed torde rehabiliteringsåtgärder ha
varit möjliga i ytterligare ett stort antal fall. I
och med införandet av ATP räknar man med att
cirka 30.000 fall av förtidspensioner kan komma
att bli aktuella årligen. Åter plats för rehabilite-
ringsarbete. Till allt detta kommer sedan det in-
flytande som befolkningsutvecklingen innebär.

Statistik från pågående svensk rehabiliterings- verksamhet

Ett besked om arten av en rehabiliteringsverk-
samtets uppgifter i vårt land kan man också få,
om man ser på några färskas redovisningar från
pågående sjukhusansluten rehabiliteringsverk-
samhet dels från medicinska rehabiliteringsavdel-
ningen i Borås, dels från försöksavdelningen för
neurologisk rehabilitering vid Södersjukhuset,

Tabell 2.

*Antal behandlade fall och diagnoser vid Rehabilite-
ringsavdelningen, Borås lasarett, 1959. (Eriksson 1960).*

Materialets sammansättning:

Psykoneuroser, psykoser, psykopathi	25
Vaskulära hjärnskador med hemiplegi, hö	18
Vaskulära hjärnskador med hemiplegi, vä	16
Opererad godartad hjärntumör	2
Postcommotionellt syndrom	11
Parkinsons syndrom	7
MS	9
CP	3
Myelopathi	4
Perifera förlamningar	6
Traumatiska nervskador	4
Quadri- och paraplegia compl.	3
Quadri- och paraplegia incompl.	5
Polio	11
Reumatisk sjukdom	20
Omarthrit	6
Spondylosis et arthrosis deformans	8
Collumfrakturer	15
Kotfrakturer	3
Andra frakturer	6
Ryggsjukdomar	8
Hjärtsjukdomar	6
Lungsjukdomar	5
Hudsjukdom	1
Övriga	6
Ej utskrivna	67
Summa	275

dels från neurologiska rehabiliteringsverksamhe-
ten i Göteborg och slutligen från arbetsvårds-
verksamheten i Sverige 1959.

Från rehabiliteringsavdelningen i Borås redo-
visar *Eriksson* i en årsberättelse patientsamman-
sättningen för 1959. (Tabell 2.)

Patientmaterialet omfattar som vi ser skiftande
diagnoser, vilket innebär att rehabiliteringsverk-
samheten betjänar många specialiteter. De re-
missinstanser, som rehabiliteringsavdelningen i
Borås haft 1959, framgår av tabell 3.

Från försöksverksamheten vid den neurologis-
ka rehabiliteringsavdelningen vid Södersjukhuset
upplyser *Naumann* i en rapport för tiden septem-
ber 1959 — mars 1960 att 129 kliniska patien-
ter behandlats. Diagnoserna framgår av tabell 4.

Naumanns materialgrupper upptar åtskilliga
diagnoser.

Tabell 4. Antal behandlade fall och diagnoser i ålder och kön vid försöksavdelningen för neurologisk rehabilitering vid Södersjukhuset sept. 1959—mars 1960 (Naumann 1960).

Diagnos eller dominerande symptom	<36 år		36—45 år		46—55 år		56—65 år		>65 år		Summa pat.
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	
1. MS	6		9	8	1	8	1	3	1		37
2. Hemiplegia sin			1		2		4	1	1		9
3. Hemiplegia dx	2				2		1			5	5
4. Hemiplegia dx c afasi			2		3	3		1	1	4	10
5. Afasi							1	1		1	2
6. Paraplegia			2		2	4	2		2	8	12
7. Stat. post. traum. capit.	3	1	2	2	3	1	1	1	1	10	15
8. Cephalalgia	1		1							2	2
9. Lumbago-ischias			1		1	1	1			2	4
10. Rhizopatia cerv.			1		1	1				1	3
11. Polyneurit					1		2	1		3	4
12. Perif. nervskada	1				3					3	4
13. Parkinsonism			1			1	1			2	3
14. Torticollis	1				1					1	2
15. Hyperfunktionsmyalgi	1		1							2	2
16. Neuros m. organbesvär	1	3	1		1		1			2	7
17. Organ. betingade balansrub- bningar					1		1		2	4	4
18. Epilepsi, amyotrof. lat. skleros, syringomyeli, muskeldystrofi ..	1		1		2					1	4
	6	15	16	17	20	23	15	9	5	3	129
	21		33		43		24		8		

Tabell 3.

Inremitterande instanser för patienter behandlade vid Rehabiliteringsavdelningen, Borås lasarett, 1959.
(Eriksson 1960).

Medicinsk klinik	53
Kirurgisk klinik	40
Ortopedisk klinik	22
Egen mottagning	23
Arbetsvård, socialvård, l:e prov. läkare, pensions- styrelsens kuranstalt	12
Praktiker och provinsialläkare	37
Neurologisk och neurokirurgisk klinik	7
Jubileumskliniken	2
Psykiatrisk och pediatrik klinik	5
Verksläkare	1
Övriga lasarettskliniker	6
Ej utskrivna	67
Summa	275

Tabell 5. Inremitterande instanser för patienter behandlade vid försöksavdelningen för neurologisk rehabilitering vid Södersjukhuset sept. 1959—mars 1960
(Naumann 1960)

Remitterande instans	Remitterad under sjukhus- vistelsen	Remitterad såsom poliklinisk patient
Neurolog. klin., Sös ..	54	
Neurolog. klin., Sös ..		11
Neurokir. klin., Sös ..		3
Jourhavande m. fl. läkare, Sös		16
S:t Görans sjukhus ..		5
Socialläkare		2
Övriga		6
M.S.-föreningen		32
Summa	54	75

Tabell 6. Fördelning efter diagnos av nyinskrivna rehabiliteringsfall (R-fall) resp. sjukgymnastikfall (S-fall) vid neurologiska rehabiliteringspolikliniken 1958.
(Bjerner och Fällström 1959)

Diagnos	R-fall	S-fall	Summa
Polio	17	—	17
Hemipares	6	7	13
MS	18	1	19
Parapares (spinal engångslesion, ej diskbräck)	9	—	9
Övr. perifer pares	7	28	35
Parkinson	2	1	3
CMR	4	—	4
Encephalopathia (traumatiska mm)	5	16	21
Lumbago - ischias mm	13	37	50
Myalgi (nuchalgi-brochialgi mm)	—	47	47
Övrigt	18	24	41
Summa	99	161	259

De många MS-fallen får sin förklaring i nästa tabell (tabell 5), där vi ser att en patientförening varit en stor remissinstans för dessa fall.

Bjerner och Fällström har i ett arbete (1959) redovisat uppgifter från neurologisk rehabilitering i Göteborg. Omfattningen av den öppna delen av denna verksamhet 1958 framgår av tabell 6.

Av de 259 patienterna dominerade paresfallen med drygt 1/3 av hela materialet. Dessa fördelar sig på både centrala och perifera pareser. Lum-

Tabell 7. Arbetsvårdsverksamheten i Sverige 1959.

Arbetshinder	M	Kv	Hela antalet
I Rörelsehinder	7161	1702	8863
II Hörselskada	220	144	364
III Syndefekt ..	605	253	858
IV Lungtuberku- los	1640	428	2068
V Psykisk sjuk- dom el. defekt	3260	1453	4713
VI Annansjukdom	4548	1309	5857
VII Social missan- passning	1277	218	1495
VIII Alkoholmiss- bruk	1043	48	1091
IX Överårighet ..	238	149	387
X Annat arbets- hinder	364	518	882
Summa	20356	6222	26578

bago — ischias omfattade 1/5 och ungefär lika många fall kom på myalgier. Från starten fram till hösten 1960 har drygt 750 patienter behandlats. Patientsammansättningen har år för år varit tämligen lika, (personlig kommunikation).

Den arbetsmässiga rehabiliteringen via arbetsvården framgår av en rapport för 1959 från arbetsmarknadsverket. Inom arbetsvården uppdelar man ärendena i 10 arbetshindringsgrupper. De är redovisade i tabell 7.

Tabell 8. Antalet hos arbetsvårdsexp. registrerade partiellt arbetsföra och vidtagna åtgärder (Bergh 1960).

År	Inskrivna arbetsvårds-sökande	V i d t a g n a å t g ä r d e r				
		Arbetsprövning och arbetsträning	Yrkesutbildning	Arbetsplacering i		Näringshjälp
				öppna arbetsmarknaden	skyddad sysselsättning	
1955	22.950	1.078	1.281	9.542	562	373
1956	24.169	1.138	1.308	9.136	739	358
1957	24.852	1.356	1.685	8.408	739	319
1958	24.873	1.312	2.068	7.808	984	341
1959	26.578	1.723	3.048	8.459	1.127	386
1960	20.465	911	1.691	5.488	1.814	306
(jan.—juni)						

Sammanlagt 26.578 fall. Jag skall ge några relativa siffror för de vanligaste arbetshindren. Rörelsehinder ca 30 %. Medicinsk sjukdom = annan sjukdom, utom lung-tbc, ca 20 %. Psykiskt arbetshinder ca 15 %. Alkoholmissbruk är också en relativt stor grupp med ca 4 %.

Som komplettering kan här nämnas att klientelet vid Stockholms stads arbetsvårdsbyrås träningsinstitut till ca 70 % bedömts såsom psykiskt handikappade. Från träningsinstitutet i Norrköping anger *Butler* att ca 60 % varit psykiskt handikappade.

Arbetsvårdens arbetsuppgifter i form av vidtagna åtgärder framgår av redovisningen i tabell 8 och till några siffror där, har jag anledning återkomma senare.

Rehabiliteringsverksamhetens arbetsmetoder och hjälpmedel

Jag anförde nyss, att den fysikaliska medicinen hela arsenal livligt kom till bruk i den medicinska fasen av rehabiliteringsåtgärderna. Jag har också använt en del begrepp som är typiska för den sociala fasen av rehabiliteringsarbetet, t.ex. arbetsträning, arbetsprövning. Men innan jag närmare ytterligare går igenom dess arbetsmetoder vill jag försöka understryka några principer, som anges som väsentliga för allt rehabiliteringsarbete.

I varje fas av rehabiliteringsverksamheten anses det vara av största vikt att man framförallt tar fasta på den sjukas positiva möjligheter, vad han kan snarare än de negativa sidorna vad han inte kan. Den traditionella medicinens möjligheter till iatrogena skador hos patienterna har *H. Forssman* vid flera tillfällen framhållit och beskrivit. I rehabiliteringslitteraturen förekommer ofta sådana påpekanden.

En av de viktigaste arbetsuppgifterna för rehabiliteringsläkarna är att förmedla kunskap om rehabiliteringsverksamhetens arbetsmetoder och de krav, som bör ställas på sjukvårdspersonal och andra personer, som kommer i kontakt med rehabiliteringsarbetet. I första hand ligger här svårigheterna kollektivt. Det är inte lätt att bryta vårt traditionella pensioneringstänkande mot ett

rehabiliteringstänkande. (*Butler*). Beträffande personalen på avdelningarna gäller det enligt erfarenheter från Borås (*Eriksson*), att få denna att tänka om på det sättet, att idealpatienten på en rehabiliteringsavdelning är den som ligger till sängs så litet som möjligt. Vanetänkandet med den sjuke som absolut sängliggande har utgjort en väsentlig svårighet. *O. Malley*, uttrycker samma sak, då han påpekar att man måste ändra sjuksköterskorna från att nalkas patienten med den attityden "Look what we are doing to get you well" till "Look what we are doing to help yourself to get well".

Det gäller också att skapa förståelse för rehabiliteringsandan hos arbetsmarknadens olika parter, hos arbetsgivare, fackorganisationer, arbetskamrater och anhöriga.

Arbetet på en rehabiliteringsavdelning är i stor utsträckning upplagt som ett grupparbete mellan läkare, sjuksköterskor och övrig sjukvårdspersonal, kuratorer, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och arbetsvårdsassistenter. Förutom de på avdelningarna anställda läkarna följes patienten av de inremitterande läkarna. Rehabiliteringskliniken övertager med andra ord inte ett sjukdomsfall från en specialavdelning på samma sätt som gäller mellan övriga specialavdelningar. Rehabiliteringsklinikerna blir en serviceverksamhet för de andra lasarettavdelningarna, men man måste alltid se till, att man har tillgång till neurologisk konsult, psykiatrisk konsult, urologisk konsult, ortoped, plastikkirurgisk konsult och vidare handkirurgisk konsult.

Den socialmedicinska anamnesen, framför allt penetrerad av kuratorer, måste här redan från början inrikta sig på de förestående hjälpande åtgärderna, arbetsberedningen, och bör då vara kombinerad med omfattande kontakter utanför sjukhusmurarna genom t.ex. hembesök och inspektion av den sjukas arbetsförhållanden.

Sjukgymnasten har en central uppgift i rehabiliteringsarbetet, men hela den traditionella "sjukgymnastikens" behandlingsmönster har i hög grad måst förändras. Sjukgymnastiken har blivit mera "aktiv" och insättes framförallt betydligt tidigare.

Till sjukgymnastens uppgifter på en rehabiliteringsavdelning hör både att leda gruppövningar och individuella övningar. Gruppträningen har till ändamål, att dels ge stimulerande massverkan, dels ge tillfälle för personalen att observera patienterna för den fortsatta planläggningen av rehabiliteringsarbetet. Individuella behandlingsprogram kan utformas eller patienten placeras i speciella behandlingsgrupper. Detta innebär att gymnastikavdelningen på en rehabiliteringsklinik måste ha helt andra resurser än traditionellt både när det gäller utrymme och utrustning.

Speciella övningar för vissa ur socialmedicinsk synpunkt särskilt viktiga moment kan göras, t.ex. träning för av- och påstigning av kommunikationsmedel i särskilt konstruerade buss- och tågattrapper och speciell träning för hushållsrehabilitering och som det heter ADL-träning. (ADL = Activities of Daily Living.) Härför har arrangerandet av speciella träningslägenheter visat sig vara till gagn. I detta arbete finns plats för rader av små individuella uppfinningar.

Allmän funktions- och konditionsträning kan också ske i simbassäng. Härvid har man funnit det vara av värde med en större bassäng och en mindre så kallad behandlingsbassäng. Den speciellt ledda träningen i behandlingsbassängen kan ibland börja på ett tidigt sängstadium hos t.ex. patienter med ömma och smärtande leder eller ryggar. På rehabiliteringsavdelningen finns också möjligheter till värmebehandling.

Det arbetsterapeutiska arbetet skall uppdelas på 2 avdelningar. Den ena avdelningen är alltid utrustad med vävstolar av olika slag. Vävstolarna ger stor möjlighet till träning av praktiskt taget vilket muskelparti som helst, som man vill komma åt. Så kan man t.ex. ha vävstolar med långa skyttlar, vävstolar med slagbommen belastad, placerad högt upp eller med konor på, som gör att man måste gripa fast med händerna för att händerna ej skall glida, med olika belastade trampor o.s.v. I denna avdelning finns också skrivmaskiner för fingerträning och ibland keramikutrustning för keramikarbeten, som ger möjlighet till träning av handens rörelser och musk-

ler. Stora keramikklumpar t. ex. är tröga att arbeta i, mindre klumpar går lättare. Här har vi också drejskivor för benrörelser. Arbetsterapin kan med andra ord doseras.

Den andra terapiavdelningen skall vara en s.k. industriell avdelning på ett gränsområde till arbetsträning, men arbetsträning i dess egentliga betydelse anser man i stort sett ske på träningsverkstäder utanför sjukhuset. Här finns möjlighet till träslöjd, metallslöjd, smidesarbete. Även här kan i olika arbetsmoment träning av speciella muskelområden läggas in. Man kan t.ex. belasta slipblock, man kan tippa arbetsbänken så att arbetet måste utföras i "uppförslut" o.s.v. Det viktiga även nu är, som tidigare har framhållits, att samordnande sker av de olika aktiviteterna på en rehabiliteringsklinikens sjukvårdande avd., gymnastikavd. och arbetsterapeutiska avd. Härför kräves ständigt upprepade konferenser med personalen, där de uppnådda behandlingsresultaten diskuteras och där nya program upplägges.

I relativ korthet har jag här uppehållit mig vid det sjukhusanslutna rehabiliteringsarbetet. Mycket ytterligare borde framdragas särskilt från det *rent medicinska* arbetet på rehabiliteringsavdelningen men måste här förbigås. Med förväntan motser vi för övrigt publikationer från denna medicinskt vetenskapligt sett intressanta del av vår rehabiliteringsverksamhet.

Vilka möjligheter har då samhället till social rehabilitering för handikappade och partiellt arbetsföra?

Ser vi då på arbetet på länsarbetsnämndens arbetsvårdsavdelningar så är arbetsvårdens första uppgift, då en ny sökande tar kontakt med avdelningen, att göra en *arbetsvårdsutredning*. Denna måste innehålla en fullständig arbetsanamnes, en sjukhistoria, en analys av hur handikappet yttrar sig och en bedömning av vilka kvalifikationer och förutsättningar den sökande har att hävda sig i arbetsmarknaden. Hela utredningen syftar till att få veta den sökandes positiva sidor, hans intressen och anlag och vad man kan bygga vidare på.

Den första stora frågan, som arbetsvårdstjänstemannen ställer sig är "Kan denna person pla-

ceras i öppna arbetsmarknaden direkt utan förberedande åtgärder i övrigt?”. Arbetsvårdsutredningen ger möjligheter för förmedlingstjänstemannen att söka leta reda på ett så lämpligt arbete som möjligt för patienten. Detta brukar i engelskspråkig litteratur kallas ”*selective placement*”. I Göteborg placerades 1959 1.200 personer på detta sätt. Men ibland är det inte möjligt att omedelbart finna en lämplig sysselsättning. Om arbetsvårdstjänstemannen inte känner sig riktigt säkra på patienten föreslår han *arbetsträning på ett arbetsträningsinstitut*. Detta innebär även en slags arbetsprövning. I varje län finnes möjlighet till sådan arbetsträning och även i vissa städer. För Göteborgs del finns för manliga patienter

- 1) en mekanisk verkstad med en omfattande maskinpark,
- 2) en snickarverkstad,
- 3) två pappersavdelningar för tillverkning av pärmar,
- 4) en monteringsverkstad.

För kvinnliga patienter finns ett arbetsträningsinstitut, som ger tillfälle till vävning, klistring, etikettering, sömnad, montering. *På samtliga arbetsträningsinstitut i Sverige finns cirka 1.100 platser*. I Göteborg finns cirka 170 platser, därav för kvinnliga cirka 40. En del av dessa platser upptar patienter, som arbetar i s.k. *skyddad verksamhet*. Vi skall strax återkomma till vad som avses med skyddad verksamhet, men nu kan sägas, att dessa handikappade personer, som här går i skyddad verksamhet utgör arbetsträningsinstitutens ryggrad. En patient i arbetsträning på en arbetsträningsavdelning får inte stanna längre än 3 högst 6 månader medan personer, som där har sin placering i skyddad verksamhet kan stanna flera år. Under arbetsträningen kan en patient vara helt sjukskriven. En 50 % sjukskrivning förekommer ofta och är klart motiverad. Man kan tänka sig, att patienterna i skyddad verksamhet på en sådan ”blandad” verkstad efter hand ökar och därigenom minskar de egentligen för arbetsträning avsedda platserna. Den risken finns och en ”utgallring” måste då och då ske.

Efter hand har vi också fått ökade möjligheter att för lämpliga fall arrangera *yrkesutbildning i form av omskolning eller fortbildning*. Alla utbildningsvägar står i princip öppna från 4—5-årig utbildning till 3-månaders kurser (man kan t.ex. lära sig svetsa på 3 månader). Förslag om yrkesutbildning, omskolning eller fortbildning, måste noga förberedas. Man bör ha prövat patientens anlag, man måste ha rådgjort med läkare för att på basen av genomförda undersökningar utröna om patientens handikapp blir till minsta möjliga hinder i det yrke patienten vill välja, man måste tala med patienten, om han är villig att flytta till annan ort, om arbete i det blivande yrket icke kan åstadkommas på den plats han bor. Ett behovsprövat utbildningsbidrag utgår vid yrkesutbildningen, där $\frac{3}{4}$ betalas av staten genom länsarbetsnämnden och $\frac{1}{4}$ av hemkommunen. Fr.o.m. i år är dessa förmåner skattefria. Det finns ingen maximering på antalet patienter, som anslagsmedlen kan föreslås till. *För närvarande sker yrkesutbildning i Sverige för cirka 3.000 partiellt arbetsföra per år*. Utvecklingen här framgår av tabell nr. 8. Antalet har ökat de senare åren. Det ökade intresset i samhället för dessa frågor kan hänga samman med de gynnsamma konjunkturerna på arbetsmarknaden men det är också sannolikt att den allmänna inriktningen när det gäller denna medborgargrups rehabilitering förändrats.

I vissa fall syftar yrkesutbildningen av en partiellt arbetsföra att ge möjlighet för honom att etablera sig som egen företagare. En sådan yrkesutbildning måste då föregås av en lokal arbetsmarknadsundersökning för att utröna att försörjningsmöjligheter föreligger inom det yrke och på den ort, där vederbörande önskar etablera sig efter utbildningen. I samband med etableringen kan *starthjälp, näringshjälp* utgå. Denna arbetsvårdsform kan även ibland tillgripas för patienter, som inte i samband med bidraget fått särskild utbildning. Näringshjälp kan utgå dels från staten dels från kommunen, dels från Pensionsstyrelsen. Genom arbetsvården sker bifall för mellan 300—400 sådana ärenden per år.

För vissa patienter är den enda tänkbara möj-

ligheten till förvärvsarbete s.k. *hemarbete*. Här finns ett stort behov att fylla. Det råder ständigt en livlig efterfrågan på hemarbeten. Till vissa arbetsträningsverkstäder har också knutits s.k. *hemarbetscentraler*, som förmedlar hemarbete mellan arbetstagare och arbetsgivare. Detta är ett förträffligt arrangemang på grund av att hemarbetscentralerna gentemot arbetsgivarna ansvarar för det utlämnade materialet. Genom hemarbetscentralerna står f.n. ca 600 platser till förfogande. I Göteborg finns vid Änggårdens yrkesskola en sådan hemarbetscentral.

Före förslag om yrkesutbildning — omskolning och fortbildning — kan det ibland i svårbedömda fall vara lämpligt med en speciell *arbetsprövning*. *Arbetskliniken i Stockholm*, knuten till Karolinska sjukhuset, förfogar över 30 platser, där drygt 100 arbetsprövningar utföres per år. *Eriksson, Lundgren och Cronholm* har beräknat behovet till 1.500 per år. Arbetsprövningen omfattar dels en prövning av den allmänna arbetsförmågan, dels en speciell yrkesvalsprövning i vissa yrken. Under prövningstiden, som är begränsad till 3 månader, kan bidrag utgå på samma sätt som under yrkesutbildningen. Till arbetskliniken är väntetiden mycket lång. Detta talar för att verksamheten borde utökas. Om detta skall ske centralt eller att perifert nya arbetskliniker skapas är en viktig fråga. Inom länsarbetsnämnderna synes ett önskemål finnas om arbetskliniker på flera platser i landet. Härvid har ett förslag framkommit om 4 sådana. Detta baseras bl.a. på *von Hofstens* utredning om ortopedivården.

I den öppna marknaden beräknar man i allmänhet kunna placera personer med handikapp upp till 20 %, detta taget generellt. Det finns naturligtvis många personer med större lyten, mätt i procentuellt mått, som är ute i arbete. Man räknar med, att personer, som har mellan 40—80 % arbetsförmåga och inte lyckats bli placerade i öppna marknaden skall beredas tillfälle till av samhället ordnad skyddad verksamhet. För detta behöver samhället iordningställa särskilda verkstäder, som aldrig kan syfta till att vara konkurrensstarka eftersom de inte har för-

värssyfte. Ett 30-tal sådana verkstäder finns i landet med plats för cirka 3.000 anställda, bl.a. i Borås, Vänersborg. I Göteborg finns, som jag nämnde förut, platser för skyddad verksamhet på arbetsträningsinstitut. Skyddade verkstäder finns även arrangerade av enskilda organisationer, t. ex. vid Stadsmissionen i Stockholm och De lungsjukas centralorganisation i Göteborg (Rehab.). Denna möjlighet för partiellt arbetsföra att bidra till sin egen försörjning är inte enbart en tillgång för dem själva utan även för samhället genom den i detta arbete åstadkomna produktionsökningen.

Vidare finns för partiellt arbetsföra placeringsmöjlighet vid *halvskyddad verksamhet*. Detta innebär att vissa företag i sin ordinarie drift efter speciella t.ex. skyddsarrangemang ställer till förfogande platser för svårt handikappade. Halvskyddad sysselsättning finns endast vid ett fåtal industriföretag i landet. Statsbidrag kan utgå till såväl skyddad som halvskyddad verksamhet i samma utsträckning och på samma grunder som för arbetsträning under förutsättning att platserna står till arbetsförmedlingens förfogande. *I Sverige skulle sannolikt behövas i runt tal 15.000 platser för de skyddade verksamheterna.*

De arbetsvårdsformer, som står till buds, har naturligtvis ej möjlighet att hjälpa alla de partiellt arbetsföra, som söker länsarbetsnämndernas arbetsvårdsavdelningar. Men för cirka 50 % sker positiva åtgärder för en gynnsam arbetsmässig rehabilitering. Därav kommer den största parten på öppna marknaden (tabell 8). I stort sett är arbetsgivarna välvilliga när det gäller problemet partiellt arbetsföra och i princip placerar de större företagen åtminstone de egna arbetare, som kan tänkas bli invalidiserade, men när det verkligen kommer därhän, så är den arbetsmässiga rehabiliteringen en mycket grannlaga uppgift för arbetsvårdstjänstemännen. I vissa andra länder har arbetsförmedlingen här större möjligheter genom speciell lagstiftning, som åligger arbetsgivarna att i arbetarstammen ha en viss kvot av partiellt arbetsföra. Detta är typiskt för de länder, som varit i krig.

Resultat av rehabiliteringsverksamheten

Avslutningsvis kan det vara motiverat att ställa frågan: Ger då rehabiliteringsverksamheten några registrerbara positiva resultat, som inte skulle nåtts ändå?

Rapporter från rehabiliteringsverksamhet föreligger i ett stort antal. *Socialläk. C.-G. Berglin* i Göteborg uppskattar litteraturen på området till mer än 10.000 böcker och artiklar. I synnerhet från den medicinska rehabiliteringen finns rapporter om gynnsamma resultat, som måste betraktas med respekt. Rapporter beträffande den sociala rehabiliteringen är vanskeligare att värdera, och ytterligare forskning krävs i synnerhet vad gäller samordningsfrågor.

Naumann anger från försöksverksamheten vid Södersjukhuset att påtagliga positiva resultat, som kan tillskrivas rehabiliteringsåtgärder, uppnåtts i cirka 80 % av hans fall. Av 70 färdigbehandlade fall har 50 gått i fullt arbete och 6 i halvtidsarbete. Vid *Boråsavdelningen* är också erfarenheterna positiva — av 143 "färdigbehandlade" vårdade rehabiliteringspatienter kunde exempelvis 90 återgå till hemmet för att klara sig själva. Enligt *Rusk* har man funnit att när det gäller hemiplegirehabiliteringen 90 % av patienterna kan lära sig gå och klara sina "activities of daily living" medan 50 % kan träna sig till någon form av arbete.

Bjerner och *Fällström* bedömer resultaten från den neurologiska rehabiliteringsverksamheten i Göteborg som gynnsamma i synnerhet för vissa patientgrupper. Av t. ex. 16 svåra parapareser därav 7 med totala skador bedömdes alla utom 1 återfå sin arbetsförmåga — ett mycket förhoppningsfullt resultat för denna tidigare till lång anstaltsvård hänvisade patientgrupp.

Efter minst 2 års observationstid hade 48 av 50 "problemfall" med olika rehabiliteringsåtgärder "förbättrats" i ett av *Berglin* 1952 redovisat material.

Som ett exempel på vad rehabiliteringsverksamhetens nya syn på långtidssjuka och partiellt arbetsföra har betytt på nära håll kan jag nämna, att vid *sjukkassan i Göteborg* gransknings- och samarbetsnämnden kommit att intaga en be-

tydligt mera aktiv patientattityd. Av 2.400 sjuk-skrivna har förtroendeläkarna under denna giv tagit kontakt med 700. Av dessa gick 93 till närmare granskning. 9 kunde placeras hos nya arbetsgivare direkt av sjukkassetjänstemän, 23 erhöll arbete genom arbetsvårdsavdelning på länsarbetsnämnden, för 6 ordnades med omskolning och 6 gick i arbetsträning medan 20 friskskrev sig på egen begäran. De kände sig oroad av sjukkassans rehabiliteringssträvanden.

Jag har nu redogjort för huvuddragen i rehabiliteringsverksamhetens uppgifter och arbetsmetoder. *Sammanfattningsvis* har man såvitt jag förstår anledning att konstatera, att den medicinska och sociala rehabiliteringsverksamheten för närvarande fyller ett centralt socialmedicinskt behov. Detta trots att våra kunskaper på detta område ännu är mycket bristfälliga och området väntar på klarläggande och kartläggande vetenskaplig grundforskning.

»Vi och vår hälsa»

HULTAFORS

fysikalisk-dietisk kuranstalt enskilt sjuk- och konvalescenthem

Postadress: HULTAFORS

1.000 fot över havet.

Lämplig rekreatiionsort.

Alla moderna badformer, elektricitetsbehandling, massage.

Vegetarisk och blandad kost.

Individuell diet.

Överläkare: Dr I. UNHÄLL

Mod. priser. Inga drickspengar

Begär utförligt prospekt.

Telefon Borås 950 50.