Efterbehandling av polio i Sverige samt några synpunkter på rehabiliteringsbehovet[1]

Av dr *J. Pejme,* Stockholm

Tidigare har i Sverige våra poliopatienter, omedelbart sedan det akuta stadiet passerats, fått lämna epidemisjukhuset och ha blivit omhändertagna för efterbehandling av ortopederna, vanligen överförda till någon av våra under tidigare år mycket fåtaliga ortopediska sjukhusavdelningar respektive kliniker eller till något av våra kustsanatorier. Dessa patienter ha sålunda förhållandevis tidigt i polioförloppet släppt kontakten med epidemisjukhuset och infektionsläkaren, och då sammanförts med patienter lidande av andra ortopediska åkommor. Med hänsyn till att de ortopediska vårdavdelningarna hittills varit så fåtaliga, har ett stort antal av våra poliopatienter haft stora avstånd mellan hemorterna och vederbörande ortopediska avdelning. Det råder intet tvivel, att dessa stora avstånd i många fall bidragit till att patienterna funnit det svårt att i det fortsatta förloppet uppehålla kontakten med sin ortoped, vilken varit den, som burit ansvaret för poliopatientens fortsatta kontroll och handledning. Många patienter ha på detta sätt olyckligtvis blivit mer eller mindre eftersatta, ha icke fullföljt vare sig det mer rent ortopediskt eller gymnastiskt betonade efterbehandlingsprogrammet eller ännu mindre genomfört något radikalt omskolnings-, omplacerings- eller rehabiliteringsprogram i stort. Vederbörande hemortsläkare har säkert, sedan patienten återvänt, försökt uppehålla kontakten med sin patient, men lokala resurser ha varit otillräckliga, i övre Norrland har kanske redan avståndet till tjänsteläkaren varit för drygt för den polioförlamade. Gymnast har rimligen icke funnits i dessa perifera orter.

De lokala myndigheterna ha nog dessvärre många gånger uppfattat vederbörande poliopatient inom sin kommun som ett ödesdigert invalidfall. De ha försökt ge vederbörande viss materiell hjälp och lindring men icke förstått, att på en tidpunkt, då ytterligare aktivitet enligt vårt nuvarande sätt att se skulle kunnat rent funktionellt förbättra patientens status, bereda honom hjälp till dylik mer aktiv behandling eller arbetsprövning och eventuell omplacering, då ju vid denna tid mycket få möjligheter till arbetsvård kunde bjudas. Följden har alltså blivit den, att patienter med polioförlamningar i ett stort antal fall blivit isolerade, utan tillgång till fortsatt kontroll och sjukgymnastik, felställningar ha utvecklat sig, kontrakturer ha bildats och en hel del enligt nutida begrepp onödiga invaliditetssymtom ha uppstått. Patienter ha kommit på undantagstillstånd, personliga, ekonomiska och sociala missförhållanden både för patient och familj ha uppstått.

Allt detta har framförallt naturligtvis gällt avsides bosatta personer, men man upptäcker ännu även bland stadsklientelet äldre, försummade fall, där kanske främst patientens egen inställning har varit orsaken till det dåliga resultatet, men där måhända tillgången till mer individuellt betonad specialmottagning för poliopatienter skulle ha brutit denna patientens negativa inställning. Det har nämligen blivit alltmera klart, att poliopatienter med deras speciella problem och svårigheter, där det ju många gånger inte enbart rör sig om mekaniska pares-, felställnings- och kanske plastikoperativa frågor, ha behov av kontakt med läkare och annan personal med tid och intresse för polions samtliga specialfrågor, däruti även inräknat alla sociala, ekonomiska frågor och arbetsvårdsfrågor.

På en ortopedisk avdelning eller mottagning är det väl åtminstone i vårt land endast undantagsvis man har tid för ett beaktande av alla dylika spörsmål. I Sverige har man därför försökt komma över dessa svårigheter genom att lägga denna tidigare del av eftervården på epidemisjukhusen och hos infektionsläkarna. Detta har nu pågått i bortåt 10 år eller i stort sett under samma tid som de större epidemi-

[1] Efter ett anförande den 11 juni 1956 på Medicinalstyrelsen i Helsingfors inför den nordiska poliovårdsgruppen.

sjukhusen ha såsom s. k. centralepidemisjukhus fått särskilda läkare med specialutbildning i infektionssjukdomar. Vårdtiden för poliofallen på epidemisjukhusen har förlängts, den första tidens kontroll och sjukgymnastik sker på epidemisjukhuset, ortopeden kommer dit som konsult. Denna vårdtid kan i svåra fall uppgå till flera år, i andra svåra fall kanske den avbrytes sommartid av en eller ett par månaders vistelse på ett kustsanatorium, för att sedan fortsättas på epidemisjukhuset igen. Tillgången till specialutbildade gymnaster är nödvändig likaså närvaron av en intresserad kurator i denna övergångstid till hemskrivning eller till arbetsvård. En rad olika kontakter måste nämligen knytas i de flesta fall i detta läge, olika lindringar av social art sökas och kontakten med arbetsvården bör enligt vår erfarenhet av Stockholmsmaterialet från 1953 göras tidigt.

För de hemskrivna patienterna har man likaledes försökt ordna eftervården effektivt. Strävan har varit att på Centralepidemisjukhuset bygga upp s. k. poliodispensärer, dit patienterna kunna vända sig för kontroll, behandling och allmän rådgivning. Genom avtal med sjukgymnasterna ute i länet kan sjukgymnastik ofta beredas i vederbörandes hemort och sjukgymnasten å sin sida står i kontakt med dispensären för diskussion av de olika fallen. I städer med egen ortoped har denna eftervård, i vilken epidemiologen och ortopeden deltager i samarbete, ofta varit lätt att ordna. Men även orter, dit ortopeden måste resa, har många gånger lyckats ordna denna fråga tillfredsställande.

Stockholm har haft efterkontroll anordnad på Epidemisjukhuset sedan 1947. Verksamheten har där intensifierats från och med 1953, då sedan detta år ortopeden deltager även i den polikliniska efterkontrollen. Med hänsyn till det stora materialet har frekvensen på denna poliklinik varit stor och även om en betydande del av patienterna från 1953 nu kunnat friskskrivas, är denna poliopoliklinik dock fortfarande oundgänglig. Den handhar givetvis ej enbart kontroll och behandling av patienter från 1953 utan sköter jämväl äldre och yngre fall.

Å andra sidan återstår i övriga Sverige ännu mycket innan en dylik organisation är helt utbyggd. En del sjukvårdsområden, som nu haft epidemivården ordnad på vårt moderna sätt med centralepidemisjukhus eller motsvarande, skicka ännu ifrån sig polioefterbehandlingsfallen till rent ortopedisk avdelning eller vanföreanstalt, av allt att döma till viss nackdel för patienterna, då det visat sig, att de efter hemkomsten från den ortopediska avdelningen i (villrådiga situationer söka kontakt med sin första avdelning för att få råd hur de skola bete sig eller vart de skola vända sig. De tidigare nämnda nackdelarna av denna något äldre vårdform besanna sig alltså. Därjämte ha vi i Sverige fortfarande en del sjukvårdsområden, där den moderna epidemivården ännu icke organiserats, och framförallt ha vi ännu stora områden, jag tänker då särskilt på Norrland, där tillgång till ortoped ej finnes. Ortopedvården håller emellertid nu på att tämligen raskt utbyggas i ett flertal landsting och i samband härmed är det den svenska Riksföreningen mot polio mycket angeläget att söka påverka vederbörande sjukvårdsmyndigheter att skapa poliodispensärer.

Från Sverige kan vi alltså rapportera att under senare år mycket har gjorts för att förbättra den tidigare delen av efterbehandlingen, men att denna modernare behandlings- och kontrollorganisation ännu ej utvecklats hela landet över. Jordmånen för en dylik organisation synes emellertid god.

Vad nu själva rehabiliteringen beträffar, ligger det i detta ämnes natur, att den börjar på ett tidigt stadium av sjukdomen. I den ingriper såväl medicinska som sociala och arbetsvårdande synpunkter och representanter för alla dessa tre grenar krävas. Det måste bli en fortlöpande samarbetskedja dem emellan. I Sverige betona vi alltmera betydelsen av aktivitet i de poliosjukas övningsprogram, vi söka på allt sätt få specialutbildade gymnaster i vårt polioarbete, Medicinalstyrelsen har t. ex. anordnat speciella kurser för gymnaster, likaledes ha anordnats regelbundet återkommande kurser för läkare och sköterskor. Man framhåller betydelsen av adekvat arbetsterapi på sjukhusen och inlemmar arbetsterapien i träningsprogrammet. Betydelsen av social kurator har redan omnämnts. Arbetsanalys bör nog påbörjas redan på akutsjukhuset. Vi ha härmed kommit över på kontakten med våra arbetsvårdande institutioner, vilka utgöras av de

lokala länsarbetsnämnderna eller i de fria städerna arbetsvårdsexpeditionerna med Kungl. Arbetsmarknadsstyrelsen som överordnat organ. Erfarenheten från Stockholm talar för att tidig kontakt med det lokala arbetsvårdsorganet är av vikt. Det gäller att få patienten till kontakt med någon arbetsvårdstjänsteman, som sätter sig in i hans eller hennes sociala bakgrund och arbetsmöjligheter. I många fall måste planer på omskolning, studier, arbetsprövning, kanske i första hand på psykotest läggas upp. Vår erfarenhet säger, att allt detta kräver tid, därför är denna tidiga kontakt värdefull. (För uppnådda resultat hänvisas den speciellt intresserade till de tabellariska översikterna i artikeln av Bergholtz—Unander—Scharin—Pejme i Acta med. Scand. vol. 154 suppl. 316, sid. 126, 1956 samt till ett under tryckning i Acta med. Scand. varande arbete av Pejme—Bergholtz—Lennmarken.)

Då det gäller frågan om det totala behovet av rehabiliteringsvård för poliopatienter i Sverige måste tyvärr sägas ifrån, att exakt siffra för närvarande icke kan avges, då vi icke ha fullgod statistik över samtliga poliofall, i varje fall icke över de äldre fallen, de färskare följas ju numera, sedan den nya epidemisjukhusorganisationen kommit i bruk, på de flesta håll uppmärksamt. För att kunna nämna några siffror i detta sammanhang ha vi genomräknat antalet fall som anmälts hos Riksföreningen för bidrag i olika form. Medicinsk analys av dessa har icke kunnat verkställas beroende på att arkivet från början icke lagts upp för sådant ändamål. Man vågar dock påstå, att paresfall, för vilka bidrag sökas, de flesta gånger tillhöra gruppen svårare paresfall, där nog i många fall kontakt med arbetsvården hade varit värdefull.

Män födda 1901 och tidigare utgöra 74 st.

Kvinnor födda 1901 och tidigare utgöra 37 st.

Dessa utelämnas ur resonemanget, då deras ålder rimligen gör allvarligare arbetsvård mindre nödvändig.

Patienter födda 1940 och senare utelämnas också, då de ännu måste anses för unga för detta problem.

Återstår följande material:

Tabell 1.

Län	Män Föd.år 1902—1915	Föd.år 1916—1930	Föd.år 1931—1939	S:a	Kvinnor Föd.år 1902—1915	Föd.år 1916—1930	Föd.år 1931—1939	S:a
Stockholms stad	44 st.	125 st.	19 st.	188 st.	68 st.	107 st.	26 st.	201 st.
Stockholms	22 „	37 „	12 „	71 „	21 „	44 „	14 „	79 „
Uppsala	3 „	16 „	3 „	22 „	11 „	15 „	5 „	31 „
Södermanlands	13 „	21 „	8 „	44 „	8 „	31 „	14 „	53 „
Östergötlands	14 „	12 „	18 „	44 „	15 „	24 „	8 „	47 „
Jönköpings	7 „	28 „	5 „	40 „	9 „	22 „	7 „	38 „
Kronobergs	5 „	12 „	5 „	22 „	7 „	13 „	2 „	22 „
Kalmar	4 „	8 „	5 „	17 „	10 „	7 „	6 „	23 „
Gotlands	— „	2 „	1 „	3 „	3 „	1 „	1 „	5 „
Blekinge	1 „	3 „	3 „	7 „	5 „	5 „	3 „	13 „
Kristianstads	3 „	6 „	3 „	12 „	13 „	14 „	3 „	30 „
Malmöhus	15 „	29 „	14 „	58 „	14 „	33 „	10 „	57 „
Hallands	5 „	4 „	3 „	12 „	3 „	6 „	4 „	13 „
Göteborgs- o. Bohus	13 „	28 „	8 „	49 „	20 „	35 „	10 „	65 „
Älvsborgs	9 „	16 „	7 „	32 „	19 „	16 „	13 „	48 „
Skaraborgs	6 „	12 „	8 „	26 „	13 „	21 „	9 „	43 „
Värmlands	5 „	13 „	3 „	21 „	12 „	15 „	5 „	32 „
Örebro	10 „	12 „	2 „	24 „	13 „	13 „	6 „	32 „
Västmanlands	5 „	14 „	5 „	24 „	3 „	11 „	4 „	18 „
Kopparbergs	8 „	19 „	9 „	36 „	10 „	34 „	15 „	59 „
Gävleborgs	6 „	12 „	5 „	23 „	9 „	20 „	3 „	32 „
Västernorrlands	6 „	14 „	3 „	23 „	9 „	17 „	8 „	34 „
Jämtlands	6 „	20 „	4 „	30 „	8 „	15 „	9 „	32 „
Västerbottens	4 „	15 „	9 „	28 „	10 „	10 „	13 „	33 „
Norrbottens	3 „	3 „	3 „	9 „	7 „	7 „	1 „	15 „
				865 st.				1.055 st.

Stockholms stad, Stockholms, Uppsala, Södermanlands, Östergötlands, Jönköpings, Kronobergs, Kalmar, Gotlands, Blekinge, Kristianstads, Malmöhus, Hallands, Göteborgs- o. Bohus, Älvsborgs, Skaraborgs, Värmlands, Örebro, Västmanlands, Kopparbergs, Gävleborgs, Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens, Norrbottens: N—ng stad 13

Stockholms stad, Stockholms, Uppsala, Södermanlands, Östergötlands, Jönköpings, Kronobergs, Kalmar, Gotlands, Blekinge, Kristianstads, Malmöhus, Hallands, Göteborgs- o. Bohus, Älvsborgs, Skaraborgs, Värmlands, Örebro, Västmanlands, Kopparbergs, Gävleborgs, Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens, Norrbottens: N—ng stad 17

Kristianstads, Malmöhus, Hallands, Göteborgs- o. Bohus, Älvsborgs, Skaraborgs, Värmlands, Örebro, Västmanlands, Kopparbergs, Gävleborgs, Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens, Norrbottens: M—ö stad 36 Gbg stad 34

Kristianstads, Malmöhus, Hallands, Göteborgs- o. Bohus, Älvsborgs, Skaraborgs, Värmlands, Örebro, Västmanlands, Kopparbergs, Gävleborgs, Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens, Norrbottens: M—ö stad 38 Gbg stad 52

Länsfördelningen av Riksföreningens bidragssökande i dessa arbetsföra åldrar är följande:

Tabell 2.

Län	R.M.P. arkiv	% av befolkn.
Stockholms stad	389	0,05
Stockholms	150	0,04
Uppsala	53	0,03
Södermanlands	97	0,04
Norrköpings	30	0,04
Östergötlands	61	0,02
Jönköpings	78	0,03
Kronobergs	44	0,03
Kalmar	40	0,03
Gotlands	8	0,01
Blekinge	20	0,01
Kristianstads	42	0,02
Malmö stad	74	0,04
Malmöhus	41	0,01
Hallands	25	0,02
Göteborgs stad	86	0,03
Göteborgs o. Bohus ..	28	0,01
Älvsborgs	80	0,03
Skaraborgs	69	0,03
Värmlands	53	0,02
Örebro	56	0,02
Västmanlands	42	0,02
Kopparbergs	95	0,03
Gävleborgs	55	0,02
Västernorrlands	57	0,02
Jämtlands	62	0,04
Västerbottens	61	0,03
Norrbottens	24	0,01

Av denna tabell framgår, att i varje fall bidragssökande överväga från de stora städerna, Stockholms län, Södermanlands län och Jämtlands län. Anmärkningsvärt är måhända, att frekvensen icke helt följer de dispensärer, som äro kända för ett mycket stort intresse för arbetet, i Östergötlands län exempelvis är frekvensen 0,02 %, medan Jämtlands län, som också har intresserad ledning för detta arbete, har storstadsfrekvens på 0,04 %. Icke heller saknaden av inrättad dispensär ger säkert låg frekvenssiffra, Skaraborgs län[1] har 0,03 % medan å andra sidan Hallands län har knappt 0,02 % och Norrbottens län 0,01 %. Att den låga siffran i sistnämnda län icke enbart kan orsakas av de stora reseavstånden må förklaras av att grannlänet Västerbottens län, med likaledes stora reseavstånd, har inemot 0,03 %. Frekvensen synes alltså kunna influeras av ett flertal olika faktorer.

[1] Skaraborgs län har sedermera fått sin epidemivård modernt ordnad.

Tabell 3.

Län	Enl. Med.-styr. behov av eftervård för 1951	Enl. Med.-styr. behov av eftervård för 1953
Stockholms stad	23	618
Stockholms	13	293
Uppsala	35	105
Södermanlands	28	93
Norrköpings	1	51
Östergötlands	11	91
Jönköpings	5	94
Kronobergs	1	26
Kalmar	—	48
Gotlands	7	20
Blekinge	1	51
Kristianstads	2	30
Malmö stad	1	22
Malmöhus	2	49
Hallands	1	92
Göteborgs stad	3	81
Göteborgs o. Bohus ..	6	7
Älvsborgs	14	171
Skaraborgs	16	119
Värmlands	3	147
Örebro	6	120
Västmanlands	6	37
Kopparbergs	6	155
Gävleborgs	15	112
Västernorrlands	5	80
Jämtlands	15	60
Västerbottens	38	37
Norrbottens	14	38

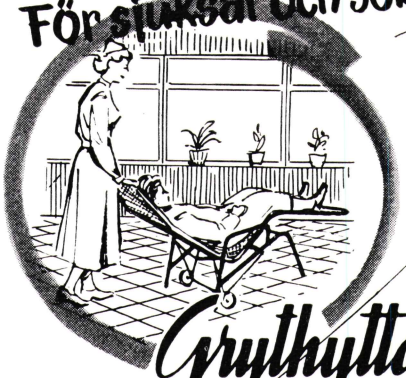
Tabell 4.

Arbetsplatser i	Platser
Stockholm	200
Uppsala län	20
Södermanlands län	20
Norrköping	50
Östergötlands län	25
Jönköpings län	20
Gotlands län	15
Blekinge län	15
Kristianstads län	20
Malmö	75
Hallands län	20
Göteborg	170
Värmlands län	20
Örebro län	50
Västmanlands län	35
Kopparbergs län	20
Gävleborgs län	20
Västernorrlands län	20
Jämtlands län	15
Västerbottens län	20
Norrbottens län	15

Vid genomgång av uppgifter från Kungl. Medicinalstyrelsen har jag kunnat beräkna den länsvisa fördelningen av fall med behov av eftervård för året 1951 då antalet paresfall var 365 och motsvarande fördelning för det svåra polioåret 1953 med 3.437 paresfall. (Tabell 3.)

Av den tabell över arbetsträningsplatser (tabell 4), som jag lyckats få fram, framgår att inom flera epidemivårdsdistrikt arbetsträningsplatser ännu saknas. Måhända har inom den sista tiden platser inom dessa distrikt kunnat ordnas. Klart är emellertid att av poliosiffrorna att döma vissa distrikt ha svår brist på dylika platser, se exempelvis antalet eftervårdsbehövande i Älvsborgs län 1953 med icke mindre än 171 st., där i varje fall detta år ingen arbetsträningsplats redovisades. I övrigt förefaller mig arbetsträningsplatserna kunna fyllas helt för lång tid framåt efter en sådan polioepidemi som vi hade 1953. Men arbetsvårdorganen ha ju att svara för den fortsatta rehabiliteringen av patienter lidande av ett flertal andra sjukdomar än polio, varför, så vitt jag kan se av dessa siffror, vi uppenbarligen ha ett stort behov av ytterligare rehabiliteringsplatser.

För sjuksal och solaltan



Grythyttans underhållsfria vilstol "Siesta"

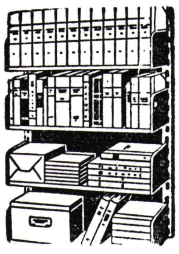
ger härlig vila och avkoppling. Man fäller med lätthet stolen till liggläge utan att resa sig, varvid den ger hela kroppen behagligt stöd och vila. Den lösa hjulsatsen påmonteras på ett par ögonblick, varigenom stolen förvandlas till en idealisk sjukstol. Begär prospekt med närmare upplysningar från

Grythyttans STÅLMÖBLER

AB GRYTHYTTANS STÅLMÖBLER
Tel. 200, 201, 202 växel

HYLLOR

praktiska konstruktioner för kontor arkiv bibliotek butiker laboratorier privatinredn.



Sparrings

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

Gemla Rullstolar

finnas i flera olika modeller och prislägen.

GEMLA DIÖ

Infordra offert och prospekt från

Gemla Fabrikers Aktiebolag
DIÖ