

Invaliditetsbedömning vid psykiska sjukdomar och defekttillstånd

Frågan om pensionsbedömningen vid psykiska sjukdomar — som vållat stora problem i det praktiska socialmedicinska arbetet — aktualiserades förra året av Riksförsäkringsverket. Det skedde bl. a. genom en skrivelse till Socialstyrelsen med vissa preciserade frågeställningar. Nedanstående artikel baseras på det svar som härvid avgavs av artikelförfattarna i deras egenskap av medlemmar av Socialstyrelsens vetenskapliga råd.

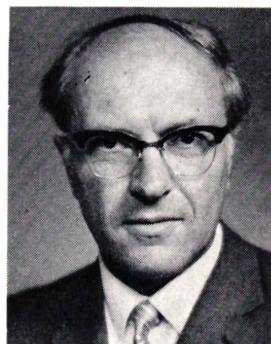
Professor Börje Cronholm är överläkare vid psykiatriska kliniken, Karolinska sjukhuset, och professor Gunnar A. R. Lundquist är överläkare vid kliniken för alkoholsjukdomar, Karolinska sjukhuset.

Våren 1969 översände Riksförsäkringsverket till Socialstyrelsen en P. M. rörande "Invaliditetsbedömningen inom den allmänna pensioneringen såvitt gäller psykiska sjukdomar och defekttillstånd" och anhöll om synpunkter. Ärendet remitterades till oss i vår egenskap av medlemmar av Socialstyrelsens vetenskapliga råd, och vi avgav i augusti ett gemensamt yttrande, som Socialstyrelsen sedan som eget yttrande vidarebefordrade till Riksförsäkringsverket. Frågan är av stort och allmänt intresse, och våra synpunkter kan kanske vara av intresse för en större läsekrets. Vi anförde i vår skrivelse*):

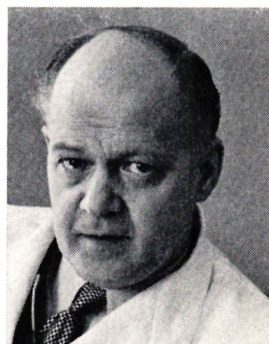
Olika åsikter

Inom den allmänna pensioneringen har det rått olika meningar vad gäller invaliditetsbedömningen hos personer med vissa psykiska arbetshinder, och olika praxis har rått inom olika pensionsdelegationer. Detta gäller framför allt sådana tillstånd, som brukar betecknas som neuros och psykopati, samt för alkoholism och narkomani.

*) Några små uteslutningar har gjorts.



Börje Cronholm



Gunnar A. R. Lundquist

Oklara anvisningar

Orsakerna till meningsskiljaktigheterna är säkerligen flera, bl a att de anvisningar, som ges i förarbetena till lagen delvis är synnerligen oklara och svårtolkade. I skrivelsen från RFV citeras SOU 1945:46, där kommittén uttalar, att det skulle kunna verka hindrande för den sjukes tillfrisknande att utge sjukbidrag, framför allt vid "den mycket stora sjukdomsgrupp, som populärt plägar benämnas neuros och medicinskt oftast neurasteni eller psykasteni". Det hävdas även att vid "neuroser i inskränkt mening... har den sjuke i verkligheten praktiskt taget alltid en väsentligt

större arbetsförmåga än han själv tror". Slutsatsen blir, att sjukbidrag eller invalidpension ej bör beviljas, "då diagnosen är okomplicerad neuros (enkel neurasteni) ävensom ränteneuros". Det är mycket svårt att förstå vilka tillstånd som avses med dessa mäsrande och moraliserande beskrivningar. Oklarheterna är onödigt många. Även om det måste medges att samma term inte sällan användes i olika mening av olika förf. har det föga informationsvärde att tala om tillstånd som "populärt" kallas "neuros" men "medicinskt" kallas "neurasteni eller psykasteni". Det är omöjligt att förstå vad som avses med "okomplicerad neuros", som uppföres som synonym med "enkel neurasteni".

I RFV's skrivelse citeras vidare departementschefens yttrande i Prop 1962:90, där han anför, att RFV "inte varit benägen att anse pensionsberättigande invaliditet styrkt vid exempelvis neuroser utan påvisbart organiskt underlag", samt att någon ändring i denna praxis icke var avsedd att göras. Som påpekas i RFV's skrivelse är uttalandet oklart — det kan avse psykiska sjukdomar utan påvisbar cerebral sjukdom eller defekt men det kan också avse psykiska sjukdomar utan påvisbar somatisk sjukdom överhuvudtaget.

Det synes ha varit vanligt, att "neuros" utan samtidig, påtaglig somatisk rubbning ej ansetts vara tillräcklig grund för pension, samt att psykopati liksom alkoholism och narkomani bedömts mycket restriktivt om inte en hjärnskada kunnat påvisas.

Uppfattningarna i utlandet varierande

Det kan tilläggas, att även i utländsk litteratur avspeglar sig mycket varierande uppfattningar angående bedömningen av invaliditet vid psykiska arbetshinder. Sålunda intar Dietrich (1956) en mycket restriktiv ståndpunkt, som förefaller att följa tysk tradition. Han beskriver "abnorme Reaktion" hos försäkrade (enligt den östtyska socialförsäkringslagen), vilka enligt hans mening icke skall betraktas som sjukdom och icke är ersättningsberättigade. Han kallar dem "krankheits-ähnliche Erscheinungen" och anser dem vara av väsentlig betydelse i c:a 70 % av bedömnings-

fallen. Abnorma reaktioner av detta slag kan förekomma både hos sådana som har och som saknar tecken på en organisk eller psykisk sjukdom i vanlig mening. En liknande, mycket restriktiv inställning har Venzlaff (1958), som skriver om västtyska förhållanden. Kretschmer (1957) anser att "psykopati" och "neuros" icke berättigar till någon form av "Rente"; det skulle skada individen och ha farliga sociala konsekvenser. Å andra sidan har Hermann (1957) gjort sig till tolk för uppfattningen, att psykopater och neurotiker skall erhålla invalidpension i vida större utsträckning än nu är praxis i de nordiska länderna. Han anser bl a att allmänpreventiva synpunkter icke bör anläggas och att förekomsten av strävan efter sjukdomsvinst ej heller bör influera på bedömningen. En relativt generös inställning har "Committee on Rating of Mental and Physical Impairment" (1966) i USA intagit. Dess invaliditetsbedömningar är emellertid mycket schematiska och starkt bundna till psykiatriska diagnoser.

Riksförsäkringsverkets frågor

Riksförsäkringsverket har på grund av den kritik som riktats mot nuvarande tillämpning velat inhämta Socialstyrelsens synpunkter i följande hänseenden.

1. Kan med beaktande av nu accepterade psykiatriska värderingar anges några riktlinjer för invaliditetsbedömningen inom pensioneringen i neuros- och psykopatifallen som anknyter till någorlunda lätt konstaterbara medicinska förhållanden och som bör kunna tjäna som underlag för en mera enhetlig tillämpning?
2. Lagen om allmän försäkring kräver för rätt till förtidspension att själva grunden för nedsättningen av arbetsförmågan utgöres av sjukdom eller lyte. Den gränsdragning som följer av detta krav har varit ett av de stora problemen vad beträffar fall av avvikande beteendemönster och social missanpassning. Kan man på socialmedicinska indikationer och under hänsynstagande till det moderna sjukdomspanoramats vidgade gränser och förskjutningar anvisa hur avgränsningen av lagens sjukdomsbegrepp lämpligen bör ske?

3. I vilken form (allmän pension, sjukpenning, bidrag från socialvården) bör ur medicinsk synpunkt det ekonomiska bidraget från det allmänna lämpligast utgå i här berörda olika fall av psykiska sjukdomstillstånd (neuros, psykopati, alkoholism, narkomani etc)?

4. Under vilka omständigheter skulle en pensionering ur medicinsk synpunkt kunna anses olämplig?

Enligt vår mening kan följande synpunkter anföras i anslutning till dessa frågor.

Riktlinjer för den diagnostiska utredningen

Ad 1. Beteckningarna "neuros" och "psykopati" användes med varierande innebörd. Sålunda kan bådadera användas som allmänna samlingsbeteckningar, innefattande sjukdomar, insufficienser och defekter med mycket olikartad både psykologisk struktur, etiologi och svårighetsgrad. En sådan vag användning torde vara vanlig framför allt bland icke-psykiater. I psykiatriskt språkbruk har termerna en mera preciserad innebörd, men denna är tyvärr icke alltid densamma. Inte sällan avses med "neuroser" sjukdomar, där miljöfaktorer är av väsentlig etiologisk betydelse, medan "psykopatier" uppfattas som genetiskt eller ev lesionellt betingade lyten. En värdefull analys av begreppen har bl a gjorts av Vanggaard (1958, 1968). Med hjälp av en psykodynamisk referensram tar han fasta på den olikartade psykiska strukturen vid "neuros" och vid "psykopati". Vid en neuros är symtomen förklarliga som resultat av en väsentligen omedveten, intrapsykisk konflikt. Det direkta resultatet av denna är ångest, som "bindes" i olika symtom såsom fobier, tvångshandlingar, tvångstankar, hysteriska konversions- eller dissociationssymtom, somatiska besvär eller en handlingsförlamande trötthet. I regel är denna "primära sjukdomsvinst" ofullständig och neurotikern ingalunda ångestfri. Dessutom föreligger alltid en mer eller mindre uttalad "sekundär sjukdomsvinst", som direkt ger en tillfredsställelse av primitiva behov, t ex aggressioner eller beroendetendenser. Symtomen kan "användas" för att behärska, terrorisera och utnyttja omgivningen, t ex genom krav på försäkringsersättning, sjukbidrag

eller sjukpension. — Vid psykopati domineras bilden av oförmåga att hämma tendensen att omedelbart tillfredsställa olika driftsimpulser (t ex aggressiva, sexuella behov), bristande förmåga till långsiktig planering, starkt beroende av den aktuella situationen samt svårighet att uthärda monoton. Allt detta leder till konflikter med andra personer och till sociala anpassningssvårigheter. (Sådana tillstånd har ibland betecknats som "socio-pati".) Även med sådana mera preciserade definitioner blir kategorierna mycket omfattande. De blir emellertid tämligen väl avgränsade mot psykoserna, vars psykologiska struktur är av annan art.

Från praktisk synpunkt är det väsentligt framhålla, att både "neuros" och "psykopati" är tillstånd, där symtomen och den ev arbetsinsufficiensen är resultat av funktionsrubbingar hos organismen i dess helhet. Graden av arbetsinsufficiens och möjligheten att påverka denna med terapeutiska eller rehabiliterande åtgärder bör vara avgörande vid invaliditetsbedömningen. Däremot bör det icke vara avgörande om man kan påvisa en cerebral skada eller annan somatisk sjukdom. Det har länge förelegat en övertro på det diagnostiska värdet och prognosvärdet hos resultatet av t ex röntgen och kemiska eller kliniskt-fysiologiska laboratorieundersökningar, jämfört med psykiatrisk bedömning, baserad på intervjuer, psykologiska undersökningar och socialmedicinsk utredning. Några exempel kan illustrera detta. Man träffar på ambitiösa, kunniga och arbetsvilliga men konstitutionellt asteniska personer, som vid något tillfälle, t ex i 40—50-årsåldern, blir allvarligt insufficianta då de utsättes för belastningar, som de icke klarar av — t ex ökat ansvar eller nya arbetsuppgifter i samband med "rationaliseringar". Insufficiensen med t ex trötthet, olust och sömnlöshet bör givetvis behandlas (framför allt psykoterapeutiskt) och rehabiliteringsförsök göras. Om detta misslyckas, vilket kan inträffa även om den somatiska utredningen inte visar något patologiskt, är patienten emellertid lika invalidiserad som en person med liknande besvär, där miljöpåfrestningar saknas men där man kan påvisa en lätt hjärnatrofi. En person med ryggbesvär kan vara lika invalidise-

rad, terapieresistent och omöjlig att rehabilitera om besvären väsentligen är neurotiskt betingade och de röntgenologiska fynden minimala, som en person med liknande besvär och röntgenologiskt påtaglig spondylosis deformans.

Det torde dess värre vara omöjligt att ge en beskrivning av "lätt konstaterbara medicinska förhållanden", som skulle kunna tjäna som riktlinje vid bedömning av invaliditeten i fall inom de breda grupperna "neuros" och "psykopati". Bedömningen måste ske individuellt och baseras på en noggrann utredning av individen från psykiatrisk, psykologisk och medicinsk synpunkt samt av hans sociala situation. Om möjligt bör patienten (då det inte gäller helt självklara fall) ha varit intagen för bedömning på psykiatrisk klinik eller psykiatriskt sjukhus med resurser för sådan, allsidig utredning.

Försök att adekvat behandla och rehabilitera patienten bör ha gjorts, möjligheten till omplacering efter ev omskolning ha prövats eller åtminstone övervägts. Utredningen bör utmynna i en beskrivning av individens psykiska, medicinska och sociala handikapp och resurser. Den eventuella betydelsen av bristande arbetsmotivation och sekundär sjukdomsvinst som arbetshindrande faktorer bör särskilt beaktas. Lämpligen bör dessutom en psykiatrisk diagnos formuleras i överensstämmelse med WHO's nomenklatur.

Tyvärr innehåller ovanstående stycke önskemål, som f n ej kan generellt realiseras. De psykiatriska klinikernas och sjukhusens resurser för en fullgod utredning är på flera håll otillräckliga. Adekvat behandling skulle i många fall innebära planmässig psykoterapi. Resurserna härför är höggradigt otillfredsställande, och det är därför angeläget att en utredning om utbildning i psykoterapi snarast kommer till stånd. Resurserna för adekvat, psykiatrisk rehabilitering är otillräckliga. Det bör påpekas, att metodiken vid rehabilitering av psykiatriska fall i hög grad skiljer sig från dem, som tillämpas i rent somatiska fall.

Slutligen bör det nämnas, att det ofta visar sig omöjligt att placera personer med även måttliga psykiska handikapp i arbete på öppna marknader. Kraven på psykisk hälsa och motståndskraft

hos de anställda är stora, inte sällan orimligt stora. Det bör också framhållas, att bl a de snabba förändringarna i arbetslivet med krav på omställning från en typ av arbete till en annan, den ökande mekaniseringen och automationen samt fusionen till allt större och mera operpersonliga, byråkratiskt organiserade enheter, kommit att medföra betydande och delvis nya svårigheter för de anställda. Risker för upplevelser av "alienation" och för psykiska insufficienser kan komma att öka snabbt om dessa förhållanden ej tillräckligt uppmärksammas. Individer kan inte anpassas till vilka arbeten som helst, arbetet måste också anpassas till deras resurser.

Avgränsningen av sjukdomsbegreppet

Ad 2. Kravet att nedsättningen i arbetsförmågan skall vara orsakad av "sjukdom eller lyte" för att rätt till pension skall föreligga har helt naturligt vållat svårigheter vid bedömningen av psykiska arbetshinder. Gränsen mellan "sjukdom eller lyte" och hälsa är ju intet i naturen givet, som det gäller att beskriva, utan gränsdragningen innebär en artificiell dikotomisering av ett kontinuum. Det är svårt att ge en tillfredsställande definition av "sjukdom", som passar in i alla sammanhang. Ett försök har gjorts av Engel (1960): "Disease corresponds to failures or disturbance in the growth, development, functions, and adjustments of the organism as a whole or any of its systems". En sådan definition omfattar även "lyte". Nackdelen är, att den ger föga upplysning om hur gränsdragningen bör ske. (Ännu svårare tycks det vara att definiera "mental hälsa", se Gardell och Westlander 1968). *)

Vid en diskussion av invaliditetsbegreppet inför departementschefen i Prop 1962:90, s 285, att detta "bör utformas som en arbetsinvaliditet, vilken har sin grund i medicinska faktorer" samt betonar, att det är "uppenbart, att ett renodlat medicinskt invaliditetsbegrepp inte kan komma i fråga". Man bör enligt vår mening dra ut konsekvenserna av detta resonemang samt av föreliggande

*) Något som senare diskussioner gett ytterligare belägg för!

definitionssvårigheter och anlägga praktiska synpunkter. Då en person visar en arbetsinsufficiens bör man framför allt fråga sig vilka åtgärder, som från olika synpunkter är mest adekvata, till bäst gagn för individen och för samhället.

Det förhållandet, att en person själv anser sig arbetsoförmögen och icke arbetar är icke i och för sig tillräckligt för att anse honom arbetsoförmögen och berättigad till förtidspension eller sjukbidrag. Det är praktiskt anse att den faktiska arbetsprestationen och individens egen värdering av sin arbetsförmåga är funktioner dels av en hypotetisk variabel, som man kan kalla "faktisk arbetsförmåga" (ett visserligen svårdefinierbart begrepp) men också av andra faktorer såsom "arbetsmotivation". (Detta är en konstruktion av samma art som man använder vid bedömningen av intelligenstag — prestationen uppfattas som en funktion både av "intelligens" /en likaledes svårdefinierad hypotetisk variabel/ och bl a "motivationen".) Det vore från praktisk synpunkt orimligt, om dålig arbetsmotivation *alltid* ansågs bero på psykisk "sjukdom eller lyte". Den *kan* göra det — t ex hos schizofrena, hos neurotiker med handlingsförlamande ångest, hos vissa psykopater — men det behöver inte generellt vara fallet. Det bör emellertid framhållas, att även om dålig arbetsmotivation är ett "psykiskt arbetshinder", bör detta inte förleda till den misstänksamhet mot alla psykiskt arbetshindrade som avspeglas både i SOU 1945:46 och Prop 1962:90. Många psykiskt sjuka och defekta visar i själva verket en mycket god arbetsmotivation, och den kan vara dålig även hos somatiskt handikappade.

Rädslan för att beviljandet av pension vid vissa psykiska sjukdomar och defekter skulle motverka tillfrisknandet synes oss överdriven. Då frågan om pension aktualiseras är tillståndet vanligen invetererat och terapieresistent. Faran ligger i alltför generös sjukskrivning på ett tidigare stadium utan positiva, rehabiliterande åtgärder. Sekundära sjukdomsvinster understödjes, patienten finner sig endast alltför väl till rätta med sysslolöshet och arbetsfri inkomst (samtidigt som han i regel straffar sig själv med olust, häglöshet eller på annat sätt) och kan sedan bli svår eller omöjlig att reak-

tivera. Iatrogena skador bidrar säkert på detta sätt att framkalla tillstånd, som är så invetererade och oåtkomliga att pensionering är den enda realistiska åtgärden.

Vid invaliditetsbedömning i fall, där arbetsinsufficiensen väsentligen orsakas av psykiska arbetshinder, bör man alltså i första hand fråga sig i vad mån tillståndet är möjligt att påverka genom terapeutiska eller rehabiliterande åtgärder. Om tillståndet bedömes vara opåverkligt och dålig arbetsmotivation det väsentliga arbetshindret bör den psykologiska strukturen noga analyseras. Av allmänpreventiva skäl förefaller det som om en viss restriktivitet borde iaktas i dessa fall. (Se även Cronholm 1961 och Kamman 1951.)

Formen för det ekonomiska bidraget

Ad 3. Ur medicinsk synpunkt bör det ekonomiska bidraget utgå på olika sätt beroende på de individuella förutsättningarna. Då invaliditet bedömts föreligga bör sjukbidrag eller -pension beviljas och bidraget i regel direkt utbetalas till patienten. I de fall där avvikande beteendemönster och social missanpassning dominerat, måste frågan om förmyndarskap övervägas och bidraget eventuellt utbetalas till förmyndare. Detta gäller även fall där den pensionsberättigade har tendenser till missbruk av alkohol eller narkotika. I fall, där dålig arbetsmotivation utan klart patologisk bakgrund är det väsentliga arbetshindret, kan socialvård vara den adekvata formen för ekonomisk hjälp om sådan visar sig nödvändig.

När är pension olämplig

Ad 4. Pensionering är olämplig ur medicinsk synpunkt i fall, som icke är tillräckligt utredda eller där prognosen ännu icke kan ställas med någorlunda hög grad av sannolikhet. Särskild försiktighet bör iaktas i fall med dålig arbetsmotivation som huvudsakligt arbetshinder. I fall, där bilden domineras av strävan efter sjukdomsvinst bör man också iaktta försiktighet. Det bör emellertid påpekas, att i vissa fall av skränteneuros är den psykologiska strukturen så patologisk och tillståndet i så hög grad opåverkligt att pensionering är berättigad. Detta gäller även för vissa försäk-

ringsfall, där kausalsamband mellan text ett olycksfall och arbetsinsufficiensen ej kan anses föreligga.

Som framgår av ovanstående utredning ansluter vi oss i väsentliga hänseenden till de synpunkter på nuvarande praxis, som framförts av Boholm (1968) och Perris (1968). Vi vill slutligen framhålla att de av RFV väckta frågorna delvis är synnerligen komplicerade och svårlösta.

REFERENSER:

- Boholm, B.:* Om neuroser och lagen om allmän försäkring. Socialmedicinsk tidskrift 45:528, 1968.
- Committee on Rating of Mental and Physical Impairment: Mental Illness. JAMA 198:1284, 1966.
- Cronholm, B.:* Psykiska och somatiska arbetshinder. Stencil 1961.
- Dietrich, H.:* Abnorme Reaktionen und ihre sozialversicherungsmedizinische Begutachtung. VEB Georg Thieme, Leipzig, 1956.
- Engel, G. L.:* A unified concept of health and disease. Perspectives in Biological Medicine, 3:459—485, 1960. (Cit. från Buss, A. H.: Psychopathology. New York, 1966.)
- Gardell, B. & Westlander, G.:* Om industriarbete och mental hälsa. Personaladministrativa Rådet, Meddelande nr 56, Stockholm 1968.
- Hermann, K.:* Neuroser og psykopati som invaliditetsårsag. Nord. Med. 58:1597, 1957.
- Kamman, G. R.:* Traumatic neurosis, compensation neurosis or attitudinal pathosis. A.M.A. Neurol. Psychiat. 65:593, 1951.
- Kretschmer, E.:* Die Begutachtung der Neurosen und psychopathischen Reaktionen in der Sozialversicherung. Deutsche med. Wchnschr. 82:433, 1957.
- Perris, C.:* Diskrimineras psykiskt sjuka vid bedömning av invaliditet? Läkartidningen 65:2291, 1968.
- Vanggaard, T.:* Om neurosebegrebet. Nord. Psykiatrisk Medlemsblad, XII:II, 109, 1958.
- Vanggaard, T.:* Neurose og psykopati. Nord. Psyk. Tidsskr. XXII:4, 277, 1968.
- Venzlaff, U.:* Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen. Monogr. Ges. Neurol. Psychiat., Heft 82, 1958.



TYRESÖ KOMMUN

söker till barnavårdande institutionen

LÄKARE

(arvodesanställd)

Arbetsuppgifter: enligt socialstyrelsens normalinstruktion för läkare vid daghem och förskola. I kommunen finns 11 lekskolor med 600 platser, 11 daghem och barnstugor med 343 platser och 5 fritidshem med 105 platser. Ersättning utgår enligt "Bestämmelser för arvodesanställda läkare 1969—70".

Ansökan insändes till Tyresö barnavårdsnämnd, Box 16, 135 01 Tyresö senast den 29.4.1970.

Upplysningar: Socialkamrer G. Johansson eller vik. barnstugekonsulent S. Ljungdahl, tel. 712 00 20 vx.

TYRESÖ BARNAVÅRDSNÄMND