

Erfaringer fra vernet sysselsetting¹

Av assisterende overlege H. Dedekam, Oslo

Den vernet sysselsetting som er utbygget i Norge er vesentlig i form av bedrifter for yrkesvalghemmede, som gjennom arbeidstrening og -tilvenning har utplassering på det åpne arbeidsmarked som hovedformål. Staten yter hovedsakelig tilskudd til denne form for vernet virksomhet, og i mindre grad til arbeidshjem og lignende institusjoner som har mer varig vernet sysselsetting som formål.

De fleste bedrifter er startet av humanitære organisasjoner, noen få på kommunalt initiativ. Det er nå i virksomhet 25 slike bedrifter for yrkesvalghemmede med til sammen ca. 600 arbeidsplasser. Flere bedrifter er under utbygning, og en regner med å komme opp i ca. 800 plasser i løpet av 1966, og ved utgangen av 1967 er planlagt til sammen ca. 1.000.

Det offentliges tilskudd består i lønn til arbeidledere, lønn for legetilsyn og evt. kuratorvirksomhet. Videre husleietilskudd, starttilskudd ved igangsettelse av bedrifter, tilskuddsordninger for planleggningsutgifter og lån ved oppreisning av bygg — og lån og evt. tilskudd ved anskaffelse av nødvendig mer kostbart maskinelt utstyr. I forhold til bedriftenes samlede inntekter utgjorde offentlige tilskudd i 1965 ca. 20 %. Dertil kommer en tilskuddsordning inn i avlønningen av de ansatte, idet disse den første tid får attføringspenger i tillegg til løn. Avlønningen skjer etter en progressiv skala, slik at attføringspenger faller bort når en arbeidstaker kommer opp i nærmere normal arbeidskapasitet.

I siste årsberetning fra Arbeidsdirektoratet fremgår at 54 % av klientellet ved de vernet bedrifter enten hadde attføringspenger, uførepensjon eller andre offentlige trygdeytelser.

¹ Fra Sosialmedisinsk avdeling, Rikshospitalet. Sjef: Professor dr. med. Axel Strøm.

De vernet bedrifters klientel domineres av de psykiatiske lidelser, som ved utgangen av 1965 utgjorde 26 %. Den neste gruppe var de vanføre med tydelig lavere prosenttall på 17 — deretter blinde og svaksynte, indremedisinske sykdommer, reumatiske lidelser, sykdommer i nervesystemet, tidligere tuberkuløse og andre diagnoser i fallende prosent.

For samtlige bedrifters vedkommende gjelder at en stor del av det henviste klientel er meget vanskelig behandlingsmessig sett, vesentlig p.g.a. de psykiske lidelser eller uttalte sosiale handicap. Dertil har andre attføringstiltak ofte tidligere vært prøvet uten resultat.

Behandlingseffekten kan illustreres ved tall for året 1965, hvorav det fremgår at det fra de 25 bedrifter ble utskrevet til sammen 526 yrkesvalghemmede. Av disse fikk 260 arbeid på det åpne arbeidsmarked, d.v.s. nærmere 50 %. For de øvrige vedkommende måtte for den største del attføring oppgis og uføretrygd tilstås — men flere av disse kunne utvilsomt ha nytte av arbeidsplassering i en arbeidssentral, et arbeidshjem eller annen form for varig vernet sysselsetting, hvis dette kunne skaffes.

Med hensyn til de erfaringer man har i behandlingen av det psykiatiske klientel og de resultater som oppnås, er følgende hentet fra Stiftelsene Løren Industribygg og Løren Hybelbygg. Dette tiltak for yrkesvalghemmede, som begynte sin virksomhet i 1960, er organisert som en selvstendig stiftelse med felles råd og felles styre, og omfatter 6 vernet bedrifter samt et hybelbygg. Bedriftene er kontraktmessig forpliktet til et personal- og attføringssamarbeid. Stiftelsen har påtatt seg å koordinere dette arbeid gjennom et attføringsutvalg som består av en tilsynslege på deltid, en attføringskon-

sulent og den enkelte bedrifts leder. Dertil er en sosialkurator ansatt på hel dag og en sykesøster med ½ dags virksomhet.

Attføringsutvalget har ansvar for inntak av nye klienter, oppfølging av hver klient under oppholdet og for vedtak ved utskrivning — enten dette blir en arbeidsplassering, tiltak for ytterligere kvalifisering, overføring til en annen attføringsinstitusjon eller at attføring må oppgis.

Av de 25 bedrifter for yrkesvalghemmede er således 6 samlet ved Lørenstiftelsen. De eies og drives av humanitære organisasjoner og er organisert som selvstendige aksjeselskaper. Ved bedriftene er det til sammen ca. 200 yrkesvalghemmede, og de dekker således 1/3 av samtlige arbeidsplasser ved vernet industri i landet. Stiftelsen arbeider på landsmålestokk og ca. 50 % av klientellet er fra Osloområdet — de øvrige fordelt på samtlige fylker i landet.

Det klientel som henvises til stiftelsen blir stadig svakere, med en betydelig lavere arbeidskapasitet enn man opprinnelig forutsatte, og de anførte stønadsordninger er blitt utilstrekkelige. Dette har bevirket at man vanskelig har kunnet opprettholde

det egentlige formål, som tilsa både utplassering på det åpne arbeidsmarked og en mer fast arbeidsplass for arbeidtakere som ikke kan utplasseres i det vanlige arbeidsliv.

For å holde produksjonen oppe av hensyn til bedriftenes økonomi, og også for å skape et mer gunstig miljø i bedriftene — er det bl.a. blitt nødvendig å ha såkalte "støttespillere". Dette er et klientel hvor arbeidsinnsatsen er blitt normal eller nærmest normal, men hvor en fortsatt beholder disse i bedriftene — der hvor de er villige til det — både av de nevnte økonomiske grunner og den utvilsomt nødvendige stimulerende effekt disse har på det svakere klientel under treningsperioden. Det må dog bemerkes at enkelte "støttespillere" med normal arbeidskapasitet forblir i bedriftene fordi deres fysiske handicap er så uttalt at tekniske vanskeligheter med henblikk på utplassering på det åpne arbeidsmarked er for store.

Varige plasser for andre klienter med så lav arbeidskapasitet at de ikke kan utplasseres, kan nå kun opprettholdes rent unntaksvis. Det kan således anføres at enkelte bedrifter har opptil 50 % med de såkalte "støttestpillere" i sitt klientel — og

Tabell nr. I: Psykiatriske hoveddiagnoser, alder og sivilstand.

	Antall	Kjønn		Alder					Sivilstand			
		M	K	15—19	20—29	30—39	40—49	50—	Gift	Ugift	Ukjent	Ugift m/fors.pl.
Psyk. hoveddiagnose												
<i>Psykosier:</i>												
Schizofreni	32	19	13		11	12	8	1	2	26	2	2
Andre psykosier	13	7	6	1	2	3	6	1	3	9		1
<i>Nevrasteni og depr. tilstander:</i>												
Nevroser:	15	9	6		2	4	4	5	2	12	1	
Personlighetsavvik:	40	21	19	2	8	9	14	7	8	24	1	7
Psykopati (4)	40	24	16	7	16	8	9		2	35	1	2
Debilitet (28)												
Alk./med.misbruk (5)												
Karakternevroser (3)												
Sum	140	80	60	10	39	36	41	14	17	106	5	12
				7%	28%	26%	29%	10%				

Tabell nr. II: Psykiatriske bidiagnoser, alder og sivilstand.

	Antall	Kjønn		Alder					Sivilstand			
		M	K	15—19	20—29	30—39	40—49	50—	Gift	Ugift	Ukjent	Ugift m/fors.pl.
Psyk. bidiagnose												
Nevrose	24	15	9	1	5	7	6	5	3	20		1
Nevrasteni og depr.tilstander	9	5	4			4	4	1	5	4		
Psykopati	5	5		2	2			1		4		1
Psykose	3	2	1				3			3		
Sum	41	27	14	3	7	11	13	7	8	31		2
				7%	17%	27%	32%	17%				
<i>Psyk. hoved- og bidiagn.</i>												
Sum total	181	107	74	13	46	47	54	21	25	137	5	14
				7%	25%	26%	30%	12%		76%		

at det bortsett fra i en enkelt bedrift kun er noen relativt få klienter som kan komme inn under kategorien varig vernet sysselsetting. Klienter som kan betraktes som "støttespillere", utgjør for tiden ca. 25 % av stiftelsens hele belegg — klienter som kommer inn under kategorien varig vernet sysselsetting med varig nedsatt arbeidskapasitet, utgjør kun ca. 15 %. De fleste av disse forblir i stiftelsen som regel fordi man har vanskeligheter med å skaffe plass i arbeidshjem eller lignende institusjon med varig vernet sysselsetting som formål. De øvrige ca. 60 % av plassene benyttes til sirkulasjon.

Som tidligere anført var den største prosent med henblikk på diagnoser i samtlige bedrifter de psykiatriske lidelser. Det samme gjelder ved Lørenstiftelsen, hvor vel 30 % av det klientel som er behandlet i perioden 1960/65 har hatt psykiatriske lidelser som hoveddiagnose.

Materialet består av 181 klienter behandlet i perioden 1960/65, henvist under en psykiatrisk hoveddiagnose, eller en psykiatrisk bidiagnose hvor denne var den direkte attføringshindrende faktor.

Blant hoveddiagnosene var der en jevn fordeling mellom psykoser, nevroses og personlighetsavvik. Nevrasteni og depressive tilstander utgjorde den minste gruppe. I bidiagnosene utgjorde nevroses

over halvparten av samtlige. Aldersfordelingen var jevn i gruppene mellom 20 og 50 år, med maksimum i 40—50 års alderen. Fordelingen etter sivilstand viser et påfallende stort antall ikke-forsørgerne, 76 %. (Tabell I og II.)

I tidligere erverv var den største gruppe industriarbeidere med 24 %, dernest husarbeid og funksjonærer med henholdsvis 15 % og 12 %. Laveste

Tabell nr. III: Tidligere erverv

	Psyk. hoveddiagnose	Psyk. bidiagnose	Sum
Industri	36	7	43 (24%)
Husarbeid	20	7	27 (15%)
Funksjonær	19	3	22 (12%)
Intet erverv	16	5	21 (12%)
Sjømenn	16	2	18 (10%)
Bygg/anlegg	11	5	16 (9%)
Service	13		13 (7%)
Jordbruk, gartneri, skogbruk	7	5	12 (6%)
Transport	2	2	4 (2%)
Fiske		3	3 (2%)
Selvstendig erverv		2	2 (1%)
Sum total	140	41	181 (100%)

Tabell nr. IV: Henvisende instans

	Psyk. hoved- diagnose	Psyk. bidiag- nose	Sum
Psykiatrisk inst.	58	6	64 (35%)
Lege, kurator, arbeidskonsulent	25	12	37 (20%)
Attføringsinstitutt	17	15	32 (18%)
Oslo Helseråd, sosialmed. avd.	14	4	18 (10%)
Andre	10	1	11 (6%)
Psykiater	10		10 (6%)
Sykehus	2	3	5 (3%)
Oslo Helseråd, psykiatrisk avd.	4		4 (2%)
Sum total	140	41	181 (100%)

gruppe var selvstendig erverv med kun 1 %. (Tabell III.)

Henvisende instans var for de psykiatriske hoveddiagnoser i de fleste tilfeller psykiatriske institusjoner (Tabell IV). For de psykiatriske bidiagnosers vedkommende var den henvisende instans i første rekke attføringsinstituttene. For begge grupper vedkommende var tilsammen 37 % henvist fra psykiatriske institusjoner, 20 % henvist fra lege, kurator eller arbeidskonsulent — uten at det av søknadspapirene fremgikk hvem av disse som var initiativtakere til henvisningene.

I alt ble 28 % utplassert på det åpne arbeidsmarked, og tilsammen 3 % henvist til ytterligere opplæring eller annen form for attføring. Et positivt attføringsresultat ble således oppnådd i 31 % av samtlige tilfeller (Tabell V). 23 % ble tilbakeført til henvisende instans, idet oppholdet ikke ga

Tabell nr. V: Vedtak v/utskrivning

	Psyk. hoved- diagnose	Psyk. bidiag- nose	Sum
Åpne arbeidsmarked	36	15	51 (28%)
Opplæring	2	2	4 (2%)
Annen attføring	2		2 (1%)
Tilbake til henvisende instans	35	6	41 (23%)
Attføring oppgitt	48	9	57 (32%)
Ukjent	17	9	26 (14%)
Sum total	140	41	181 (100%)

noe bestemt resultat eller fordi de ble ansett fortsatt å være medisinsk behandlingstrengende. Attføring ble oppgitt i 32 %, og i de fleste av disse tilfeller ble det søkt om statlig uførepensjon.

Uførhetens varighet var i mange tilfeller meget vanskelig å bedømme, med uførhetsperioder spredt over flere år. I 20 % kunne det fastslås arbeidsuførhet under 1 år. I 32 % var der en samlet uførhet over 5 år. 10 % hadde aldri vært i arbeid.

Den gjennomsnittlige behandlingstid ved bedriftene var 10 mndr. — kortere for nevrastenier og depressive tilstander med 8 mndr., lengst for schizofrenier med 12 mndr.

Ved Lørenstiftelsen lyktes å attføre med utplassering på det åpne arbeidsmarked ca. 60 % av det klientel som var henvist under en rent somatisk diagnose. Som anført oppnådde man et positivt attføringsresultat i 31 % av det klientel som hadde psykiatriske diagnoser som ervervshindrende faktor. Dette resultat kan synes tilfredsstillende for en vernet virksomhet. Imidlertid må det bemerkes at det i så stor utstrekning som mulig kun tas inn klienter som en antar — eventuelt gjennom lengre tids arbeidstrening og arbeidstilvenning under vernet forhold — har muligheter til utplassering på det åpne arbeidsmarked. Stiftelsens utvalg prøver direkte å unngå inntak av klienter som anses for svake til å kunne gjennomføre dette. En statistikk er kun relevant hvis den sees i sammenheng med en institusjons formål, klientutvalg og de behandlingsmuligheter som eventuelt burde foreligge. Sett under denne synsvinkel er behandlingsresultatene kanskje ikke fullt så gode som tallene umiddelbart viser.

Det har ved stiftelsen i alt vært behandlet 203 klienter hvor det har vært anført en psykiatrisk hoveddiagnose. Imidlertid har kun 140 blitt tatt med i dette materiale. Årsaken er at de øvrige ikke er funnet representative, enten fordi diagnostikken med henblikk på det sosiale, eventuelt psykiatriske, handicap har vært uklar — eller fordi behandlingstiden har vært for kort. Flere har sluttet etter få dager p.g.a. utilstrekkelig motivering eller er blitt sendt tilbake til henvisende instans fordi den psykiatriske tilstand ikke muliggjorde en virksomhet ved bedriftene.

I de tilfeller hvor man under en treningsperiode må avbryte oppholdet, er årsaken relativt sjelden en forverrelse av selve den psykiatriske lidelse — grunnen er som regel manglende evne til sosial tilpasning, stabilitet og tilstrekkelig tempo i arbeidstakersituasjonen. Dette gjelder også det klientel som etter forsøksvis arbeidsplassering på det åpne arbeidsmarked igjen må tas inn i den vernete industri eller psykiatriske institusjon. Ofte har den direkte årsak vært manglende forutsetning til å ta vare på seg selv i det daglige liv utenom arbeidsted.

Før inntak kreves medisinske opplysninger ved en legerklæring. Hvis denne ikke anses fyldestgjørende, blir supplerende opplysninger innhentet eller man anmoder om fornyet medisinsk undersøkelse før inntak — eventuelt ved innleggelse i sykehus, psykiatrisk institusjon eller attføringsinstitutt. Det er da naturlig at det til stiftelsen innkommer en rekke søknader hvor det i tillegg til den somatiske hoveddiagnose også er anført en psykiatrisk bidiagnose. I de aller fleste tilfeller viser det seg så at det er den psykiatriske bidiagnose som er den direkte attføringshindrende faktor. Diagnosen er da stillet på forhånd, hvilket gjør det langt lettere å legge et realistisk opplegg og på et tidligere tidspunkt vurdere attføringsmulighetene, og derved spare bedriftene for unødvendige problemer.

For det klientel som er henvist for et rent somatisk handicap, er grunnen til henvisningen enten at dette er meget uttalt — eller at sosialgeografiske forhold, ved et relativt moderat handicap, gjør det nødvendig med opptrening i vernet industri med bedre muligheter til arbeidsformidling i et geografisk mer gunstig industrielt miljø.

Imidlertid er det iøynefallende at det somatiske handicap er påfallende lite uttalt. Under oppholdet i stiftelsen har det vist seg at hovedårsaken til at det ikke lykkes å gjennomføre det planlagte program hos 40 % av det henviste klientel med somatiske diagnoser, var udiagnostiserte sosiale avvik og psykiske lidelser — enten disse var premorbide eller oppstått som sekundær følgetilstand.

Dette er en kjent erfaring også ved andre attføringsinstitusjoner. Det foreligger ved Lørenstiftelsen ennå ingen tallmessig oppgave over i hvor

stor utstrekning det hos det somatiske klientel under oppholdet er blitt diagnostisert sosiale eller mentale avvik som direkte attføringshindrende faktor. Ved Statens Arbetsklinikk i Stockholm påviste imidlertid Cronholm at 1/3 av et klientel, innlagt med rent organisk diagnose, hadde en psykiatrisk lidelse. Gogstads materiale fra Statens attføringsinstitutt i Bergen i 1962 viser at av 145 klienter utskrevet med en psykisk diagnose, var hele 70 % henvist under en organisk hoveddiagnose. Ved Revalideringsklinikken i København påviser Sparup, i en nylig utkommet publikasjon i år, at av 108 psykisk ervervshemmede var — bortsett fra 3 tilfeller — alle henvist under en organisk diagnose.

Ved stiftelsen har dette forhold bevirket at man i stor utstrekning har måttet vurdere klientellet nærmere etter inntak ved supplerende medisinske undersøkelser — eventuelt ved henvisning til spesialist eller spesialavdeling, for å få vurdert om den organiske diagnose sto i relasjon til det angitte subjektive besvær med følgende arbeidsuførhet. Hvis så ikke var tilfelle, har det vært nødvendig med en bredere sosialmedisinsk vurdering, og ofte konsultasjon av psykiater eller psykiatrisk institusjon for bistand i diagnostisk eller terapeutisk øyemed.

Det har i de senere år vært en avtagende tendens i henvisninger til attføringsapparatet av klienter med somatiske lidelser, mens det derimot har vært en markant økning for klienter med psykiske og sosiale handicap. Fra Arbeidsdirektoratet foreligger opplysninger om at det i 1960 ble henvist til arbeidskonsulentene 558 klienter med psykiske lidelser — i 1965 nærmere fordobling med 1078. Ved Lørenstiftelsen var det i 1961 som det første fulle arbeidsår i alt 21 % psykiatriske hoveddiagnoser — i året 1965 vel 40 %.

Årsaken er blant annet den økende interesse fra psykiatrisk hold for attføringstiltak med bistand fra det ordinære attføringsapparat — og den bedre utbygning av arbeidsformidlingsapparatet og de bedre yrkesopplæringsmuligheter, som i forbindelse med den relativt gunstige situasjon på arbeidsmarkedet nå i stor utstrekning løser problemene for et klientel med hovedsakelig somatiske handicap uten at attføringsinstitusjonens medvirkning er nødvendig.

Det økende antall klienter med psykiatriske lidelser som attføringshindrende faktor har ved de vernetet industrier bevirket store problemer. Grunnen til dette er de psykiatriske lidelsers større behov enn de somatiske for bistand både av medisinsk og sosial art under hele attføringsprosessen, og deres større motivasjonssvikt, større tilpasningsproblem og instabilitet — som bevirker store problemer for bedriftene med henblikk på miljø, produksjonskapasitet og for gjennomføring av progressive attførings tiltak. Både for attføringsutvalget og den enkelte bedrift overskrider arbeidsbyrden med det psykiatriske klientel langt hva de andre diagnosegrupper representerer. En adekvat diagnostisk og prognostisk vurdering av den psykiatriske lidelse er avgjørende — uten dette kan opplegget bli urealistisk med vedtak på sviktende grunnlag, eller unødvendig lange behandlingsperioder.

En har derfor gjennom årene hatt økende behov for psykiatrisk kontakt. Dette har skjedd ved henvisning til psykiater for poliklinisk vurdering, eller innleggelse ved psykiatrisk institusjon for å få tilstanden nærmere vurdert med henblikk på muligheter for fortsatt behandling i vernet virksomhet. En har også i stadig større utstrekning funnet det hensiktsmessig at klienter som blir henvist fra psykiatriske institusjoner, den første tid under oppholdet ved stiftelsen bor ved den psykiatriske institusjon og således er under dennes tilsyn.

Etterhånden tilsa erfaringene at man måtte sette enda større krav til den psykiatriske medvirkning — og på en konferanse i vår med representanter for de offentlige myndigheter, Rikstrygdeverk og psykiatriske institusjoner i Oslo-området, ble det fra stiftelsens side anmodet om en øket psykiatrisk bistand. Dette i hovedtrekkene i den form at de psykiatriske institusjoner, som søker sine pasienter henvist til stiftelsen, var medansvarlige under hele behandlingsperioden og gjennom en ettervernsvirksomhet fulgte pasientene opp etter utskrivning. De klienter som kommer fra psykiatriske institusjoner utenom Oslo-området, ble foreslått søkt innlagt i et av de nærliggende psykiatriske sykehus før inntak i Løren, slik at disse kunne delta i ansvaret for vedkommende klient. For det øvrige psykiatriske klientel ble det anmodet om mulighet til en utvidet

psykiatrisk kontakt i form av permanent konsulentvirksomhet.

På møtet ble det enighet om at et slikt opplegg var nødvendig hvis en vernet industri skulle fungere tilfredsstillende for det psykiatriske klientel. Imidlertid fremkom at de psykiatriske institusjoner for tiden ikke har kapasitet til helt ut å påta seg en sådan oppgave, men ville vurdere mulighetene for et slikt fremtidig samarbeid. Med Oslo Helseråds avdeling for psykiatri er allerede påbegynt et samarbeid — i første omgang med henblikk på en skoleing av bedriftens tekniske personell i dets holdning overfor de psykiatriske klienters adferdsmønster og reaksjoner.

Som en konklusjon vil en anføre at bedrifter for yrkesvalghemmede med hovedsakelig arbeidsplassering på det åpne arbeidsmarked som målsetting, fungerer tilfredsstillende for et somatisk klientel som i tillegg har et moderat sosialpsykiatrisk avvik.

Bedriftene må dog sies allerede nå å fylle en oppgave også når det gjelder behandlingen av de psykiatriske lidelser, da det med den nåværende arbeidsform har lyktes å attføre 31 % av de henviste til dels meget vanskelige tilfeller med tilfredsstillende resultat.

Det er en erfaring at overgangen fra de psykiatriske institusjoner til den vernet virksomhet ved bedriftene er meget stor for et psykiatrisk klientel. Det anses derfor nødvendig at klientellet, i større utstrekning enn nå, på forhånd er tilvennet denne form for virksomhet ved industrielt preget arbeidstrening som et ledd i den psykiatriske terapi under behandlingen i den psykiatriske institusjon, eller i en virksomhet utenom denne men helt i psykiatrisk regi.

Da man ved de psykiatriske lidelser i langt mindre grad enn ved de somatiske kan skille mellom medisinsk behandling og attføring, og attføring i form av vernet virksomhet i tiltagende grad fra psykiatrisk hold betraktes som et ledd i selve den psykiatriske terapi — er det naturlig at den vernet industri ikke kan fylle oppgaven på en adekvat måte uten kontinuerlig bistand fra det psykiatriske apparat.

Kun med en slik bistand blir en vernet virksomhet i form av bedrifter for yrkesvalghemmede et

effektivt supplement til den psykiatriske terapi. Dette gjelder både klientel fra psykiatriske institusjoner og de tilfeller som under den vernet virksomhet viser seg å ha et psykiatrisk handicap som den reelle attføringshindrende faktor.

Men selv med en slik psykiatrisk bistand vil bedriftene ikke fungere tilfredsstillende uten at de selv i større grad innstiller seg på dette klientel.

Bedriftenes egen sosialmedisinske service må utbygges og tilskuddsordningene økes. Like viktig er imidlertid at miljøet i større grad også tilpasser seg et psykiatrisk klientel, ved at personellet ved skolering får det nødvendige kjennskap til de psykiatriske lidelsers adferds- og reaksjonsmønster og sin egen holdning overfor disse. Uten dette vil verdien av de øvrige tiltak utvilsomt forringes.

Experiences from sheltered employment

By assisterende overlege H. Dedekam, Oslo, Norway

Summary

Sheltered employment in Norway is mainly built up in the form of enterprises for persons limited in their choice of occupation and with the primary aim of placing the employees in the open employment market.

During 1960—65 181 patients with psychiatric diagnoses were sent to Stiftelsen *Lören Industribygg* and *Lören Hybelbygg*. Of these 28% were placed on the open employment market, and 3% were sent for re-education or some other form of rehabilitation. A positive result of rehabilitation was thus reached in 31% of the cases. The follow-up study has not yet been completed.

It was found that difficulties arose in the transfer from treatment at psychiatric institutions to sheltered work with progressive activity aiming at readjustment. It is therefore desirable in patients with psychic diagnoses that training, in so far as is possible, takes the form of industrial-type occupational training as a psychotherapeutic measure in psychiatric institutions. Experience proves also that morbid psychic conditions cannot be adequately treated unless the psychiatric institutions share

the responsibility of the training period. They should also check-up on the after-care when the patients are finally placed in employment.

In regard to patients sent with exclusively organic diagnoses, the somatic handicap was generally not very marked. The reason that the results of rehabilitation were not satisfactory in more than 40% was proved to be due to undiagnosed psychic illness.

It is of decisive importance that the milieu is adjusted to the psychiatric patients. Firstly the technical staff should have the necessary knowledge of mental diseases and learn to understand the behaviour and reaction patterns associated with them. Without this the value of all other measures will be reduced.

Sheltered occupations as a form of rehabilitation is considered a very valuable step in the treatment of psychiatric illnesses, but it is pointed out that institutions should be founded which permit permanent sheltered employment for the weaker patients for whom satisfactory rehabilitation cannot be provided in any other way.