

Praktiske erfaringer med psykiatrisk revalidering

Av overlæge C. J. Hansen, Aarhus, Danmark

Som det fremgår af foredragets titel skal jeg i det følgende beskæftige mig med *praktiske erfaringer* vundet gennem nogle års arbejde med psykiatrisk revalidering (rehabilitering). Det betyder, at mit indlæg må få et stærkt lokalt dansk præg — altså ikke dækkende for Danmark som helhed. Mine erfaringer er fra Statshospitalet i Glostrup, der har godt 400 sengepladser, og som modtager ca. 3.000 patienter pr. år fra et område (Københavns amt) med knap 500.000 indbyggere. Hospitalet modtager psykiatriske patienter af alle kategorier uden nogen overrepræsentation af psykotiske patienter. Selv om der i området findes et nervesanatorium, der tager sig af et ret stort antal neurotikere og karakterneurotikere, modtages der også mange af disse to kategorier på Statshospitalet. Mine erfaringer er ganske snævert hospitalsprægede, men jeg påregner, at man under diskussionen også får dækket andre aspekter.

Revalideringscentrenes opgaver

Naturligvis er revalidering af psykisk syge ej heller i Danmark noget nyt fænomen, men man kan vel sige, at revalideringsbestræbelserne, i betydningen revalidering til et erhverv, er blevet mere målrettede, efter at man i 1960 fik en dansk revalideringslov — en lov, der bl.a. tilsigter en koordinering af revalideringen af somatisk, psykisk og socialt handicappede. Der oprettedes i 1961 en række revalideringscentre i København og rundt om i landet, og disse centre varetager denne koordineringsopgave blandt mange andre opgaver. Centrene behandler indberetninger fra hospitaler, læger og sociale myndigheder. De undersøger muligheder for at yde bistand og foretager herunder også en selvstændig lægelig vurdering af revalideringsmuligheder i de konkrete casus. Endelig varetager cent-

rene den praktiske udførelse af en revalideringsplan, idet man benytter sig af de behandlings-, arbejdsprøvnings- og optræningsinstitutioner, der findes. Efter afsluttet revalidering er centrene behjælpelige med placering i erhverv — ofte med støtte af de stedlige arbejdsanvisningskontorer. Gennemføres revalideringen ikke, afsluttes sagen ikke sjældent med, at man indstiller patienten til invalidepension, og i så tilfælde tilbydes ofte fuldtids- eller deltidsbeskæftigelse i beskyttede værksteder og virksomheder, således at indtægten ved dette arbejde kan supplere invalidepensionen. Før 1961 påhvilede forsøg på at revalidere psykisk syge i alt væsentligt det psykiatriske hospitalsvæsen — og det gør det stadig, i hvert fald for de psykotiske patienters vedkommende, idet man i Danmark mangler arbejdsklinikker og optræningsinstitutioner specielt inrettede for psykisk syge. Få institutioner modtager et mindre antal psykiatriske patienter — de neurotiske og lettere psykotiske patienter modtages på prøvnings- og optræningsklinikker overvejende beregnet for somatisk handicappede, medens de sværere psykotiske patienter i ganske ringe antal kan modtages i beskyttede værksteder, hvor der kan foregå en vis form for arbejdsprøvning.

De psykiatriske hospitalers oplæg til revalidering

Man tør vist nok sige, at man på psykiatriske hospitaler følger sig stærkest forpligtet overfor de psykotiske patienter, når det gælder revalideringsforsøg, dels fordi andre — nervesanatorier, ambulatorier og til en vis grad revalideringscentre — tager sig af de neurotiske og karakterneurotiske patienter, dels fordi de psykotiske patienters revalidering i næsten alle faser kræver, at man har hele et psykiatrisk hospitals behandlingsapparat til rådighed.

Det er jo også således, at de psykotiske patienters revalidering aldrig kan indskrænkes til rene erhvervsmæssige foranstaltninger, men den psykiatriske behandling, arbejdstilvænnings og genoptræningen må foregå sideløbende under meget store dele af revalideringsprocessen. Hele patientens sociale situation må analyseres og muligt "behandles" — hans familiære og snævrere sociale relationer må ofte bearbejdes, og muligt bør en egentlig familiebehandling iværksættes. Målet for det psykiatriske hospitals bestræbelser kan være en fuldstændig erhvervsmæssig revalidering eller det mere beskedne at teste eller blot bevare en resterende del af patientens erhvervsevne for at muliggøre en beskyttet placering. Når man planlægger revalidering af psykiatriske patienter i et hospital, ville idealet naturligvis være, at man indenfor hospitalets rammer havde mulighed for at placere hver enkelt patient ved et arbejde, der er sammensat af de samme enkeltprocesser, stiller de samme krav og giver den samme umiddelbare tilfredsstillelse som det oprindelige (og fremtidige) arbejde. Dette kan i en vis udstrækning lade sig gøre hos kvinder, der er beskæftiget i husligt erhverv, især hvis man har specielt indrettede træningskøkkener og træningsprogrammer, som nogle hospitaler har. På de psykiatriske hospitaler er der tillige tradition for at beskæftige enkelte patienter ved kontorarbejde i administrationen samt enkelte patienter med håndværksmæssig uddannelse som medhjælpere hos hospitalets håndværkere, og disse former for beskæftigelse har sikkert også en vis værdi, men det kan være yderst vanskeligt at skabe en helt realistisk arbejdsatmosfære — bl.a. kan man føle savnet af realistiske præstationskrav. Bedst går det nok i hospitalernes gartnerier, selv om det også der er svært at forene kravet om rationel drift med ønskværdige hensyn til arbejdssterapeutiske formål. Vanskeligst er man stillet med de patienter, som har været placeret i eller tænkes placeret i ufaglært arbejde i industri, og en sådan placering må man hyppigt vælge, fordi den af flere grunde er formålstjenlig: 1.) Fordi samfundet i stigende omfang industrialiseres, 2.) Fordi unuanceret, stereotypt industrielt arbejde i særlig grad imødekommer de handicap, som præger vigtige og store patient-

kategorier — de schizofrene og de unge og yngre organisk demente. Disse patienter, der udgør den største gruppe i det klientel, jeg har beskæftiget mig med, præges af svigtende plasticitet, manglende evne til at omstilles fra en arbejdsproces til en anden, samt af et nedsat arbejdstempo og måske af svigtende koncentrationsevne. Det stærkt nedsatte arbejdstempo kan øges og de øvrige defekter i nogen grad kompenseres ved at anvende en indlæringsperiode, der er væsentligt længere end den, der er almindeligt hos raske personer.

Disse betragtninger fører til den foreløbige konklusion, at et psykiatrisk hospital blandt sine terapeutiske virkemidler bør have en arbejdssterapi — d.v.s. et eller en række værksteder, på hvilke der udføres realitetsnært arbejde. Arbejdet bør være således tilrettelagt, at en række krav opfyldes, 1.) Krav til præcision, 2.) Krav til normalt arbejdstempo, 3.) Krav til regelmæssig arbejdsrytme, 4.) Krav til samarbejdsevne. Noget mindre væsentlige er: 1.) Krav til omstillelighed, 2.) Krav til indsigt i arbejdsgangen og 3.) Krav til tolerance overfor støj og beskæftigelse med mindre æstetiske arbejdssemner.

Arbejdssterapi med hensyn tagen til specielle krav, som her nævnt, adskiller sig meget klart fra den lystbetonede klassiske beskæftigelsesterapi. Også i sit tilbud til patienterne adskiller den sig derfra, fordi arbejdssterapien må være lønnet — beskæftigelsesterapi principielt ulønnet. Arbejdssterapi kan af denne og andre grunde ikke have lokalefællesskab med beskæftigelsesterapi af klassisk tilsnit.

Man kan vel sige, at en arbejdssterapi med lønnet, industrielt arbejde supplere med lønnet kontorarbejde, husligt arbejde og evt. håndværksmæssigt arbejde af forskelligt præg må danne grundlaget for de revalideringsforsøg et psykiatrisk hospital må iværksætte for sine psykotiske patienter og efter pladsmulighed for neurotiske og karakterneurotiske patienter.

Formål med arbejdssterapi

Overlæge K. Arentsen og jeg har for nogle år siden formuleret en række formål med arbejdssterapi på et psykiatrisk hospital. Man kunne også kalde det

indikationer, og jeg skal søge kort at formulere disse, men vil gøre opmærksom på, at de i nogen grad overlapper hinanden.

Testning af arbejdsevne

Forud for og til en vis grad sideløbende med og retningsgivende for de revalideringsmæssige overvejelser vedrørende en patients erhvervsplacering foretages en arbejdstestning — en vurdering af patientens resterende arbejdsevne, der søges sammenlignet med præstationer, der kendes fra det normale arbejdsmarked. Man tilstræber, at denne vurdering gives et præcist talmæssigt udtryk, og det er da i høj grad en fordel, at mange af de processer, som vi i vor arbejds terapi har kunnet få, er tidsstuderet på de virksomheder, der leverer os varer til forarbejdning. Vi sammenholder patienternes præstationer med dem, der ydes af ufaglærte, kvindelige industriarbejdere, men søger i vurderingen at indarbejde mere subjektive faktorer som arbejdsrytme, indlæringsvejen, samarbejdsevne, umiddelbar instruktionsforståelse, interesse for arbejdet etc., og resultatet udtrykkes i en procentuel angivelse af resterende arbejdsevne i tal fra 5 til 100. Vi har endnu ikke kunnet finde frem til en vurderingsmetode, som revalideringscentre, industrien eller vi selv er tilfredse med. Vi har hyppigt skiftet metode, bl.a. fordi mange metoder er særdeles tidskrævende, og vi som alle andre lider under personalemangel. Bedst er sikkert en simpel optælling af produktion sammenholdt med den anvendte tid og suppleret med nævnte subjektive faktorer, men desværre er en sådan metode altfor krævende for personalet.

Vedligeholdelse af arbejdsevne

Hermed tænker man på den forpligtelse et psykiatrisk hospital har til at tilgodese, at patienters arbejdsevne såvidt muligt ikke reduceres under deres indlæggelse. Det vil i praksis sige, at man meget tidligt i behandlingsfasen søger at placere industriarbejdere, kvinder og mænd, uden synderlig skelen til den psykiatriske diagnose, i arbejds terapi, dersom en sådan terapiform ikke er direkte kontraindiceret som f. eks. ved sværere depressive tilstande.

Omskoling

Man har i et psykiatrisk hospital mange eksempler på, at det ikke er muligt at føre en patient tilbage til det oprindelige erhverv, men tvinges til at forsøge en omskoling til andet erhverv. Det er efter vore erfaringer i Glostrup ofte tilfældet for unge schizofrene studerende og faglærte, at deres ressourcer efter sygdommens floride fase er mindsket så meget, at de må afbryde deres kvalificerede beskæftigelse, men med udbytte kan omskoles til ufaglært industriarbejde. Omskolingen kan påbegyndes i hospitalet og videreføres af revalideringsmyndighederne på dertil egnede træningsværksteder eller evt. på normale fabrikker, hvis disses ledelse har særlig forståelse for opgaven.

Optræning

Hermed betegner man den proces, der tilsigter at træne en moderat eller svært handicapped patient op til højere arbejdstempo og mere stabil arbejdsrytme. Også om optræning gælder det, at man i et hospitals arbejds terapi kan indlede processen, men den må nødvendigvis for at få et helt realistisk præg videreføres og fuldendes udenfor hospitalet. I denne forbindelse er det rimeligt at omtale kravet til realisme lidt nøjere. Jeg vil tro, at alle, der har beskæftiget sig med arbejds terapi i et psykiatrisk hospital, har mødt det argument, at det altsammen intet nytter, ja, at psykiatere i et hospital slet ikke bør beskæftige sig meget med begrebet erhvervsmæssig revalidering, fordi man i hospitalsmiljøet har så megen beskyttelse, at realismen går tabt. Det er sikkert rigtigt, at der i al hospitalsterapi og altså også i vor arbejds terapi indgår et sådant moment af beskyttelse af vore ofte svært syge patienter, og at vi er tilbøjelige til at glemme vore lige så vigtige socialpædagogiske forpligtelser. Vi tilstræber jo netop at øge vore patienters tolerance overfor normale sociale krav og må derfor nødvendigvis stille disse krav til patienterne, dels for at træne dem dertil, dels for at teste deres bæredygtighed med henblik på det rette udskrivningstidspunkt. Jeg tænker på krav til påklædning, personlig hygiejne, evne til at bruge offentlige transportmidler, evne til at anvende penge fornuftigt o.s.v. Glemmes dis-

se krav, nytter det intet, at en patient kan klare et manuelt arbejde, og selv om man ikke glemmer dem, går det alligevel ofte galt. Herpå kan nævnes mange eksempler. Vi har således for ganske nylig søgt at placere en ung schizofren værktøjsmager ud som specialarbejder i en nærliggende industri-virksomhed efter mere end 3 års optræning i vor arbejds-terapi, hvor han efterhånden var oppe 80—85 % af normal arbejdsydelse. Det nye arbejde klarede han blot i 2 timer; han kunne slet ikke klare omstillingen og betegnede sig som forvirret, fordi han savnede sine vante arbejdsledere — d.v.s. arbejds-terapiens personale, der er beskæftigelses-terapeuter og plejere. Det betyder efter min opfattelse ikke, at det er urealistisk at tro, at en sådan patient vil kunne klare sig, men omskiftningen var trods mange forberedelser for radikal, og man burde nok have overvejet at lade et personalemedlem følge ham og være hos ham på arbejdspladsen i omstillingsperioden, eller måske burde hans nye arbejdsleder have haft mulighed for at lære ham at kende i nogen tid i arbejds-terapien, men en så udogmatisk fremgangsmåde valgte vi altså ikke.

Beskyttet virksomhed i hospitalet

Hos en stor gruppe patienter er det ikke muligt at optræne arbejdsvejen til det niveau, som er nødvendigt for at opnå placering på det normale arbejdsmarked eller i ordinære beskyttede virksomheder. Disse patienter har vi dog følt os forpligtede til at beskæftige i arbejds-terapien, når de selv ønsker det, hvad mange gør. Det kan synes tvivelsomt, om der er indikation for arbejds-terapi i sådanne tilfælde, men vi har haft 2 væsentlige grunde til dog at mene det: 1.) Finder en stor gruppe patienter — specielt langvarigt indlagte schizofrene — en umiddelbar tilfredsstillelse i denne form for lønnet arbejde, og det kommer derfor til at virke som en terapeutisk faktor af stor betydning for deres hele tilpasning til hospitalsmiljøet. 2.) Væsentligere er det måske, at denne terapiform kan danne basis for udskrivning af kronisk psykotiske patienter, der har deres hjem nær hospitalet, idet man kan lade dem overgå til daghospitalsbehandling. De tilbringer aftenen, natten og søndagen i deres hjem, men er om dagen beskæftiget i arbejds-

terapien. De får derved en række normaloplevelser — derunder den at have en indtægt, men især dog den at have en normal døgn — og ugerytme, hvilket stort set er umuligt at skabe for indlagte patienter. Et sådant arrangement er naturligvis kun muligt for patienter, der ikke har mere end 20—25 km, mellem hjem og hospital, og det kræver, at der i området er gode trafikforbindelser. Statshospitalet i Glostrup har for tiden ca. 75 patienter i daghospitalsbehandling, og af disse er omkring 50 beskæftiget i arbejds-terapien. Vi mener ikke at skulle konkurrere med almindelige beskyttede værksteder, men har haft den erfaring, at en del patienter efter årelang beskæftigelse i vort beskyttede værksted kan gå videre til beskyttede værksteder udenfor hospitalet. I løbet af de sidste 4 år er omkring 40 patienter overflyttet til ordinære beskyttede værksteder, og de har alle kunnet klare sig. Man kan således vel tale om en træning til beskyttet værksted — det er et begrænset mål, men af utvivlsom værdi.

Ren terapi

I sammenhæng med det førnævnte om beskyttet værksted i hospitalet har vi opstillet formålet eller indikationen *ren terapi* som en foranstaltning, der kan bruges, hvor patienten føler sig tiltalt af terapi-formen, men hvor vi ikke mener at kunne se noget videregående sigte dermed, således at vi end ikke tror på en placering i beskyttet værksted af allermest tolerante art. Vi imødekommer den svært handicappedes behov for et stereotypt handlingsmønster og for umiddelbar arbejds-glæde. Det må erkendes, at man, når man tager denne indikation med, åbner vej for et meget stort antal patienter. Bogstavelig talt alle langtidsindlagte patienter kunne falde ind herunder, men vi har i praksis været yderst forsigtige og har kun i ganske få tilfælde (under 10 i løbet af 4 år) bevidst brugt denne indikation. Som et kuriosum kan jeg nævne, at den første patient, hos hvem vi anvendte arbejds-terapi som ren terapi, viste sig at være forkert vurderet og nu på 3. år arbejder udenfor hospitalet på et ordinært beskyttet værksted, hvor han i perioder har været blandt de effektiveste og højest lønnede. Det er en nu 29-årig mand,

der er opvokset under normale forhold. Han var let alment retarderet i de første leveår. 7 år gammel havde han scarlatina med en komplicerende svær glomerulonefritis, men der var intet sikkert cerebralt præg over tilstanden. Han var herefter længe træt, irriteret, udtalt ængstelig og kontaktsky, og man bemærkede udtalte tics og ukarakteristiske trækninger og ryk i arme og krop. Han klarede sig ret dårligt under normal skolegang. Han kunne efter skolegangen ikke gennemføre nogen uddannelse eller klare noget erhverv, og fra sit 17. år var han ganske ubeskæftiget i hjemmet. Ved indlæggelse på Statshospitalet i Glostrup i 1960 beskrives han som sky, ængstelig, præget af et stærkt udtalt artikulationsbesvær, af tics og af ustandselige, hurtige tvangsbevægelser af skuldre og arme. Han frembød ingen schizofrene symptomer. Han fandtes normalt, tungt begavet. Han var meget stærkt optaget af seksuelle problemer, overvejende i form af infantile tilskyndelser til at blotte sig for og berøre minderårige, og han var så stærkt forpint heraf, at han følte, at han måtte bruge alle sine kræfter for at modstå tilskyndelserne. Ved luftencefalografi påvist en moderat til svær cortical og central atrofi. Under ½ års indlæggelse opnåedes ved psykoterapi og behandling med klorpromazin ingen sikker bedring, i hvert fald ikke objektivt, og det lykkedes ikke at få patienten beskæftiget på nogen måde. Under senere ambulant behandling opstod tanken om at anvende arbejds-terapi som ren terapi, og patienten blev i 1962 placeret ved vort allerenkleste pakkearbejde, som han klarede meget dårligt i de første måneder, men han mødte præcis og gav udtryk for, at han i meget høj grad følte sig afledet fra sit pinefulde tankeindhold. Efter knap 1 års forløb kunne man konstatere en bedring, der var så vidtgående, at man forsøgte at lade revalideringscentret placere ham i et beskyttet værksted, og det blev i alle henseender en succes — både subjektivt og objektivt. Jeg tror ikke, at man tør udelukke, at denne patient senere kan placeres selektivt i normal industri, omend han endnu selv viger tilbage for tanken herom. Sygehistorien demonstrerer dels vore vanskeligheder, når man skal klargøre indikationer for arbejds-terapi, dels værdien af langvarig træning under for-

hold, hvor der tages vidtgående hensyn til den psykiske sygdom. Man kan sige, at denne patient — på 5. år — er under træning, og at udfaldet af revalideringsforsøget er usikkert, men lovende.

Egne erfaringer

På Statshospitalet i Glostrup forsøgte vi i 1962 at klargøre os de nu beskrevne formål med arbejds-terapi som grundlag for revalidering af langvarigt indlagte psykotiske patienter og oprettede så en lille arbejds-terapi i et kælderlokale. Vi begyndte med 10 patienter, der lededes af en beskæftigelses-terapeut og en plejer. Vi ville først og fremmest forsøge at udføre arbejdstestninger, men snart uvidedes området — flere værksteder og patienter kom til, og i øjeblikket har vi 5 værksteder med ialt ca. 150 patienter og et personale på 12—14 medlemmer, dels beskæftigelsestereapeuter, dels plejersker og plejere og i perioder tillige sygeplejersker. Værkstederne har forskellig struktur, men principielt kan samtlige formål tilgodeses i dem alle. Et værksted er lukket, således at man også kan beskæftige meget medtagne, muligt undvigelsesfarlige patienter. Et værksted er placeret i et nærliggende psykiatrisk plejehjem, der har administrativt og lægeligt personale fælles med Statshospitalet. I de forløbne år har patienterne været beskæftiget med mange forskellige former for indpaknings- og etiketteringsarbejde, simple monteringsprocedurer fra den elektriske industri samt lettere metalindustrielle processer. Vi har i perioder, specielt i de første år, haft ret vanskeligt ved at skaffe arbejde, men efterhånden er udbygget gode, bæredygtige kontakter med nærliggende industrivirksomheder, der dels gerne vil hjælpe patienter og hospital, dels ser visse fordele i et samarbejde med hospitalet. Fordelene for industrien kan kort oprides: 1.) Man får rådighed over en ellers ikke udnyttet arbejdskraftsreserve, hvilket har været af væsentlig betydning i disse år med fuld beskæftigelse, 2.) Man får en stabilt arbejdende underleverandør, der kan tilgodese kvalitetskrav, 3.) Man kan udskille enkelte pladskrævende arbejdsprocesser, der vanskeligt kan indpasses i en rationel fabriksdrift, 4.) Man sparer kostbar lagerplads. Derimod har det fra starten været klart, at

de udførte arbejdsprocesser skulle betales efter markedsprisen, hvilket vil sige, at hospitalet får den stykpris for processen, som fabrikken ellers skulle give sine egne arbejdere. Det er ganske overladt til hospitalet at bestemme, hvorledes de indvundne penge skal fordeles mellem patienterne. Dette punkt skal jeg senere komme tilbage til. Det er ganske klart, at hospitalet af mange grunde ikke må påføre de arbejdere, der bor i området, ubillig konkurrence. Grundlaget har i hele arbejdsterapiens levetid været det, at man modtager emner til forarbejdning efter en under forudgående forhandlinger fastlagt pris, der følger den, der er gængs for kvindelige industriarbejderes lønkrav. I disse forhandlinger deltager repræsentanter for industri-virksomheden og hospitalet, men aftalen ses og godkendes af de lokale fagforeninger, med hvilke hospitalet har truffet en overenskomst, der indebærer en beskyttelse såvel af fagforeningernes organiserede medlemmer som af vore patienter. I denne overenskomst er også indføjet bestemmelser om en tillidsmandsordning, således at man i arbejdsterapien har et forhandlingsberettiget selvvalgt udsnit af patientgruppen, der herigennem får kontakter helt på tværs af den normale hospitalsstruktur — kontakter til fagforeninger, til industriens tillidsmænd og til hospitalsledelsen, hvilket fra mange synspunkter — også terapeutiske — har været et gode. Patienterne opnår en rimelig beskyttelse af deres nære, håndgribelige økonomiske og arbejdsmæssige interesser, og det giver nogle af dem et helt nyt sæt erfaringer. Det har vist sig, at flere af de fungerende tillidsmænd har opnået en betydelig styrkelse af deres selvrespekt under deres virke. En af dem — en patient med en meget svær angstneurose, der har nødvendiggjort mange års hospitalsophold, har kunnet udskrives til daghospitalsbehandling og vil formentlig snart kunne gå videre til normalt arbejde netop i kraft af denne øgede selvrespekt, som skabtes af hans udmærkede, selvstændige funktion som tillidsmand. Vi har følt samarbejdet med industri og fagforeninger som noget ganske centralt i vore revalideringsforsøg. Efter at dette samarbejde er etableret og udbygget, har vore muligheder for placering af patienterne udenfor hospitalet, normalt eller selektivt, været

afgjort bedre end før. Vi ved altid nøje, hvem vi i et givet tilfælde skal søge kontakt med, og vi ved specielt, hvor vi har mulighed for at opnå hjælp til helt udogmatiske løsninger på vore placeringsproblemer. Som eksempel kan jeg nævne en nu 28-årig schizofren mand, der har været syg fra 20-årsalderen og præges af et overvejende hebefrent sygdomsbillede. Han er uddannet som automekaniker, men flere forsøg på at placere ham som mekaniker er slået fejl, overvejende p.gr. af patientens næsten inverse døgnrytme, som vi ikke har kunnet bryde. Han sover om formiddagen og i de første eftermiddagstimer, men er vågen, veltilpas og virksom om aftenen og i de første nattetimer. Vi fik denne patient placeret hos en af vore industrielle forbindelser som specialarbejder, således at han fik fast arbejdstid fra kl. 23 til kl. 7, hvilket medførte, at patienten nu i ca. ½ år har klaret en normal arbejdsydelse til en normal løn. Desværre har paranoide mistolkninger hos patienten fornylig medført, at han ikke længere ønsker at være beskæftiget på arbejdspladsen, men på et tidspunkt kunne man med rette betegne denne patient som fuldt erhvervsmæssigt revalideret, men dog ikke som fuldt socialt revalideret, idet han fremdeles var hospitaliseret.

Det er meget vigtigt, at man i disse forsøg med arbejdsterapi som basis for revalidering af en gruppe psykisk syge medinddrager overvejelser vedrørende den aktuelle samfundsstruktur i både snæver og vid betydning. I snæver betydning således, at man søger at analysere et hospitals optagelsesområde med henblik på graden af industrialisering for at kunne vurdere i hvilket omfang man bør anvende industrielt arbejde som middel til at fremme revalideringsprocesser og i videre betydning således, at man erkender, at industrien er et centralt element i den aktuelle samfundsstruktur, således at man ved at indføre industrielle arbejdsprocesser i hospitalet aktualiserer dets virkemidler og nærmer dets miljø til det for samfundet normale. Man anvender, som før sagt, den miljømodulerende effekt af industrielt præget arbejde som et terapeutikum, som må anses for næsten uundværligt for et hospital beliggende i et bysamfund.

I arbejdsterapien i Glostrup er ca. 120 patienter

beskæftigede. Ca. 50 af disse er daghospitalspatienter, og man kan om størstedelen af disse sige, at vort hovedformål er at give dem en beskyttet placering og en social status, der er realistisk. Denne status kan være og er oftest, både økonomisk og arbejdsmæssigt, tilfredsstillende både fra deres eget synspunkt og mindst lige så vigtigt fra deres familiers synspunkter.

I de forløbne 4 år har ca. 450 patienter passeret arbejdsterapien. Det er overmåde vanskeligt talmæssigt at skildre denne meget inhomogene patientgruppe, der blot er en meget ringe del af de patienter, der i de samme år har passeret hospitalet. Størstedelen af vore patienter har ikke eller blot forbigående erhvervsmæssige problemer og har ikke behov for specielle revalideringsforanstaltninger. For at illustrere hospitalets patientbelæg skal jeg anføre enkelte tal fra en tværsnitsundersøgelse, der har vist, at ca. 40 % af patienterne er schizofrene, ca. 12 % manio-depressive, ca. 20 % præsenile og arteriosclerotikere, ca. 10 % lider af andre organiske psykoser, ca. 12 % af neuroser og karakterneuroser, 2 % er oligofrene, og resten — ca. 4 % — repræsenterer andre diagnostiske kategorier. I arbejdsterapien er fordelingen en anden, idet nær 60 % er schizofrene, ca. 4 % er manio-depressive, ca. 13 % lider af organiske psykoser — overvejende posttraumatiske følgetilstande, 20 % lider af neuroser eller karakterneuroser, medens resten — ca. 3 % — er svagt begavede med redidiverende psykogene psykoser. Der er en klar tendens til, at antallet af schizofrene øges og da specielt i daghospitalsgruppen, der nu er så stor, at vi må planlægge særlige afsnit til denne gruppes behandling. Patienterne i arbejdsterapien er, som vore patienter i øvrigt, ret unge, idet ca. 13 % er under 19 år, 50 % er under 30 år, ca. 20 % er mellem 30 og 40 år, og blot 30 % er over 40 år. Det er klart, at de unge patienter i revalideringsplanlægning vises særlig interesse, men vi har ikke på forhånd udelukket nogen patient p.gr. af hans alder, og vi har således flere gange trænet patienter i 50-årene og fået dem placeret i normalt arbejde eller i beskyttet værksted. Vi har nogle gange forsøgt at opføre, hvor hyp-pigt vi anvender de tidligere beskrevne formål eller indikationer, idet man stadig må holde sig for øje,

at de i væsentlig grad overlapper hinanden. Som eksempel skal jeg nævne resultater fra en 2 år gammel opgørelse, der viste, at ca. 10 % af patienterne var under arbejdsprøvning med henblik på fremtidig placering, i ca. 15 % af tilfældene var ønsket om vedligeholdelse af arbejdsevne basis for placering i arbejdsterapi, ca. 15 % var under omskoling, og resten — ca. 60 % var under optræning — enten til normalt arbejde eller med det mål at få dem placeret i beskyttet værksted i eller udenfor hospitalet. Af den sidste gruppe kunne muligvis halvdel-sen siges at være varigt placeret på beskyttet værksted i hospitalet, men vore hidtidige erfaringer siger os, at vi bør være forsigtige og tålmodige, og at vi bør vente flere år, inden vi opgiver. Jeg tror, at man ofte bør vente 4—5 år, før man kan betragte en schizofren patient som optrænet til fuld udnyttelse af arbejdsmæssige ressourcer. Dette svarer ganske til J. K. Wing's erfaringer fra England, og det forekommer at tale for, at man kun udfører arbejdstestninger af schizofrene i psykiatriske arbejdskli-niker i nært samarbejde med et psykiatrisk hospi-tal.

Disse erfaringer har ført til, at vi beholder patienterne i arbejdsterapien meget længe. Vi har patienter, der har været der i mere end 4 år, uden at man endnu har ment det muligt at finde frem til nogen sikker revalideringsplan for dem. Andre patienter, og da især de patienter, hvis potentielt gode arbejdsevne, vi forsøger at bevare, har vi langt kortere tid — få uger eller få måneder, inden vi kan placere dem eller overlader til dem selv at søge normalt arbejde. Som jeg allerede tidligere har nævnt, har vi et meget nært samarbejde med en række industrivirksomheder og med de lokale fagforeninger, og vore socialrådgivere formidler i mange tilfælde ansættelse af vore patienter via disse kontakter. Vi lægger meget stor vægt på åbenhed under alle for-handlinger om arbejdsforhold. Patienten deltager i flere faser af forhandlingerne og giver således selv oplysninger om sin sygdom og dens konsekvenser — oplysninger, der suppleres af socialrådgiverne om nødvendigt. Som følge af denne direkte kontakt med arbejdsmarkedets parter udfører hospitalet i en lang række tilfælde revalideringsarbejdet i hele dets forløb, d.v.s. at man ikke søger revali-

deringscentrets hjælp i disse tilfælde, der må karakteriseres som de sværeste i den betydning, at disse patienter er de mest syge, som vi søger at placere. I et stort antal andre tilfælde samarbejder vi med revalideringscentret, idet vi tidligst muligt i sygdomsforløbet anmelder patienten til centret og hyppigt konfererer om udviklingen og om det rette tidspunkt for iværksættelse af centrets hjælpearbejde. Vi gør det især i tilfælde, hvor vi ved en kombination af somatisk og psykisk sygdom ønsker en arbejdsklinikvurdering og i tilfælde, hvor vi ønsker patienten placeret i et ordinært beskyttet værksted. Revalideringscentret er os naturligvis også til stor hjælp hos patienter, hvor industrielt arbejde ikke kommer på tale — både m.h.t. optræningsforanstaltninger og m.h.t. placering herefter.

Flere gange har jeg nævnt, at arbejds terapi er lønnet. Vi har eksperimenteret meget med former for aflønning, men har dog stort set fastholdt, at aflønningen bør stå i forhold til patientens ydelse og interesse for arbejdet — altså i princippet være en akkord aflønning. Vort vurderingssystem, der indeholder vurdering af faktorer som arbejdstempo, arbejdsrytme, præcision o.s.v. tillader os at nå frem til en efter vor egen opfattelse ret nøjagtig procentangivelse af patientens arbejdssevne, og på basis af denne lønnes han. Fortjensten kan være fra 5 kr. til 150 kr. ugentlig, men retter sig i nogen grad efter, hvad hospitalet får for det udførte arbejde, idet hele det indtjente beløb fordeles blandt patienterne. Vi får intet tilskud af offentlige midler, men personalet i arbejds terapien lønnes over hospitalets normale lønningskonto.

Resultatet af vore samlede bestræbelser for at revalidere psykisk syge foreligger ikke i talmæssige opgørelser, i hvert fald ikke i form af helt aktuelle tal, men for 2 år siden fandt vi, at ca. 15 % af patienterne havde kunnet placeres i normalt erhverv efter kortere eller længere tids træning i arbejds terapien. Ca. 15 % kunne placeres i beskyttet værksted udenfor hospitalet. Andre 20 % var passanter, d.v.s. at vi ikke havde kunnet danne os noget sikkert indtryk af arbejds terapiens betydning for dem. De øvrige 50 % måtte betragtes som varigt placeret i beskyttet værksted, men vi konkluderede, at en stor del af disse — mindst halvdelen,

kunne placeres udenfor hospitalet, hvis der fandtes beskyttede værksteder med psykiatrisk kvalificeret personale. Sådanne værksteder findes imidlertid endnu ikke i Danmark, og vi føler stærkt mangelen heraf, idet vi nu har det indtryk, at der blandt vore patienter er en endnu større gruppe, der kunne og burde placeres i sådanne værksteder. Vi har flere ønsker end dette ene. Først og fremmest ønsker vi egentlige psykiatriske arbejdsklinikker med moderne maskinelt udstyr. Det ser dog ud til, at en sådan arbejdsklinik nu vil blive oprettet i tilknytning til et nyt psykiatrisk hospital i Odense, men formentlig burde alle psykiatriske klinikker og hospitaler råde over en sådan arbejdsklinik. Et andet ønske er det forholdsvis beskedne at få rådighed over egnede lokaler til arbejds terapi på vore eksisterende hospitaler. I Glostrup har vi måttet anvende forskellige ganske uegnede kælderlokaler samt et ganske velegnet ca. 400 m³ stort værkstedslokale. I løbet af det kommende år får vi gode rummelige, velegnede fabrikslokaler med plads til ca. 120 af vore patienter og med mulighed for at intensivere det industrielle præg, idet vi bl.a. kan installere større maskiner og anvende trucks under transport til og fra lager.

Kort kan man sammenfatte vore erfaringer således: Ved revalidering af alle langvarigt syge psykiatriske patienter må man som basis for sine bestræbelser råde over en veludbygget industrielt præget arbejds terapi, der tillader arbejds testning, vedligeholdelse af resterende arbejdssevne og optræning og som rummer gode muligheder for at skabe en beskyttet arbejdsplads for de ikke fuldt revaliderbare. Dette betyder, at alle patienter med sværere psykiske sygdomme, selv om behandling af sygdommen i sig selv ikke kræver indlæggelse, dog bør indlægges i et psykiatrisk hospital, når et revalideringsforsøg påbegyndes, idet behandling og revalidering i erhvervsmæssig betydning ikke lader sig adskille, og idet man må mene, at vurdering af den resterende arbejdssevne, planlægning af optræning og vurdering af tidspunktet for videregivelse af patienten til revalideringscentrets omsorg alle er procedurer, der kræver intensiv og konstant lægelig overvågning. Psykiatriske hospitaler må have gode kontakter med arbejdsmarkedets parter for at

kunne skabe realistiske arbejdsforhold og for at kunne placere de revaliderede patienter ude på normale arbejdspladser. Langvarig — årelang optræ-

ning er nødvendig for schizofrene patienter og patienter med organiske psykoser, men har man tålmodighed, kan man forvente gode resultater.

Practical experiences in psychiatric rehabilitation

By overlæge C. J. Hansen, Aarhus, Denmark

Summary

Following a short review of the facilities available in Denmark for vocational rehabilitation of the mentally ill, some aspects of the work in the occupational therapy unit of a psychiatric hospital are described. The treatment aims at retaining the working capacity and beginning the retraining process, especially in the case of patients with schizo-

phrenia or organic psychosis.

The experiences gained since 1962 at the Stats-hospitalet in Glostrup with occupational therapy of a more industrial type are also reported. It has been found that workshops permitting realistic training in various forms of industrial work should be available at psychiatric hospitals.

Unna Er en hälsobringande vila på Mösseberg

Tel. Falköping 0515/100 46 för upplysningar
Vx. sanatoriet Falköping 0515/132 20

300 METER ÖVER HAVET

ligger kurorten MÖSSEBERG i Västergötland på bergets sydöstra sluttning, mycket vackert och vindskyddat. Moderna behandlingsresurser jämsides med behaglig komfort och vila.
9 håls golfbana (6 km.)

Patienter lidande av tuberkulos eller svårartad psykisk sjukdom kunna ej mottagas. Snabba direkta förbindelser med Stockholm 4,5 tim. Göteborg 1,5 tim.

Läkararvoden och kostnaderna för fysikalisk terapi ersättes till en del av sjukkassan.

Inga kurplats- eller inskrivningsavgifter.

Överläkare: Rune Wikström.

Modern medicinsk undersökningsavd. Alla brukliga badformer serveras. Individuell dietmat.

Begär prospekt

Nyhyttan

Kurort och enskilt sjukhem

Storslagen bergslagsnatur — utmärkta promenadvägar — hög och torr barrskogsluft — sjukgymnastik — massage — bad.

Överläkare: Med. Dr G. Smårs.

Behandling av invärtes sjukdomar, mag- och tarmsjukdomar, hjärt- och blodtryckssjukdomar, reumatiska åkommor. Konvalescens och rekreation. Prospekt och upplysningar genom rumsbeställningen. Tel. 0587/604 00

Postadress: Fack 65, JÄRNBOÅS.