

Den psykiatriska patientens rehabilitering inom industrin

Av doktor Erland Mindus, Stockholm¹⁾

I stigande utsträckning anordnas numera företags-hälsovård förlagd till arbetsplatsen och med rehabilitering som en av sina väsentligaste uppgifter. Både vid insjuknandet och vid återanpassningen kommer många av de psykiskt sjuka att passera genom dylika institutioner. Avsikten är här att redovisa en del erfarenheter från detta område och försöka klargöra vilka praktiska möjligheter som står till buds. I princip kan redan nu framhållas att en välorganiserad hälsovård är ett utmärkt instrument för all rehabilitering och kanske alldeles speciellt för de psykiskt sjuka.

Redogörelsen omfattar dels framhållandet av en del tendenser på arbetsmarknaden, som är av största betydelse för de psykiskt sjuka, dels en redogörelse för företagshälsovårdens målsättning, funktioner, teknik och psykologi. Härefter ges en redogörelse för rehabilitering och arbetsförmåga hos ett par psykiatriska material samt några sammanfattande slutsatser.

Bakgrundsdata

Den intensiva och allt snabbare omdaning av samhället avtecknar sig först på arbetsplatsen. De tekniska, ekonomiska och administrativa förändringarna i arbetslivet är kanske rent av de primära och drar med sig förändringen av samhällsstrukturen med befolkningsomflyttningar, förändringar i familjelivet, nya utbildningskrav, nya funktioner och gruppbildningar etc. Några av dessa förändringar har särskilt starka konsekvenser för psykiskt känsliga eller psykiska sjuka.

Förändringar av arbetskraven är en sådan faktor. De tekniska framstegen i riktning mot ökad automatisering och ökad användning av databehandlingsrutiner ger allt fler arbeten, där tillräckliga mentala resurser är en förutsättning för att

man skall kunna klara arbetet. Tidigare arbetskrav hänförde sig mycket mera till olika fysiska förutsättningar. Dessa blir mindre viktiga liksom en hel del av de tidigare efterfrågade psykomotoriska funktionerna av typen handlag o.dyl. I många arbeten blir det viktigare vilken typ av begåvning man har, om den är tillräcklig för att klara upp arbetsprocessens komplikationer, vad man har för personlighetstyp och personlig mognad med alla dess facetter som jämnt arbetssätt, ansvar, uthållighet m.m. En allt oftare återkommande fråga är om den emotionella stabiliteten är tillräcklig. — Den praktiska konsekvensen är att en betydande del av de enkla, okomplicerade sysselsättningstyperna med låga intellektuella krav håller på att rationaliseras bort och ställer den numerärt betydande gruppen av fullt arbetsföra, men intellektuellt knappt utrustade inför sysselsättningssvårigheter. På samma sätt leder ändrade arbetskrav och en p. gr. av nya administrativa tekniker förändrad arbetsplats ej sällan till en mera påfrestande situation för människor med personlighetsavvikelser eller rester av psykisk ohälsa.

Ökade krav på normal prestation är en annan mycket påtaglig tendens, som gör arbetssituationen osäkrare för den marginella arbetskraften. På varje arbetsplats har hittills funnits ett antal anställda, som av det ena eller andra skälet ej kunnat utföra en genomsnittlig insats, men som trots denna förhållandevis låga prestation hjälpligt kunnat försörja sig. Av sociala och andra skäl har arbetsledningens tills nu accepterat denna situation. Genom de starkt ökade kostnaderna, speciellt på lönesidan, har den ekonomiska marginalen för dylika privata "pensioneringssystem" fallit bort och en intensiv rationalisering satts in. Den omedelbara konsekvensen har blivit att de med inskränkningar i arbetsförmågan vare sig genom ålder eller ohälsa kommit i farozonen. Självklart är att detta har av-

¹ Förtroendeläkare hos K. väg- och vattenbyggnadsstyrelsen

sevärda konsekvenser för personal med psykiska svårigheter.

Uppsplitrning av arbetsprocessen i mindre och mindre fragment är den karaktäristiska följden av all teknisk rationalisering. Den kan ses inte bara hos den kollektivavlönade personalens arbetsformer utan börjar bli allt vanligare i rutintjänstemännens. I sina mest extrema former som vid monteringsband omfattar arbetscykeln bara några få handgrepp, som styrs av fastlagda metoder och tider och som utförs med givna verktyg. Givet är att många av dessa arbetsuppgifter ger små möjligheter att utnyttja egen kapacitet och kanske bjuder föga av intresse, vilket i sin tur kan ge hinder för personlig utveckling och inte så stor känsla av prestation. Attitydundersökningar har visat att under sådana förhållanden kan arbetstillfredsställelsen bli låg och vissa data pekar på att detta har negativa konsekvenser för den psykiska hälsan. Oskolod personal, sysselsatt i dylika "maskin-människa-system" synes ha en högre frekvens av psykisk ohälsa än väl yrkesutbildade i krävande funktioner. För psykiskt sjuka och anställda med avvikelser i personlighetsstrukturen måste detta i vissa fall bli en faktor att räkna med.

Koncentrationen inom företagen till större enheter, belägna i storstadsregioner ställer ur vissa synpunkter större krav på individuell motståndskraft. Både den teknologiska förändringen av arbetet, koncentrationen till större företag och större samhällsenheter reducerar den stabiliserande effekten som gruppbildningen har på den enskilde individen. I det lilla företaget på den mindre orten sammanfaller såväl arbetsgrupp, som fritidsgrupp och en mångfald normer från dessa grupper ger var och en något av en "social korsett", som i sin tur verksamt bidrar till den psykiska motståndskraften. Genom ändring och framför allt minskning av grupprelationerna, vilket s.a.s. automatiskt följer teknologi och modern administration blir var och en mera hänvisad till inneboende resurser. Detta får omedelbart konsekvenser för de betydande grupper på arbetsmarknaden, som har mindre god motståndskraft bl.a. på grund av psykisk ohälsa.

Det finns sålunda en del tendenser på arbetsmarknaden, som kan innebära risker för den men-

talt mindre väl utrustade delen av befolkningen och som också blir av betydelse vid rehabilitering av långvarigt psykiskt sjuka. Men här till kommer ytterligare ett par synpunkter av betydelse. — Som en fortsättning av Hollingshead & Redlichs m.fl. klassiska undersökningar om sambandet mellan typ av psykisk ohälsa och olika sociala faktorer har kommit en del nyare studier av Srole, Langner, Michael m.fl. som visar ett positivt samband mellan styrkan i anpassningsförmågan, speciellt till arbete och socialekonomiska faktorer som skolning, position på yrkesskalan, ekonomi och socialgruppstillhörighet. Med förbättrad socialekonomisk standard ökar stabiliteten i anpassningen och risken sjunker för invaliderade psykiska reaktioner, och omvänt. Den praktiska konsekvensen är att man får en slags cirkelgång: en stor grupp av de psykiskt sjuka har redan från början haft en skör eller dålig anpassning, misslyckats och sjuknat och blir som en följd av denna mekanism svåra att rehabilitera, då de primära förutsättningarna i deras anpassning saknas. Recidivrisken är således stor. — Samtidigt har förbättrad sjukvård liksom bättre eftervård börjat skapa förutsättningar för att flera kroniskt psykiskt sjuka, framförallt schizofrenierna, skall kunna återanpassas till arbetsplatsen. Men under tiden har denna blivit mera krävande.

Den praktiska konsekvensen av dessa synpunkter blir närmast en truism: behandling skall insättas så tidigt att arbetsanpassningen inte störs.

Företagshälsovårdens aktiviteter

I modern företagshälsovård finns alltid fyra huvudingredienser: Förebyggande hälsovård, rehabilitering, sjukvård och konsultverksamhet. Beroende på företagets struktur, storlek och belägenhet får än den ena, än den andra grenen större tyngd, men samtliga aktiviteter finns alltid representerade.

Målsättningen är förutom att skydda arbetstagna mot hälsorisker, att medverka till anpassning ur fysisk och psykisk synpunkt och att anpassa arbetet till de anställdas förutsättningar. Därjämte skall man försöka bidra till den av Världshälsoorganisationen angivna målsättningen, högsta möjliga fysiska och psykiska hälsotillstånd.

Förebyggande hälsovård

En av de långsiktigaste uppgifterna är läkarens medverkan vid rekrytering och urval av olika personalkategorier. Arbetet förutsätter ingående kännedom om olika arbetsuppgifters krav. Dessa kunskaper brukar numera systematiseras i s.k. medicinska arbetsanalyser. Mot dessa skall ställas en bild av aspirantens hälsomässiga förutsättningar och personliga lämplighet, lämpligen redovisat i form av en s. k. kapacitetsprofil. Med hänsyn till vad som angavs i inledningen om förskjutningen av arbetskraven i riktning mot psykiska egenskaper kommer för många arbetstyper personlighetsbedömningen vara avgörande. Självklart gäller detta mera ju mera kvalificerad funktionen är.

I denna verksamhet ligger därför mycket, som är relevant ur mentalhygienisk synpunkt. Primärt kommer rådgivningen baserad på en jämförelse mellan arbetskrav och personliga förutsättningar. Tillsammans med den arbetssökande kan man till en viss grad reda ut vilken typ av arbete som bäst passar såväl intresse som personlighet. I de många fall där ambitioner och resurser ej svarar mot varandra kan denna rådgivning bli avgörande. I andra fall finner man någon form av personlighetsavvikelse, som kan innebära ett latent hot mot anpassningen. I sådana fall är en särskilt noggrann inplacering s.k. selectiv placement angelägen liksom en uppföljning av den fortsatta anpassningen. Självklart är att detta ännu mera gäller om aspiranter med genomgångna psykiska sjukdomar, ev. med kvarstående men. — Genom läkarens medverkan i anställningsrutinen får han en ingående kunskap om väsentliga drag hos personalen och får från början korn på personer, som p.g.r. av tidigare genomgången psykisk sjukdom eller personlighetsavvikelser kan vara i behov av särskilt stöd.

I den förebyggande hälsovården ingår en lång rad hälsoundersökningar. Från början var dessa koncentrerade till grupper med risk för yrkessjukdom, men har senare utvidgats till att omfatta äldre anställda, grupper med hög sjukfrånvaro, vissa av de begränsat arbetsföra samt personal i särskilt ansvarsfulla positioner.

I alla dessa rutiner finns psykologiska moment. Vid undersökningar av personal med befarad risk

för yrkessjukdom finner man ofta i gruppen någon neurotisk eller depressiv person, som projicerar sina svårigheter och symtom på hälsorisen och sprider sin ängslan till kamraterna. Hos de äldre finner man inte sällan bakom de somatiskt-asteniska besvären grubbel kring trötthet, sjunkande sexualitet, känsla av otillräcklighet med benägenhet för depressiva svängningar och en del med odiagnosticerade presenila depressioner. — Undersökningarna av personal med ofta återkommande sjukfrånvaro karaktäriseras av att det rör sig om en grupp av lågresistent, ej sällan dåligt anpassade personer med personlighetsavvikelser eller rester av psykisk sjukdom. Huvuddelen är neurotiska med stark fixering till diverse somatiska besvär. — I gruppen av partiellt arbetsföra ingår som en väsentlig grupp sådana med avlupna eller recidiverade psykiska sjukdomar eller med så påtagliga personlighetsavvikelser att anpassningen tidvis sviktar och att de har svårt att klara normal prestation. Huvudinriktningen är givetvis att följa upp och stötta anpassningen och se till att arbetskraven ej alltför mycket avviker från de aktuella förutsättningarna. — Rutinundersökningarna av arbetsledare på olika nivåer och av andra för produktionen betydelsefulla personer innefattar liksom alla övriga hälsoundersökningar en ingående diskussion av hur arbetssituationen upplevs. Man försöker penetrera graden av arbetstillfredsställelse, vilka faktorer som uppfattas som belastande och hur pass realistisk insikt i den egna kapaciteten som kan finnas.

I hälsoundersökningarna ingår som ett väsentligt led psykologisk rådgivning. Den riktar sig både till grupper av mera ömtåliga eller begränsat arbetsföra liksom till ledaregrupperna. I alla fallen kan detta leda till förbättrad kunskap om de egna begränsningarna och resurserna och vara ett hjälpmedel både vid rehabilitering och anpassning.

I de förebyggande aktiviteterna ingår dessutom ergonomi, d.v.s. en anpassning av arbetet till de personliga förutsättningarna, mentalhygienisk rådgivning i striktare bemärkelse speciellt i samband med uppföljningen av anpassningen samt undervisning i hälsovård.

Rehabilitering tillhör standardaktiviteterna i fö-

retagshälsovården. Dess primära instrument är sjukfrånvaroregistreringen med vilken man kan spåra upp långtidssjuka och skadade, som kan förmodas vara i behov av rehabilitering. Hembesök genom sjuksköterskor eller personalkonsulenter hos dessa grupper är också ett gott hjälpmedel. Dessa kontakter leder till en kartläggning av begränsningarnas omfattning och art, inverkan av psykologiska moment och ev. förekomst av rehabiliteringsmostånd. I samråd med den behandlande läkaren diskuteras behovet av eftervård liksom övrig stödjande verksamhet. Man tar ställning till om det behövs någon uppträning i något konvalescentarbete, om det är möjligt att förr eller senare återgå till det ursprungliga arbetet eller om man genast måste planera för omplacering. I de större företagen har man genom arbetsanalyserna kännedom om olika arbeten med subnormala krav liksom ej sällan särskilda avdelningar med för konvalescenter tillrättalagda arbeten. Oftast finns också en del reträttplatser av typen skyddad sysselsättning.

Gränsen mellan den slutna sjukvården, eftervården och rehabiliteringen är naturligtvis oskarp. Sedan den primära frakturbehandlingen avslutats kan patienten övertas av företagsläkaren för uppträning och arbetsplacering. Likaså kan de psykiskt sjukas medicinering följas upp under tiden, som arbetsträning pågår och inplacering påbörjas. Med den aktiva inställning som är karaktäristisk för företagshälsovården, där läkare och sköterskor ständigt tar initiativ är det lätt att se till att kroniskt sjuka schizofrenier verkligen kontinuerligt tar sina psykofarmaka och att depressionerna inte i förtid avbryter sin medikation etc.

Sjukvård inom företagshälsovårdens ram är i första hand avsedd för arbetsför personal och skall begränsas till vad som kan klaras med få diagnostiska och terapeutiska åtgärder. Komlicerad eller långvarig vård faller inom ramen för vad samhället skall svara för. — Genom det väl inarbetade samspelet mellan arbetsledning, personalavdelning och företagsläkare slussas sjuka med obetydliga och tidiga symtom till behandling. Erfarenheten har visat att rutinerade och väl utbildade arbetsledare på ett mycket tidigt stadium noterar förändringar i prestation eller attityd eller beteende hos

de anställda och kan därför i praktiken medverka till att psykiskt liksom på annat sätt sjuka snabbt kan få tillgång till vård. Företagsläkarna har ofta väl inarbetade kontakter med omgivande specialister, vilket i sin tur förkortar väntetider och medger behandling innan arbetsförmågan påverkats mera påtagligt.

Konsultverksamheten innefattar den ofta mycket omfattande rådgivning, som företagsläkaren utövar både när det gäller enskilda individer och mera generella arbetsförhållanden. Konsumenter av denna rådgivning är olika skikt av arbetsledarna liksom personalavdelningen. Rådfrågningen beträffande enskilda anställda gäller avvikelser i prestation, attityd eller beteende liksom innebörden av iakttagna sjukdomstecken, översjuklighet etc. Frågorna gäller hur man bäst skall förhålla sig i sin arbetsledning eller som kamrat till den presumtivt sjuke, hur arbetet skall läggas till rätta, när läkaren skall kopplas in etc. Ibland blir läkaren tillfrågad om arbetets uppläggning, speciellt ur ergonometrisk synpunkt, men ibland ur mera psykologiska eller sociala aspekter. Frågor om organisation, typ av arbetsledning, psykologiskt klimat kan därvid aktualiseras.

Rådgivningen beträffande enskilda anställda kan sägas vara en kontinuerlig undervisning i bl.a. mentalhygien baserad på konkreta praktikfall. Den leder till tidigare diagnostik än annars skulle vara fallet och medverkar till bättre arbetsledning och klimat liksom till kunskaper om vad som skall handhas av arbetsledningen och vad som skall slusas vidare till specialister.

Företagshälsovården är sålunda ett utvecklat instrument för anpassning och omhändertagande av de anställda. Oberoende av bakgrund och attityd blir företagsläkaren en specialist på arbetsanpassning och en väsentlig del av hans aktiviteter har mentalhygieniska aspekter. (Numera ingår också en del mentalhygien i utbildningen.) Det är därför naturligt att ett samarbete åstadkoms mellan mentalsjukvården och de här återgivna aktiviteterna. Här och var har psykiatrisk konsultation knutits till företagshälsovården, men detta har ännu skett i alldeles för liten utsträckning. Likaså har den slutna mentalsjukvårdens representanter varit återhåll-

samma i sina kontakter. Om detta berott på otillräcklig kännedom om denna relativt nya gren av medicinen eller på grund av principiella betänkligheter av annan art är svårt att säga. Under alla förhållanden kan påstås att det finns i företag med dessa anordningar ett färdigt system för rehabilitering av bl.a. de psykiskt sjuka. Detta system har en praktisk och verklighetsnära förankring med en betydande flexibilitet och ett minimum av byråkratiska barriärer.

Praktiska exempel på psykiatrisk rehabilitering

Exempel från en större verkstadsindustri

Företaget har en utbyggd personalvård med en väl etablerad företagshälsovård, som har stor kapacitet. Till denna har varit knuten en psykiatrisk konsultationsverksamhet med regelbundna mottagningar, till vilka anställda med nervösa besvär fått vända sig eller till vilka arbetsledningen, företagets läkare eller personalfunktionen remitterat anställda med arbets- och anpassningsproblem. Arbetet har skett i intim kontakt med företagsläkarna, den psykologiska avdelningen, personalchefer och avdelningschefer. Under tre år undersöktes 283 fall, av vilka senare 201 (71 %) efterundersöktes. Observationstiden var mindre än 18 månader i 21 %, mellan 18 och 36 månader i 36,4 % och mer än 36 månader i 42,6 %. Med undantag av några få fall, som ej önskade medverka vid efterundersökningen hade huvuddelen av de ej efterundersökta slutat och för dessa fanns uppgifter om deras tillstånd fram till anställningens upphörande. Hälften av materialet utgöres av tjänstemän på olika nivåer, hälften av arbetare med i huvudsak rutinbetonat tempoarbete. Kön, ålder och civilstånd sammanföll helt med företagets övriga population.

Indikationerna för undersökningen utgjordes av psykiska symtom i 57 %, låg arbetsförmåga 11,4 %, hög frånvarofrekvens 9,5 %, samarbetsproblem 7,4 % och andra skäl i 14,7 %. — Betr. de kliniska sjukdomsbilderna påverkas fördelningen av att materialet ej var slumpvis utvalt, ej tidigare undersökt och att de mest trängande fallen först hänvisades till undersökning. Detta innebar att fall

med svåra kontaktstörningar eller andra påtagliga avvikelser i attityd och beteende först hänvisades. Likaså fall, som ständigt krävde omplaceringar hänvisades förhållandevis ofta. Följden härav är att schizofreniforma psykoser är överrepresenterade. I det ursprungliga materialet var frekvensen 12 % och i den grupp, som ej efterundersökts och som slutat var frekvensen 30 %. I övrigt var fördelningen den vanliga, (mano-depressiv ps. 3,5 %, presenila och senila ps. 4,5 %, exogena ps. 1,0 %, psykogena ps. 8,5 %, lesionella ps. 8,5 %, andra oklara ps. 11,0 %, oligofreni 5 % samt resten olika neurotiska reaktioner, psykiska insufficienstillstånd och psychopatier 46 %). — Beträffande personlighetstyperna dominerade i det efterundersökta materialet de psykasteniska och anakastiska, följt av känsloklyliga-schizoida och dysforiskt-depressiva, hos de ej efterundersökta dominerade de känsloklyliga-schizoida följt av psykasteniska, psykoinfantila och hysteroida personlighetstyper.

Vid efterundersökningen kunde påvisas att den psykiska reaktionen hade varit en engångsföreteelse hos 18,3 %, hos 20 % måste tillståndet betecknas som kroniskt och hos de resterande 61,7% reciderade patienterna spontant eller vid belastning. — 15,8 % var symtomfria, 39,2 % förbättrade, men hade tidvis besvär, 41,7 % var förbättrade och 3,3 % försämrade. (I den ej efterundersökta gruppen var frekvensen av försämrade och oförbättrade naturligtvis betydligt större, 9 % resp. 89 %). Av stort intresse är att i den efterundersökta gruppen en så hög frekvens av oförbättrade noteras utan att detta i högre grad inverkat på sysselsättbarheten. Dessa har tydligen trots kvarstående mer eller mindre konstant märkbara symtom kunnat hålla sig kvar i arbetet. Det var något alldeles påfallande vid efterundersökningen hur många av patienterna angav att de hade lika besvärligt som förut, de klagade ej sällan på exakt samma sätt som vid den första utredningen, och ändå var de kvar i arbete, ofta också i samma arbete på samma avdelning. Uttalat paranoida personligheter, som år från år klagat på behandlingen kan trots allt utföra ett även kvalificerat arbete. Hysteroida med benägenhet för dramatiska accentueringar av bagatellskador fortsätta i tunga tempoarbeten. De som läm-

nar företaget har å andra sidan dels som nyss nämnt en högre frekvens av schizofreniforma psykoser, dels en högre frekvens av schizoida, psykastiska, psykoinfantila och hysteroida drag.

Patienternas arbetsförhållanden vid efterundersökningen visade att 52 % var kvar i det ursprungliga arbetet, klarade det och var nöjda. Ytterligare 10 % var kvar i samma arbete, men hade svårt att klara det och var missnöjda. Omplacering eller lindring i arbetet hade gjorts med gott resultat i 21 % och i 14 % hade motsvarande åtgärder utförts utan att patienterna tyckte sig ha fått det bättre. I några fall (3 %) hade vederbörande fått mera kvalificerat arbete.

Slutsatsen av denna försöksverksamhet är att även intensiva symtom eller kroniska resp. recidiverande tillstånd ej tillåter några slutsatser om arbetsförmåga och social anpassning. Likaså visar studien att en psykiatrisk service ansluten till arbetsplatsens företagshälsovård med dess rutiner för uppföljning och rehabilitering ger goda möjligheter att konservera arbetsförmågan och möjliggör ett kvarstannande i arbete.

Exempel från tung industri (järnbruk)

I likhet med det förra exemplet har företaget en väl fungerande personalvård och en ytterst väl utbyggd företagshälsovård, där chefsläkaren sedan mer än tio år haft psykiatrisk specialistkompetens. Genom lokala förbandsstationer, ambulerande sjuksköterskor och intimt samarbete med särskilda personalförmän har möjligheterna varit synnerligen goda att på ett tidigt stadium fånga upp börjande sjukdomsytttringar, ej sällan långt innan det varit uppenbart att vederbörande varit sjuk, liksom att kontinuerligt följa insufficianta eller tidigare sjuka. Särskild konvalescentverkstad liksom tillgång till skyddade arbetsplatser och en intensiv omplaceringsverksamhet har medverkat till förekomsten av en kvalificerad rehabilitering. Personalen har representerat en mycket stabil population med liten omsättning och stark bundenhet till företaget och orten.

Under ej fullt tre år undersöktes vid företagets läkarmottagning 245 personer med psykiska symtom av varierande intensitet. Antalet undersök-

ningar per fall var i många fall stort och data fanns om de flesta sedan lång tid tillbaka. 88 % var män, 62 % under 50 år, 25,7 % var tjänstemän och resten arbetare. 65,8 % hade en anställningstid på mer än tio år. Den undersökta gruppen var ur demografisk synpunkt lik företagets totala population.

Av de undersökta hade 38,4 % tidigare haft någon somatisk sjukdom av betydelse och i 5,7 % fanns kvarstående men eller besvär, som verkat disponerande för den aktuella psykiska sjukdomen (lesionella faktorer, cirkulationsrubbningar, höggradig dövhet). I 27,8 % fanns samtidigt med den psykiska sjukdomsdebuten somatisk sjukdom (15,9 % hade på denna grund nedsatt arbetsförmåga). I 10,2 % bedömdes den somatiska sjukdomen ha varit utlösande för de psykiska störningarna med huvudparten betingad av cirkulationsrubbningar och hypertoni.

Som normalbegåvade kunde 82 % betecknas medan resten var subkapabla eller intellektuellt nivå-sänkta, ev. i kombination. Avvikande personlighetstyp noterades hos 68 % av den undersökta gruppen med psykastiska-anakastiska personligheter klart dominerande. I fallande frekvens iaktogs dysforiskt-depressiva, psykoinfantila, känslolyliga-schizoida, kontaktstörda, primitiva, hysteroida.

32 % var första gånga sjuka medan resten hade redan tidigare haft psykiska skov. Neurotiska reaktioner och psykiska insufficiensstillstånd dominerade med 33,8 % följt av övriga psykoser med 22,9 %, intoxicationer, huvudsakligen alkohol 18,8 %, psykiska abnormtillstånd (psychopatier) 7,7 %, presenila-sensila tillstånd 4,9 %, skallskador 4,5 %, schizofreniforma psykoser 3,7 %, maniskt-depressiva tillstånd 3,7 %. — Materialet grupperades även med hänsyn till sjukdomstillståndets svårighetsgrad. De svåraste formerna representerades av schizofreniforma psykoser, kronisk alkoholism och uttalad psykopati och förekom i en frekvens av 39,0 %, måttligt svåra var olika former av depressioner av endogen, presenil och senil typ i en frekvens av 10,5 % samt lättare psykiska avvikelser i form av neuroser och olika sorters psykiska insufficiensstillstånd i en frekvens av 50,5 %. Av

intresse är att frekvenserna varierade i de olika tjänstekategorierna. Hos tjänstemännen dominerade de neurotiska och insufficiensartade tillstånden med 75,5 %, medan motsvarande siffra för arbetarna var 50,5. De allvarigare rubbningarna som schizofrenier, alkoholism och psychopati visade också olikheter i grupperna, tjänstemännen 24,5 %, arbetarna 39,0 %. Fynden stämmer väl överens med de av Hollingshead & Redlich, Langer & Michael m.fl. redovisade sambanden mellan psykisk ohälsa och socialekonomiska faktorer.

Beträffande den utlösande faktorn till den psykiska sjukdomen kunde ingen säker sådan påvisas i 41 %. I de övriga fallen förekom problem i arbetet i 35,4 %, annan sjukdom 19,4 %, familjeproblem exkl. äktenskapssvårigheter 13,2 %, äktenskapliga bekymmer 12,5 %, sociala faktorer exkl. bostadsproblem 10,4 %, dåliga bostadsförhållanden 6,3 % samt div. moment 2,8 %. Även när det gäller den utlösande faktorn framträder vissa olikheter hos de olika tjänstekategorierna. Hos tjänstemännen var det i 55 % problem i arbetet som startade den psykiska reaktionen, hos förmännen i 41 % och hos arbetarna i 27,5 %. Tydligt är att när arbetsförhållandena utlöser reaktionen den i det dominerande antalet fall i samtliga tjänstekategorier är av relativt lindrigt slag (psykiska insufficiensstillstånd, neurotiska reaktioner etc.)

Utöver den ambulanta vården fick 31 % av materialet också slutenvård.

För att bedöma rehabiliteringseffekten på det undersökta materialet har sjukfrånvaron framtagits och jämförts med motsvarande siffror för hela företaget. För män i olika tjänstekategorier låg den totala frånvarofrekvensen i hela företaget mellan 11,7 och 14,4 sjukdagar per anställd och år, för kvinnor mellan 22,1 och 24,5 dagar. För den undersökta gruppen noterades att 52,7 % hade 30 dagar och mindre, varav icke mindre än 8,6 % ej hade någon frånvaro alls och 24,1 % mellan en och nio sjukfrånvarodagar. Mellan en och tre månaders frånvaro hade 22 % och mer än tre månader förekom i 25,3 %. Det är sålunda påtagligt att endast en fjärdedel drar långa sjuktider och att en avsevärd del av dessa psykiskt sjuka klarar sig utan nämnvärd frånvaro. — Antalet frånvarotillfällen

är en annan standardparameter. För hela företaget låg den för män mellan 0,9 och 1,5 tillfällen och för kvinnorna mellan 1,2 och 3,5 frånvarotillfällen. För de psykiskt sjuka var motsvarande frekvenser följande: mindre än 5 frånvarotillfällen förekom hos 61,2 % varav 7,7 % ej hade någon frånvaro alls, 5—6 frånvarotillfällen per år förekom hos 9,8 % och mer än 6 gångers frånvaro noterades hos 29 %. Även här noteras sålunda att en betydande del av de psykiskt sjuka ej har en betungande frånvaro. — Sjukdomsdurationen, d.v.s. antalet sjukdagar per sjukfrånvarotillfälle, visade för hela företaget för männen en variation mellan 4,0 och 12,5 dagar. För kvinnorna var motsvarande 5,0 för de månadsavlönade och 13,6 för de kollektivanställda. Genomsnittet för samtliga i hela företaget var 8,1. I patientmaterialet hade de manliga tjänstemännen 5,4, förmännen 13,1 och arbetarna 14,6 sjukdagar per frånvarotillfälle medan kvinnliga tjänstemän hade 6,6 och kvinnliga arbetare 15,7 dagars genomsnittlig sjukduration. Sjuktiderna tenderade sålunda att dra ut betydligt mera för arbetarna medan de sjuka tjänstemännen ej avvek särskilt mycket från det för företaget genomsnittliga. Givetvis drog den lilla gruppen av schizofrenier och alkoholister de längsta tiderna. Slutsatsen av denna studie är att de psykiskt sjuka, när de omhändertages inom ramen för en utbyggd företagshälsovård med tillgång till psykiatrisk expertis, tidigdiagnostik, kontinuerlig uppföljning och rehabilitering i frapperande hög grad behåller arbetsförmågan. Varken antalet frånvarodagar, antalet frånvarotillfällen eller sjukdomsdurationens längd blir under sådana förhållanden särskilt svåra problem. Ock detta gäller även de kroniska schizofrenierna i materialet (13 st.) med mångårig sjukdomstid och i flera fall ytterst besvärliga paranoidea reaktionsmönster.

Exempel från medeltung industri (tyngre verkstadsd:o)

I samband med installerande av ny teknisk utrustning och intensiv rationaliseringsverksamhet behövs företagsledningen få bättre kunskaper om strukturen av den svårsysselsättbara arbetskraften. Då personalfunktionen är förhållandevis outveck-

lad och företaget saknar egen företagshälsovård inkallas industriläkare med psykiatrisk specialistkompetens som konsult. 316 av arbetsledning och personalavdelning som begränsat arbetsföra betecknade genomgås med hänsyn till hälsotillstånd och arbetsförmåga. På basen av dessa undersökningar och av arbetsledningen lämnade uppgifter om kapacitet resp. begränsningar görs upp förslag till omplaceringar, ytterligare medicinsk specialvård, rehabilitering och ev. sjukpensionering. Med några få undantag är samtliga undersökta kollektivanställda med i de flesta fall mycket långa anställningstider. Två tredjedelar är över 50 år. Alla typer av sysselsättningar från kvalificerade yrkesarbeten till enkla hantlangarsysslor finns representerade.

De kliniska fynden är typiska för alla dylika material av begränsat arbetsföra med hållnings- och rörelseorganens sjukdomar som den mest frekventa gruppen, därefter följt av psychoneuroser, psykoser och patologiska personligheter. I fallande frekvens kom därefter kroniska bronkiter, neurologiska rubbningar och övriga. Intellekтуellt fullmålga, utan personlighetsavvikelser och psykiska friska var 65 % av den undersökta gruppen. I 10 % noterades oligofrena oich intellekтуellt nivå-sänkta. 35 % företedde mer eller mindre grava personlighetsavvikelser.

Av intresse ur rehabiliteringssynpunkt var hur många av de undersökta, som hade grava psykiska störningar, men som ändå hittills hade kunnat bibehålla sin arbetsförmåga i sådan grad att de kunde betecknas som sysselsättbara, även om i åtskilliga fall med betydande svårigheter. Uppenbart var å andra sidan hur dessa sjuka alltmera tenderade att få svårigheter, när företaget av ekonomiska och andra skäl började ställa krav på normal prestation som förutsättning för fortsatt anställning. I icke mindre än 27 % av hela den studerade gruppen förelåg en klar invaliditet varierande mellan 20 och nära 50 %.

Under arbetets gång blev två konsekvenser tydliga. Den första var att man klarar ej personalproblem i dag utan tillgång till en utvecklad personalavdelning och fullgod företagshälsovård. Den andra var att skall begränsat arbetsföra och alldeles

särskilt psykiskt sjuka kunna hålla sig kvar på en alltmera krävande arbetsmarknad krävs ett intimt samspel mellan samhällets hjälporgan och företaget. Om sjuka eller partiellt arbetsföra kan få en del av sin inkomst från försäkringskassorna och resten som avlöning för den faktiska prestationen från arbetsgivaren kommer toleransen gentemot kroniskt sjuka, defektläkta eller på annat sätt handikappade att öka väsentligt och den gamla anställningstryggheten kunna bibehållas.

Rehabiliteringssvårigheter i relation till olika psykiatriska diagnosgrupper

Från företagsläkarnas synpunkter representerar det psykiatriska klientelet ett brett panorama av mycket starkt varierande svårighetsgrad. I den ena ändan innebär sjukdomen eller avvikelser knappast något hot mot arbetsanpassningen och någon mera komplicerad rehabilitering krävs ej. I den andra motpolen ter sig rehabiliteringen ofta så gott som omöjlig och slutskedet bli tyvärr ofta ett och det samma, sjukpension.

De psykiska insufficiensstillstånden, huvudparten av neuroserna och de endogena depressionerna behåller i hög grad sin anpassning, kan oftast återgå till sina ordinarie arbetsuppgifter och behöver förhållandevis få lättnader i arbetskraven. Något stigande svårighetsgrad representeras av de presenila sjukdomstillstånden av mera kronisk art liksom de "substabila" kroniska insufficienserna. Svårigheterna med dessa är ofta mycket långdragna, upprepade omplaceringar måste oftast göras, de är trägna besökare hos personalavdelning och företagsläkare och man måste tidvis acceptera en sviktande eller upphävd anpassning. Oftast brukar man dock i det långa loppet komma till rätta med dem, vare sig dessa sjuka tillfrisknar eller enbart resignerar. En egendomlig mellangrupp representeras av de paranoidea reaktionerna. Dessa patienter kan sägas ha en mycket hög grad av anställningsstabilitet trots att de ständigt ger uttryck för sina negativa attityder gentemot arbetsgivare, förmän och kamrater. Om man lärt omgivningen att "leva" med dessa svåra människor klarar de oftast arbetsuppgifterna fullt tillfredsställande och utgör ej heller en alltför svår belastning för omgivningen. Förut-

sättningen härför är företagsläkare med en positiv attityd till psykiatriska problem som kan "pacifiera" de sjukas omgivning genom en adekvat praktisk undervisning. — Därefter i svårighetsgrad kan betecknas de psykoinfantila, de hysteroida och en del andra grupper med personlighetsavvikelser. Gemensamt för dem alla är den minimala resistensen gentemot belastning, den ofta massiva fixeringen i psykosomatiska reaktionsmönster, den ofta återkommande och gärna långa sjukfrånvaron och deras stor krav på stöd från arbetsledning och andra. Uttröttade förmän vill i långa loppet bli av med dem och möjligheterna att omplacera dem sjunker med att ryktet om deras besvärlighet sprider sig. — Som svårast att rehabilitera måste betecknas de avancerade alkoholisterna med uttalade personlighetsavvikelser och ett destruktivt reaktionssätt liksom kroniska nivå-sänkta schizofrenier, som har

vårdats mycket länge på sjukhus. De senare behöver uppträning på skyddad arbetsplats eller konvalescentverkstad, en kontinuerlig kontroll av att föreskriven medicinering genomföres, en ytterst långsam ökning av prestationskraven och i slutstadiet ett arbete med inte alltför stora variationer i tempo och innehåll.

För att en fullgod rehabilitering av de psykiskt sjuka skall kunna ske är förutsättningen sålunda ett intimt organiserat samarbete mellan den slutna och öppna psykiatriska vården och företagshälsövården. Den öppna vårdens psykiatriker bör fungera som konsulter åt företagsläkarna och följa upp sina patienter ute på arbetsplatserna. En verksamhet av denna sort medför också tidigare diagnos och terapi, mindre krav på sjukskrivning och slutten vård och som en konsekvens mindre krav på komplicerad och dyrbar rehabilitering.

Rehabilitation of psychiatric patients in industry

By dr Erland Mindus, Stockholm, Sweden

Summary

The paper deals with what can be expected from an integrated occupational health program. Before presenting the standard activities of such a program some changes in the current labor market are discussed: More elaborate technology and automation reduces the number of jobs requiring low intellectual skills, which will affect the position for the mentally retarded and certain groups of scizoid personalities who need monotonous jobs. Job standards are much more consistently applied today, which means that persons with low performance rates have greater difficulty in holding jobs. Intense fragmentation of jobs such as is practised in many assembly line processes reduces group formation and job satisfaction. The former factor means that the support from the group will be decreased, which puts the emotionally sick or deviating personalities in less sheltered positions. The second factor is linked to mental health, low job

satisfaction giving low selfesteem and poor mental health.

The standard activities of the occupational health program includes preventive work, rehabilitation, therapeutic measures and consultations. The goal of these programs is to develop and maintain good adjustment to the job in all groups of employees. The modern industrial physician if well trained and well selected as a specialist on adjustment problems and consequently is versed in counseling. A good occupational health program should be much more utilized in psychiatric rehabilitation.

Three examples from different types of industries are given. The first is a follow up study on performance in a group of psychiatric patients, the second compares abstenteeism rates in a psychiatric patient group in relation to the standard population. The third gives the incidence of psychiatric deviations in a group of low performance rated employees.