

en patient, der f.eks. søger læge på grund af armsmerter, ofte får en sygemelding af denne samt en henvisning til fysiurgisk klinik. Her må patienten ofte vente 1 måned på behandling, d.v.s. han meget let risikerer, med et par måneders behandling, et sygefravær på ca. 3 måneder, med økonomisk tab, både for patienten og hans familie, samt for virksomheden.

Fysioterapeuterne hos *Philips* har gjort et meget stort arbejde i profylaksen. De har rutinemæssig rundgang på fabrikken og kontorerne for at korrigere forkerte arbejdsstillinger. Her har de et glimrende samarbejde med sikkerhedsingeniører og ledelsen, og der er blevet anskaffet meget nyt materiale, nye stole og arbejdsborde. Bordhøjden på båndene er blevet sænket til ca. 70 cm, så arbejderne ikke tvinges til at sidde med elevere skuldre. Endvidere giver fysioterapeuterne kurser i løfteteknik, lærlingeundervisning, øvelser mod dårlige vanestillinger og oplæring i rigtige arbejdsstillinger.

Kun få ord om behandling. Som De ved, må vi i Danmark ikke behandle på virksomhederne, men efter kontakt med huslægen får vi ofte grønt lys til at behandle på virksomheden. I mange tilfælde kommer patienterne selv med en henvisning til bedriftslægen om fysiurgisk behandling. Her bruger vi de traditionelle behandlingsmetoder, kortbølge, ultralyd og massage, men er i stigende grad gået over til øvelsesterapi samt til at lære patienterne at afslappe de spændende muskler.

Ved at sammenligne sygedagenes antal pr. funktionær med et gennemsnit af funktionærer på andre virksomheder, viser det sig, at vi ligger betydeligt lavere på *Philips*

	København	Philips
Mænd 1960,	6,8	— 4,2 dage pr. medarbejder
„ 1961,	6,2	— 5,0 „ „ „
Kvinder 1960,	13,8	— 8,5 „ „ „
„ 1961,	12,9	— 9,4 „ „ „

Denne ordning er til stor glæde for de ansatte og for virksomheden. Yderligere foretager vi på *Philips* årlige undersøgelser af de ansatte. Her til er vore 3 sygeplejersker en uvurderlig hjælp. Vi har det ideelle forhold hos *Philips* i København, skulle vi ønske mere, må det blive en lægesekretær, der kan hjælpe os med det daglige arbejde samt med statistik.

Rheumatiske sygdomme, især extraarticulære er et stort problem for industrien. De er årsag til mange sygedage og koster mange penge, både for virksomhederne og for de ansatte.

Den voksende interesse for bioteknikken vil sikkert medvirke til at sygedage på grund af fysiurgiske lidelser aftager, men efter vor erfaring i *Philips*, er det ikke nok. Fysioterapeuter bør ansættes til at lære de ansatte rigtige arbejdsstillinger og træne dem i løfteteknik.

Efter min mening kan sygedagene på en virksomhed reduceres yderligere ved hjælp af fysioterapeuter.

Rehabilitering av infarktpasienter¹⁾

Av dr. med. Eyv. Thüs-Evensen, Norge

I Norsk Hydro har vi lenge vært interessert i rehabiliteringsvirksomhet. Denne interesse har i den senere tid ikke minst omfattet våre hjerteinfarktpasienter, fordi denne tilstand som kjent er blitt en så hyppig sykdom at man i høy grad må regne med den, både som en invalidiserende-

og som en fraværsfaktor. Blant annet av den grunn har Hydros bedriftsleger med cardiologer som konsulter siden 1956 drevet systematiske hjerteundersøkelser blant selskapets ansatte. Ved en foreløpig bearbeidelse av vårt materiale i 1961, har vi søkt å svare på følgende spørsmål:

I. Hva betyr hjerteinfarkt for sykefraværet i bedriften?

¹⁾ Foredrag vid nordiska industriläkarmötet i Falsterbo 23—25 maj 1963.

II. Hva betyr gjennomgått hjerteinfarkt for arbeidsevnen når man vender tilbake til arbeidet — er den som för eller er den redusert?

Som grunnlag for besvarelsen av disse spørsmål, har vi bedriftens undersøkelsesmateriale for 6-årsperioden 1956—61. Dette omfatter:

Tabell I — Registrerte tilfelle av infarkt og mors subita 1956/61

Sikre infarkter (førstegangs infarkt)	138
Invetererte infarkter	27
Infarkt etter slutt ved bedriften	5
Mors subita	44
	214

Vårt materiale omfatter således:

Sikkert infarkt hos 138 ansatte (25 av disse har hatt nytt infarkt etter noen tid).

27 tilfelle av invetererte infarkter ("tausse" — "stumme" infarkter) — påvist ved EKG-undersøkelse, uten at vedkommende var klar over at han hadde hatt infarkt.

5 tilfelle av infarkt hos ansatte som er sluttet ved bedriften.

44 tilfelle av mors subita, hvorav 3 tidligere har hatt infarkt. Nå vet vi jo ikke om de övrige 41 dödsfall skyldes infarkt. Vi har ikke noe sikkert bevis hverken for det ene eller det andre. Men det skulle være ganske godt grunnlag for å regne med at sannsynligvis de flest skyldes infarkt. I så tilfelle er 20,6 % döde i direkte tilslutning til sitt förste infarkt.

Det er jo ganske påfallende at hele 27 personer (12,6 %) har hatt infarkt uten å vite om det — tilfeldig påvist ved elektrokardiografisk undersøkelse. Når vi derfor skal vurdere vårt materiale rehabiliteringsmessig sett, så er det av en viss betydning også å ha dette store antall "stumme" infarkter i mente.

Av de i tabell I nevnte tilfelle er det 138 sikre infarkter som er aktuelle når vi skal bedømme dem fra rehabiliteringsmessig side.

Tabell II — Aldersfordeling hos de 138 tilfelle av førstegangs infarkt

Under 40 år	6	4,3 %	} 26,8 %
40—49 „	31	22,5 %	

50—59 „	56	40,6 %	} 73,2 %
60—69 „	45	32,6 %	
	138	100 %	

Aldersfordelingen viser at det störste antall ligger i aldersgruppen 50—59 år. Hele 26,8 % er yngre enn 50 år, og det er jo ganske mange i så relativt lav alder. Om dette forholder seg annerledes i Hydro enn ellers, har jeg ikke noe sikkert grunnlag for å bedømme.

Da det er en viss interesse å vite om det er noen forskjell på infarktfrekvensen hos funksjonærer og hos arbeidere, har vi sett nærmere på dette. Fordelingen av de 138 infarkttilfelle på arbeidere og funksjonærer er følgende:

Arbeidere	89	64,5 %
Funksjonærer	49	35,5 %

Uten at vi kan si noe helt bestemt — fordi sammenligningsforholdene er vanskelige — så fremgår det tydelig at det er sikker overvekt av infarkt hos funksjonærer. Vi har ca. 3 ganger så mange arbeidere som funksjonærer i selskapet — mens antall infarkttilfelle hos funksjonærer er mer enn halvparten så mange som hos arbeiderne. Når det gjelder de "stumme infarkter", så inntraff 21 av de 27 tilfelle hos arbeidere og 6 hos funksjonærer. Her er det således ingen overvekt hos funksjonærene. Ser vi også på de inntrufne tilfelle av pludselig död, så gjelder 31 av de 44 arbeidere — og 13 funksjonærer. Her er det således heller ingen overvekt hos funksjonærene.

De 138's "skjebne" etter å ha gjennomgått infarkt er følgende:

Tabell III — Av de 138 tilfelle av førstegangs infarkt er:

Tilbake til arbeid	115	83,3 %
Fortsatt sykemeldt	1	} 16,7 %
Uførepensjonert	9	
Alderspensjonert	3	
Död i sykemeldingsperioden	10	
	138	100 %

Som tabellen viser er i alt 83,3 % av de angrepne kommet tilbake i arbeid, 16,7 % ikke.

Av de 10 döde, er 9 döde i løpet av de første

3 måneder etter gjennomgått infarkt, og 1 etter 5 måneder. Hvis vi i tillegg til de omtalte 20,6 % som er død plutselig, legger til disse 10, blir dødsprosenten — med den reservasjon som tidligere er tatt — 25,3 % som alle er død innen 1/2 år etter gjennomgått infarkt. Det ville være av interesse å vite hvordan denne frekvensen er i forhold til annet kjent materiale.

Det antall infarkt-tilfelle som blir gjenstand for vurdering når det gjelder sykefravær og arbeidsforhold etter gjennomgått infarkt, er således de tilsammen 115 som er vendt tilbake til arbeid. Disse (samt de 23 som ikke kom tilbake i arbeid), har følgende aldersfordeling:

Tabell IV — Aldersfordeling hos 115 infarktpasienter som er vendt tilbake til arbeidet — og 23 som ikke er vendt tilbake:

	Tilbake		Ikke tilbake
Under 40 år	6	5,2 %	0
40—49 „	25	21,7 %	5
50—59 „	51	44,4 %	6
60—69 „	33	28,7 %	12
	115	100 %	23

Det som er av interesse ved denne tabell er at det særlig er den eldste aldersklasse som ikke er kommet tilbake i arbeid — noe somforøvrig er naturlig.

Vi skal se litt nærmere på *sykefraværet* hos de 115 som har vendt tilbake til arbeidet:

Tabell V — Tapte arbeidsdager hos 115 infarktpasienter

	Fraværsdager	
	Tils.	Gj.snitt
Under 40 år	907	151,2
40—49 „	3662	146,5
50—59 „	6493	127,3
60—69 „	8088	245,1
	19750	

Hvis vi regner med ca. mulige arbeidsdager i året, så er det hos disse 115 personer gått tapt 66 hele årsverk som følge av fravær etter første-gangs infarkt.

Stort sett synes det som om fraværet har ligget

på gjennomsnittlig 1/2 år — bortsett fra i aldersklassen 60—69 hvor det har vært nærmere 1 år.

Følgende tabell viser hvordan fraværet ellers fordeler seg.

Tabell VI — Fraværfordeling

Under 3 måneder	25	21,7 %	} 71,3 %
3—6 „	57	49,6 %	
6—12 „	29	25,2 %	} 28,7 %
Over 12 „	4	3,5 %	
	115	100 %	

Oversikten viser at 25 (ca. 22 %) er kommet tilbake til arbeid for 3 måneders sykemelding. I den største gruppe — 57 personer (ca. 50 %) ligger fraværstiden på 3—6 måneder og ca. 25 % har fravær på 1/2—1 år. Det er bare 2 personer (3 1/2 %) som har lengre fravær enn 1 år. Det er således 82 (71,3 %) av de 115 pasienter som er tilbake i arbeid for 1/2 år.

Hvis vi prøver å finne ut hvilke kategorier av ansatte som har kortest fravær, så synes det stort sett å gå igjen at jo høyere stilling (jo mer ansvar?) — og jo yngre, dess kortere fravær. Når det gjelder vurdering av fraværslengden, så synes det meg som om det ikke er noe særlig å si på denne. Om den er annerledes i Hydro enn ellers, er kanskje vanskelig å si. Man kan imidlertid neppe se bort fra at endel kanskje burde vært tilbake i arbeid *tidligere* enn tilfelle er. Dette gjelder ofte nervøse og engstelige pasienter som faktisk ikke *tør* begynne i arbeid igjen. Går man for lenge sykemeldt er det en erfaring at da blir man ofte nervøs og får dermed vanskeligheter med å begynne i arbeid. Det har hittil vært slik at bedriftslegen kan ha hatt *en viss* innflytelse på fraværslengden, i samarbeid med behandlende lege. Det er muligt at vi i fremtiden kunne ha noe *mer* innflytelse på fraværslengden (iallfall ved Hydros fabrikker på Herøya, ES) etterat vi har fått vårt Rekonvalesentverksted (Rehabiliteringsverksted) — hvor det også er hensikten å plasere syke av denne kategori — dvs. i særlig grad de infarkttilfelle som er om å gjøre å få i arbeid for å unngå manifeste nevroser. Heldig virkning på arbeidsevne etc. regner

vi med å få ved en nylig ansatt fysioterapeut hvis virke vil bli benyttet til verkstedet. Et annet spørsmål som også er av stor interesse når vi skal vurdere infarktpasienters arbeidsuførhet, er deres *fravær etter å ha begynt i arbeid igjen*. Av de 115 som begynte i arbeid etter sitt første infarkt, er det 13 arbeidere og 12 funksjonærer (tilsammen 21,7 %) som har fått nytt infarkt (en utvilsomt større frekvens hos funksjonærene).

Når det gjelder *antall fravær* på grunn av hjertesykdom hos disse 115, så forholder dette seg således:

Tabell VII — Antall fravær på grunn av hjertesykdom

0 fravær	74	64,3 %
1—3 „	38	33,1 %
over 3 „	3	2,6 %
	115	100 %

Det er således 74 personer (vel 64 %) — altså atskillig over halvparten — som ikke har hatt nytt fravær på grunn av hjertesykdom. 38 personer (ca. 33 %) har hatt 1—3 fravær, og 3 personer (vel 1 %) mer enn 3 fravær. Disse fravær har medført nærmere 24 tapte årsverk (ca. 90 dager pr. fravær).

Stort sett gir vel denne oppstilling grunn til en viss optimisme idet det viser seg at det er ganske mange tilfelle av førstegangsinfarkt — iallfall i den observasjonstid vi har (for mange opptil flere år) — som ikke har fått nytt infarkt.

La oss så til slutt se på *hva et gjennomgått infarkt betyr arbeidsmessig sett* når man er tilbake i virksomhet etter sykefraværsperioden. Etter vår vurdering er situasjonen følgende:

Tabell VIII — Rehabilitering av infarktpasienter

Antall med	A	F	Tills.
Samme arbeid som før	21	25	46
Redusert arbeidstid	2	5	7
Lettere arbeid	47	15	62
	70	45	115

For arbeidere og funksjonærer tilsammen har 46 (40 %) av 115 gått tilbake til *samme* arbeid

som de hadde før de ble syke. 7 (6,1 %) har hatt redusert arbeidstid — noe som vanligvis gis som en overgang, og skjelden permanent. De øvrige 62 (53,9 %) har fått hva vi kaller "lettere" arbeid. Med lettere arbeid menes som regel et arbeid som fysisk — og også psykisk — sett setter mindre krav til organismen enn det man hadde før. Dette vil jo spesielt gjøre seg gjeldende hos arbeiderne, som vanligvis har mer fysisk tungt arbeid enn funksjonærene.

Når det gjelder de 47 arbeidere som er tilrådet arbeidslettelse, så har vi vanligvis regnet med at arbeidslettelsen vil bli permanent. Om den frekvens vi er kommet frem til er den riktige, er det ikke muligt å si helt sikkert. Stort sett kan man sannsynligvis si at tendensen i dag går i retning av at infarktpasienter klarer *mer* arbeid enn man før trodde, når de kommer tilbake til arbeid. Det er derfor sannsynlig at man etter hvert kommer til at det er færre arbeidere som trenger arbeidslettelser enn hva vi regner med i dag.

Når det gjelder funksjonærer er forholdet noe annerledes, idet de fleste funksjonærer har lett arbeid — fysisk vurdert. Betegnelsen "lettere" arbeid kan for disse vedkommende bety at det mer må gjennomføres en arbeidsring, enn en egentlig arbeidslettelse.

Stort sett kan man sannsynligvis si — både når det gjelder arbeidere og funksjonærer — at den arbeidsendring, som såpass ofte er nødvendig når det gjelder infarktpasienter, utvilsomt betyr en belastning for bedriftene. En annen sak er det imidlertid at man i fremtiden rimeligvis vil kunne se mer optimistisk på denne side av saken enn man hittil har gjort — det blir ikke igjen så mange yrkesvalghemmede som man ofte regner med.

Hvis vi i tillegg til de ulemper som arbeidsendringer fører med seg, også tar med de problemer som *fraværet* gir — slik som foran omtalt — så er det uten tvil god grunn til å hevde at hjerteinfarkt og dets følger, i dag er en sak som industrien *må* kalkulere med, og som det også uten tvil vil lønne seg å ofre ganske meget på å løse på en mest mulig adekvat måte.