

Rehabilitering och psykiatri

Försök att bestämma rehabiliteringsbehovet för psykiatriska patienter.

Av med. dr *Hans Hartelius*, Kristianstad

En inventering av långvarig arbetsförmåga i Kristianstads län

Antalet personer i Kristianstads län, som i januari månad 1961 uppbär folkpension i form av invalidpension eller sjukbidrag, har inventerats och dess fördelning efter invaliditetsorsak, kön och ålder undersökts. En närmare penetration har skett av dem som faller inom gruppen mentala sjukdomar. Koderna är WHO-statistikens, alltså "Statistisk klassifikation av sjukdomar, skador och dödsorsaker" av år 1951. Intill 1952 tillämpade Riksförsäkringsverket ett internt kodsysteem, som ej i detalj kunde över sättas till WHO-systemet. Detta har medfört att en del fall inte närmare kunnat detaljspecificeras, vilket också framgår av tabellerna. I Riksförsäkringsverket har herrar Åke Kjellström och Ilmar Norman sammanställt materialet och författaren är dem därför stort tack skyldig. (Tabell 1—7.)

Tabellerna redovisar att i de yngre åldersgrupperna utgör de mentala sjukdomsfallen inklusive oligofrenierna, en överväldigande majoritet av dem, som uppbär invalidpension och sjukbidrag, nämligen i åldern 16—19 år 77 % av männen och 88 % av kvinnorna. Ända fram till 50-årsåldern är av alla sådana individer mer än hälften pensionerade på grund av mentala sjukdomar. När man så kommer upp i de högre åldrarna, från 50 år och uppåt, börjar grupperna av fall med ortopediska sjukdomar och av cirkulationssjukdomar att fyllas på. Hela materialet omfattar 4.947 fall av vilka 2.172 faller inom gruppen mentala sjukdomar, dvs. 44 %. Närmast därefter kommer de neurologiska sjukdomarna med 14 % tätt följt av de ortopediska sjukdomarna, med ungefär samma antal och därefter kommer cirkulationssjukdomarna med bortemot 10 %. Vissa smärre könsdifferenser iakttagas. Tydligast är detta ifråga om de orto-

TABELL 1. Totalt bestånd av invalidpensioner och sjukbidrag januari 1961 efter invaliditetsorsak, kön och ålder. Antal pensionstagare. Kristianstads län. Män.

Invaliditets- grupp ¹⁾	Ålder											Summa
	16—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—44	45—49	50—54	55—59	60—64	65—66	
I	2	4	5	8	5	18	20	30	33	46	23	194
II	1	2	1	—	1	1	4	2	4	10	6	32
III	1	1	1	2	4	6	5	12	19	24	12	87
IV	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	2
V	61	54	68	78	106	112	130	145	162	150	58	1.124
VI	9	8	8	22	28	27	35	43	51	82	40	358
VII	—	1	—	3	3	3	2	18	50	98	64	242
VIII	—	—	—	—	—	—	1	—	6	6	7	20
IX	—	—	—	—	1	—	1	1	—	6	—	9
X	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	1	6
XI	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XII	—	—	—	—	1	—	—	—	—	3	—	4
XIII	2	4	—	1	2	6	9	23	50	122	66	285
XIV	1	1	1	2	1	1	2	7	1	5	1	23
XV	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	3
XVI	—	—	1	1	1	1	2	4	6	10	16	42
XVII	—	—	1	—	—	8	5	8	12	18	9	61
Okänd orsak	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	2
Summa	79	75	86	117	153	185	217	299	395	585	303	2.494

¹⁾ Kapitel enligt "Statistisk klassifikation av sjukdomar, skador och dödsorsaker", K. Medicinalstyrelsen 1951.

TABELL 2. Totalt bestånd av invalidpensioner och sjukbidrag januari 1961 efter invaliditetsorsak, kön och ålder. Antal pensionstagare. Kristianstads län. Kvinnor.

Invaliditets- grupp ¹⁾	Ålder											Summa
	16-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-66	
I	2	2	3	3	8	15	26	21	30	31	15	156
II	—	1	1	—	1	2	4	8	11	9	3	40
III	—	1	2	4	2	8	8	12	24	43	13	117
IV	—	—	—	1	—	—	—	1	1	5	—	8
V	42	51	47	58	73	88	105	150	151	201	82	1.048
VI	4	11	22	12	21	19	30	49	64	72	33	337
VII	—	1	—	—	3	4	9	24	33	96	62	232
VIII	—	—	—	—	—	—	—	1	2	3	1	7
IX	—	—	—	—	2	—	1	2	1	5	2	13
X	—	—	1	—	1	—	1	1	1	3	—	8
XI	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XII	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
XIII	—	1	—	1	8	16	27	37	79	161	68	398
XIV	—	2	—	1	2	2	5	7	9	11	1	40
XV	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
XVI	—	1	—	1	1	—	1	2	4	8	8	26
XVII	—	—	—	1	—	—	—	—	3	9	4	17
Okänd orsak	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	1	4
Summa	48	71	77	82	122	155	217	316	414	658	293	2.453

¹⁾ Kapitel enligt "Statistisk klassifikation av sjukdomar, skador och dödsorsaker", K. Medicinalstyrelsen 1951.

pediska sjukdomarna, där kvinnorna visar en betydande övervikt 16,2 mot 11,4 % för männen. För de mentala sjukdomarna ligger männen över med 45,0 % mot 42,7 för kvinnorna. En närmare penetration av gruppen mentala sjukdomar visar att de s. k. abnorma personligheter leder med 46,9 % strax före psykoserna med 44,5 %. Inom gruppen abnorma personligheter återfinns också oligofrenierna med 20,2 % av totala antalet mentala sjukdomar. På grund av brister i specificeringen i de äldre delarna av materialet är detta antal säkerligen för lågt. Det framgår bl. a. av att man i de yngsta åldersgrupperna, för vilka WHO-listan gäller, alltså från 1952, antalet specificerade oligofrenier ligger betydligt högre än i de högre åldersgrupperna, som å andra sidan har ett större antal icke specificerade abnorma personligheter.

För psykosernas del torde den ovannämnda distortionen spela en underordnad roll. Schizofrenierna var redan före 1952 utskilda som en särskild grupp, vilket också återspeglas av homogeniteten i tabellerna. Självklart kan det däremot bereda betydande svårigheter att avgöra om en eller mindre kronicerande psykos är en egentlig schizofreni eller någon annan sjukdoms-

form. Vad gäller åldrarna har man en invers fördelning mellan oligofrenierna och övriga abnorma personligheter å ena sidan och psykoserna å den andra, i det att de abnorma personligheterna visar en relativ konstans åldersgrupperna igenom, möjligen snarast med en antydd avtrappning i högre åldrar, medan psykoserna i allmänhet ökar hela åldersstegen igenom. Från 50-årsåldern träder också till ett antal praesenila och senila psykos, dock ej flera än att deras andel av det samlade materialet endast uppgår till 4,7 %. Neuroserna utgör av alla de mentala insufficienserna 8,6 % med en betydande övervikt för kvinnorna på 11,0 % mot 6,3 % för män.

Nu hänför sig denna undersökning till den gamla pensionslagstiftningens senare år. Självklart vore det intressant att sedan praxis något stabiliserats också få en inventering av de fall av sjukbidrag och förtidspension som tillkommit efter det att den nya lagen trädde i kraft. Min personliga erfarenhet från pensionsdelegationen i länet tyder på att de mentala insufficienserna även framdeles kommer att utgöra en mycket stor del av de s. k. invaliditetsorsakerna.

I vilken utsträckning här redovisade fall kunnat rehabiliteras med intensivare insatser låter sig nu i efterhand svårigen bedömas. Däremot får man en intressant inblick i den rubricerade frågan genom erfarenheten från pensionsdelegationen. Det visar sig därvid, att de somatiska fallen mestadels är rätt så rena eller säg odiskutabla i sin invaliditet. Det kan bli diskussion om graden av invaliditet med sidoblickar på den sociala situationen, men själva den medicinska frågeställningen är ofta i princip relativt lätt att ge entydiga besked på. Endast en liten grupp av fall är problematiska också ur utredningssynpunkt, varvid det ofta visar sig att psykiska kom-

ponenter är med att förklara diskrepansen mellan det somatiska invaliditetstillståndet och den sociala prestationsförmågan. När det däremot gäller de psykiatriska fallen är frågeställningarna ofta mera komplicerade. Det kan tveklöst sägas att utredningarna ofta är mindre kvalificerat utförda och objektiva mått på insufficiensstillånden saknas ofta. Bedömningslaget får också ofta intrycket att rehabiliterande åtgärder bort prövas i större utsträckning än vad som varit fallet. En något ökad säkerhet i bedömningen får man också i de fall då verkliga rehabiliteringsförsök gjorts, men slagit illa ut.

TABELL 3. Invaliditetsgrupp V i januari 1961 efter diagnos, kön och ålder. Antal pensionstagare. Kristianstads län. Män.

Diagnos nr	Ålder											Summa
	16-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-66	
300	—	4	13	16	26	20	23	16	26	12	2	158
301	—	—	—	1	—	1	2	—	2	5	1	12
302	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
303	—	—	—	—	—	1	—	2	1	—	—	4
304	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
305	—	—	—	—	—	—	—	4	15	20	10	49
306	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
307	—	—	—	—	2	—	2	—	—	1	—	5
308	—	—	—	—	1	—	1	1	2	—	—	5
309	—	—	—	1	3	2	2	1	—	2	3	14
Ej specificerbara, tillhörande												
300-309	—	—	1	10	10	29	39	45	55	53	20	262
310	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
311	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
312	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
313	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
314	—	—	1	3	2	—	—	1	—	1	—	8
315	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2
316	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
317	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
318	2	—	1	1	1	1	8	8	10	10	4	46
Ej specificerbara, tillhörande												
310-318	—	—	—	—	1	1	—	5	4	4	—	15
320	—	1	—	1	3	—	2	5	1	2	1	16
321	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
322	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	2
323	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
324	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
325	59	48	21	9	15	11	13	18	17	10	4	225
326	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ej specificerbara, tillhörande												
320-326	—	—	31	36	42	46	37	38	28	29	10	297
Summa	61	54	68	78	106	112	130	145	162	150	58	1.124

TABELL 4. Invaliditetsgrupp V i januari 1961 efter diagnos, kön och ålder. Antal pensionstagare. Kristianstads län. Kvinnor.

Diagnos nr	Ålder											Summa
	16-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-66	
300	—	6	8	5	17	15	13	26	23	27	9	149
301	—	—	—	—	—	—	5	2	6	5	5	23
302	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
303	—	—	—	—	—	—	—	1	1	4	—	6
304	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2
305	—	—	—	1	—	—	1	4	9	29	10	54
306	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	3
307	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
308	—	—	—	1	—	—	1	1	—	—	—	3
309	—	—	—	—	—	—	—	2	1	5	2	10
Ej specificerbara, tillhörande 300-309	—	—	1	2	11	24	23	43	41	40	14	199
310	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	2
311	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	2
312	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
313	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
314	—	—	—	—	1	—	1	2	2	1	—	7
315	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	2	4
316	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
317	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
318	—	—	—	—	1	2	6	13	15	20	7	65
Ej specificerbara, tillhörande 310-318	—	—	1	—	1	1	3	4	6	8	10	33
320	—	—	—	—	3	—	1	2	1	6	1	14
321	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
322	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
323	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
324	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
325	42	45	18	13	8	15	12	16	20	20	6	215
326	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ej specificerbara, tillhörande 320-326	—	—	18	35	30	30	37	32	24	34	14	254
Summa	42	51	47	58	73	88	105	150	151	201	82	1.048

Rehabiliteringsbehov hos patienter i slutet och öppen psykiatrisk sjukvård

Ett annat försök att inventera rehabiliteringsbehovet hos psykiatriska patienter har gjorts på följande sätt:

För närvarande pågår en inventering av mentalsjukvårdsbehovet inom Kristianstads läns område, vilken kommer att redovisas i annat sammanhang. Denna går ut på att studera mentalsjukvårdsbehovet särskilt med sikte på den framtida organisationen av hela det psykiatriska sjukvårdsfältet, men därvid framträder behovet av rehabilitering som ett delproblem. Tyvärr har detta inte kunnat belysas med hjälp av faktiska erfarenheter av ett utvecklat rehabiliteringssys-

tem, då sådant inte existerar. Undersökaren har därför istället fått göra en stickprovsundersökning med karaktär av "bedömning av behovet" i ett antal fall hämtade från olika sjukhus.

Undersökningen:

På basen av journalmaterial har rehabiliteringsbehovet bedömts i ett antal fall från olika psykiatriska behandlingsinstanser, nämligen dels patienter i öppen vård vid Kristianstadskliniken och dels i slutet vård darsammastädes och vård på S:t Lars och S:ta Maria sjukhus. Behovet har klassats efter nedanstående klasser:

O behovet okänt eller icke klassificerbart, t. ex patienten avliden eller patienten för ung.

- C Fakultativ rehabiliteringsbehov, t. ex. patienten ej för ögonblicket i behov av rehabilitering, men går mot en skilsmässa eller annan förändring i sin yttre situation, som med stor sannolikhet kommer att ge upphov till ett rehabiliteringsbehov inom en snar framtid.
- D Latent rehabiliteringsbehov (med uteslutning av klass G): Mindre tillfredsställande arbetsanpassning. Patienten på gränsen till en manifest insufficiens.
- E Yppat behov. (Ej G.) Manifest insufficiens i arbetet, som endast kan klaras med någon form av rehabilitering.
- F Yppat behov. (Ej G.) Arbetslöshet av exogena faktorer, som ej kunnat avhjälpas och där patienten blivit insufficient så att rehabilitering kräves.
- G Yppat behov. Unga personer utan yrkesinriktning och med utbildningsbehov, som av särskilda skäl ej kan fyllas av den reguljära yrkesutbildningen eller annan utbildning.
- H Yppat behov = G + behov av psykoteknisk anlagsprövning.
- K Yppat behov. Patienten dock icke rehabiliteringsbar till full försörjningsförmåga, fall för skyddad verkstad och motsvarande.
- L Rehabilitering bedömes åtminstone under den närmaste framtiden icke möjlig, patienten erhåller sjukbidrag.
- M Ej rehabiliteringsbar, men behov av någon form av sysselsättning av mentalhygieniska skäl, t. ex. geriatriska patienter (här avses ej sysselsättning om patienten är i sluten vård).
- N Patienten ej tillgänglig för något slag av rehabilitering. Kronikerfall, vårdfall osv.
- O Rehabiliteringsbehovet först yppat hos annan behandlingsinstans t. ex. länsarbetsnämnden och patienten kommer på remiss till psykiater därifrån.
- S Rehabiliteringsbehov föranleder remiss till länsarbetsnämnd och dylikt för direktplacement.
- T R-behovet föranleder remiss till arbetsvård, dvs. arbetsträning, omskolning o. dyl.
- U R-behovet föranleder remiss till skyddad verkstad.
- V R-behovet föranleder remiss till pensionsstyrelsens sjukhus och motsvarande.
- Y R-behovet fyllt direkt i klinikens eller sjukhusets regi.
- Z R-behov och patienten direkt till yrkesutbildning eller folkhögskola eller motsvarande.

Rehabiliteringsbehov för patienter i öppen vård vid psykiatriska kliniken i Kristianstad

Bland patienter som sökt kliniken för första gången år 1961 och kunnat behandlas i öppen eller halvöppen vård, men ej behövt tagas in, har 104 fall utvalts slumpmässigt. Om fallet ifråga samma år blivit intaget på kliniken har det ersatts med närmast föregående (eller efterföljande) fall i tillkomstliggaren. Se för övrigt nedanstående tabell!

Klass	O	R	S	T	U	V	Y	Z	Summa
A	47						1		48
B	13						1		14
C	5								5
D	10								10
E	1	1					2		4
F									0
G	2						1	1	4
H	1								1
K									0
L	5								5
M	6								6
N	7								7
									104

Därav 33 män och 71 kvinnor.

Rehabiliteringsbehovet för patienter i slutenvård

Från materialet av på kliniken vårdade (och utskrivna) patienter under år 1961 har slumpmässigt utvalts 100 fall, motsvarande ungefär vart 6:e fall från inskrivningslistan. Med hjälp av förjournal har rehabiliteringsbehovet sedan klassats på samma sätt, se tabell!

Klass	O	R	S	T	U	V	Y	Z	Summa
A	41								41
B	3								3
C	4						1		5
D	4		1				1		6
F	1						1	1	3
E	2		4	4			2		12
G	2			1				1	4
H									0
K	2								2
L	8								8
M	4								4
N	12								12
									100

Därav 36 män och 64 kvinnor.

Rehabiliteringsbehovet i slutenvård hos 55 kvinnor vårdade (och utskrivna) på S:t Maria Sjukhus 1961

Genom sjukhusets försorg har dessa slumpvis utvalts. Klassningen framgår av nedanstående tabell.

Klass	O	R	S	T	U	V	Y	Z	Summa
A	24								24
B	3								3
C	5								5
D	0								0
E	3								3
F	0								0
G	0								0
H	0								0
K	0								0
L	6								6
M	9								9
N	5								5
									55

Rehabiliteringsbehovet hos 55 män vårdade på S:t Maria Sjukhus (och utskrivna) 1961. Dessa fall har på enahanda sätt, som ovan angivits för kvinnornas del utvalts. Deras klassning ifråga om rehabiliteringsbehovet framgår av följande tabell.

Klass	O	R	S	T	U	V	Y	Z	Summa
A	31								31
B									0
C									0
D	5								5
E	2								2
F	1								1
G	1	1							2
H									0
K	1								1
L	4								4
M	2								2
N	7								7
									55

Rehabiliteringsbehovet hos 55 kvinnor vårdade på S:t Lars Sjukhus (och utskrivna) 1960—1961. Vederbörande har utvalts på enahanda sätt. Emellertid har i detta urval kommit med 13 kvinnor, som dömt på sjukhuset och 1 som var för ung att klassas med avseende på rehabiliteringsbehovet. Nedan klass Q!

Klass	O	R	S	T	U	V	Y	Z	Summa
A	14								14
B	1								1
C	3								3
D	2								2
E				1					1
F									0
G									0
H									0
K									0
L	1								1
M									0
N	19								19
									41
Q	14								14
									55

Rehabiliteringsbehovet hos 55 slumpvis utvalda män vårdade på S:t Lars Sjukhus 1960—1961 (och utskrivna). Urvalet har skett på enahanda sätt som ovan. Fördelningen på olika klasser framgår av nedanstående tabell.

Klass	O	R	S	T	U	V	Y	Z	Summa
A	25								25
B									0
C									0
D	1		1						2
E			1						1
F	1								1
G									0
H									0
K	1								1
L	6								6
M									0
N	19								19
									55
0									0

Kommentar:

Klasserna E, F, G, H och K utgör tillsammans en grupp, där mera kvalificerade rehabiliteringsåtgärder bedöms erforderliga. I öppenvårdsmaterialet uppgår de till 9 %, i klinikens slutenvårdsmaterial till 19 %, på S:ta Maria till c:a 7 % och på S:t Larsmaterialet till c:a 3 %. Tillsammanstaget ligger det för männens del vid 12 % och för kvinnornas vid 9 %. Klasserna K, L, M och N utgör tillsammans en grupp, som karakteriseras av att full arbetsförhet inte bedöms kunna uppstå genom rehabilitering. De utgör tillsammans i öppenvårdsklientelet 17 %, i klinikens slutenvårdsklientel 26 %, i S:ta Maria-klientelet c:a 31 % och i S:t Lars-klientelet till 48 %. Tillsammanstaget ligger det för männens del vid 32 % och för kvinnornas vid 29 %.

Klasserna A, B, C och D utgör tillsammans en grupp, där det inte föreligger något överhängande rehabiliteringsbehov eller intet alls. De utgör tillsammans c:a 74 % av öppenvårdsklientelet, 55 % av klinikens slutenvårdsklientel, c:a 62 % av S:ta Maria-klientelet och c:a 49 %

av S:t Lars-klientelet. Tillsammanstaget ligger det för männens del vid 58 % och för kvinnornas vid 62 %.

Nu bör dessa siffror tagas för vad de äro nämligen en "Pilot Study" och att tjäna som orientering(De vinner emellertid något i tyngd därigenom att de olika materialen så att säga stödja varandra inbördes. Här har emellertid hänsyn inte kunnat tagas till åldersfördelningen. Uppenbart är att S:t Lars-materialet, särskilt det kvinnliga innehåller en större mängd rent geriatriskt-kroniska fall.

Som väntat ligger rehabiliteringsbehovet lägre i öppenvårdsmaterialet än i slutenvårdsdito. I och med att patienten blivit så insufficient att vederbörande behöver tagas under vård har naturligtvis också insufficiensen yppat sig i patientens arbetssituation och denna insufficiens kan ju mången gång också ha blivit mer än tillfällig eller har vårdbehovet föregåtts av insufficiens i arbete och denna har ökat patientens allmänna insufficiens.

Hur har nu rehabiliteringsbehovet fyllts?

Övannämnda klasser E+F+G+H+K representerade det aktuella rehabiliteringsbehovet. När det gäller bedömningen av hur detta behov fyllts utgör klass O en grupp för sig, där har ingen åtgärd vidtagits. Övriga klasser R+S+T+U+V+Y+Z kan däremot tagas i en grupp i det att någon åtgärd vidtagits. Den gruppen utgör således i sin tur en bråkdel av hela gruppen E+F+G+H+K och kvoten däremellan kan tagas som ett uttryck för graden av hur behovet mättats. Denna kvot uppgår i öppenvårdsmaterialet till $\frac{5}{9}$ -delar, i klinikens slutenvårdsmaterial till $\frac{14}{21}$ -delar, i S:ta Maria-materialet till $\frac{1}{8}$ -del och i S:t Lars-klientelet till $\frac{2}{4}$ -delar.

Klass M utgör en grupp för sig i det att här föreligger ett behov av sysselsättning till förebyggande av mera utvecklad invaliditet. Det vill säga ett mentalhygieniskt sysselsättningsbehov. Något sådant har inte kunnat utläsas ur S:t Lars-journalerna, i 11 fall när det gäller S:ta

Maria-journalerna och i 6 respektive i 4 fall i klinikens öppen- respektive slutenvårdsmaterial. Uppenbart är att bedömningen av ett sådant behov i rätt stor utsträckning beror på sättet att se på fallens fortsatta behandling, sedan de lämnat sjukhuset. Att det inte registrerats på sjukhuset S:t Lars kan helt enkelt bero på att vetenskapen om att några sådana resurser inte existerar medfört, att man ansett det oväsentligt att notera behovet som sådant. Detta talar i sin tur för att om några resurser redan nu finnes, till vilka man kunde anknäta, en sådan efterbehandlande åtgärd oftare skulle diskuteras i journalerna. Dessa är ju inte till för att i främsta hand vara en tabula rasa för doktorernas önskedrömmar. Även i de fall där man kunnat utläsa ett sådant mentalhygieniskt sysselsättningsbehov har de ju inte i något enda fall kunnat fyllas. Uppenbarligen hör emellertid alla dessa fall också hemma under den större gruppen K+L+M+N det vill säga till de icke egentligen rehabiliterbara. Här har hela tiden diskuterats det rehabiliteringsbehov, som förutsätter resurser av annat slag än de redan existerande på den psykiatriska kliniken respektive på mentalsjukhusen. Det bör understrykas att ett mycket betydelsefullt rehabiliteringsarbete utföres där på arbetsterapiavdelningarna.

De rehabiliteringsbehov, som här har diskuterats, är det som följer sedan den i den egentliga sjukvården inbakade arbetsterapien gjort sitt. Dessa rehabiliteringsbehov omfattar således bara en del av rehabiliteringen. Hur man avgränsar denna har varit föremål för mycken diskussion. Det finns läkare som framhåller att rehabilitering redan börjar när patienten i ambulans är på väg in till sjukhuset för vård och sedan ingår som ett led i den direkta sjukvården. Det finns inget att invända mot den inställningen allra minst när det gäller psykiatriska patienter och det bör därför ånyo understrykas att en tidigt insatt arbetsterapi förhindrar inaktivitet hos patienterna och skapar ett bättre utgångsläge inför patientens utskrivning. Men sedan detta sagts kan man konstatera att för folk i allmänhet rehabilitering är något mera specifikt än det sagda.

Hur möta rehabiliteringsbehovet för de psykiskt sjuka — några principiella synpunkter

Entusiasmen för rehabilitering synes för närvarande rätt allmän i vårt land. Men då tänker man nästan alltid på rehabilitering av rörelse-skadade eller på annat sätt somatiskt handikappade. På många sätt har detta stimulerats. Under andra världskrigets krigsansträngningar måste också de partiellt arbetsföra i de krigförande länderna inventeras och engageras. Man kan utgå ifrån att deras personliga motivation att få göra en insats var hög. Efter kriget kom de många krigsskadade och ropade på hjälp till återanpassning till civilt produktivt liv. Även dessa hade ofta en god motivation och en god utrustning i sin personlighet att falla tillbaka på. Ansenliga vinster och framsteg gjordes i båda dessa skeden och skapade entusiasm för och i någon mån former för en medicinsk och en social rehabilitering. I det moderna välfärdssamhället, som senare framväxt, har intresset för de handikappade fått en mera markerad socialpolitisk underbyggnad. Ibland har det t. o. m. blivit en probersten på hur ansvarstagande medmänniskorna är, eller säg, samhället är. En hög sysselsättning och ett högt levnadskostnadsläge gör var tärande individ allt dyrbarare. Åtminstone ibland har man pekat på de nationalekonomiska aspekterna, då det gällt att motivera en rehabilitering. En utökad social försäkring gör det också ekonomiskt allt angelägnare att förhindra varaktig arbetsoförmåga. Nu skymtar också en del mentalhygieniska synpunkter. Arbete och skapande erkänns numera som ett värde i sig och ej blott som ett nödvändigt ont för att säkra existensen. Den fungerande människan lever rikare själv och tynger ej andra.

Men ännu är tydligen allmänna opinionen inte riktigt vaken för de mentala insufficiens- och sjukdomstillståndens rehabiliteringsbehov. Det är ju för övrigt inte en mansålder sedan de psykiskt sjuka tilläts att sedimentera och kronicitera i jättelika asylor. Om den somatiska rehabilite-

ringen nu har vind i segel, så är den psykiatriska närmast en ambition hos progressiva psykiater.

Relationen mellan rehabilitering och psykiatri är också något komplicerad. Från rehabiliteringssidan har man upptäckt att särskilt under fredliga förhållanden med en full sysselsättning, rehabilitering av de handikappade krävt mera kvalificerade insatser på grund av att de, som man inte lätt nådde resultat med, i regel också hade störningar ifråga om sin personliga motivation eller brister i sin personlighetsutrustning. I det skedet började man begära psykiaters medverkan i rehabiliteringen. Författaren själv har haft erfarenhet av sådan konsultverksamhet och funnit — som andra i liknande positioner — att det säkerligen föreligger ett mycket stort behov både av psykiatrisk diagnostisk medverkan, kanske ej minst med stöd av klinisk psykologi, och av en psykoterapeutisk insats. Detta har också kommit till uttryck i centrala rehabiliteringsberedningens programskrift och i den medicinalpolitik som nu föres. Man kan inte gärna tänka sig att placera en rehabiliteringsklinik för somatiskt handikappade någon annanstans än där det också finns en psykiatrisk klinik. Det skedet, som skisserats och som vi för övrigt alltför är mitt uppe i, kan således sägas medföra en rätt ensidig relation mellan psykiatern och rehabiliteringsverksamheten. Man ber psykiaterna om hjälp att klara de fall, som på andra vägar kommit in i rehabiliteringsverksamheten, men man har förvisso inte bitt psykiaterna att sända några av sina egna patienter till sådan rehabilitering. Det låter sig sägas och hörs ofta att de senare kan vara mer personlighetsstörda än de människor som den somatiska rehabiliteringsverksamheten påkallar psykiaterns hjälp för. Men detta är snarare mera ett antagande än bevisat. Först på allra sista tiden har det börjat komma in psykiatriska fall i den sociala (obs. ej medicinska) rehabiliteringsverksamheten, inslussade ifrån försäkringskassor, sociala myndigheter och i någon mån från psykiatriska kliniker och liknande. I Kristianstads län har länets arbetsvård mottagit också psykiskt insuffi-

TABELL 8. Ur Statistiken beträffande arbetsvårdsverksamhet inom länet har länsläkaren, som också är läkare vid länsarbetsnämnden, ställt följande siffror till förfogande.

År	Arbetsvårds-sökande		Summa	Varav med psy-kisk sjukdom eller defekt		Summa
	män	kvinnor		män	kvinnor	
1959	306	66	372	50	11	61
1960	437	113	550	70	33	103
1961	507	149	656	86	46	132

Procentuellt utgjorde de psykiatriska rehabiliteringsfallen år 1959 16,4 % år 1960 18,8 % och år 1961 20 % av hela antalet arbetsvårdssökande, alltså en lätt stigande tendens.

cienta människor. En tabell (nr 8) redovisar att de psykiatriska rehabiliteringsfallen från år 1959 till 1961 stigit från 16,4 till 20 % av hela antalet arbetsvårdssökande. Nu bör noteras att denna klassifikation icke är utförd av psykiater utan av den sociala expertisen.

Centrala rehabiliteringsberedningen har i sin programskrift uppmärksammat de psykiatriska fallen och noterat att det föreligger ett mycket betydande rehabiliteringsbehov ifråga om mentalsjukvårdens patienter och de psykiskt efterblivna "särskilt för mentalsjukvårdens del torde de nya medicinska behandlingsmetoderna innebära att ett stort antal patienter på ett helt annat sätt än tidigare kan tillgodogöra sig rehabiliteringsåtgärder såväl inom som utom sjukhusen". Ja, man säger rakt på sak ifrån att det skall bli möjligt att förhindra den sedimentering som förekommit tidigare inom vissa vårdformer och som av beredningen kallas "anstaltsskador". Bjerner och Eriksson, som tillhör centrala rehabiliteringsberedningens vetenskapliga panel, har i Svenska läkartidningen framfört "Synpunkter på den medicinska rehabiliteringens organisation i Sverige". I denna beröres också relationen till psykiatrin och följande citeras: "Det finns i detta sammanhang anledning erinra om att det psykiatriska klientelet dominerar kvantitativt både när det gäller kronisk vård och långvarig arbetsoförmåga. För många av dessa fall ter sig också frågan om återgång till socialt liv och arbete utanför sjukhuset särskilt komple-

rad. Det är helt orealistiskt att föreställa sig att dessa psykiatriska problem får en tillfredsställande lösning genom anläggandet av en medicinsk rehabiliteringsavdelning. För vissa fall kan otvivelaktigt resurserna inom en sådan avdelning med fördel utnyttjas genom ett samarbete mellan psykiater och rehabiliteringsläkare. För det stora flertalet patienter med psykiska sjukdomstillstånd är så icke förhållandet. Psykiatern bör därför behålla ledningen av rehabilitering av sitt klientel och det är angeläget att den centralisering av behandlingsresurserna, som en rehabiliteringsklinik innebär, inte på något sätt kringskar psykiaterns möjligheter att resocialisera sitt klientel. Rent praktiskt torde dessa synpunkter framför allt få beaktas i planering av arbetsterapiavdelningarna och vid planering av samarbete med arbetsvården”.

I CRB-skriften förekommer också en diskussion om hur t. ex. arbetsprövningen skall organiseras, där man skönjer att det förekommit kontroversiella uppfattningar och där man hittills inte nått fram till klara och väl integrerade former. Det är säkerligen också för mycket att begära i det utbyggnadsskede man nu befinner sig i, men så mycket tycks ändå vara klart, att man under den närmaste framtiden inte anser sig kunna ta hand om de psykiatriska fallen i någon nämnvärd utsträckning inom den allmänna rehabiliteringsorganisation, som man här pläderar för. Från min sida är detta ingen kritik, endast ett konstaterande med ett respektfullt erkännande av vilka oerhört stora arbetsuppgifter, som väntar inom rehabiliteringsområdet. Men sedan detta sagts, återkommer frågan om organisation och resurser för de psykiatriska sjukdomsfallens rehabilitering.

Hur stort detta behov är låter sig idag icke bestämmas. Någon systematisk och utvecklad rehabilitering inom mentalsjukvården förekommer icke, låt vara att värdefullt arbete nedlagts på arbetsterapi på mentalsjukhusen och vid de psykiatriska klinikerna. Ja, man kan rent av konstatera, att här ligger måhända tyngdpunkten i det som redan skett ifråga om mentalsjukvårdens

upprustning. Vidare bör uppmärksammas att inte en lasarettpsykiatrisk avdelning saknar tillgång till en ordentlig arbetsterapiavdelning. Detta gäller åtminstone de nybyggda och även vid dem, som arbetar i provisoriska lokaler bedrivs arbetsterapi i systematisk form. En del är således gjort men mycket återstår att göra, kanske särskilt på de stora mentalsjukhusen och därtill, när det gäller samordning och samverkan med arbetsvården. Även i det stycket har emellertid på vissa håll en systematisk samverkan prövats i form av regelbundna konferenser mellan den psykiatriska kliniken läkare och kuratorer å ena sidan och länsarbetsnämndens tjänstemän å andra sidan. Så har bland annat varit fallet i Kristianstad.

Några grundläggande begrepp

En detaljerad diagnostik är självklart ett önskemål för en kvalificerad differentierad terapeutisk insats. Emellertid synes det för rehabiliteringsändamål inte räcka enbart med den statiska klassificering, som hittills präglat så mycket psykiatrisk nomenklatur. Diagnos av defekter och skador är självklart mycket väsentlig, men för rehabiliteringsuppgiften är det än viktigare med en positiv diagnostik i form av abilitetsinventering. Detta måste ske på ett individualiserat sätt. Men innan man går in på en sådan diagnostik kan det för debatten vara lämpligt med mera översiktliga begrepp. Således kan man skilja mellan primära och sekundära arbetsinsufficienser. Med *primära* skulle då menas att patienten inte någonsin varit arbetsanpassad (= i funktion i yrkeslivet) och med *sekundära* att patienten för längre eller kortare tid varit funktionsduglig, men att något senare tillstött som rubbat arbetsanpassningen. Inom det psykiatriska fältet torde de primära arbetsinsufficienserna vara proportionellt fler än på de flesta andra områden, möjligen de neurologiska undantagna. Det torde framgå bl. a. av inlaget av oligofrenier, se riksförsäkringsverkets material ovan!

En annan enkel uppdelningsgrund kunde vara att tala om övervägande *psykostatiska* respektive *psykodynamiska* arbetshinder. Med de förra

skulle vi således mena arbetshinder, som huvudsakligen går tillbaka på en konstitutionell eller förvärrad *defekt*, förhållandevis statiskt verkan- de inom personligheten och vid vars övervinnan- de i första hand kompensatoriska resurser måste utnyttjas, upptränas, och med de *psykodynamis- ka* att inom personligheten byggs upp försvars- mekanismer (hämningar, konversioner m. m.) i sig visserligen inproduktiva i arbetslivet men psykopatologiskt sett produktiva fenomen. Dessa senare med hinder framförallt framträdande i försvarssystemet skulle väl i allmänhet kunna kallas neurotiska. Självklart föreligger det i många fall både en statisk defekt och en påtag- lig *neuros*. Alldeles särskilt har detta uppmärk- sammats på det somatiska området, där man konstaterat att ett fysiskt handikap ofta är lätta- re att behandla än en mer eller mindre sekundär neurotisering. Det är nu en forskningsuppgift inom rehabiliteringsforskningen att klara ut i vilken utsträckning cerebroläsionella tillstånd blir sekundärt neurotiserade. En hel del har redan gjorts, t. ex. av Goldblatt m. fl. Det skulle här föra för långt att specialstudera den fråge- ställningen. Men för att gå tillbaka till de grund- läggande enkla grupperna enligt ovan, måste gi- vetvis behandlingsmetoderna bli rätt olika för de olika grupperna. När man sedan kommer till in- dividualbehandlingen krävs ofta en längre dri- ven diagnostik inom var grupp för sig och hän- syn måste tagas både till personlighetens resur- ser (betydelsefullt både för primärträning = uppfostran och för stimulering av kompensatio- ner) till skadans art och till det komplicerade sociala fältet (ej minst vårdresurser inom reha- biliteringsorganisationen och tillgång på arbete i öppna marknaden).

Vad behöver vi för tekniska resurser för att möta de psykiatriska insufficienstagandens rehabiliteringsbehov?

Diagnostiken kräver:

A. instrument och personal för personlighets- inventering, t. ex. av en så enkel sak som intelli- gensnivån men också av andra abiliteter respek- tive av defekter. Detta betyder psykologer och

psykologlaboratorier m. m. Här kan äntligen öppnas ett fält för de kliniska psykologernas mera distinkta terapeutiska engagemang. Det kan bli en stimulerande uppgift att söka utfinna hos enskilda fall, vad de kan tänkas rehabiliteras till.

B. "Psykiatriskt modellbygge". Det räcker nämligen inte enbart att få fram ett antal minus- tecken hur viktiga de än må vara, utan man måste därutöver åstadkomma en någorlunda rea- listisk plan, som kan ge mening åt rehabilite- ringsarbetet, både för patienten och de som skall hjälpa honom. Det rör sig således om en kon- struktiv insats. Sättet på vilket detta i sin tur förmedlas till patienten, torde ha ett stort in- flytande på dennes motivation. För vissa pa- tienter kan detta endast ta gestalt genom kon- kreta exempel, varför ofta gruppbehandling blir ett viktigt medel.

Närmare kan om behandlingen sägas att den kräver:

Ibland trappstegsvis ökade krav med tillhö- rande emotionell reveny på vart trappsteg för sig.

Ibland genomlysning av regressiva tendenser (t. ex. dependens till sjukhus och liknande). Ibland punktuell suggestion, persuasion.

Ibland stöd till genombrytning av neurotiska hämningar.

Ibland mer avancerad hjälp till insikt (själv- syn) och självförverkligande.

Ibland avreaktion av intrapsykiska konflikter (individualpsykoterapi eller gruppdito).

Ibland försoning i sociala konflikter.

Ibland resignation på en vettig nivå.

Ibland en aktiv instruktion av blivande arbets- givare.

Ibland ett aktivt utväljande av arbetsmiljö, ej minst med tanke på däri ingående personer (manipulation, case work).

Ibland, eller kanske ofta, mod att ta risker, vilka dock bör vara hyggligt kalkylerade.

Översatt till hus och personal blir detta a) psykiatrisk ledning med tillgång till psyko-

terapeutisk insats jämte grupppsykoterapi, b) Kliniskt psykologiskt laboratorium med psykologer inklusive arbetspsykologer, c) Kuratorers medverkan bl. a. för penetration av socialanamnes, kontakt med tidigare och blivande arbetsgivare, d) Arbetsprövningsavdelning, e) Arbetsterapi och arbetsträning, f) Fritidsterapi och socialvaneträning, g) Samverkan med den sociala arbetsvården och arbetsförmedlingen, h) Därtill medverkan av skilda somatiska specialiteter på konsultbas (eftersom ju psykiskt sjuka ibland också är fysiskt sjuka eller defekta). Kort sagt tillgång till allt vad som hör till ett välutvecklat centrallasarett.

Dessa behov ropar således på *en komplett psykiatrisk rehabiliteringsklinik* nära samverkande med klinisk psykiatri, men också med social arbetsvård och gärna givande service och utbytande erfarenheter med en somatisk rehabiliteringsavdelning.

Dit skall patienten kunna hänvisas icke bara av den kliniska psykiatrin såsom den bedrives för närvarande. Utbildas dessa resurser torde de komma att medverka till att många mentalsjuka, som nu gömmas av sina anförvanter, lockas fram på olika vägar av mänskliga relationer eller mera aktivt av en uppsökande psykiatrisk vård. Familjerådgivningsbyråer och barnpsykiater, sociala myndigheter och allmänpraktiker möter ju även patienterna, där de går i sin primärmiljö i hemmen. Men även från arbetsplatserna där arbetsledare, industriläkare, industripsykiater med flera träffar på mentala insufficiensstillstånd och rehabiliteringsbehov. Ju mera aktivt en allmän arbetsmentalhygien bedrives, dess mer uppväcks uppmärksamheten på individuella insufficienser och därmed kommer behov av rådgivning och liknande säkerligen att yppa sig. Men också försäkringskassor med sina förtroendeläkare och rehabiliteringsteam kommer att möta psykiatriska rehabiliteringsfall och kräva arbetsvård för dem eller åtminstone utredning härom. Även på icke psykiatriska kliniker på sjukhus blir psykfallen uppenbarade i eller utan samband med andra sjukdomstillstånd, av

läkare, kuratorer osv. Inom den sociala arbetsvården träffar arbetsvårdare av olika slag på problemfall vid sina egna rehabiliteringsförsök efter sociala eller somatiska riktlinjer och begär psykiatriska konsultationer. Även socialvårdens organ för öppen-, halvöppen- och slutenvård kommer att vilja påräkna hjälp ifrån en sådan organisation. Kommer den därmed att drunkna i arbetsuppgifter?

Sättet att möta alla dessa anspråk är självklart att också i rehabiliteringsledet så långt möjligt arbeta med öppen vård och rådgivning till andra instanser, därigenom profylaktiskt förhindrande att fallen sedimenterar ned i en sådan inaktivitet att rehabiliteringsinsatsen blir krävande, så väl för patienten, som för rehabiliteringskliniken.

Den senare skall således icke utformas som en sådan slutenvårdsenhet, som enbart är inriktad på sjukvården i dess trängsta mening utan skall också kunna ge mentalhygienisk service långt ut i det samhälle som omger den.

ARBETSTERAPI- och HOBBYMATERIAL

Porslinsmosaik i olika utförande.

Pärlor av trä, glas, kristall och metall.

Indiska Ädelstenar till halsband och armband.

Brasiliansk Onyx till hängsmycken, halsband, örhängen och nyckelringar.

Silvertråd och **silverplåt** i olika former och dimensioner.

Rundböjtänger för trådarbeten.

Halsbandslås i olika utförande 1–5 rader.

Sadelgjord såväl mönstrad som enfärgad i 22 färger.

Väskhandtag i pärlbambu och rotting.

Pappstommar och **Silkebast** för bastflätning.

Skin och **läder** för alla ändamål.

Arbetsstatser i rikhaltig sortering.

Begär prislista och prover.

Vi sända gärna påseendesändningar på öppet köp.

Firma SUNE ENGLUND Örebro

Klostergatan 18

Box 266

Tel. 019/12 09 14 - 12 10 95