

Två intressanta konferenser över mentalhygien i industrin

Av dr Erland Mindus

Som ett intressant tidens tecken på läkarnas ökade intresse för de psykologiska och socialmedicinska problemen kan det kanske vara värt att omnämna två konferenser som nyligen avhöllits.

Konferens i Genève anordnad av WHO och ILO

Den första var anordnad av Världshälsoorganisationen i samarbete med Internationella Arbetarorganisationen (ILO). Konferensen hölls i Världshälsoorganisationens europakontor i Genève och var arrangerad av dr Malan, som är chef för den socialmedicinska sektionen och dr Buckle, som är mentalhygienisk konsult vid samma kontor. Från ILO medverkade Mr Givry och säkerhetsmannen dr Fuchs samt dr Pfister, som är expert på flyktingsproblem. Då diskussionen avsåg att vara en rådgivande sådan, hade inbjudits några experter, dr Roger Tredgold och dr Tommy Wilson från London, dr Gillon från Paris, prof. Koekkebacker från Leyden och undertecknad. Dessutom förekom ett antal observatörer, bl. a. prof. Pellizzi från EPA, där han svarar för div. sociologiska forskningsprojekt.

Anledningen till konferensen var att WHO (Världshälsoorganisationen) står inför problemet att försöka skaffa fram tillräckligt med industriläkare framför allt till nyindustrialiserade områden, att försöka ge råd om den lämpligaste utbildningen för dessa och som en följd därav har frågan om industriläkarens roll och avgränsningen av hans arbetsuppgifter blivit aktuella. Man hade bestämt sig för att diskutera efter följande mall:

- 1) avgränsning av ämnesområdet,
- 2) existerar det speciella problem i Europa med avseende på psykisk hälsa och relationerna i arbetet inom industrin?
- 3) moderna forskningsresultat
- 4) vilka tecken har man hos den enskilde arbetaren eller hos grupper på bristande anpassning och dåliga relationer i arbetet?

- 5) hur inverkar den individuella arbetsmiljön på den psykiska hälsan?
- 6) hur kan industriläkaren och hans medarbetare diagnostisera tecken till bristande psykisk hälsa eller ogynnsamma relationer inom företaget?
- 7) vad är industrihälsovårdslagets funktioner i den förebyggande verksamheten?
- 8) vad kan ett sådant industrihälsovårdslag göra för att förbättra den psykiska hälsan?
- 9) vad kan WHO göra för att befordra utvecklingen inom det här området?

Det var som synes ett ytterst digert program. Mötet, som varade i 5 dagar utvecklade sig till en utomordentligt intressant diskussion mellan deltagarna där engelska, franska, holländska och skandinaviska erfarenheter jämfördes och där olikheterna i den psykologiska bakgrunden tydligt framstod. I sin helhet blev mötet en ytterst massiv information till arrangörerna, som naturligt nog inte kunde besitta de specialkunskaper, som de tillkallade gästerna var i besittning av.

Redan den omedelbara inledningen av diskussionen, där dr Buckle försökte att precisera frågeställningarna gav en antydning om ämnets svåravgränsbarhet och de ofantliga problem, som ligger i det. Han frågade helt enkelt, vad gör industriläkaren? Botar han bara fysiska skavanker eller sköter han även psykisk ohälsa? Skall han intervensera om folk inte trivs, varvid man genast får det intrikata problemet med hans utbildning. De teknologiska förändringarnas inverkan på grupprelationerna innebär genast en fråga om vad skall industriläkaren göra för att kunna hålla miljön så litet skadlig som möjligt för sina klienter inom företaget. Dvs. han ställs inför det klassiska, psykiatriska dilemma, där man ofta inte får några resultat med behandling av den enskilda patienten om man inte kan komma åt att samtidigt också behandla miljön. Man frågar sig därför också, skall industriläkaren tillfrågas om tekniska förändringar skall göras inom ett

företag. Dr Buckle frågade också vidare, vad finns det för diagnos och behandlingsmöjligheter inom industripsykiatri och på vilket sätt manifesterar sig problemen? Kommer de fram i form av nervösa rubbningar, vanlig psykisk ohälsa eller som olycksfall eller som bristande tillfredsställelse med arbetet, eller på vilket sätt yttrar sig dessa störningar?

Redan på ett mycket tidigt stadium av diskussionen framkom också olikheten i bedömningen av problemet mellan å ena sidan WHO och å andra sidan ILO. ILO har redan förut vid ett antal tillfällen diskuterat *human relations* och haft konferenser med sociologer m.fl. Nu var de uteslutande intresserade av att beröra de medicinska frågorna och det var tydligt också att de nog i själva verket åsyftade en ganska skarp skiljelinje mellan dessa två områden. Det var därför naturligt att man försökte på ett relativt tidigt stadium bestämma den roll, som industriläkaren kan ha inom företaget. Wilson framhöll därvid att det sedan länge varit mycket diskussioner mellan å ena sidan hälsovårdsavdelningarna och å andra sidan personalavdelningarna om vem som skall arbeta inom gränsområdet mellan medicin och *human relations*. Det framhölls också, att det var viktigt att läkarna deltog i detta arbete, därför att deras medverkan påskyndade så att säga utformningen av processen även om läkarna själva inte är kapabla att lösa det. Det framhölls från svenskt håll också, att läkarnas inställning till verksamhet inom gränsområdet är positiv men att det saknas utbildning härför och därför i stort sett alltid stannar vid en välvillig attityd.

Definition av läkarens roll

Ett viktigt avsnitt av diskussionen gällde själva definitionen av rollerna. Tredgold framhöll, att det har varit för mycket bråk mellan personalfolk och läkare om dessa problem och om man bara diskuterar rollfördelning sinsemellan så botar man ingen. Å andra sidan framhöll Koekkebacker, att det är viktigt, att definiera rollerna även om det finns en viss risk att vederbörande kan låsa sig fast i sin roll. I samband därmed kom frågan upp, är läkaren i företagen huvudsakligen anställd för

att utöva en medicinskt-läkande funktion eller är han ett "verktyg" i företagsledningen. I samband härmed kom också frågan upp om ersättningsfrågorna, dvs. spelar det någon roll om läkaren är betald av företaget, eller möjligen som i vissa länder, av fackföreningen, eller ersättes per prestation. Det framhölls av en av deltagarna, att det kan ibland bli emotionella omedvetna motiv, som kan påverka relationerna mellan patienten och läkaren och som delvis kan ha sin grund i sådana här ersättningsproblem.

Denna del av diskussionen slutade med framhållande av, att industriläkarna får genom naturen av sitt arbete en mängd information, som det är angeläget att dessa vidarebefordrar till företagsledningen. Det framhölls också, att i allmänhet har industriläkaren tillräckligt status inom företaget för att kunna gå med sina informationer till vem han så önskar. Det framhölls som särskilt viktigt, att den alltför stora avgränsningen och tystlåtenheten med vad som iakttagits i läkararbetet borde minskas. Detta borde dock givetvis ske under nödigt hänsynstagande till tystnadsplikten.

Problem i arbetet

I ett annat avsnitt av konferensen diskuterades vilka problem som läkaren och framför allt industripsykiatrikern ställs inför i företaget. Det framhölls därvid från svenskt håll att frågorna var till att börja med:

- 1) hur skall man göra med kroniskt mera svårt psykiskt sjuka,
- 2) vad göra med den stigande frånvarofrekvensen, speciellt den del, som betingas av nervösa rubbningar,
- 3) vad är det för faktorer som gör att folk anpassar sig, finns det olika sektorer och typer av anpassning,
- 4) hur göra med nyanställda som har psykiska defekter,
- 5) lönar det sig med omplacering av nervösa.

Wilson påpekade, i detta sammanhang risken av att läkare precis som ingenjörer är så fastlåsta i sin klassiska utbildning och sitt klassiska tänkande att de ofta inte är vana vid att arbeta i nya miljöer och svara på så att säga ovana frågor. När en läkare kommer ut i ett

företag så ställs det en massa frågor till honom av vilka företagsledningen oftast inte alls är särskilt intresserad, men som mera är ett försök att utröna hur pass allsidigt orienterad läkaren är i de problem, som berör företagen eller om han är enbart fastlåst i sin strikt medicinska roll som en "fältskär". Den ökade användningen av olika sorters konsulter med ofta otillräcklig utbildning (konsulenter av olika schatteringar, psykologer, sociologer, socionomer etc., etc.) visar att läkarna i varje fall inte räcker till eller gör vad som borde göras. Men det visar också, att den klassiska personalmannen och den klassiska psykologen heller inte ensam täcker fältet. Det framhölls, att det inte är möjligt och heller inte riktigt lämpligt att stelt fixera industriläkarens resp. industripsykiatrikerens roll utan man bör ha möjlighet att efter företagets typ och olika problematik få variera rollen. Vad som är gemensamt och bra för denna typ av läkare är hans kliniska metod, som är faktiskt hans bästa verktyg och som är användbart både när det gäller utredning av enskilda problem eller diskussion av olika företagsledningsproblem.

Sociologisk forskning

I diskussionen av pågående forskningar gavs först en ganska god översikt över vad som görs inom den klassiska sociologiska forskningen betr. t. ex. inverkan av de teknologiska förändringarna och av företagsorganisationens inverkan på kommunikationer, förmansrelationer, på utbildning och befordran. Det framhölls från holländskt håll att undersökningar pågår över frekvensen av nervösa rubbningar och tecken till missanpassning i olika miljöer. Och man undersöker också vilka som betecknas som besvärliga i en organisation. Därvid visade det sig att företagsledningen och psykiatrikerna hade helt olika uppfattningar. Holländaren de Veers undersökning (Success and failure in industry) fortsattes nu med en undersökning över liknande problem inom den högre företagsledningen. Man studerade också en del frånvaroproblem och undersökningar av skiftesarbete, inverkan på familjerna och vilka personlighetsfaktorer som mest ledde till ogynnsamma reaktioner. Fransmannen Gillon

redogjorde för Friedmans attitydstudier över de teknologiska förändringarnas inverkan och över ungdomars förhållande vid förflyttning långt från sina familjer. Italienaren Pellizzi redogjorde för undersökningar över frekvensen av personer som trivs med monotont arbete.

Utbildning av industriläkare

Betr. utbildningsmöjligheterna framhölls, att dessa är alltför dåliga och det är mycket svårt att hitta lämpliga institutioner eller företag dit man kan skicka folk. Detta är ett av WHO:s allra största problem. Man enades här om att inte bara en allsidig utbildning krävdes utan en utbildning till att samverka med specialister från andra vetenskaper och erfarenhetsområden. Därför måste man konsekvent gå in för lag, representanter för de olika specialiteterna, som skulle försöka lösa de medicinska-psykologiska-sociologiska problemen inom företaget. Som avgörande framhölls att läkarna måste lära sig skillnaden mellan de manifesta och de verkliga bakomliggande symtomen. De måste kunna tillräckligt mycket om grupp-psykologi och lära sig tekniken att ge informationer. I samband härmed diskuterades också redovisningen av läkarens arbete, och det framhölls att all sjukstatistik i företagen döljer psykologiska faktorer och nervösa rubbningar i mycket stor utsträckning. Den bör därför läggas upp på ett helt annat sätt än efter nuvarande konventionella mallar och i stället gå på sampling av smågrupper där man samlar fler data från olika synpunkter.

Till sist framhölls betr. utbildningen av industriläkarna att man borde också hjälpa dem att lära sig att bygga upp relationer med företagsledningens olika skikt, att kunna fortsätta att arbeta på nya plan och klara andra typer av aggressioner än de som de normalt möter i sitt arbete. Särskilt psykiatrikerna blir ju i industrin ofta föremål för nog så obehagliga projektioner. I anslutning härtil kom frågan upp om det egentligen inte krävs nya yrken, inte strikt läkarmässiga eller strikt psykologiska eller strikt tekniska, och frågan kom då upp om det är lättare att bygga upp helt och hållet nya yrken eller att försöka påverka de gamla yrkena så att de får mera modern ut-

formning. Den allmänna åsikten var att det snarast var lättare att försöka bygga upp nya yrken. Man får försöka ge utbildning åt avancerat folk från olika yrkesområden för att pröva nya utbildningsformer oberoende av de givna organisationerna. De gamla traditionerna inom läkaryrket måste i detta sammanhang betecknas som starkt belastande. Som ett minimum framhölls dock, att utöver den yrkeshygieniska utbildningen som industriläkarna borde ha, borde de också redan på medicine kandidatstadiet få någon form av *human relations*-utbildning. Härvid borde praktikfallsdiskussioner och *role playing* medverka.

I anslutning till dessa synpunkter kom också frågan om *urvalet av läkare* upp och Wilson skildrade Unilevers och Lever Bros metoder för att välja sina läkare. Han framhöll, att noggranna arbetsbeskrivningar över de olika funktioner, som ingår i de olika läkarsysslorna, avgör också i stor utsträckning urvalsprinciperna och därmed testmetoderna.

En mycket stor del av utbildningsdiskussionen ägnades åt olika mera speciellt tekniska aspekter. Här skall bara nämnas det att man tryckte mycket hårt på en s.k. *reorientation face* då man fick lära sig nya tekniker.

Som en sammanfattning av den här ytterligt stimulerande och intressanta diskussionen kan sägas att man verkligen gick in för att försöka ge läkarna en allsidig utbildning, att man försökte klargöra vilken roll läkaren bör spela i ett företag, att man försökte se det som en viktig del av läkarens ansvar att även delta i det mera mentalhygieniska och *human relations*-betingade arbetet som han av naturliga skäl på grund av sin ställning och de informationer han får, borde ha. Man enade sig om att försöka mera noggrant utforma utbildningsplaner samt att försöka få i gång konferenser mellan företagsledare, personalfolk och läkare för att mera i detalj diskutera igenom rollproblemen.

Svenska Arbetsgivareföreningens informationskonferens i mentalhygien och industripsykiatri för industriläkare

Denna konferens hölls nyligen på Yxtaholm och representerade ett nytt inslag i industri-

läkarutbildningen. De bakomliggande tankgångarna var i mångt och mycket desamma som refererats från Genève-mötet i det föregående avsnittet. Vad som hade föranlett Arbetsgivareföreningen att sätta igång denna konferens var det förhållandet, att intresset för psykisk hälsovård och relationer i arbetet numera är livligt bland industriläkarna, men att dessa på grund av bristande tekniska kunskaper inte tillräckligt vågat sig på att delta i detta arbete.

Till konferensen hade samlats 31 stycken av de mest erfarna industriläkarna, som under tre dagar tillsammans med ett antal psykiatriska kolleger diskuterade psykiatriska grundproblem. Det allmänna intrycket var att konferensen stod på osedvanligt hög nivå med en ytterst intressant diskussion, att rikligt med praktiska tips kunde inhämtas och att det ledde till ett livligt utbyte mellan två olika specialistgrupper.

Överläkare Torsten Frey från Göteborg gav en skildring av de psykiska insufficienstagandens klinik. Med dylika tillstånd menar man inte de egentliga svåra psykiska sjukdomarna utan man menade sådana psykiska sjukdomstillstånd, där det föreligger ett missförhållande mellan personligheten och miljöns krav. Han framhöll vikten av de konstitutionspsykologiska momenten, vilken inverkan skador i form av sjukdomar, olycksfall, infektioner, trötthet eller psykiska motgångar kunde ha, vilken betydelse de tidiga miljöskadorna får, och betydelsen av akut psykisk belastning. Han redogjorde på basen av olika typfall för vilka faktorer som kan leda till sjukdomsfixering och hur man genom psykiologisk behandling kan få en mycket större invalidisering än som i grund och botten är nödvändig. Han framhöll också hur sjukdomsbilden präglas av olika personlighetsfaktorer, såsom intelligensfaktorn, astenifaktorn, faktorer tillhörande den hysteriska personlighetstypen och den s.k. syntonifaktorn. Han gav dessutom en utomordentligt klar skildring av de olika behandlingsresurser, som finnas och hur man kan variera behandlingen allt efter de olika typerna av åkommor. — Professor Erik Essen-Möller skildrade en frekvensundersökning i en skånsk lantbefolkning, där man hade samtalsvis gått igenom hela befolkningen på 2.550 personer i ett område. På basen av vad samtalsuppgif-

terna, de allmänna intryck som personerna ifråga gav, deras skildringar av olika sjukdomar, kontroll i områdenas sjukhusarkiv och pastorexpeditioner, samtal med förtroendemän osv. fick man en god bild av de olika människoödena. Det visade sig därvid, att man hittade en mångfald faktorer tillhörande den sjöbringska konstitutionstypen och som visade att en stor del av den friska arbetande och socialt välanpassade befolkningen dras med drag som ofta utgör en belastning för dem. De visade sig sålunda vara nerslitna, trötta, besväras av ångslan eller oro, rester efter tidigare genomgångna sjukdomar osv. Han gav en ingående skildring av hur man skall avgränsa vad som måste betraktas som sjukligt och vad som kan betraktas som en obetydlig variant inom det normala men som i sin tur kan utgöra en disposition för sjukdom vid extra belastning. Det väsentliga är att frekvensen av sådana faktorer som kan sägas utgöra en disposition för sjukdom eller för missanpassning är enormt mycket större än vad man i allmänhet tidigare har trott.

Doktor Mindus skildrade de psykiska insufficiensstillstånden såsom de ter sig från arbetsplatsen och från företagens synpunkt och skildrade där de olika erfarenheter, som den tillfälligt arbetande konsulten får och de erfarenheter som den permanent i industrin arbetande industriläkaren får. I skildringen ingick också en bild av vilka faktorer på arbetsplatsen som särskilt ofta har en benägenhet att stegra den psykiska spänningen och därmed banar väg för utlösning av psykiska svaghetstillstånd. (Framställningen återfinnes i utförligare form i Ling-Mindus "Psyiskisk hälsovård och relationerna i arbetet", 1956). — I anslutning till dessa tre inledande föredrag diskuterades vilka de vanligaste tillstånden var som man observerade på arbetsplatserna, vilka faktorer som oftast verkar utlösande hos kollektivanställd personal, hos *middle-management* och hos den högre företagsledningen, och man diskuterade problem sammanhängande med förmännens belastning och problem med stabila och hållfasta men kanske inte alltid så finkänsliga arbetsledare.

Första dagens eftermiddag ägnades åt intervjuteknik. Där gav docent Gunnar Lundquist

från Långbro sjukhus en skildring av den psykiatriska intervjun och berättade om vilka data, som man försöker inhämta, hur dessa data avvägas mot varandra och hur man sammanställer bilden till en psykiatrisk diagnos. Han gick även in på de problem som intervjuaren möter när han skall försöka bygga upp den ömsesidiga relation, som ett samtal med en patient innebär, och vilka de vanligaste blindskären var. Denna framställning kompletterades sedan på ett ytterst intressant sätt av fil. lic. Anders Rosenqvist från Huskvarna Vapenfabriks AB, som skildrade anställningsintervjun genom personalkonsulent och arbetsledning och gav där en motsvarande bild av hur företagets representant försöker på basen av intervjun bygga upp en bild av personen ifråga. Han angav också vilka källor man skulle stöda sig på, vilka fakta som kunde inhämtas utifrån och de inbördes avvägningarna mellan dessa.

Eftermiddagen avslutades denna mycket intressanta och långa arbetsdag med en diskussion av problemet över delgivning till arbetsledning och tystnadsplikt. Diskussionen inledes dels av dr Allan Hedfeldt från ASEA, Västerås, som skildrade läkarens problematik och dels av prof. Gunnar Westerlund från Handelshögskolan, som skildrade psykologens problematik. Diskussionen rörde sig mest om i vad mån man kan till patientens eller klientens fromma lämna information utan att bryta den givna tystnadsplikten och hur man ändå skall kunna se till att företagen får de informationer som de har rätt att kräva.

Den andra dagen ägnades åt en intressant diskussion över möjligheterna att fastställa tecken till psykisk ömtålighet. Inledare var dr Erik Sonnhammer från Norrköping och dr Erland Mindus, som redogjorde för de bakomliggande tankegångarna och för undersöknings-tekniken. Framställningarna utmynnade i ett påstående att den psykiska hållfastheten är intimt korrelerad med stabiliteten i det vegetativa nervsystemet och att tillståndet i denna del av nervsystemet kan fastställas med relativt stor noggrannhet. Detta för industriläkarna och över huvud taget allt personalfolk ytterst viktiga ämne utlöste en synnerligen livlig diskussion.

Eftermiddagen ägnades åt möjligheterna att

rehabilitera psykiskt mera allvarligt sjuka som ev. har vårdats en längre tid på mentalsjukhus. Medicinalrådet Curt Åmark gav här en mycket god skildring över vad modern sjukhusvård innebär med de stora möjligheter att på ett tidigt stadium aktivera de psykiskt sjuka och återföra dem till normala arbetsrutiner och till bättre social anpassning. Hela eftermiddagen ägnades åt en mycket ingående diskussion över vilka informationer som industriläkarna behöver från sjukhusen om de psykiskt sjuka och omvänt vilka möjligheter som finns för industrierna att bidra till rehabilitering av de i egentlig mening mera svårt psykiskt sjuka. Särskilt denna diskussion gav för bägge grupperna ett mycket stort utbyte och kommer säkerligen att sätta stora spår i framtiden. — Kvällen ägnades åt en redogörelse över olika psykologiska testmetoder. Industripsykolog Curt Bronner från ASEA, Västerås, gav en utomordentligt intressant skildring inte bara över testmetoder av begåvningsprofiler utan även av personlighetstest och kunde visa, vilket är någonting ytterst sällsynt, validitetsundersökningar av projektiva tests. Det var en fascinerande framställning som utlöste en ytterst livlig diskussion.

Den sista dagen ägnades åt en mycket ingående diskussion över vilka faktorer, som påverkar den individuella anpassningen i arbetet. Diskussionen inleddes av dr Mindus och praktiskt taget alla deltog i den. Betr. innehållet hänvisas till motsvarande kapitel i Ling-Mindus "Psykisk hälsovård i industrin".

Konferensens eftermäle blev gott och väckte en stark anklang hos alla deltagande parter.

Uppenbart är att dessa två här refererade möten visar en del nya och viktiga drag. Det avgörande kan man säga är att industriläkarna numera är villiga att delta i det sociala, psykologiska arbetet och inte bara avgränsa sig till det i teknisk mening medicinska. Detta innebär ett ökat ansvarstagande för läkarna men medför också givetvis nya problem i form av rollavgränsningar mellan läkare och personalfunktion. — I det stora hela får man väl säga att detta är en ytterst glädjande tendens som säkerligen kommer att innebära att den redan nu välkvalificerade industriläkarkåren kommer att bli ännu mera nyttig än vad den hittills har varit.

Kort knästöd efter knäledsresektion (på PorElast-bädd)

Materialförbrukning

2 Cellona-bindor, 15 cm, som gipsskenor

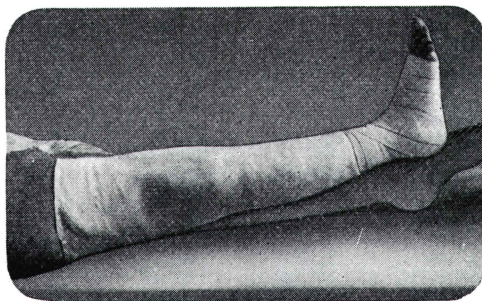
5 Cellona-bindor, 12 cm, som cirkulärförband

2 PorElast plåsterbindor, 8 cm



Tillverkare:

LOHMANN KG., FAHR / RHEIN, TYSKLAND



Cellona FÖRBANDEN

äro renare, lättare, fastare och därför också särskilt ekonomiska

A 154 b