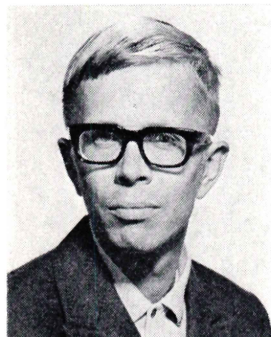


Psykiatrisk dagsjukvård – personalpsykologiska aspekter



Göran Ahlin

Fruängens Dagsjukhus i södra Stockholm tillkom för ca två år sedan. Det har från början organiserats för att ge möjlighet till miljöterapi enligt det terapeutiska samhällets principer. Vad detta inneburit i fråga om ökat ansvar och nya arbetsuppgifter för olika personalgrupper redovisas i denna artikel av Göran Ahlin, tidigare underläkare vid sjukhuset.

Med införandet i psykiatrisk behandling av miljöterapi-teknik och av psykiatrisk dagsjukvård har oanade möjligheter öppnats att utnyttja latent psykoterapeutisk förmåga hos varje individ i personal- och patientkategorierna på ett systematiskt sätt. Som visas i litteraturen av författare som Bierer, Cameron (1947), Conwell (Amer. dagvårdsenheter 1964), Carse (Worthing 1959) och i Sverige Berggren, Szecsödy, Rooth, Dahlin et al har detta möjliggjort förbättringar av behandlingsresultat i ett flertal avseenden på ett avgörande sätt. Mestadels har litteraturen studerat dagsjukvårdsformens effekter på sjukdomstillstånd och på patienter från olika synvinklar — mindre effekterna på den "andra hälften" av den terapeutiska miljön, personalen.

Bland den mängd frågor sjukvårdsadministratörer, klinikchefer och andra ställs inför om man överväger etablera nya dagvårdsenheter eller terapeutiska miljöer gäller åtskilliga just personalen. Mera allmänna synpunkter har utomlands publicerats av bl. a. Milton Greenblatt och Lökken, i vårt land har föga skrivits om detta. Denna uppsats är ett försök att med konkreta

exemplifieringar tagna från de två första åren av Fruängens Dagsjukhus verksamhet belysa effekterna av en terapeutisk miljö på personalgruppen.

Några definitioner och reservationer

I min uppsats använder jag begreppet *roll* och avser med det ett sätt att vara i förening med en eller flera medvetet eftersträfvade attityder i arbets-situationen. *Kommunikation* avser överförande av sakinformation och bedömningar och upplevelser mellan individer. Termerna *överföring* och *motöverföring* refererar till psykoanalytisk teori.

Reservationerna: Författaren har själv största delen av den beskrivna tiden ingått som teammedlem i egenskap av vikarierande underläkare vid Dagsjukhuset. Jag är alltså ingen utifrån kommande iakttagare utan har varit delägare i det psykologiska samspelet i personalgruppen. Jag är följaktligen utsatt för de felperceptioner och felaktigt dragna slutsatser detta stundom kan medföra trots all strävan till objektivitet.

En fullständig redovisning av skeendena i den

Efter ett föredrag på läkarnas riksstämma 1968

na personalgrupp skulle förutsätta också ett redovisande av personliga och privata förhållanden som kan ge förklaringar till delar av våra inbördes reaktioner och beteende. Detta kan inte ske då vi i dessa avseenden är i behov av samma skydd som patienter har i bestämmelser och sekretess rörande deras intima förhållanden. Ett sådant redovisande skulle för övrigt inte heller ha nämnvärt värde eller tillämpbarhet på andra personalteam sammansatta av annorlunda beskaffade personligheter. Med detta vill jag ha sagt att uppsatsen är produkten av en serie överväganden om vilka av de gjorda erfarenheterna och dragna slutsatserna som kan förväntas vara generella och därmed återfinnas i andra team och vilka som inte är det.

En kort presentation av den studerade vård-enheten: Fruängens Dagsjukhus, som varit i verksamhet sedan februari 1966, kan i korthet karakteriseras som en fristående enhet för psykiatrisk utredning, behandling och rehabilitering av omkring 30 patienter där stommen i verksamheten utgörs av grupprocesser i arbetsterapigrupper, samtalsgrupper och mera ostrukturerade aktivitetsgrupper samt av ett socioterapeutiskt program för hela kollektivet gemensamt och med individualterapeutiska åtgärder som komplement till övriga åtgärder. Mera detaljerad beskrivning av verksamheten finns i Berggrens rapport till Sjukvårdsstyrelsen 1967.

Personalteamet vid dagsjukhuset består av en avdelningssköterska (leg. sjuksköterska), en 1:a sköterska (mentalsköterska)+3 mentalsköterskor, ett ekonomibiträde, en halvtids kurator, en halvtids psykolog, en arbetsterapeut, en underläkare och en kontorist.

Från och med 1.1 1968 har tillkommit en bitr. överläkare, 1/2 kuratorstjänst och en kontorist. Studien omfattar inte effekterna av dessa förändringar, som ligger för nära i tiden för att ännu vara överblickbara. Dagsjukhuset hör organisatoriskt till klinik M II, Långbro sjukhus och har överläkare gemensamt med 10 andra avdelningar.

Personalen arbetar i ett arbetsteam med maximal kommunikation inom teamet av infor-

mation om patienterna, med hög grad av ansvarsfördelning inom teamet, som också samarbetar med patienterna, vilka i ett flertal frågor kring sjukhusets verksamhet pålagts ett visst medinflytande. Personalteamet har en gång per vecka en konferens som är patientcentrerad, där, efter önskan från någon eller några i teamet, en eller två patienter diskuteras per gång, samt en konferens per vecka, där praktiska problem, terapiformer i stort, målsättningar m.m. tas upp. Dessutom förekommer varje dag informella konferenser i samband med måltider och kaffedrickning. En timmer per vecka utnyttjas till terapeutisk session för personalgruppen (s. k. terapeutisk personalgrupp) med gruppleddare tagen utanför det ordinarie teamet.

Mentalsköterskorna

Terapin och verksamheten vid Dagsjukhuset har centrerats kring aktiviteter i grupp. Detta har både betingats av en ökande tilltro till gruppen som terapeutiskt instrument, men också av den otillräckliga tillgången till individualterapeutid hos Dagsjukhusets personalteam. Som ledare av dessa gruppaktiviteter föll det sig helt naturligt att placera de 4 mentalsköterskorna.

Varje mentalsköterska har således en egen patientgrupp för vilken hon fyller tre funktioner, dels leder hon samtalsgruppsammankomst med sin grupp en gång i veckan, dels intar hon måltider gemensamt med gruppen och dels är hon den som i första hand är tillgänglig för parsamtal för den enskilde patienten i hennes grupp. Utan titulerande eller uniform har mentalsköterskan i dessa tre aspekter en roll som innebär att leda gruppen som helhet och att "ta hand om" sig tilldelade patienter för att råda, hjälpa och först som sist lyssna, när detta behövs.

Utöver detta svarar varje mentalsköterska för en speciell sektor av arbetsterapi i dagsjukhusets arbetsterapiverkstäder, en s.k. station. Där har hon mestadels patienter från de andra sköterskornas grupper, vilka tillsammans med henne arbetar i ett arbetslag. Laget framställer produkter i mindre serier enligt en produktionsplan, som sköterskor och arbetsterapeut gemensamt kommit över-

ens om. Här arbetar sköterskan på lika villkor som de övriga i arbetsgänget fast med en dragning åt att vara den som med omärkliga initiativ håller verksamheten igång.

Mentalsköterskorna har alltså i sin kontakt med patienterna egentligen två roller med olika auktoritetsgrad. Eftersom inte samma patienter ingår i båda gruppbildningarna (sköterskans gruppterapi-grupp resp. arbetslaget) och därför att de två rollerna influerar på varandra har det varit möjligt förena dem hos samma person.

Mentalsköterskornas nära kontakt med patienters problematik enskilt och i grupp och det till dem i inte ringa omfattning hänskjutna ansvaret för terapiens gång har givetvis intensifierat överförings- och motöverföringsreaktioner mellan dem och patienter.

Sådana överförings-motöverföringsreaktioner har kunnat påvisas och tolkas i handledningssituationer i teamet och detta har lett till ett bredare terapeutiskt register för mentalsköterskan och givit erfarenheter, som senare kunnat utnyttjas i uppläggnings- och terapiinriktning för andra patienter.

Svårast hanterbara överföringsreaktioner har som väntat uppstått runt karaktärsneurotiska personer med eller utan alkohol- och narkotikamissbruk. Ett för kraftigt genomslag av sådana patienters impulsstyrda beteenden har stundom fått negativa effekter för hela den terapeutiska miljön. Stabiliserande mot sådana genomslag inverkar dels den övriga personalens kontakter med patienten, dels också medpatienternas co-terapeutiska förmåga.

Det är vår erfarenhet att av olika typer av överföringar, som uppstår mellan personal och patienter inom Dagsjukhusets verksamhet, är de negativa överföringarna, de som är lättast att konstatera, spåra och bearbeta. Särskilt är det paranoidea, hysteroida och allmänt agerande patienter, som ger upphov till reaktioner av avståndstagande, aggressivitet etc.

Mentalsköterskornas motståndskraft mot agerande och provokationer har dock blivit mycket stor efter hand som handledning i olika former och själva det dagliga arbetet i sig skapat ökad förståelse för den egna personliga problematiken.

Positiva överföringar av ovanlig styrka mellan personal och patient har i motsats till de negativa mer sällan blivit föremål för tolkning och bearbetning. Den positiva affektiva bindningen till patienten måste ha syntts mera självklar och problemfri än som den av en utbildad psykoterapeut uppfattas i individualterapi. Orsaken kan på ett ytligt plan vara konventionella värderingar av typen "en sköterska skall älska sina patienter", på ett djupare dynamiskt plan att positiva överföringar i stor utsträckning tillfredsställer omedvetna önskningar, som kanhända är gemensamma för de flesta inom vårdyrkena.

Avdelningssköterskan

I den traditionella avdelningssköterskerollen ligger att "ta hand om" och att "ta ansvar för" patienter samt att administrativt leda det praktiska arbetet och genom egna beslut och föreskrifter styra den övriga underlydande personalens verksamhet.

I psykiatrisk dagsjukvård har tonvikten för ansvar för en patient i mycket skjutits över till patienten själv, i mycket skjutits över till mentalsköterskan och i vissa delar också skjutits över till hela patientgruppen. Dessutom är patienterna under halva dygnet utom räckhåll för hjälp, stöd och kontrollåtgärder i motsats till på en traditionell avdelning, där patienten "överlämnas till" den sjuksköterska, som har nattpass.

Sjuksköterskans roll i traditionell sjukvård av ett slags "doktor under doktorn" ersätts i psykiatrisk dagsjukvård av rollen som medlem i ett arbetsteam, där visserligen å ena sidan en del drag och funktioner från den traditionella sjukvården finns kvar, men å andra sidan också andra nya och svårare delar tillkommer.

Avdelningssköterskans roll på Fruängens Dagsjukhus har utformats av henne själv under tidigare tjänstgöring på Södersjukhusets psykiatriska avdelning fr. o. m. 1961 och sedan vidareutvecklats här.

Den består schematiserat av två delar, den ena närmast administrativ med medicindelning, ansvar för medicinskåp, ansvar för provtagning, ansvar för material, som inte direkt hör under arbets-

terapeuten, o. s. v. Den andra delen, som från de aspekter denna uppsats vill belysa, är betydligt mer intressant består dels av direktkontakt med patienter av snarlikt slag som den patienterna har med sin mentalsköterska, dels av handledning av i första hand mentalsköterskorna men också av vissa elever och praktikanter, som går på Dagsjukhuset.

Direktkontakten med patienterna innebär att efter gemensamt uppgjorda terapeutiska linjer ta hand om akuta problem, symptom och liknande, fast med något mer distans till patienterna än mentalsköterskan har och skall ha. Distansen kan ibland vara en trygghet för patienterna, som gör det möjligt ta upp problem som är svårare att ventilera med den man har "närmare inpå sig". Denna distans kan också ge bättre möjlighet att med något större auktoritet hjälpa patienterna följa ett uppgivet program, passa uppgjorda tider och trots ambivalens eller bristande motivation utföra uppgifter, som ingår i vederbörandes terapeutiska program.

"Auktoritativa besked" i form av föreskrifter eller beordranden från avdelningssköterskan till patienterna tillgripes sällan och då endast vid missförhållanden där det i och för sig starka korrektiv, som finns inom patientgruppen själv och hos vederbörande mentalsköterska, av någon anledning inte räckt till. I sådana situationer då någon form av disciplinärt ingripande är terapeutiskt motiverat, antingen med hänsyn till hela kollektivet eller med hänsyn till den enskilda patientens återanpassning till verkligheten, har det visat sig nödvändigt att då andra vägar sviker inom personalteamet tillfälligt utnyttja en form av auktoritativ pyramid med översköterskan och arbetsterapeuten "över" mentalsköterskorna och kuratorn och i vissa fall psykologen och i sista hand läkaren "över" översköterskan och arbetsterapeuten.

I avsnittet om mentalsköterskorna har skildrats att en av deras väsentligaste uppgifter är att ständigt vara till hands för sina patienter för stöd och för samtal om aktuella problem, symptom och motsvarande. På samma sätt skall avdelningsskö-

terskan ständigt finnas till hands för mentalsköterskorna för handledning, råd och först som sist avlastning av det mer eller mindre provocerande material mentalsköterskorna får i direktkontakt med sina patienter. Mycket av denna handledning för mentalsköterskorna försiggår ju i olika gruppaktiviteter, varom mera nedan, men stora delar av den måste ske i parrelation där avdelningssköterskan är den andra parten. Att avdelningssköterskan har denna handledarroll orsakas inte bara av att läkaren och psykologen stor del av tiden inte kan vara till hands för omedelbar kontakt med mentalsköterskan på grund av patientsamtal och liknande, utan i minst lika hög grad av att avdelningssköterskan här kan i relation till mentalsköterskan ha kontakt "på jämställd fot" utan influens av prestige-hänsyn, rädsla för att "nu har jag gjort bort mig" och likande, som nog även med den allra bästa kontakt mellan läkaren och personalteamets övriga medlemmar ändå alltid i någon mån kan verka hindrande.

Arbetsterapeuten

Utgångspunkterna för avgränsandet av arbetsterapeutens roll har varit erfarenheterna från Södersjukhuset och det här ytterligare accentuerade behovet av en fackkunnig organisatör och ledare av arbetsterapin, en uppgift som svårligen kan överlåtas på någon annan inom personalteamet än den fackutbildade arbetsterapeuten. Hos arbetsterapeuten ligger således ansvaret för placering av varje patient vid lämplig station inom verkstäderna, ansvaret som idégivare och sakkunnig ledare av uppläggningsen av produktionsserier och olika arbetsterapeutiska program samt dessutom en övervakningsfunktion, så att verksamheten fungerar både som helhet och kanske framförallt för varje enskild patient. Hennes roll har därför utformats snarlik en arbetsledares eller verkmästares i det normala arbetslivet. Till detta kommer inom den administrativa delen av arbetsterapeutens roll givetvis rutingörsmål med materialanskaffning, materialförvaring, redovisning, bokföring och liknande. I avsnittet om mentalsköterskorna har skildrats hur varje station har en mentalsköterska som i görligaste mån omärkligt "leder"

verksamheten, svarar för råd om det praktiska utförandet av olika produkter m. m. Mentalsköterskan ersätter här en viktig del av en arbetsterapeutuppgift inom traditionell psykiatrisk arbetsterapi, där ju arbetsterapeuten med visst tycke av handarbetslärarinna själv skall svara för direktkontakt med varje patient, instruktion, råd och handledning och med andra ord själv upprätta olika parrelationer till patienter.

Ursprungligen hade på dagavdelningen vid Södersjukhusets psykiatriska klinik arbetsterapeuten en helt traditionell roll med närkontakt till patienter. I den terapeutiskt intensiva miljön blev denna närkontakt emellertid tidvis för påfrestande för ett flertal arbetsterapeuter med deras på den tiden relativt ringa psykiatriska utbildning, och det blev därför en nödvändighet att öka distansen till patienterna. De ovan åsyftade erfarenheterna från Södersjukhuset poängterade alltså samma behov av distans mellan arbetsterapeut och patient, som här dessutom härletts ur det administrativa behovet av arbetsledning över arbetsterapins stationer.

Nyckelorden för den teoretiskt avgränsade rollen för arbetsterapeuten inom dagsjukhuset är således distans till patienterna, överblick över verksamheten och auktoritet.

En så strikt avgränsad roll kan visserligen vara mycket ändamålsenlig dels med tanke på den totala verksamhetens krav, dels också med tanke på arbetsterapeutens eget behov av stöd för att klara sin arbetsuppgift, men måste också kunna förväntas lätt leda till problem för rollinnehavaren. Så har också i viss mån blivit fallet och i fråga om arbetsterapeutens roll har kanske tydligare än när det gällt övrig personal här demonstrerats att när personalteamet väl kommit till hög funktionsgrad och hög grad av samarbete påverkar och vidareutbildar olika befattningshavare varandra därhän att allt för strikta rollgränser uppmjukas. Medan praktiskt taget alla övriga befattningshavare i någon aspekt har en individuellkontakt med patienter innebärande bl. a. känslan att "aktivt deltaga i botandet" skulle alltså arbetsterapeuten enligt den på förhand angivna rollen sakna eller i varje fall ha betydligt mindre av sådan direktkontakt. Ett behov av en kompletterande verksamhet som kan

återge henne denna känsla har därför visats.

En sådan verksamhet har vi här sökt finna i något som inte gör arbetsterapeuten tidvis likställd med mentalsköterskorna, vilket ju vore oförenligt med hennes övriga beskrivna roll. Det har visat sig att ledande av den grupp som har konstterapi en gång i veckan både tillåter arbetsterapeuten utnyttja ett fackkunnande, är förenligt med en bibehållen "särroll" gentemot mentalsköterskornas, och ger den önskade möjligheten till direktkontakt med patienter.

Socialkuratorn

Den eftersträfvansvärda utjämning i arbetsroller mellan kurator, psykolog och läkare som andra miljöterapeutiska institutioner särskilt inom barn- och ungdomspsykiatrien visat prov på har inte varit möjlig därför att endast läkaren arbetat på heltid. Psykoterapeutiska uppgifter och handledaruppgifter har bara undantagsvis kunnat utföras av psykolog och kurator på grund av deras deltidsarbete. Socialkuratorns arbetsuppgifter skiljer sig därför endast delvis från vad hon haft i traditionell vård men i hennes roll ligger att hantera dem med en annorlunda attityd. Skillnaden ligger i att hon avstått från att utom i enstaka fall själv genomföra de nödvändiga åtgärderna såsom att kontakta olika myndigheter, fylla i formulär och ansökningar m. m. Detta är inte ett resultat av bristande tid för olika patienter utan istället åtgärder, som syftar till att bibehålla och förstärka patienters sociala funktionsgrad. Socialkuratorn har utöver de för hennes yrkeskår vanliga arbetsuppgifterna även fått svara för inhämtande av anamnesuppgifter från patientanhöriga, där uppgifterna inte fått begränsas enbart till de yttre sociala förhållanden utan även avsett psykodynamiskt verkamma storheter såsom emotionellt klimat mellan makar och personlighetsbeskaffenhet och psykiskt tillstånd hos patientens närmaste anhöriga.

Det synes författaren påtagligt att samarbetet i team efter hand påverkar socialkuratorns från början mera "sociologiska" betraktelsesätt till en för både henne själv, för patienten och för personalteamet i övrigt gynnsamt vidgad och fördju-

pad referensram. Det har inte konstaterats någon spänning för socialkuratorns del mellan hennes på tidigare yrkeserfarenhet grundade uppläggning av sitt arbete och den uppläggning och inriktning de fått här på dagsjukhuset. Spänningarna för hennes del har i stället uppkommit främst gentemot patienter, som i henne önskat se en avsevärt mer omhändertagande, hjälpande, med analytiskt betraktelsesätt "moderlig" figur än den hon således uppträtt som.

Psykologen

Den kliniska psykologen, som under den studerade verksamhetstiden tjänstgjort här på halvtid, har således i likhet med socialkuratorn arbetsuppgifter och en roll som i vissa drag liknar den inom traditionell psykiatrisk sjukvård. Den särprägel, som finns i psykologens roll här på dagsjukhuset, består dels i den fasta anknytningen till personalteamet, dels i en ökande inriktning mot individualterapeutisk verksamhet.

Den fasta anknytningen till personalteamet med dess ovan flera gånger påpekade starkt dynamiskt inriktade arbetsmetoder gör att psykologen får en kanhända ovanligt stor möjlighet utnyttja ett teoretiskt psykodynamiskt kunnande, som hon, i högre grad än någon annan befattningshavare i teamet, haft möjlighet skaffa sig under sin grundutbildning. Något tillspetsat uttryckt kan detta formuleras så, att hon ges i det praktiska arbetet ingen möjlighet att "förskansa sig bakom sina olika test" utan tvingas inte bara göra en syntes av sitt erhållna testmaterial utan också sammanställa detta med data från andra befattningshavare till en klinisk helhetsbild, som också inkluderar konkreta förslag till uppläggning av terapin. Vidare utnyttjas hon alltså också som psykoterapeut.

Dessutom har psykologen varit den som jämte läkaren mest fått svara för rådgivning och handledning åt övriga befattningshavare både i grupp och individuellt. För psykologens del lika väl som för avdelningssköterskan och läkaren är verksamheten som handledare inom teamet tvivels utan den del av arbetsuppgifterna, som initialt är den mest krävande.

Läkaren

Vi läkare är från vår utbildning vana vid en hierarkiskt — patriarkaliskt uppbyggd sjukvårdsorganisation, som för övrigt utmärker merparten av våra vårdinstitutioner. I den har vi utbildats till att söka direktiv och råd från överordnade och att själva mestadels i orderform ge direktiv och råd till underordnade. Vi har vidare vant oss vid att vissa informationer och vissa ställningstaganden skall vi diskutera "uppåt" i hierarkien medan andra kan diskuteras "nedåt". Under utbildningen inpräntas också både inom somatisk och psykiatrisk medicin vikten av att endast med största restriktivitet delegera ansvar och arbetsuppgifter till underordnade ("mindre kvalificerad personal"). Vi kan slutligen i ett sådant system basera hela vår uppfattning om diagnos, terapi och prognos enbart på de få enskilda samtal vi har praktisk möjlighet att ha med en patient. Den övriga personalens direktkontakter med patienter är ju där tämligen ringa och deras gjorda iakttagelser mestadels obekanta för oss.

I den terapeutiska gemenskapen på dagsjukhuset är samtliga dessa tidigare inlärdade attityder och beteenden ständigt allvarligt ifrågasatta. I personalteamet har det hierarkiska systemet ersatts av en nivellerad samarbetsform, där läkaren saknar möjlighet krypa in i sitt elfenbenstorn och från sin avskildhet där inne dirigera och styra verksamheten. Han konstaterar snart att den största tillgång han har till värdefull information och till möjlighet att ingående diskutera terapeutiska problem ligger i kunnandet, iakttagelserna och bedömningarna från hans medarbetare i arbetsteamet. Han konstaterar också att den sammanlagda information hela teamet var och en från sina egna utgångspunkter kan samla kring en patient är utomordentligt stor och betydande på ett sätt han inte erfarit tidigare under utbildning och arbete i traditionell psykiatrisk sjukvård.

Erfarenheten från den gångna tiden visar att analogin med en gruppleddare i en terapigrupp ganska väl beskriver en stor sektor utav läkarens arbete. Denna arbetsteamets gruppleddare får som sådan i teamet en mångfald arbetsuppgifter där

sammanfattning av allas observationer rörande enskilda patienter och patientgrupper och handledning är de i särklass viktigaste.

Den terapeutiska verksamhet, som åvilar läkaren vid dagsjukhuset har på två sätt speciella utgångspunkter.

För det första har den som inom dagsjukhusets ram bedriver psykoterapi på grund av den rikliga mängden information inte bara om varje patients anamnes utan också om beteende, funktionssätt och kontaktmöjligheter tillfälle att uppställa terapeutiska program, där alla aktiviteter kring varje enskild patient ingår som delar i en enhetlig terapeutisk inriktning och målsättning baserad på en väl klarlagd psykodynamik hos patienten ifråga. Patientsamtal kan således till uppläggning och innehåll både stödjas av andra terapeutiska åtgärder för patienten och fungera som ett stöd för sådana andra åtgärder.

För det andra sker huvuddelen av terapin för patienten i gruppaktiviteter och gruppbildningar utan läkarens direkta medverkan. Läkaren måste således tvärtemot vad han lärt sig under sin utbildning kunna tro på och satsa på att andra än han själv utför det huvudsakliga "botandet". Om han av olika skäl ökar intensiteten i sin egen kontakt med enskilda patienter och detta sker planlagt tillsammans med övriga åtgärder kan ökningen "endast" tjäna att stödja dessa andra åtgärder, men om det sker utan planläggning kan det få ett negativt resultat och kanske till och med sabotera effekten av andra terapeutiska åtgärder.

Att dessa omständigheter för läkarens del i varje fall under ett uppbyggnadsskede av dagvårdsverksamhet kan vara ångestskapande och svårhanterliga kan inte bara förklaras som ett utslag av aktivering av denne befattningshavares egen personliga problematik utan säkert också dessutom som någonting som, oberoende av personlighetstyp, i någon grad kommer att möta envar som börjar sådant arbete. Förutsättningen för att kunna lösa detta är ju nämligen att kunna balansera både den terapeutiska miljöns och personalteamets behov av en stundom klart ledarfigur och att ändå vara så litet auktoritativ att vars och ens person-

liga ansvar och strävan till meningsfylld självständig terapeutisk aktivitet inte minskas.

Kontoristen

Kontoristen har inom dagsjukhuset en direktkontakt med patienter som i omfattning och inriktning skiljer sig från vad som är vanligt för kontorspersonal på sjukhus. Hon är den som svarar för förstahandsinformationen om var för tillfället frånvarande patienter befinner sig och, vilket är betydligt viktigare, skälet varför denne inte kommit till dagsjukhuset. Hon får på så vis en många gånger ganska nära kontakt med enskilda patients privata förhållanden och har även vid några tillfällen, då de övriga i personalteamet av patienter upplevts som oförstående eller negativa, fått tjänstgöra som "klagomur". Vid sådana tillfällen har hon behövt reagera och handla i samklang med övriga terapeutiska åtgärder för patienter ifråga och det är därför ett ständigt krav att hon har god information om bedömning och terapiinriktning för varje inläggande patient. Hon är därför så långt hennes övriga tyvärr alltför omfattande arbetsuppgifter medger, med i personalteamets konferenser och diskussioner kring olika patienter. Hennes övriga mera kontorsmässiga arbetsuppgifter utgörs av en mångfald skrivtekniska, bokföringsmässiga delar med avancerade krav på hennes förmåga till självständiga initiativ. Hon intar en viss särställning i personalteamet så till vida att hon endast sällan belastas av positiva eller negativa överföringar till olika patienter. Hon är i detta avseende således mer "skyddad" än övriga, men är i gengäld också kanske den som vid stor belastning av rutinarbete för Dagsjukhuset som helhet tidigast får de största påfrestningarna. Hennes behov av handledning i egentlig bemärkelse är alltså ringa medan i gengäld hennes behov av allmän "support" måste bli större än övrigas.

Handledning

De 3 fundament på vilka den i Fruängen drivna typen av psykiatrisk dagsjukvård vilar är *arbete i integrerat personalteam, maximal grad av informationsutbyte och kommunikation inom personal-*

teamet och ett funktionsdugligt system för handledning åt befattningshavarna.

Av dessa 3 fundament förtjänar handledningssystemet nämnas separat.

Det är uppbyggt utav följande delar:

Handledning på tu man hand med läkare, psykolog, avdelningssköterska eller arbetsterapeut som de vanligaste individuella handledarna.

Handledning i grupp

dels formaliserat under patientcentrerad konferens en gång i veckan och patientgruppcentrerad genomgång av rapporterna från samtalsgrupperna en gång i veckan,

dels informellt under arbetspauser vid kaffedrickning 2 gånger dagligen,

dels i terapeutisk personalgrupp under ledning av gruppleddare utanför egentliga dagsjukhuset. Denna verksamhet är mera personalcentrerad än den patientcentrerade konferensen som leds av läkaren.

Svårigheterna och problemen med att fungera som handledare i en terapeutisk miljö av detta slag är flera och mångskiftande. Kvantitativt berör detta i nämnd ordning läkaren, psykologen, avdelningssköterskan och i någon mån arbetsterapeuten. Kvalitativt sammansätts svårigheterna av ett flertal faktorer. I varje handledaruppgift ingår någon större eller mindre del av förslag till vad vi kallar ett administrativt beslut, med andra ord, ett ställningstagande till konkreta åtgärder eller till ordinationer och liknande. Större delen av handledaruppgiften berör emellertid rena tolkningar med utgångspunkt från en psykodynamisk referensram. Här möter givetvis de största svårigheterna. Både under utbildning och under arbete i sjukvård, somatisk likaväl som psykiatrik sådan, ges sjukvårdspersonal ständigt möjligheten att rationalisera bort sina egna olösta neurotiska konflikter genom att dra en skiljelinje mellan den "friska" personalen och de "sjuka" patienterna.

I den psykiatriska forskningen har bland andra två drag tjänat att belysa de skadeverkningar en sådan skiljelinje kan ha. Dels har man i psykoanalytisk forskning i psykoanalyssituationen på-

visat förekomsten av känsloreaktioner och känslobildningar mellan terapeut och patient beskrivna med termerna överföringar och motöverföringar. Dels har man vid forskning över samspelet mellan individer i olika gruppbildningar och i familjen påvisat den utomordentliga betydelsen av vad den amerikanske socialpsykiatern Sullivan kallat de interpersonella relationerna. Meningsfulla terapeutiska interpersonella relationer kan knappast upprättas över den konstlade barriären mellan friska och sjuka, och verksamma terapeutiska målsättningar kan inte fastställas om man inte tar hänsyn till att terapi kan aktivera "sjuka" sektorer hos terapeuten.

Det verksamma och betydelsefulla i de interpersonella relationerna är känsloreaktioner och känslobindningar jämförbara med överföringarna i den psykoanalytiska situationen. Termen överföring har i det föregående använts i flera avsnitt för att beskriva de emotionella faktorer som är verksamma inom den terapeutiska miljön här på Dagsjukhuset. Förhållandena är, som tidigare framhållits, fullt jämförbara med dem som kan studeras i gruppdynamiska processer i terapeutiska grupper, där det framhållits (hos Rosenbaum och Mullen t.ex.) att överföringar är av flera slag i terapeutiska grupper nämligen individuellt i parrelationer, personal-patient, men även mellan två patienter och mellan två individer i personalgruppen. I det citerade arbetet beskrivs också överföringar där den ena parten antingen är en eller flera individer ur patientgruppen och den andra parten är en eller flera individer ur personalgruppen.

Att i varje situation klarlägga och belysa den faktiska innebörden av detta synnerligen komplexa nät av överföringar, som således kan påträffas i en terapeutisk miljö som här på Dagsjukhuset, är nästan ogörligt, men å andra sidan lyckligtvis inte heller nödvändigt. Emellertid blir den som fungerar som handledare i olika situationer tvungen att ta ställning till olika delfenomen i detta komplexa överföringsnät och måste då både förmå se relativiteten i sjukdomsbegreppet som sådant, relativiteten i "friskhet" hos med-

arbetarna i personalteamet och först som sist relativiteten i sin egen "friskhet".

Av detta framgår med tydlighet att svårigheten att fungera som handledare i en terapeutisk miljö av det här skildrade slaget kan vara avsevärd, särskilt om, som här varit fallet, vederbörande tidigare saknar utbildning för eller erfarenhet av handledarverksamhet. I vad mån handledningssystemet och handledaren förmår svara upp mot kraven blir ju avgörande för hela den terapeutiska miljöns stabilitet och effektivitet.

Personalteamet i sin helhet

Varje dynamiskt arbetande personalteam blir tvunget att bearbeta och lösa en sektor med problem i arbetet som kan återfinnas i andra sådana terapeutiska team och en sektor, som är helt unik på grund av just dessa medlemmars olika personlighetsstrukturer.

Det enda som generellt kan sägas om denna andra sektor är, att den måste bearbetas för att teamet skall kunna bestå som en sammansvetsad enhet och kunna fortsätta fungera i längden. Det är påtagligt och med säkerhet generaliserbart att i början av ett personalteams verksamhetstid dominerar i huvudsak mera allmänna terapeutiska problemställningar av typen målsättning för verksamheten, rolluppdelning inom teamet och olika samarbetsformers testande och genomförande i den praktiska verksamheten. De teorisystem som då är mest tillämpbara och fruktbärande är de socialpsykologiska och socialpsykiatriska. Ju längre tiden går förskjuts emellertid problematiken över till att allt mer beröra gruppens låt oss kalla det "egen personliga dynamik" med allt större inslag av påverkan från medlemmarnas egna personlighetsvariabler. Denna förändring i den handhavda problematiken har mycket tydligt demonstrerat sig under Dagsjukhusets verksamhetstid t. ex. på så sätt att konferenser, som från början strikt målsatts som patientcentrerade, efter hand fått en allt tydligare strävan mot att syssla förutom med patienten själv också med personalens individuella reaktioner inför patienten i fråga. Den egna personligheten hos personalen själv, hur den inverkar och påverkas genom överföring och mot-

överföring kommer in i synfältet och den teori som nu blir allt mer utnyttjad och fruktbar blir den psykoanalytiska. På detta sätt blir också efter hand de formella konferenserna från att från början ha varit enbart ett utbyte av information inom personalgruppen alltmera för personalen själv terapeutiskt och dynamiskt verksamma.

I avsnittet om mentalsköterskorna har framhållits att de negativa överföringarna mellan personal och patient ofta varit lätt åtkomliga kanske till och med i högre grad än de positiva överföringarna. Om man på samma sätt studerar de inbördes överföringarna inom personalgruppen så finner man en annan och mycket intressant tendens. Under en första period av ett sådant personalteams livstid byggs ju teamfunktionerna upp och samarbetslinjer och kontakter mellan olika individer etableras. I teamet uppstår överföringar, där de positiva överföringarna helt dominerar på det synliga och medvetna planet. Förutsättningen för ökad förmåga till samarbete personal emellan och till verksamhet i grupp är ju att negativa reaktioner, aggressivitet etc. undertrycks så effektivt som möjligt.

Efter en sådan första uppbyggnadsfas kommer en andra fas, då en sorts inbördes grundläggande trygghet inom teamet har skapats. Förutsättningar borde då teoretiskt kunna finnas för att man samtidigt med en fördjupad kännedom om varandra också vågar se och erkänna negativa reaktioner och överföringar utan ångest för skadeverkningar på hela teamet.

Emellertid har här under denna andra fas inträffat fenomen som möjligen kan finnas generellt hos personalteam av liknande slag, som det här vid Dagsjukhuset. Det har nämligen visat sig mycket litet av negativa reaktioner och negativa överföringar i varje fall öppet i teamet som helhet. I stället har de negativa reaktionerna, som givetvis funnits, antingen undanhållits de övriga i teamet eller, vilket inte varit ovanligt, hanterats genom att det uppstått särgrupper med två eller tre medlemmar och med mer eller mindre tillfällig varaktighet i vilka det har varit möjligt avhandla negativa känslor.

Förekomsten av sådana särgrupper inom hela

personalgruppen har på ett ogynnsamt sätt påverkat den gemensamma grundläggande tryggheten i emotionellt avseende, men samtidigt också upplevts av berörda personer som en nödvändighet för att hindra "allvarligare aggressivitet" att komma fram öppet i personalteamet. Här erbjuder sig flera tolkningsmöjligheter, där de flesta direkt anknyter till personlig problematik hos befattningshavarna här och således ligger utanför ramen av detta arbete. En generell tolkningsmöjlighet därutöver är väl att bristande tilltro till och vana vid gruppdynamiska processer som sådana och deras förmåga att lösa konflikter och balansera spänningstillstånd mellan individer i grupp till stor del frambragt särgrupperna. Att denna tolkning är riktig stöds av, att det, ju längre tiden gått under denna som vi kallat den andra fas av personalteamets existens, i allt större omfattning varit möjligt ta upp även negativa reaktioner i hela gruppen och samtidigt har bildandet av särgrupper avtagit.

De positiva överföringarna mellan individerna i personalteamet har således inledningsvis i allt överväldigande grad dominerat. Detta har bl. a. fått en effekt, som också framhållits av Berggren, i fråga om relationer till övrig personal på huvudsjukhuset.

Dagsjukhusets geografiska särskildhet från huvudsjukhuset och den annorlunda vårdformen kan givetvis i sig motivera upplevelser av att man här är "annorlunda" än andra personalgrupper på andra avdelningar på huvudsjukhuset. Personalteamets slutenhet utåt har emellertid förefallit vida större än vad enbart de två angivna faktorerna bort kunna ge upphov till och detta har i analogi med grupplojaliteten i en terapeutisk grupp uppfattats som en effekt just av etablerade starka positiva känslöbindningar inom personalteamet. På så sätt har dels behov att värdesätta det egna teamet och dess verksamhet i relation till andra avdelningars uppstått, men också ett påtagligt motstånd mot att "söka hjälp utifrån", för att lösa interna problem och konflikter. Denna motivation för problemlösning, tolkning och bearbetning inom teamet med teamets egna resurser är för författaren en av de viktigaste progressiva

krafterna, som håller verksamheten gående, som leder till att behandlingsmetoder vidareutvecklas och som vidgar resurser och kunskande både hos enskilda och hos personalteamet som helhet.

Ett problem hänförligt till kategorin generella samarbetsproblem, har varit beslutsfattandet. Mellan de två ytterligheterna, att å ena sidan alla skall ha lika inverkan på beslut, som rör patienter, och å andra sidan att i krävande situationer en auktoritativ ledare ensam skall besluta åt de övriga, förekommer ständiga svängningar. Här är knappast några konkreta generella lösningar möjliga, utan problematiken måste bearbetas kontinuerligt på ett flertal plan.

Å ena sidan förutsätter samarbetsformen största möjliga delaktighet från alla befattningshavare i besluten och detta innebär att alla viktigare beslut bör fattas av teamet som helhet under konferens eller liknande. Då emellertid omständigheterna ibland kräver ett beslut, trots att teamet inte kunnat arbeta sig fram till en gemensam ståndpunkt, måste teamets gruppledare vara beredd att avgöra frågan, men då också samtidigt redovisa motiven för sitt ställningstagande. Mindre viktiga frågor brukar sällan åstadkomma problem och kan då med fördel hänskjutas till olika befattningshavare enskilt. Stundom kan emellertid även viktigare ställningstaganden behöva göras av enstaka befattningshavare (vanligtvis då läkaren) eller av en mindre del av personalteamet. Om detta skall kunna fungera utan att spänningar uppstår till följd av att andra i personalteamet upplever att deras inflytande förbigåtts, förutsätter det en fullgod ständigt fungerande kommunikation inom hela personalteamet.

Över huvud måste framhållas att formerna för kommunikation är utomordentligt centrala för det arbetssätt och den vårdform, som tillämpas här på Dagsjukhuset, och erfarenheter från andra dagavdelningar pekar mycket klart på att då kommunikationen blir bristfällig, påverkar det mycket snabbt och mycket påtagligt effektiviteten och intensiteten i hela den terapeutiska miljön och kan till och med äventyra verksamhetens fortbestånd. Det kan många gånger synas att antalet konferen-

ser och sammankomster för utbyte av information av olika slag är så stort att det inkräktar på "den egentliga sjukvården". Denna risk är emellertid avsevärt mycket mindre än risken för skador på den sjukvårdande verksamheten, som ett resultat av otillräckligt informationsutbyte inom personalteamet.

Sammanfattningsvis uppvisar teamets utveckling således flera faser. Den första innefattar rolluppdelning och bildandet av arbets- och samarbetsformer. De problem som då är aktuella berör rollkonflikter, beslutsfattande och kommunikationsbrister och ligger huvudsakligen inom socialpsykologiska och socialpsykiatriska förklaringsmodeller och teorier.

Den andra fasen innehåller därutöver gradvis ökande inslag av personligheternas influens på problematiken i arbetet. Svårigheter som uppstår har dels samma typ som under den första fasen men också individualpsykologisk natur och hanteras därför fruktbarast inom en psykoanalytisk referensram. Den fortsatta utvecklingen för det beskrivna och för liknande team kan förväntas under institutionens livstid uppvisa liknande växlingar. Ökande insikt i egen problematik skapar förändringar i arbetsrollerna. Förändrade arbetsroller kan ge rollkonflikter som också har inslag av individualpsykologiska konflikter med anknytning till existerande överföringar. Utvecklingen styrs och stöds i handledningssituationen och framför allt i den terapeutiska personalgruppen genom ett ständigt utnyttjande av ett flertal infallsvinklar från socialpsykologiska till individualpsykologiska, från stödjande kanske suggestiva till förklarande och insiktsskapande.

Genom att den terapeutiska miljön på så sätt skapar förnyelse och ökad förmåga hos dess personal blir dagsjukhuset eller den miljöterapeutiska enheten efterhand allt mer verksamma också i att skapa personer som blir bättre rustade att med större säkerhet och framgång klara ett mycket svårt arbete. Arbetet att hjälpa andra människor återvinna psykisk hälsa och funktionsförmåga i ett samhälle som alltför i många avseenden är föga psykiskt hälsosamt.

REFERENSER:

- Bierer, J.* The Day Hospital. London H.K. 1951
- Cameron, D.* The Day Hospital. An experimental form of hospitalization for psychiatric patients. *Modern Hospital* 1947, 69, 3.
- Berggren, B., Rooth, C., Szecsödy, I.* Om dagvård för psykiatriska klinikpatienter I och II. Sv. Läkartidning 1962 nr 27 resp. 1964 nr 36.
- Berggren, B.* Om dagvård för psykiskt sjuka. Om Fruängens Dagsjukhus. Rapport till Sthlms Stads Sjukvårdsstyr. Stencil 1967
- Berggren, B.* Dagvård för psykiskt sjuka. *Modern Svensk psykiatri*, p 95—109
Almqvist & Wiksell, Stockholm 1968
- Dahlin, O., Jansson, Marianne,* Modell för och erfarenheter från en psykiatrisk dagvårdsavdelning. Sv. Läkartidn. 1966 nr 1.
- Carse, J.* The Worthing Experiment. Printed in the Graylingwell Hospital O.T. Departement 1959
- Linneman, E.* Montebello dag- och natthospital. Nord. Psyk. Tidskr. 1965 nr 5.
- Lökken, I.* Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus. Oslo 1965.
- Åmark, C.* Vårdavdelningen som psykoterapeutisk faktor. Tidskr. för Sveriges Sjuksköterskor 20/1962.

Läsванеundersökning i SMT

Under våren 1970 kommer en undersökning av sammansättningen och läsvanorna hos SMT:s läsekrets att genomföras i samarbete med sociologiska institutionen vid Uppsala Universitet. Vi hoppas härigenom bl. a. att få en bättre bild av läsekretsens behov av olika typer av socialmedicinsk information. Undersökningen syftar också till att få bättre upplysningar om läsekretsens synpunkter på tidsskriftens nuvarande innehåll och utformning.

Vid studiens genomförande kommer ett antal av våra läsare att kontaktas — antingen per brev eller personligen framförallt genom telefonkontakt. Vi ber om överseende för det besvär som här kan förorsakas. Avsikten är den bästa — att genom direktkontakter med läsekretsen tillvarata ytterligare möjligheter att förbättra SMT.

Undersökningen kommer att utföras av sociologistuderanden Arnt Jurke i samarbete med universitetslektor Sonja Calais.