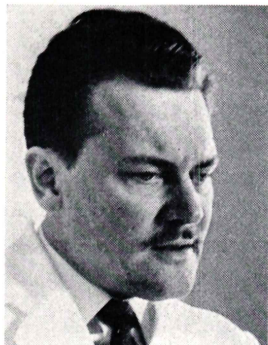


Mentalsjukhusläkarens syn



Börje Lassenius

Utvecklingen av mentalsjukhusens verksamhet har inneburit att en rad nya psykoteraeutroller växt fram, både för tidigare existerande personalkategorier och nya personalgrupper. Utvecklingen har varit förenad med en speciell problematik på grund av sjukhusens särart och storleksordning. Inte minst har man upplevt en brist på handledning i psykoteraapi. Särskilt mot den bakgrunden är speciella tjänster för överläkare i psykoteraapi vid de stora psykiatriska sjukhusen önskvärda.

Börje Lassenius är överläkare vid psykiatriska kliniken II vid Sundsvalls sjukhus.

Inledningsvis kommer jag att uppehålla mig vid mentalsjukhusens traditionella roller och sedan beröra något de svårigheter, som uppstår när man försöker införa miljöterapeutiska program.

Mentalsjukhuset — ett auktoritärt system

Mentalsjukhusen har fungerat och fungerar fortfarande i stor utsträckning som slutna auktoritära system. Läkaren, och då speciellt överläkaren, har av tradition varit den ledande och haft en auktoritär roll, vilket delvis förklarar sjukhusens slutna karaktär och det hierarkiska system, som personalen varit uppbyggd efter, men också delvis förklaras av de speciella uppgifter man har att syssla med på mentalsjukhusen. I synnerhet förut, när ett stort antal av våra patienter var tvångsintagna, var vi tvungna att i så stor utsträckning ägna oss åt juridiskt formella frågor samt att ta hänsyn till säkerhetsföreskrifter och skyddssynpunkter, att vi många gånger glömde bort den terapeutiska uppgiften. Det var också mycket svårt att delegera uppgifter till annan personal. Perso-

nalen på avdelningarna vågade inte ta ansvar för beslut, som man var rädd skulle kunna leda till sådana konsekvenser, att de samhällseliga organen skulle reagera, och detta gjorde, att läkaren fick ta på sig de flesta detaljbesluten. Mycket av detta gäller alltjämt i dag. Fortfarande har vi patientkategorier, där speciella säkerhetsåtgärder gäller. Fortfarande har vi kontrollmyndigheter av ett slag som man inte har inom den somatiska vården. Sålunda finns det särskilda utskrivningsnämnder, som med sina beslut kanske ibland t. o. m. kan motarbeta terapeutiska åtgärder. Detta gör, att läkaren på ett mentalsjukhus upplever sig delad i en roll som myndighetsrepresentant och en roll som terapeut.

Klinikföreståndaren — som det numera kallas — var tidigare läkarens närmaste medhjälpare, hans högra hand. Denna grupp av personal hade till uppgift att leda sjukvårdspersonalen i deras arbete. Som ett tecken på hur man såg på detta för bara ett 10-tal år sedan kan jag nämna, att den föreståndare, som fanns på de dåvarande

manliga överläkaravdelningarna, kallades uppsyningsman. Därför var det betydelsefullt redan att man ändrade detta namn till beteckningen föreståndare. I och med att de tidigare statliga mentalsjukhusen överfördes till landstingen skedde beträffande denna personalkategori stora förändringar. Man eftersträvar numera att klinikföreståndarna på mentalsjukhusen skall få samma uppgifter som de vilka klinikföreståndarna på de somatiska sjukhusen har, nämligen att vara administratörernas medhjälpare, att vara personalledande i ren administrativ funktion. Detta leder till svåra rollkonflikter för klinikföreståndarna. Från att tidigare ha varit något slags "mammar" för både personal och patienter, har de nu blivit "politruker", om man så får säga, nämligen administratörernas medhjälpare. De upplever det som ett problem att lösgöra sig från den direkta vårduppgiften. Samtidigt upplever läkarna det också som ett stort problem att finna någon, som kan klara den samordnande uppgiften som klinikföreståndarna tidigare stod för, i synnerhet i dessa läkarbristens tider.

Översköterna, eller avdelningssköterna, var på det tidigare auktoritärt styrda sjukhuset enbart vad man brukar kalla programutförare, de följde strikta regler, strikta program, lydde order, tänkte inte själv. För att kunna skapa ett mer psykoterapeutiskt fungerande sjukhus, så måste man ställa större krav, delegera större ansvar på alla personalkategorier. Då måste översköterna ändra sin uppgift och i stället bli problemlösare. Denna ändring i deras roll leder även den till många konflikter och svårigheter för dem. Svårigheter att veta hur de skall kunna klara ett ansvar, som de tidigare inte varit vana vid.

Nya terapeutroller

Införandet av gruppverksamhet på vårdavdelningarna har ytterligare spridit ansvaret för vården till all personal på avdelningarna och ställt ökade krav på överskötare och på läkare. Den personal, som sysslar med gruppverksamhet med patienter i stället för att som förut tvätta golv och väggar på sjukhuset, blir mycket mer engagerade av vår-

den och de upplever patienternas situation på ett annat sätt. De kommer i närmare kontakt med patienternas konflikter och de upplever också sina egna problem i patient/terapeutrelationen. Allt detta kräver stöd åt gruppledarna, det kräver tid för konferenser, det kräver ökad kunskap och utbildning hos gruppledarna.

Nya kategorier personal har också kommit in i mentalsjukhusens arbete. Bland dem kanske jag först skulle nämna instruktionssköterskorna. De har till uppgift att utbilda den blivande personalen. Under sin handledning av elever kommer de i kontakt med den dagliga verksamheten på avdelningarna och ser på ett helt annat sätt än någon annan personalkategori brister i verksamheten på avdelningarna. Det händer också ofta att de engagerar sig starkt i ledningen av gruppverksamheten, vilket kan ge upphov till konfliktsituationer och spänningsförhållanden mellan instruktionssköterskorna och översköterna. Den övriga personalen menar att instruktionssköterskorna inte skall blanda sig i vårdarbetet medan instruktionssköterskorna i sin utbildningsverksamhet ofta blir tvingade att komma med moderna synpunkter på vården och därmed kanske irriterar den rådande rutinen.

Bland andra nya kategorier som har tillkommit kan jag kanske först nämna socioterapeuterna. Denna grupp sysslar med att ordna fritidsverksamhet, leda studieverksamheten, samordna utflykter, leda gymnastik o. dyl. Gruppen växte fram ur sjukvårdspersonalen och hade därför redan från början en fast förankring och har kanske just därför klarat upp sin nya roll på ett bättre sätt än många andra av de nya kategorierna. Även här har man dock kunnat märka spänningar, när socioterapeutisk verksamhet i större utsträckning kommer till stånd och patienterna sysselsatts i studiecirklar på dagen har det kunnat irritera den inom arbetsterapien verksamma personalen. Arbetsterapipersonalen har därvid upplevt sig åsidosatt och inte tillräckligt uppskattad. Likaså har det hänt, att annan personal inom sjukvården ansett, att socioterapien egentligen bara sysslar med någon sorts underhållningsdetalj av mindre praktisk betydelse.

Nya personalgrupper

Bland de helt nya grupper, som tillkommit inom mentalsjukvården under de senaste 10 åren, kan vi nämna psykologerna. Mellan psykologer och läkare uppstod tidigt spända relationer. Det hände ofta då en psykolog anställdes för första gången vid ett sjukhus att läkaren ordinerade vissa enkla test som han förväntade sig att psykologen skulle utföra. Psykologen skulle sålunda var en sorts testledare. Psykologen upplevde en sådan inställning till sitt arbete som nedvärderande och på många ställen tror jag, att det kommer att ta lång tid innan psykologen har kunnat finna en roll i denna nya verksamhetsform. Därtill har bristen på psykologer gjort att många mentalsjukhus har haft en ensam psykolog som har blivit isolerad i en för honom främmande miljö. Ensamheten och isoleringen har naturligtvis gjort det ännu svårare för psykologen att anpassa sig. Jag tror därför att man bör eftersträva att nya personalkategorier införs på mentalsjukhusen gruppvis, flera tillsammans, så att de gemensamt kan bilda ett team som stöder varandra och på så sätt gemensamt hävda sina intressen och skapa sin egen terapeutroll.

På senaste tid har vi i Sundsvall fått igång en fristående psykologavdelning, efter en idé från Gävle, under ledning av en särskild chefspsykolog. Det betyder att den psykologiska funktionen blir en fristående enhet av samma typ som kliniska laboratorier, röntgen o. s. v. och inte direkt kopplad till någon klinik. På sikt är det meningen att till skapa mindre grupper av psykologer vid den vuxenpsykiatriska kliniken och barnpsykiatriska kliniken samt en särskild central psykologavdelning, allting under ledning av chefspsykologen. Denna anordning kräver goda kommunikationer mellan läkare och psykologer men skänker samtidigt psykologerna en mer självständig ställning, vilket jag tror är värdefullt. Jag tror inte heller att vi som läkare behöver oroa oss för att inte uppgifterna i vårdarbetet skulle räcka till både för läkare och psykologer. På samma sätt skulle vi gärna se att man skulle kunna få in mentalhygieniskt utbildade kuratorer, som bildade gemensamma grupper och som samarbetade med läkarna och inte som nu bara gjorde vad läkarna anser

att de skall göra.

Jag tror nämligen att läkarna ofta förväntar sig att kuratorerna skall ägna sig åt enkla sociala manipulationer, man förväntar sig att kuratorn skall placera en svårplacerad patient, men man ger inte kuratorn möjlighet att arbeta mer självständigt med mer intressanta uppgifter. Jag tror att man över huvud taget borde engagera den s. k. paramedicinska personalen mycket mer aktivt i vårdarbetet och även i den öppna vården i större utsträckning än hittills. Den öppna vården på olika kliniker, åtminstone av landstingsmodell, ses ofta främst som läkarens egen mottagning, trots att detta är en uppgift för huvudmannen. Där tycker jag, att det i mycket större utsträckning skulle kunna ske en samordning, att kuratorer och psykologer skulle delta i den öppna vården. Man skulle arbeta mera i team av samma karaktär som inom barnpsykiatri. En komplicerande faktor är naturligtvis den, att om man arbetar gemensamt i den öppna vården och t. ex. kuratorn gör en utredning och psykologen en testning samt läkaren undersöker patienten och gör en diagnostisk bedömning, så är det läkaren som får ta betalt. Detta kan naturligtvis ge upphov till spänningar i relationerna mellan de berörda personerna.

Samarbete

För att kunna möjliggöra en terapeutisk verksamhet inom ett sjukhus krävs det väldigt mycket av samordning, vilket leder till ständiga konferenser och ständiga kontakter. Ibland har man en känsla av att överläkaren i dag i sina samordnande funktioner är så upptagen av detta, att han inte hinner med sitt egentliga arbete och därför måste man också delegera uppgiften att leda olika konferenser. Fortfarande lever dock inom sjukhusen kvar en auktoritetstro som gör att om man uppdrar åt en viss person att hålla konferens så tycker personalen i allmänhet att inte konferensen fungerar riktigt om inte doktorn är med. Jag tror dock att vi börjar komma ifrån denna inställning. Det gläder mig att ibland få uppleva konferenser där överläkaren kan delta och ändå slippa vara den som leder konferensen. Men det har tagit lång tid innan vi har uppnått ett sådant synsätt.

Viktigt är det även för vårdarbetet att ha god kontakt med administrativ personal. Den administrativa ledningen av ett sjukhus, vilken ju har hand om ekonomin, behöver förstå de psykoterapeutiska aspekterna och behöver lära sig att det kan vara värt att betala för något annat än mediciner.

Handledning — varför inte överläkare i psykoterapi?

Det som jag personligen upplever som svårast inom ett mentalsjukhus med brist på läkare, med brist på tillräcklig tid för egna studier och för utbildning är att vi känner oss handikappade i handledningsfrågor. Vi kan inte klara upp handledningen själva tillräckligt väl, och jag tycker det vore värdefullt inte bara med kurser för olika personalkategorier utan också med handledare, som skulle komma utifrån. På de stora orterna, där det sitter välutbildade och duktiga experter, skulle man kunna avstå från dessa ett visst antal dagar om året till sjukhusen ute i periferin. Man kan fråga sig, varför mentalsjukhusen för ett 10-tal år sedan fick särskilda överläkare för internmedicin men inte har fått särskilda tjänster avsedda för specialister i psykoterapi, vilka samtidigt skulle kunna vara handledare för både läkare och personal i psykoterapeutiskt arbete. Jag efterlyser sålunda särskilda tjänster för överläkare i psykoterapi vid de stora psykiatriska sjukhusen.

"Vi får inte utplåna våra yrkesroller i det terapeutiska arbetet"

När Curt Åmark inledde den här diskussionen påpekade han att det inte spelar någon roll vem av oss inom den psykiatriska kliniken olika yrkeskategorier, som gör det terapeutiska arbetet. Sjövall var inne på samma tankegångar. De är möjligt att Curt Åmark inte önskade hårdöra det han sade. Han kanske bara ville påpeka att vi allesammans skall arbeta inom så att säga samma revir men att var och en inom detta tillämpar sina specialkunskaper vid det terapeutiska arbetet. I det sammanhanget vill jag påpeka hur viktigt det är att vi inte utplånar våra yrkesroller i den terapi vi ger. Vår specialitet måste stå klar både inför oss själva och patienten. Det är självklart att t. ex. en kurator många gånger kan saker som en psykiater inte kan och att sjuksköterskan kan göra helt andra saker än vad någon av de andra kategorierna inom sjukvårdsyrket behärskar. Det gäller att tillvarata patientens förväntningar på oss som yrkesmänniskor och som specialister, samtidigt som vi drar nytta av dessa förväntningar i vårt terapeutiska arbete och i ett gemensamt, dynamiskt diagnossättande. Vi måste inse att vi allesammans spelar våra yrkesroller och att vi har dessa roller just som specialister i ett gemensamt arbete.

Ruth W. Ettlinger vid "diskussionen om samarbetsmodeller och terapeutroller" vid Psykiatriska Föreningens Katrineholmsmöte hösten 1968.