

Den vårdgivande gruppen på en mentalsjukhusavdelning

Av docent Lennart Nilsson, Lund

Utveckling från asyl

Asyl betyder skyddad tillflyktsort. Tanken, tyvärr oftast inte ens den förverkligad, bakom den mentalsjukvård som varit, täcks i stort sett av detta ord. Med insulinbehandlingens införande på asylerna kom en helt ny inställning in. Sedan följde den vad klinisk effekt beträffar mera klara elektrochockbehandlingar, och nu har vi sett en psykofarmakologi hastigt utveckla sig till allt större mångsidighet. Samtidigt har man hela tiden vid sidan om allt detta arbetat med metoder för psykologisk påverkan helt utanför det fysiologiska och kemiska området, och man har vad beträffar dessa blivit allt mera odogmatisk, flexibel och realistisk i målsättningar. Asylerna har förvandlats till behandlingscentra med samma aspirationer som de somatiska lasarettssavdelningarna.

Vi har en tid bakom oss, då de psykiatriska vårdenheterna konstruerats med motsvarande somatiska vårdenheter som förebild, och även arbetssättet på dessa somatiska vårdenheter har fått utgöra förebild och ideal. Till medicinavdelningen kommer sjuka, kanske invaliderade människor, och den som i kraft av sitt kunnande, sin kompetens, förvaltar möjligheterna att återställa hälsa och social förmåga är läkaren. Rollfördelningen ger sig själv, och den har kanske tillåtits att bli alltför markant. Läkaren och hans eller hennes medhjälpare spelar den helt övervägande aktiva rollen, patienten den övervägande passiva. Kirurgen tar under den stora akten i vitt, operationen, bort det sjuka och destruerade organet, det är han som gör det, medan patienten är totalt inaktiv, medvetlös. Det ligger frestande nära till hands för även psykiatern att se

sig i ungefär samma suveräna position, och i viss utsträckning saknas ju faktiskt inte förutsättningar i och med den moderna psykofarmakologins utveckling. Det ligger ännu mera frestande nära till hands för de psykiskt sjuka och dessas anhöriga att placera psykiatern i denna position. Otvivelsaktigt är det också så, att patienten inte sällan nalkas psykiatern med förväntningar färgade av dessa traditionella uppfattningar om läkarroll och patientroll. Emellertid torde vi vara inne i ett skede, då utvecklingen på den psykiatriska sidan glider vidare. Totalvårdssidan d.v.s. integrerandet av de olika vårdsdisciplinerna med varandra torde allt mera förverkligas, men samtidigt håller de psykiatriska avdelningarna på att utveckla både egna fysiska verksamhetsförutsättningar och en egen arbetsdynamik.

Mentalsjukhuset som miljö

När en person skrivs in som patient på en psykiatrisk avdelning, innebär detta ett steg in i en helt ny livsmiljö, och eftersom denna nya miljö är den i vilken tillfrisknandet skall ske, måste den organiseras på ett ur denna synpunkt funktionellt meningsfyllt sätt. Miljö innebär givetvis även på ett sjukhus mycket, men väsentligen består den av de på avdelningen anställda och givetvis av de övriga intagna, medpatienterna. Detta att patienten utvecklar grupprelationer är självklart, påståendet är helt truistiskt men icke desto mindre av olika orsaker ganska mycket förbisett. Lika truistiskt är givetvis påståendet att dessa miljörelationer innebär en myckenhet av problematik. Utvecklar inte patienten grupprelationer, d.v.s. beter han sig i mest

extrema fall helt avstängd, autistiskt som vid schizofreni, är detta givetvis minst lika mycket av ett problem för gruppen eller rättare sagt grupperna, patientgruppen och den vårdgivande gruppen. Grupp och gruppaktivitet kan alltså på ett sjukhus ses från två sidor, från den vårdgivande och från den vårdtagande. Här skall den vårdgivande sidan behandlas utifrån dessa synpunkter.

Den vårdgivande gruppen under det inledande undersökningsskedet

Den vårdgivande gruppen, de på olika nivåer anställda, skall bilda en organiserad miljö med bestämda och så långt som möjligt definierade funktioner. De vårdgivandes relationer till patienten kan i stort sett indelas i två skeden, ett initialt observerande, undersökande, relativt passivt präglat skede och ett fortsatt mera aktivt, då de vårdgivande bildar en aktivt korrigering social miljö för individen — patienten. Det är givet, att om de vårdgivandes kapacitet på detta sätt skall mera totalutnyttjas, måste deras verksamheter koordineras, de måste fås att bilda en homogent fungerande grupp.

De vårdgivandes situation och uppgifter i samband med undersökningen

I de journaler, som upprättas i samband med intagningen av en patient, brukar bland annat finnas en anamnes eller rättare sagt anamneser och status. Status innebär en beskrivning av den sjukes beteende under läkarnas anamnesupptagande. Det diagnostiska ställningstagandet grundar sig alltså inte bara på ett historiskt material utan också på information från nuet av indirekt eller mera direkt slag. Nuet utspelar sig emellertid endast till en mindre del i läkarnas samtalsrum. När det gäller direkt observerande och lyssnande är i själva verket läkaren den mera sporadiskt förekommande i patientens omedelbara närhet, medan de många övriga vårdgivande ju under arbetstid nästan ständigt lever med patienten. Man kan säga, att en ny patients debut på avdelningen innebär, att ett psykodrama börjar spela upp med patienten, medpatienterna och personalgruppen som medagerande. I detta psykodrama dras alla vårdverksamma på

olika kompetensnivåer in, alla kommer att spela en roll, den kan bara bli större eller mindre, positiv eller negativ, konstruktiv eller destruktiv. Detta spel innebär alltså risker, men genom det öppnar sig också lysande möjligheter till en mera ingående och allsidig nuinformation om patienten. De olika vårdgruppsmedlemmarna kommer in i spelet med så olika kontaktmöjligheter och representerar därför som grupp så oerhört rika observationsmöjligheter.

En begynnande schizofreni kan länge maskeras. I läkarens samtalsrum beter sig patienten återhållsamt, han berättar kanske om olika ospecifika symtom om ens det. Under denna korta episod kan han hålla masken utåt. Kanske påträffar emellertid en relativt underordnad person i personalgruppen patienten stående med en intensivt lyssnande hållning i någon undanskymd krok av avdelningen. Kanske är han till och med inbegripen i ett lågmält men ivrigt samtal med någon, som uppenbarligen inte finns i fysisk bemärkelse. Sannolikt förekommer alltså hallucinationer, en värdefull upplysning om den kommer fram. Man kan ha en vag känsla av misstänksamhet och misstro från patientens sida, men vid matbordet finner någon av de tjänstgörande honom motvilligt och misstroget rörande i maten muttrande något om förgiftning. Man har därmed börjat få hållpunkter för paranoidea vanföreställningar. Kanske upplever sysselsättningsterapeuten i en situation då patienten motvilligt låtit sig föras in i ett människokollektiv tidigast och mest intensivt den atmosfär av misstänksamhet, rädsla, inadekvat katastrofstämning, "Wahnstimmung", som finns omkring honom, och kanske röjer då patienten i en kort episod någon form av bizarrt, oförståeligt, egendomligt, miljöinkongruent beteende etc. Dessa viktiga bidrag till allt det ur vilket diagnosen blir till, kommer aldrig fram om sysselsättningsterapeuten sitter isolerad från arbetsgruppen i övrigt i särskilda avsidade belägna lokaler. Patienten kan också vara inne hos kuratorn för samtal om tidigare utbildning och arbeten som en förberedelse för den kommande arbetsutbildningen på sjukhuset, då han börjar att spånt iakttä en byggnadsarbetare på en ställning vid vårdpaviljongen mittemot och röjer, att han inlägger någon helt orimlig betydelse i detta, som han iakt-

tar. Ånå rår det sig om viktig information, som måste kunna komma fram. En svårt insufficient, suicidhotande neurotisk person kommer in, det diagnostiska ställningstagandet sker, terapi insättes, effekten av denna börjar skönjas, men den som tidigast märker infantilt beroende tendenser med fastklamrande vid en passivt mottagande tillvaro är någon av dem i den direkta vården sysselsatta. En sådan iakttagelse gör givetvis, att en aktiverande regim sättes in med ökad energi redan från början.

Det är alltså så, att olika medlemmar av det vårdgivande teamet möter patienten i så många olika situationer, kommer in i spelet med denne från så olika håll. Varje medlem av vårdarkollektivet är att betrakta som ett diagnostiskt instrument, som bör användas.

Samordnandet

Emellertid, ingenting händer av sig självt. Man kan indela patienterna i grupper omfattande högst åtta till nio personer, det blir två grupper på en intensivvårdsavdelning, eftersom denna inte bör rymma mer än på sin höjd obetydligt över 15 patienter. Man kan sedan dela upp medlemmarna i personalgruppen på patientgrupperna. Varje medlem ur personalgruppen känner sig på så sätt tilldelad en speciell uppgift, känslan av ansvar blir större och intresset stimuleras. Två till tre gånger i veckan samlas alla till avdelningskonferenser under överläkarens ledning, man kan också tala om sittronder. I dessa deltar all på någon nivå sjukvårdsutbildad och i den direkta sjukvården verksam personal, där deltar också kurator, sysselsättningsterapeut, psykolog och helst också sjukgymnast. Kuratorn, sysselsättningsterapeuten, psykologen, samt sjukgymnasten behöver givetvis inte delta i varje konferens, någon gång i veckan räcker, detta för att spara tid. Varje patient genomdiskuteras. Om patienterna gruppindelas, och personalen delas upp på grupperna, kan det givetvis av tidsbesparande skäl ordnas så, att olika medlemmar av personalgruppen endast är med, när de egna patienterna diskuteras. Under dessa konferenser planlägges arbetet med varje patient för några dagar framåt.

Man försöker alltså på detta sätt få de vårdgivande att verkligen fungera som ett kollektiv med

fria och livliga kommunikationer de enskilda medlemmarna emellan. Endast på det viset kan den totala observationsförmågan utnyttjas och tillgodos göras. Ju mera data som fås in, d. v. s. ju mer information som fås in från olika personer med olika utsiktspunkter, ju större är dessutom möjligheterna till korrigering av felaktiga iakttagelser eller missuppfattningar från någon. Allas observationer blir allas egendom, diagnosen blir en kollektiv prestation.

Under det initiala observerande eller utforskande skedet får alltså varje gruppmedlem i princip tre uppgifter, en observerande, lyssnande, en rapporterande och slutligen deltar alla i en sammanställande aktivitet i samband med avdelningskonferenserna.

Hur långt och på vilket sätt personal av olika kategorier skall driva sina kontakter, blir givetvis en handlednings- och diskussionsfråga inom teamet. Under det inledande utforskande skedet bör givetvis de olika vårdgivande vara öppna i sina attityder gentemot patienten, icke undflyende eller avvärjande med kanske en aggressiv underton i beteendet. Samtidigt skall de emellertid vara försiktiga, relativt passiva och icke ingripande. Detta får personalgruppen läras. En sorts välmenande, beskäftig ingripandeberedskap på det psykologiska planet är sedan generationer inbyggd i all sjukvårdande personals egoideal. En neurotisk känsla av skyldighet att göra något för patienten, något påtagligt, mer eller mindre konkret, driver till en förhastad och av otillräckliga eller felaktiga förutsättningar underbyggd aktivitet, som i värsta fall stjälpes i stället för hjälper.

Hur långt informera?

Man kan fråga sig: I vilken utsträckning skall personal på en psykiatrisk avdelning informeras; och hur ingående skall detta ske? Man rör ju nästan alltid vid ytterligt känsliga ting. Rimligt är väl, att en så fullständig information som möjligt ges till alla dem som har sjukvårdsutbildning överhuvudtaget och som på någon nivå har direkt sjukvårdande uppgifter. Uppgifterna att exempelvis städa kräver sin egen utbildning och bör anförtrors åt personer med sådan, kanske åt speciella städpatruller. På

så sätt markeras även inför patienten de städandes speciella roll, och de informeras inte om patientens person utan om avdelningens yttre organisation och rutiner. Alla, som har direkt sjukvårdande uppgifter, kan emellertid inte undgå att göra iakttagelser och observationer och kan knappast undgå att få del av patientens bekymmer. Ju okunnigare de personer är, som förvaltar dessa iakttagelser och förtroenden, ju större blir risken för indiskretion och bristande respekt för patienten. Ju större möjligheter en vårdgivande har att rapportera iakttagelser och resonera kring dessa på ett konstruktivt sätt i en kompetent grupp, ju mindre blir risken för ett planlöst utspridande åt alla möjliga håll av icke integrerade, kanske affektivt exciterande upplevelser med patienten. Sittronderna eller avdelningskonferenserna blir en form av gruppterapi syftande till att få fram insiktsfyllda människovårdare. Patienten möts inte på sjukhuset av en i bästa fall trubbigt vänlig, passiv "här-skall-du-vara"-attityd utan av ett aktivt, individuellt intresserat team. Även den första utredande fasen i patientens tillvaro på avdelningen får en terapeutisk effekt.

Den vårdgivande gruppen under det behandlande skedet

Den utforskerande fasen efterföljs av eller rättare sagt kompletteras så småningom med en behandlande fas. De undersökande momenten finns ju med, så länge patienten befinner sig i vård. Under den behandlande fasen skall den vårdgivande gruppen fungera som en om möjligt aktivt korrigerande miljö. Patienten är inte mer rationell i sitt förhållande till sjukhusmiljön, än han varit i sitt förhållande till miljön utanför sjukhuset, innan han kom till detta. De relationer han upprättat till objekt i sjukhusmiljön är lika neurotiskt och psykotiskt präglade som till objekten utanför sjukhusets miljö. Den sjukas miljöreaktioner på sjukhuset bör därför uppmärksammas och medvetet styras så, att de på ett positivt sätt blir en del av terapin. Det kan annars mycket väl hända, att sjukhusmiljön får en negativ effekt, provocerar patienten att skrämd dra sig ur eller binder honom i stället vid en skyddad, socialt inaktiv tillvaro, så att sjukhuset kommer att

betyda det definitiva sammanbrottet för honom som social individ.

Den vårdgivande gruppens terapeutiska möjligheter

Alltså, en person kommer till ett psykiatriskt sjukhus för konglomerat av symptom, som vållat lidande för honom själv samt eventuellt för omgivningen, men vad som vidare hänt är, att han råkat ut för ett sammanbrott som social person. Han har fått vägarna stängda till de omkringmänskliga sammanhangen och upplever detta mer eller mindre medvetet. Man finner patienten avskärmad, i mest extrema fall absolut som vid den schizofrenes autism. Eller också finner man att patienten till synes lämnat den normala, mogna människans anpassningssystem och beter sig regressivt med passivt-receptivt-beroende, kanske aggressivt, egocentriskt hävdade infantila krav på omgivningen. Den sjukhusintagne inneklas så i ett terapeutiskt skeende på initiativ av psykiatern-läkaren. Det kan röra sig om elektrochockbehandling, kemoterapi eller psykoterapi, enskild eller i grupp, eller en kombination av några av dessa behandlingsmöjligheter. Patientens aktivitet får efter hand som terapin verkar, om den verkar, en ur social synpunkt allt mera normal och integrerad karaktär. Det kan emellertid också hända, att patienten symptomatologiskt blir bättre men socialt tillfrisknar han inte. Som kriterium på social hälsa kan ses förmåga att spontant och aktivt delta i och för ett aktivt kollektiv eller bättre kollektiver. Trots den symptomatologiska förbättringen kan alltså den sociala oförmågan bestå, och det definitiva målet, inlemmandet av patienten i samhället igen, nås icke.

I det terapeutiska skeendet är emellertid inte läkaren och patienten ensamma. Patienten spelar i sin aktivitet ut sig själv mot vårdmiljön, d. v. s. det vårdgivande teamet, och den skall då vara organiserad så, att framförallt ett ur social synpunkt normalt, gruppaktivt, ordnat beteende öppnar framkomliga vägar. Vårdteamet skall alltså fungera på ett homogent sätt med medvetna, konsekvent genomförda, rationellt inriktade attityder mot patienten. Denne måste alltid ses som potentiell samhällsvarelse, även när han på ett tillsynes hopplöst sätt

glidit ur den rollen. Det vårdgivande teamet strävar efter att till slut assimilera patienten som like. Ett ur normalsamhällelig synpunkt rationellt och möjligt beteende belönas alltså, ett irrationellt och socialt icke möjligt beteende belönas inte på längre sikt sett. Från patientens sida blir det ett erfalande av normala och tillika möjliga vägar till kollektivt inordnande och delfående av kollektiv solidaritet.

Givetvis rymmer dessa educerande ansträngningar från personalgruppens sida också frustrerande moment. Ett ständigt avvägande måste ske omkring eventuella sådana moment. Hur mycket kan patienten klara, blir den ständiga frågan, som diskuteras på avdelningskonferenserna. Stor flexibilitet krävs givetvis här av gruppen. För ett socialt framsteg i patientens beteende kan givetvis gruppen vara tvungen att betala ett högt pris, kanske ett onormalt högt pris. Det väsentliga är dock, att gruppen vet vad den gör, vad den betalar priset för.

Personalgruppen måste alltså i konkret mening ingå i all aktivitet på avdelningen. I dessa aktiviteter möts personal och patienter, patienterna assimileras i dessa aktiviteter, personalgruppen växer till personal-patientgruppen. Vägar tillbaka hittas utan hinder i form av negativa värderingar, bortstötande attityder, aggressivitet etc. Infantila, passivt-dependenta fixeringar lämnas, och patienten upplever solidaritet i egenskap av en aktivt bidragande medlem i ett aktivt kollektiv. Patienten får social identitet, lämnar sjukrollen. Sjukhuset blir inte en jättstor kuvös för kanske symptomfria men stympade och partiella varelser.

Sjukhusets organisation måste understödja

Personalgruppens strävanden måste också ges rörelse och inriktning även genom sjukhusets organisation. Man kan från patientens sida tala om internalisering av social struktur. Den utskrivne patienten måste emellertid finna även utanför sjukhuset system eller kretsar mer eller mindre kongruenta med de på detta vunna egoutbyggnaderna. Sjukhuset får därför inte fungera som ett slutet system. För patienten måste finnas möjligheter till en funktionell träning på samhällsnivå, så att han blir attraktiv även utanför sjukhuset. Vad man ofta fortfarande kallar arbetsterapi kan bidra till att göra honom

till en snäll sjukhuspatient, men det är inte nog. Han kan alltså behöva arbetsträning, och den skall direktanslutas till eventuellt behövliga omskolningskurser, som andra delar av samhället har att erbjuda. Patientens minskade behov av omhändertagande och ökande förmåga till självständighet skall mötas med allt mera partiell vård. Totalvård går över i dagvård eller nattvård. Slutligen vidtar en sufficient öppenvårdsorganisation. Det slutliga steget från sjukhus till samhället och en helt normal tillvaro i detta skall vara litet och inte representera något av det stora språnget, som i andra sammanhang påstås ha praktiserats med diskutabel framgång.

Den vårdanställda individen och gruppen

Från personalgruppens sida får givetvis inte förekomma någon sorts analyserande verksamhet gentemot patienten. Alla vårdgivande deltar i avdelningskonferenserna, och diskussionerna där får ofrånkomligen en delvis analyserande karaktär. Bland patienterna arbetar de emellertid med sociala attityder, och direkta ingrepp från en medlem av vårdteamet styrs av gruppens sammanlagda kompetens. Ingen kan givetvis undgå att bli ställd i situationer, då han eller hon måste själv bestämma sig för en attityd, ett ingrepp eller beslut beträffande en patient. Just därför är det så viktigt, att varje vårdgivande från början, redan från det initiala utforskerande skedet, får vara med i diskussioner och ställningstaganden. Ingen grupp kan fungera så, att de enskilda medlemmarnas goda omdöme blir onödigt. Den fortlöpande gruppdiskussionen gör att det blir lättare att eliminera konsekvenserna av felaktiga ingrepp, därigenom att dessa relativt omgående blir rapporterade och diskuterade.

Språket på avdelningskonferenserna bör vara allmäntillgängligt. Det torde vara klokt att åtminstone i stort sett undvika ibland mycket speciella uttryckssätt och nomenklaturer, som olika psykologiska skolor rör sig med, hur mycket dessa sedan än i övrigt kan ha att erbjuda av nyttiga kunskaper.

Som redan nämnts upphör ju aldrig så länge patienten befinner sig i någon sorts vård det undersökande momentet att finnas med i arbetet med denne. Nämnts har också att en reeducativ verk-

samhet givetvis ofta måste innehålla frustrerande moment, och dessa kan vara mer eller mindre uttalade. En patient har kanske inte utan svårigheter och inte utan besvikelser kommit förbi till och med demonstrativt och aggressivt hävdade passivt- beroende tendenser, han har förvärvat insikt beträffande sitt beteende och börjat finna sig till rätta med mera aktiva och normala anpassningsformer. Ett arbete eller en utbildning har kanske påbörjats utanför sjukhuset. Han har förstått och accepterat de vårdgivandes avböjande och kanske inte så lite frustrerande attityder i vissa lägen. Bilden kan emellertid snabbt förändras. En plötslig motgång eller besvikelse inträffar, patienten blir deprimerad. Han har flera svåra suicidförsök bakom sig. Plötsligt kan ungefär vad som helst inträffa igen, och patienten är i fara. Den tidiga insikten om att en ny allvarlig, livsfarlig situation seglat upp hänger på tidiga iakttagelser kanske från en enda medlem av vårdteamet, och på att denna iakttagelse snabbt sprids till hela gruppen inklusive den ytterst ansvarige, överläkaren. Det hänger sedan på kommunikationerna i motsatt riktning d.v.s. från den rimligen mest kompetente och erfarna, överläkaren, om en attitydförändring snabbt skall slå igenom i hela teamet. Den nya situationen gör att krav på patienten, som börjat uppfattas som självklara, för en tid måste tas tillbaka. För att orka leva vidare måste patienten tillåtas återgå till en mera passivt och mera regressivt präglad roll under en tid framåt.

Ju mer vi låter patienten manifesteras sig, ju mer av egenaktivitet vi stimulerar honom till, ju större blir risken med dåligt fungerade vårdteam. Ju mer okänsligt och stereotyp vårdargruppen fungerar ju mer hänger alltihop på låset, ju mer hermetiskt tillslutet tvingas vi förvara patienten. Men då blir också möjligheterna mindre att förändra patienten, och kroniciteringsrisken blir större.

Varje medlem i vårdteamet spelar alltså en roll i ett gruppdynamiskt sammanhang innefattande såväl honom själv som patienterna, och psykiatern läkaren blir den, som spelar den ledande rollen i detta sammanhang, vilket inte betyder att han skall spela den dominerande rollen utom i de situationer som oundgängligen kräver det, och givetvis uppstår sådana situationer.

Utbildande aspekter

Dessa koopererande aspekter är också ur en annan synpunkt utomordentligt viktiga. Arbetet blir en fortlöpande utbildning. Varje medlem av det vårdgivande teamet får inte bara del av den trygghet, som kollektivets samlade kompetens ger, varje medlem får också möjligheter att förvärva så mycket som personliga förutsättningar tillåter, av den samlade kompetens, kollektivet innehåller. Ju mindre en medlem av vårdteamet förstår av patienterna, ju svårare får han det i sitt arbete. Han eller hon begriper ingenting, kan inte se någon lösning på de situationer, vilka avlöser varandra på avdelningen. Arbetsmiljön uppleves ångeststartat och skrämmande, till en avtrubbnings i värsta fall sker. Det kan också hända att ett aggressivt självförsvar etableras med nedvärderande attityder, till och med hårdhänhet och handgripligheter. Den vårdgivande blir en negativ del av vårdsmiljön — tillfrisknandemiljön. Patienten kallas "vansinnig" eller "tosing" eller framställs som otilräknelig på alla möjliga sätt. Ju mera av intellektuella och affektiva resurser samt ambitioner den vårdgivande har, ju större blir säkerligen risken för ångestreaktioner, om han eller hon lämnas utan stöd och insikter. Ju mindre av utbildning och yrkesambitioner som finns, ju närmare till hands ligger det säkerligen att använda nedvärderande och aggressiva attityder i personlighetsförsvarande syfte. Ju sämre den fortlöpande utbildningen fungerar ju mer kan man frukta, att de ambitiösa och välutrustade flyr, och följden blir ökade svårigheter att genomföra de upprustningsprogram för den psykiatriska vården, som vi nu är sysselsatta med att konstruera.

REFERENSER

- 1 *Cumming—Cumming*: Ego & milieu. 1963.
- 2 *Nilsson, L.—Hagnell, O.*: Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation inom landstingsområdet. Malmöhus läns landstings utredningsavdelning 1965.

Engelsk summary se nästa sida

Personnel responsible for patient care at a mental hospital

By Associate Professor Lennart Nilsson, S:t Lars sjukhus, Lund, Sweden

Summary

Asylums for persons with the gravest forms of mental illness have developed into treatment centers with the same aspirations as hospitals for somatic diseases. The psychiatric units in these institutions have in recent years been modelled and organized on the pattern of the somatic wards. Undoubtedly, however, clinical psychiatry is in the process of working out its own frame of organization and its own working dynamics.

The mental hospital as an environment for a return to health in a positive sense is an obvious, but all too often overlooked concept. This environment consists mainly of those engaged in caring for the patients and this is the basis upon which their activities should be organized. The various types of personnel at the hospital — psychiatric social workers, occupational therapists, physiotherapists, as well as the psychologists mainly engaged in diagnosis — all meet the patients in different situations and have different parts to play in their contacts with them. They all have unique observations to contribute. All these different workers report their observations at the ward conferences held two or three times a week under the leadership of the senior psychiatrist intentent and collaborate actively in the discussions. The final diagnosis thus takes the form of a collective decision.

The group responsible for patient care contributes collectively to the treatment by building up an actively corrective, homogeneous environment which rewards behaviour considered rational and positive in normal

society but does not encourage negative, socially irrational behaviour. The personnel-group thus works with attitudes, and endeavours to assimilate the patients in its different activities so that a personell-patient group gradually develops. The patients are given an opportunity to experience normal, and at the same time its different activities so that a personell-patient group and of acquiring a feeling of affinity. The efforts of the personnel-group must receive full support in the general organization of the hospital, and the patients' personalities must not be stifled. If only partial institutionalization is necessary, the patient should not be deprived of the possibility of looking after himself by being committed wholly to the hospital. Training aimed at preparation for work in the community should replace occupational therapy on the hobby level.

The relations between the members of the personnel-group and the patients are constantly under discussion at the ward conferences. All members of the group must experience the feeling of security with access to the combined competence of the group provides. They must also be given the possibility of acquiring as much of this group-competence as lies within the scope of their personal capacities. An outwardly directed mental health service working with as few coercive measures as possible can only be realized through the existence of specialist teams with opportunities for free communication within the group as well as for taking action as a homogeneous body.

Unna Er *en hälsobringande* *vila på* **Mösseberg**

Tel. Falköping 0515/100 46 för upplysningar
Vx. sanatoriet Falköping 0515/132 20

300 METER ÖVER HAVET

ligger kurorten MÖSSEBERG i Västergötland på bergets sydöstra sluttning mycket vackert och vindskyddat. Moderna behandlingsresurser jämsides med behaglig komfort och vila. 9 håls golfbana (6 km). Patienter lidande av tuberkulos eller svårartad psykisk sjukdom kunna ej mottagas. Snabba direkta förbindelser med Stockholm 4,5 tim. Göteborg 1,5 tim.

Läkararvoden och kostnaderna för fysikalisk terapi ersättes till en del av sjukkassan.

Begär prospekt.

Inga kurplats- eller inskrivningsavgifter.

Överläkare: Rune Wikström.

Modern medicinsk undersökningsavd. Alla brukliga badformer serveras. Individuell dietmat.