

Hur patienten upplever ett mentalsjukhus

En socialpsykologisk fältstudie

Av fil. kand. *Bo Svedberg* och fil. stud. *Ingar Högborg*, Lillhagen

Sjukvården av idag karakteriseras av ökad specialisering och rationalisering, vilket medför risk för en alltmer opersonlig behandling och kan innebära att den sjuke känner sig sönderplockad och analyserad bit för bit. Vård innebär inte enbart ett omhändertagande utan också förståelse, medkänsla och tillit. Patienternas trivsel är av stor betydelse inom sjukvården då trivseln är ett kriterium på patientens förtroende. Ett modernt mentalsjukhus anses ska kunna erbjuda patienten en miljö i terapeutisk anda för att möjliggöra reorganisation av störda funktioner. Å andra sidan hävdas att patienten inte ska trivas för bra — sjukhuset bör inte vara som en hemmiljö. Men få försök har gjorts i att få reda på hur patienten upplever sjukhuset, och hur patienten önskar uppleva det.

Syftet med föreliggande undersökning var att söka beskriva patientens upplevelse av ett modernt mentalsjukhus och vilka önskemål som kunde finnas. Undersökningen lades också upp så, att vissa jämförelser kunnat göras med J. Israels undersökning på två stockholmssjukhus, (Israel, 1962).

Tidigare undersökning

Riklig litteratur finns som tar upp personalförhållanden vid mentalsjukhus, medan det däremot knappast skrivits något om patientens upplevelser och synpunkter. Undersökningar gällande personalförhållanden tar upp problem som berör de krav som bör ställas på personal vid mentalsjukhus. Problemen kan också gälla personalens attityder till sjukhuset, vården och patienterna. Rent sociologiska strukturanalyser är också utförda i

syfte att studera rang- och hierarkiförhållanden, kommunikationsvägar etc.

Den första undersökningen i Sverige, vars syfte var att ta reda på patienternas önskemål och deras syn på sjukhuset, genomfördes på medicinska och kirurgiska avdelningar på två stockholmssjukhus av J. Israel.

Problemställning och undersökningsinstrument

Undersökningen avsåg att beskriva några socialpsykologiska aspekter på ett mentalsjukhus och göra vissa jämförelser med en tidigare undersökning på två kroppssjukhus.

A. Hur upplever patienten den fysiska miljön, som t. ex. avdelningens och rummens planering.

B. Hur upplever patienten den psykologiska miljön, som t. ex. relationen till läkare och sköterskor, kommunikation och kontakt med läkare, sköterskor, kurator, psykolog, präst. Hur är inställningen till vårdrutinen, ronder etc. Till punkt B. fogades också en fråga som avsåg att få en enkel uppfattning om hur patienten bedömer sin framtid.

Undersökningen utfördes med hjälp av intervjuer. Merparten av frågorna är hämtade från Israels undersökning för möjliggörandet av jämförelser.

Intervjuformuläret bestod av 63 frågor, de flesta med bundna svarsalternativ. Intervjuernas längd varierade mellan 45 minuter och 90 minuter.

Försökspopulation

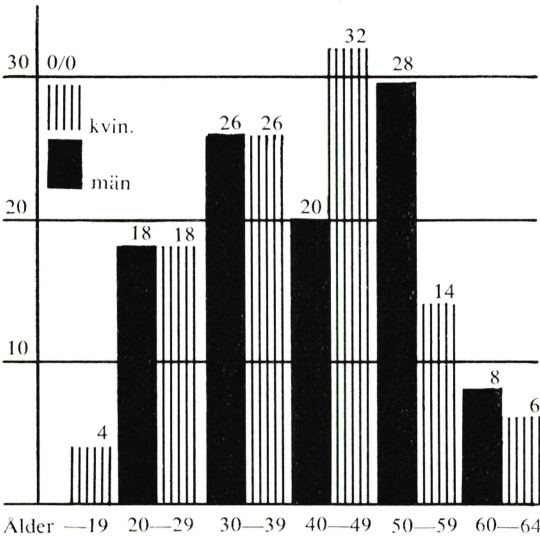
Undersökningen genomfördes på S:t Jörgens sjukhus, Lillhagen, på två kvinnliga och två man-

liga avdelningar, vilka i stort kan betraktas som neurosavdelnigar. Antalet försökspersoner bestämdes på förhand till 100, 50 manliga, 50 kvinnliga. En övre åldersgräns på 65 år bestämdes samt vistelsetid på sjukhuset på minimum tre veckor. Intervjuarbetet ägde rum under tiden 10 augusti —15 oktober 1964.

Populationsdata

De intervjuades åldersfördelning redovisas i diagram I. Medianåldern är 41,0 år, 40,8 år för kvinnor och 41,5 för män. Jämfört med medelåldern för sjukhuset totalt är de yngre åldrarna överrepresenterade, vilket till stor del sammanhänger med 65-årsgränsen. I tabell 1. har jämförelse gjort med Israels material.

Diagram I. Könens åldersfördelning



Tabell 2.

ålder	Socialgrupp I			Socialgrupp II			Socialgrupp III		
	män	kvin.	TOT	män	kvin.	TOT	män	kvin.	TOT
	N	N	N	N	N	N	N	N	N
—34	0	1	1	4	7	11	8	8	16
35—49	2	6	8	5	6	11	13	12	25
50—64	1	2	3	5	2	7	12	6	18
TOT	3	9	12	14	15	29	33	26	59

Tabell 1. Jämförelse mellan åldersfördelningen i Israels och författarens material.

ålder	Israel %	eget %
—19	2	2
20—29	7	18
30—39	12	26
40—49	19	26
50—59	26	21
60—64	33	7
65—		—

Socialgruppsfördelningen framgår av tabell 2. Indelningen har skett med hjälp av den vid 1956 års valstatistik förekommande sociala yrkesgrupperingen.

Socialgrupp I är underrepresenterad i yngsta och överrepresenterad i mellersta åldersgruppen, omfattar något fler kvinnor än män vilka å andra sidan är något fler än kvinnorna i socialgrupp III. Beträffande civilstånd, var 48 % gifta, 37 % ogifta, 12 % skilda och 3 % änkor.

Mer än hälften av de intervjuade, 55 % hade vårdats på mentalsjukhus eller psykiatrisk klinik tidigare. Någon skillnad mellan kön och socialgrupp föreligger ej.

Resultat och diskussion

I det följande redovisas majoriteten av intervjufrågorna ordagrant med svarsfördelningar och kortare kommentar. Av utrymmesskäl måste tabellredovisningar till viss del utgå.

Vilka tre faktorer anser patienterna vara viktigast för att de ska ha det bra på sjukhuset? (fråga 11). Frågan var öppen och uppgiften var att rangordna tre svar inbördes. Resultatet redovisas i tabell 3.

Tabell 3.

	Egen undersökning 1 svar. 2 o. 3 TOT svaret			Israels undersökr. 1 svar. 2 o. 3 TOT svaret		
	%	%	%	%	%	%
A. Psykologiska faktorer (Ia, c, d, e)	64	53	58	48	41	44
B. Vården (Ib)	10	11	10	23	16	18
C. Medpatienterna antal (II)	1	2	2	10	6	7
D. Fysiska miljön (IIIa, b, c, d)	22	33	28	19	36	29
E. Övriga svar (IV)	3	1	2	1	2	2

Faktorer som hänförs till den psykologiska miljön anses som 1:sta val viktigast av 64 %, 22 % betonar faktorer i den fysiska miljön. Resultaten överensstämmer helt med Israels med undantag av att den psykologiska miljön mer betonades i föreliggande undersökning. Israels undersökning gav här 48 %. Resultatet överensstämmer väl med det större behovet hos psykiskt insufficianta av känslomässig kontakt och stöd.

Människor som intagits på sjukhus har ryckts loss från sin vanliga miljö, de känner sig osäkra och oroliga och är i regel angelägna om att skaffa sig nya kontakter och anpassa sig till den nya miljön. Hur sker introduktionen av den nya patienten, talar personalen om vad de heter, informeras nykomlingen om rutinen på avdelningen?

När ni kom till ert rum, blev ni då presenterade för medpatienterna? 69 % sade sig ej ha blivit presenterade för någon medpatient. 40 % av dessa låg i enkelrum och hade således ej någon rums-kamrat. Övervägande delen av "nej"-svararna presenterade sig själva. Totalantalet som blev presenterade verkar lågt även med tanke på antalet enkelrumspatienter. Viss betydelse har säkerligen det faktum, att många patienter vid intagningen på sjukhuset är svårt sjuka och ej normalt kontaktvilliga.

Talade personalen om vad de hette? Majoriteten av personalen presenterade sig. Läkare och överskötare når högsta procenten, 77 resp. 79 %.

Fick ni upplysningar om den dagliga rutinen på avdelningen, ronder måltider etc.? 32 % sade sig ej ha fått några upplysningar då de kom till avdelningen, 44 % uppgav att de hade fått till-

räckliga upplysningar, 18 % i någon mån. En mycket liten del av de tillfrågade hade observerat det informationsanslag som i regel finns uppsatt på varje avdelning. Vid sjukhuset har sedan en längre tid planerats en informationsfolder innehållande uppgifter om allmänna och speciella uppgifter om och för sjukhuset. Färdigställandet av en sådan motiveras väl av de erhållna siffrorna och skulle sannolikt i någon mån minska patientens osäkerhet och underlätta anpassningen i stort.

Den fysiska miljön spelar säkerligen stor roll, särskilt under de första dagarna efter ankomsten innan anpassningsförsöken stabiliserats. Bl. a. påverkar vårdrummets storlek andan på detsamma, vilket dokumenterats av åtskilliga gruppsykologiska undersökningar.

Hur många medpatienter skulle Ni vilja ha i samma rum? 68 % önskade enskilt eller halv-enskilt rum. Någon könsskillnad föreligger ej. Kravet på enskilt rum stiger med högre socialgrupp, socialgrupp I i 83 %, socialgrupp II i 42 % och i socialgrupp III i 27 %. Jämfört med Israels resultat, föreligger skillnader. Så önskar t. ex. 72 % av Israels försökspersoner mellan 1—3 medpatienter och bara 6 % föredrog enskilt rum. Skillnaden beror troligen delvis på att en mycket liten procent av sjukhusets patienter ligger på större rum än fyrbäddsrums. Hur överensstämmer behovet med det faktiska förhållandet? 70 % av dem som nu ligger på enskilt eller halv-enskilt rum är nöjda, eller 22 patienter av 33. Israel undersökte behovet av avskildhet från medpatienter och fann, att 63 % ofta eller ibland önskade få vara för sig själva. I föreliggande un-

Tabell 4.

	ålder			kön		Socialgrupp			TOT
	—34 %	35—49 %	50—64 %	män %	kvin. %	I %	o. II %	III %	
gillar	46	41	28	52	26	36		41	39
ogillar	46	50	61	36	18	54		51	52
vet inte	8	9	11	12	6	10		8	9

dersökning ansåg sig 82 % nöjda med förhållandena. Orsaken till skillnaden är säkerligen att, som angivits ovan, många på detta sjukhus har hel- eller halvenskilt rum.

Vad anser ni om att ha blandade avdelningar, d. v. s. avdelningar med både manliga och kvinnliga patienter? Resultatet framgår av tabell 4. Procenten positivt inställda var ungefär lika hög som i Israels undersökning, medan 26 % där hade en negativ inställning, 32 % var indifferent och 6 % utan åsikt. Några av de motiveringar som gavs av positivt inställda, var: "Det blir inte så mycket prat om sjukdomar då", "Har bara goda erfarenheter av sådana avdelningar", "Jag är ju över 60 år", och bland de negativt inställda: "Blir familjetrassel", "Inte passande", m. m.

På sjukhus har man speciella förväntningar på patienterna, de ska falla in i sjukhusrutinen, följa ordinationer etc. Vårdpersonalen har sina bestämda roller, men hur upplever patienten dessa, och vilka förväntningar har patienten på personalen? Frågan löd: *Hur tycker ni att en läkare ska vara?* Svaren kategoriserades i enlighet med Parsons teori i instrumentella förväntningar, d. v. s. svar som har med diagnosen, behandlingen och läkarens skicklighet att göra, och expressiva förväntningar

eller svar som gäller läkarens mer omhändertagande roll och hans personliga engagemang. Resultatet presenteras i tabell 5.

Totalt gavs 209 svar rörande förväntningar på läkaren. Israels undersökning gav i stort samma procentuella fördelning, medan däremot förväntningarna på att läkare ska ta sig tid att sitta och lyssna mer betonades av den föreliggande populationen. Man kunde ha väntat att betoningen av emotionellt stöd skulle varit starkare hos mental-sjukhuspatienter; indirekt underströks dock vikten av läkarens tid och tålmod. Resultaten stöder också Israels antagande att patienten ej ifrågasätter läkarens kompetens varför förväntningarna på dennes instrumentella beteende i så ringa grad framhålls.

Kvinnorna betonar i något högre grad än männen förväntningar om emotionellt stöd, 46 % mot 37 %. Skillnader mot övriga bakgrundsfaktorer kunde ej visas.

Vad är det som gör att man får förtroende för en läkare? Frågan ställdes något senare i intervjun och avsåg att möjligen ge en annorlunda variation i svaren jämfört med den föregående frågan. Svar som rör läkarens förmåga att ge och motta information samt hans personlighet, utgjorde nästan

Tabell 5.

	1 för- vänt. N o. %	2 förvänt.		3 förvänt.		TOT		Israel TOT %
		N	%	N	%	N	%	
1. Emotionellt stöd	45	31	36	7	29	83	40	49
2. Instrumentella förväntn.	9	7	8	2	8	18	9	9
3. Kommunikator	12	18	21	11	46	41	20	18
4. Kommunikant	14	16	19	3	12	33	15	7
5.a Auktoritära förväntn.	8	1	1	—	—	9	4	4
b Icke-auktoritära förväntn.	7	9	11	—	—	16	8	4
6. Övriga förväntn.	5	3	4	1	4	9	4	9

hälften av alla svar, 49 %. Betoningen av läkaren som emotionellt stöd minskade, 40 till 31 %, medan svar rörande det instrumentella beteendet ökade, 9 till 17 %. Kvinnorna nämner något oftare emotionellt stöd än männen, medan männen särskilt betonar läkarens instrumentella beteende. Yngsta åldersgrupperna i socialgrupp I och II betonar det emotionella stödet mer, äldre patienter nämner i allmänhet ofta läkarens roll som "kommunikator" som mest förtroendeingivande.

Förväntans-frågan ställdes också ifråga om *sköterskan*. Här betonades i ännu högre grad sköterskan som emotionellt stöd, 55 %, i andra hand sköterskans roll som kommunikator och informationsgivare. Vikten av både läkarens och sköterskans funktion som kommunikator och kommunikant betonades i klart högre grad av patienterna i föreliggande undersökning än i Israels.

Hur upplever då patienten kontakten med läkaren? *Tycker ni att ni haft tillfälle att tala med läkaren så ofta ni velat?* 55 % av de intervjuade ansåg sig ha fått tillräckligt med tillfällen, männen i högre grad än kvinnorna, 74 mot 36 %. Inskjutas bör, att patienterna ofta var medvetna om den rådande läkarbristen vid sjukhuset.

Nästa fråga löd: *Tror ni att patienterna vågar tala med avdelningsläkaren?* 28 % ansåg att alla vågade tala med läkaren, 56 % trodde att endast en del vågade. Förhållandet var det omvända i Israels undersökning. Då samma frågor ställdes rörande *sköterskorna*, resulterade dessa för första frågan i 81 %, för andra frågan i 58 %. Bakgrundsvariablerna gav ej utslag.

Faller det sig naturligt för er att ta kontakt med avdelningsläkaren? 69 % ansåg det naturligt för dem, 14 % ibland och 17 % "vet inte". Fler kvinnor än män gav här uttryck åt osäkerhet med reservationen "ibland", 26 % mot 2 %. Siffrorna överensstämmer relativt väl med Israels.

Verkar det som om läkaren har tid för det? (kontakt). 41 % ansåg detta, 23 % ibland 32 % svarande nej. En markant könsskillnad framkom här. 64 % av männen mot 18 % av kvinnorna svarade här ja, 14 % av männen mot 50 % av kvinnorna nej. Bland nej-svararna ansågs att lä-

karna föreföll för upptagna, överhopade med arbete, de jäktade genom avdelningarna etc. Könsskillnaden på denna och andra liknande frågor tycks vittna om klart högre krav hos kvinnorna än hos männen. Svaren på denna fråga i Israels undersökning visar inga sådana differenser.

Skulle Ni vilja att er läkare talade mer, lika mycket eller mindre med er om er sjukdom än han nu gör? 52 % av patienterna önskade mer upplysning. Någon könsskillnad uppkom ej här. Förhållandet blev i stort detsamma i nästa fråga som mera berör faktiska förhållanden än anspråksnivå. *Är det något ni inte vet om er sjukdom men som ni skulle vilja ha reda på?* 58 % svarade ja. Många ville ha mer fakta om exempelvis undersökningsresultat, olika behandlingars och mediciners verkningar, sjukdomens stadium.

För att få en uppfattning om den information patienterna får, ställdes följande fråga: *När det görs en undersökning, får ni på förhand reda på tidpunkten för den, varför den görs och hur det kommer att kännas?* 59 % av patienterna fick upplysning om tidpunkten för undersökningen (här ej medräknade patienter som fått upplysning ett par minuter i förväg), 24 % informerades om varför undersökningen skulle göras och 12 % fick veta hur det skulle kännas. Önskemålen ligger i alla tre alternativen högre än informationsfrekvensen.

I avsnittet om interpersonella relationer, gavs också frågan: *Vem tycker ni att det är lättast att få kontakt med a) läkare eller sköterskor, b) sköterskor eller sköterskeelever?* 16 % ansåg det vara lättare att få kontakt med läkaren, 49 % med sköterskan. Även vid jämförelse med sköterskeeleven, framstod sköterskan som den lättaste att få kontakt med. Resultatet överensstämmer väl med Israels. Sköterskan har genom arbetsfördelningen sin arbetsplats på avdelningen och är på så sätt lättare åtkomlig för patienterna.

Rondsystemets för- och nackdelar har på senare tid alltmer diskuterats. Under rondens talar ofta läkare sinsemellan om kommande undersökningar, medicineringar etc. i en terminologi som patienten ej förstår. Frågan löd: *Hur känns det*

vid ronden när läkare och andra talar sinsemellan om er?

Nästan hälften, 47 %, upplever ronden mer eller mindre negativt. De känner sig nervösa, ängsliga och spända och många tycker det är svårt att tala när så många hör på. Några av de tillfrågade ansåg, att tiden som anslås till ronden istället skulle användas till enskilda samtal. 41 % ansåg ronden ej obehaglig, den hörde till sjukhusrutinen.

I vilken utsträckning har patienten kommit i kontakt med representant för olika yrkesområden inom sjukhuset? Känner de till en kurators och en psykologs arbetsuppgifter?

Beträffande kuratorn hade 18 % varit i kontakt med denna. (För sjukhuset med dess c:a 600 patienter fanns vid intervjutillfället en kuratorstjänst). 38 % visste "något" om kurators arbetsuppgifter, 30 % hade ingen aning om hennes arbetsuppgifter. 25 % ansåg att de hade problem som de trodde en kurator kunde hjälpa dem med, i första hand frågor angående arbetsmöjligheter och fortbildning men också bostads- och placementsfrågor.

En fråga gällde önskemål om samtal med sjukhusprästen. 8 % önskade kontakt med prästen. De problem som de önskade tala med denne om rörde främst religiösa och personliga sådana.

82 % av de kvinnliga och 16 % av de manliga hade kommit i kontakt med psykologen. Skillnaden beror av att viss forskning bedrevs vid de kvinnliga avdelningarna då intervjuerna gjordes. De arbetsuppgifter patienterna trodde psykologen hade gav närmast intrycket att denne har hittills oanade möjligheter. "Ta reda på grundorsaken till mitt liv och leverne", var ett ganska representativt svar. 33 % önskade kontakt med psykologen, i regel av typ "emotionellt stöd" eller hjälp med bedömning av anlag och andra förutsättningar.

För både kurator och psykologen gällde, att socialgrupperna I och II samt de yngre åldrarna var något bättre informerade om resp. arbetsuppgifter.

Att var sjuk, att ligga på sjukhus, innebär att

man inte längre fungerar som aktiv individ i samhället. Den minskade självständigheten, förhållandet att man som patient är beroende och inte längre tar hela ansvaret över sig själv, har föranlett Parson och Fox att påpeka likheten mellan den sjukes roll och barnets. Oftast finns också vissa regressiva drag hos patienterna och ängslan och oro för framtiden. Som sista fråga ställdes: *Hur bedömer ni själv era framtidsutsikter?* Svaren kategoriserades enligt följande: 1. optimistiskt, 2. optimistiskt med förhoppningar, 3. optimistiskt med reservation, 4. pessimistiskt, 5. indifferent, 6. vet inte. Resultaten redovisas i tabell 6.

Tabell 6.

	kön		TOT %
	män %	kvinnor %	
1. Optimistiskt	14	16	15
2. Optimistiskt med förhoppn.	14	22	18
3. Optimistiskt med reservation	14	10	12
4. Pessimistiskt	36	26	31
5. Indifferent	4	8	6
6. Vet inte	10	10	10
7. Övriga svar	8	8	8

31 % av det intervjuade ser pessimistiskt på sin framtid, de känner sig överflödiga, odugliga och tror sig aldrig kunna bli friska. 45 % bedömer framtiden optimistiskt, 12 % av dessa med viss reservation. Någon påtaglig könsskillnad föreligger ej. Giftna patienter och patienter som vårdas på mentalsjukhus för första gången är mer optimistiska än ensamstående och de som tidigare vårdats på sjukhus. Den pessimistiska svarsgruppens fördelning på frågor vilka behandlade kontakt och kommunikation med vårdpersonalen, jämfördes med de övrigas fördelning. Några differenser framkom ej.

Slutdiskussion

Syftet med denna undersökning var att försöka beskriva patienternas önskemål och upplevelser av ett mentalsjukhus. Några generella slutsatser kan givetvis inte dras av resultaten. Vissa skillnader och tendenser kan dock observeras och diskuteras

närmast på det lokala planet. I några fall kan jämförelser göras med de problem som alltmer kommit i förgrunden inom mentalvården i stort.

Så har det ganska lätt kunnat observeras att många av de önskemål som framkommit i samband med kontakt och kommunikation med läkare, sköterskor och övrig vårdpersonal, direkt beror av den ständigt betungande personalbristen inom samtliga yrkesgrupper. Det fundamentala behovet av stöd och kontakt kan av tidsnöd ej tillfredsställas, det blir få möjligheter för personalen att ge information och följa upp den enskilde patientens väg mellan olika undersökningsinstanser. Tidsnöden och den härpå följande pressen på olika befattningshavare upplevs lätt av patienten så, att denne inte vågar ta kontakt eller "störa". Samtidigt tenderar omsättningsprocenten, förhållandet intagna/utskrivna patienter, att sakta men säkert stiga. Det faller sig i samband därmed ganska naturligt att uppleva risken av att den enskilde patienten med sina specifika problem överkuggas, att terapin än mer måste riktas in mot ytsymtomen med bl.a. ökad risk för iatrogena eftersläp.

Det av patienterna upplevda behovet av information och svårigheterna att effektivt få genom en sådan, är ett annat problem väl värt allvarlig eftertanke. Visserligen visade sig många av de intervjuade ha fått information, t. ex. om olika undersökningar, men de upplevde sig ändå inte nöjda eller kanske lugna. Informationsbehovet står sannolikt i ett intimt samband med känslan av osäkerhet och, från andra hållet, brist på tid för personligt engagemang. Det är heller inte alla gånger den vetenskapligt nyktra deskriptionen av t. ex. ett symptom eller en medicin är den information patienten behöver —. Även på de punkter där patienten inte uttalat några direkta informationsbehov, kan säkerligen ökad upplysning bidra till en minskning av missförstånd och felaktiga förväntningar. I denna undersökning tycks detta bl.a. gälla psykologens och kuratorns roll.

Vid efterdiskussion med skilda personalkategorier framkom en del synpunkter av vilka några kan anses förtjäna uppmärksamhet i detta sammanhang.

Samtidigt som man arbetade på att i görligaste mån minska de problem som ovan givits exempel på, borde vara angeläget att söka sig fram till kompletterande stödvägar kring de aktuella svårigheterna. Så kunde t. ex. eftervården intensifieras och breddas, förslagsvis bl. a. genom anordnande av stöd- eller kontaktgrupper inom sjukhusets upptagningsområde. I dessa grupper kunde utskrivna patienter efter behov rekommenderas deltaga för uppföljande psykoterapi. Ett sådant eftervårdsarrangemang kunde också ur medicoterapeutisk synpunkt vara lämpligt. Patienten har då han lämnar sjukhuset normalt erhållit erforderlig, nivåhöjande medicinsk behandling och därigenom blivit bättre istånd att svara på psykoterapi.

I samband härmed aktualiserades åter frågan om psykoterapins möjligheter och betydelse. De allttjämt rådande, om än avtagande, meningsmotsättningarna mellan å ena sidan den biologiskt-deterministiskt orienterade psykiatrin och å andra sidan den psykologiskt-dynamiskt orienterade, utgjorde källor till en förlamning av försök till förnyelse i konstruktiv riktning och inverkade störande ur samarbetssynpunkt, något som indirekt också drabbade den enskilde patienten.

Vidare underströks den oerhörda bristen på psykoterapeutiskt skolad personal, läkare, sköterskor, psykologer m. fl. Än mer alarmerande framstod bristen på utbildningsmöjligheter. Många personalkategorier saknar helt utbildning i människokunskap, än fler i psykoterapi. De enskilda befattningshavare som ändå gör försök att på egna instuderade erfarenheter arbeta med psykoterapeutisk metodik, pålägger sig ett ansvar som endast uppvägs av det skriande behovet. Exempel gavs på institutioner där arbetsgivaren dessutom väntar sig psykoterapeutiskt kunnande och handlande av de anställda.

Avslutningsvis uttrycktes önskemål om kompletterande undersökningar under samma rubrik vid fler av landets mentalsjukhus. Det borde vara av intresse att få fram ett mer representativt mönster över de problem som i föreliggande undersökning endast antytts.

LITTERATURFÖRTECKNING

- Achté, K. A. & Blumenthal, M.* (1963): Miljöterapi på Hesperia sjukhus. *Nordisk Psykiatrisk tidskrift* nr 5, sid. 367—376.
- Boalt, G. & Jonsson, E.* (1961): Sociologi och sjukdomar. Stockholm.
- Brattemo, C-E, Lassenius, B. & Perris, C.* (1964): Studier av personal- och patientattityder vid ett mentalsjukhus. *Social-Medicinsk tidskrift* nr 9, sid. 385—395.
- Greenblatt, M., Levinsson, D. & Williams, R.* (1957): The patient and the mental hospital. Glencoe III.
- Heimann, P.* (1964): Bättre sjukvård! Kritik och förslag. Stockholm.
- Israel, J.* (1962): Hur patienten upplever sjukhuset. Uppsala.
- Johnson, M. M. & Martin, H. W.* (1958): A Sociological Analysis of the Nurse Role, *The American Journal of Nursing*, vol 58, nr 3 sid. 373—377.

Lundquist, G. (1964): Ny mentalsjukvårdslag. Några personliga reflektioner kring ett betänkande. *Social-Medicinsk tidskrift* nr 9, sid. 377—384.

Mentalsjukvårdsberedningens personaldelegation: Mentalsjukhusens personalorganisation, Del 1, intervju- och frekvensundersökningar m. m. Statens Offentliga Utredningar 1963:24.

Parsons, T. & Fox, R. (1962): Illness, Therapy and the Modern Urban American Family, *Journal of Social Issues*, nr 8, sid. 31—44.

Stanton, A. H. & Schwartz, H. S. (1954): The Mental Hospital. New York.

Wretmark, G. & Åström, J. (1960): Attitydundersökning bland personal på en psykiatrisk klinik. *Svenska Läkartidningen* nr 10 sid. 700.

Åmark, K. (1964): Personalutbildning — in service education — i psykiatrisk sjukvård. *Nordisk Psykiatrisk tidskrift*, nr 2, sid. 179—193.

LARS FRIBERG
HANS E. RONGE

HYGIEN

HYGIEN är i första hand avsedd för medicine kandidater, läkare och veterinärer. Den bygger på de senaste rönen inom hygienforskningen och spänner över ett mycket brett fält av modern hälsovård, epidemiologi, vatten- och avloppshygien, belysning, joniserande strålning, buller, ventilation, födan, gaser och ångor, hudirriterande substanser, luftföroreningar, radioaktiva föroreningar, tätorternas renhållningsproblem, livsmedelskontroll, yrkeshygien, olycksfall i arbetet, skadedjursbekämpning osv.

”... Arbetet är välredigerat och överskådligt. Illustrationsmaterialet förstklassigt. Större tabeller har förtjänstfullt hänförts till en speciell bilaga. Innehållsförteckningen är överskådlig, men tar trots detta med väsentlig detaljinformation. Sakregistret är mycket detaljrikt och underlättar användningen av boken som uppslagsverk...”

S. Åke Lindgren i Socialmed. tidskrift

Illustrerad, 475 sidor, inb. 78:—



SCANDINAVIAN UNIVERSITY BOOKS
SVENSKA BOKFÖRLAGET