

En studieresa till USA och Canada hösten 1963 med särskild uppmärksamhet på psykiatrisk rehabilitering

Av överläkare *Hans Hartelius*, Kristianstad

(Forts. fr. föreg. nr)

Vermont State Hospital — ett gammalt landsortshospital förändras inifrån

Nästa etapp på studieresan var Vermont State Hospital i Waterbury. Staten Vermont, som är en utav de mindre i New England och ligger upp mot gränsen till Canada, går ofta under smeknamnet the unspoiled Vermont, det icke bortskämda Vermont och är ett huvudsakligen ruralt område. Upptagningsområdet för sjukhuset är hela den lilla staten Vermont på ca 390.000 invånare och eftersom det är dess enda mentalsjukhus mottages där alla slags patienter inklusive barn och äldre, kriminella och alkoholister, merparten var s. k. kroniska fall. Sjukhuset har mellan 1.200 och 1.300 patienter varav ca 200 på särskilda rehabiliteringsprogram. Av dess 36 avdelningar var ca 50 % helt öppna. 6 st avdelningar var rent geriatriska avdelningar, 4 var avsedda för internmedicinsk vård och 4 avdelningar kördes på ett särskilt rehabiliteringsprogram. Avsikten var att få alla i arbete. Men det man hade att brottas med var det gamla "kroniska sinnessjukhusets" struktur. Man beklagade att man endast kunde stimulera med arbetet som sådant och dess emotionella värde för patienten och de sociala kontakter, som kunde knytas inom och utom sjukhuset på det sättet, däremot kunde man inte betala patienterna som i Brockton. Vad de särskilt saknade var rekreationsmöjligheter, sådana som vi sett så utmärkta både i Hartford och Brockton. Med patienternas hjälp hade man nu målat om biblioteket men man saknade sportlokaler. Ändå har detta efter amerikanska förhållanden rätt så "omoderna" sjukhus stått som exempel för många i USA. Det var också därför som dr Barton sänt oss dit särskilt. Det som hänt där har rapporterats under rubriken the Vermont story. Med möda och sakta men säkert hade man förändrat sjukhuset inifrån, brutit upp dess trista

miljö, förändrat hela strukturen, personalens och patienternas resignerade attityder och fått patienter i rörelse och aktivitet. Man hade funnit ett nytt sätt och det var deras eget och det hade visat sig fungera. Man hade redan en viss segervisshet. Vårt intryck var också att det rädde en god vänlighet utan distanslöshet, en hjärtlighet utan höga toner, det var snyggt och rent, intet slarv. På avdelningarna, som kördes på rehabilitering, var alla sovsalar praktiskt taget tomma på dagtid, därför att patienterna var ute i aktivitet. Personal och patienter umgicks vänskapsfullt och öppet. En del andra patienter gick till besök i fosterhem och andra var placerade i sådana. Därvid betalade man upptill 25 dollar per vecka, av vilka patienten i sin tur fick 3 dollar i fickpengar. Just då hade man 27 patienter på ett sådant program men om de hade haft flera fosterhem hade de kunnat placera ut kanske 2 å 3 gånger fler enligt det allmänna omdömet.

Av avdelningarna var således många öppna utom de geriatriska. Som sjukhuset ligger mitt i stan, som för övrigt har något mindre än 3.000 invånare, blev det med nödvändighet en rätt riklig kontakt mellan patienterna och stadsborna, dock utan några andra komplikationer än att en och annan äldre patient haft svårigheter hinna hem till kvällen. Man beklagade därutöver svårigheten att finna arbetsplatser i denna lilla stad, men kunde ändå ge goda exempel på resultat. Självklart har en stad på mindre än 3.000 invånare svårigheter att bereda utslussningsmöjligheter för patienter som ännu bor kvar på sjukhuset. För detta ändamål hade man i stället inrättat ett utskrivningshem, after care home, i den större staden Burlington, några svenska mil därifrån. Där bodde en grupp på 20-talet patienter, män och kvinnor tillsammans med en föreståndarfamilj i en större villa i ett vanligt bostadskvarter. De flesta var redan verksamma ute i staden

medan andra gick och väntade på anställning och var sysselsatta med inre tjänst i hemmet. Även där rådde en glad och öppen och positiv atmosfär. Staben på Vermont State Hospital har i skilda publikationer skrivit och kunde också muntligen rapportera om en hel del provningar som uppkommer när man vill öppna ett mentalsjukhus och lemma in patienter i samhället igen, särskilt om miljön är liten och kanske något konservativ, som fallet varit uppe i Vermont. Men nu hade man redan nått en trygg position också i den allmänna opinionen. Litt. 3, 6 och 7.

Även på detta omoderna provinsiella sjukhus hade man en ordentligt tilltagen forskningsavdelning. Man resonerade där, som annorstädes, att det var en nödvändig ingrediens i hela sjukhusarbetet, att det bedrevs forskning. Det sjukhus som inte bedriver forskning, framhöll man, kan inte locka till sig några progressiva läkare eller socialarbetare eller psykologer. Vad de nu presenterat i dokumenterad rehabilitering har tillvunnit sig internationell respekt, vilket i sin tur väl bör underlätta rekryteringen till sjukhuset. Detta är också ett memento för våra sjukhushuvudmän, som i vårt land ofta ställt sig skäligen kallsinniga till forskningsprogram vid sjukhus utanför universiteten. Människor med aktiv inställning och akademisk skolning vill självklart forska vidare. En sådan attityd återverkar också på sjukvårdsarbetet. Psykologer och sociologer forskar t. ex. på patient-läkare relationer, på sköterskornas position och roll. Detta medför debatt, öppenhet och kritik. Och utan positiv kritik sällan förändringar. Vuxna roller och demokratiska attityder gynnas, kanske det är rent av viktigare än böcker, som ej blir lästa. Forskningen skall på arbetsplatsen befrukta vardagsarbetet.

Det som väl främst är att lära av Vermont-historien är att vid rehabilitering av psykiskt sjuka gäller det främst att återställa patientens självförtroende och de störda relationerna till omgivningen. I Vermont hade man också verkligen lyckats att få en omsvängning i den allmänna opinionen utanför sjukhuset, så att det fanns en viss beredskap från samhällets sida att

ta emot den psykiskt sjuke när han lämnade sjukhuset. Vidare hade man aktivt arbetat med den sjukes familj och andra anförvanter, för att få dem att acceptera sina uppgifter i behandlingsarbetet. Kanhända gynnades hela detta program något av den relativt rurala strukturen i staben, dvs. att det inte fanns några så stora städer att det individuella ödet blir ointressant, kanhända försvårades det också något därav att i en sådan miljö ibland kan existera vissa stelnade attityder mot de psykiskt sjuka, men sådana kan också bearbetas och det är tydligen det som till stor del skett i Vermont.

I Kanada och Montreal

Från Vermont gick resan vidare till Montreal. Kontrasten kan knappast vara större när det gäller det allmänna kulturella klimatet. Montreal är en snabbt expanderande storstad i ett utpräglat immigrantland. Det betyder att man på ungefär samma sätt som i New York har stora etniska grupper, som ännu långt ifrån inlemmats i den nya miljöns kulturella mönster och språkgemenskap. Man har också konfessionella uppdelningar i protestanter och katoliker och judar och därtill är staden tvåspråkig, franska och engelska i nu nämnd ordning. Man håller sig också med två universitet, ett katolskt fransktalande och ett protestantiskt engelsktalande. Det senare McGill University torde vara väl känt inte minst därför att psykiatriska kliniken där (Allan Memorial Institute) var värd för den senaste internationella psykiatriska kongressen. Dess chef, professor Cameron, vilken jag haft förmånen att sammanträffa med flera gånger tidigare, introducerade oss också hjärtligt för alla och hade lagt upp ett intensivt program för besöket.

Själva Allan Memorial omfattar en psykiatrisk klinik, som kan betecknas som en evaluation clinic+emergency unit. Till detta är knutet en omfattande "dayservice", dels vid kliniken, dels ute på stan, som Day Hospital West och Day Hospital East. Man har också en "group psychiatric therapy unit", ett särskilt "outpatient department" och en barnpsykiatrisk klinik, vidare en särskild "follow up service" och en "home

care service". Till dessa senare grenar kunde man fritt remittera patienter inom hela vårdorganisationen. Man samarbetade också med det stora protestantiska mentalsjukhuset i Verdun Lasalle (1500 à 1600 platser) till vilket också hörde en eftervårdsklinik på något över tusen patienter samt en särskild "home care" för knappt 100 patienter, vilket i detta fall närmast är att översätta med familjevård eller som de säger "fosterhomes". Dagsjukvården vid det senare sjukhuset var utformad så att dagpatienter fanns på flera av de vanliga öppna avdelningarna, men däremot hade man ej något särskilt dag-sjukhus. Detta rätt stora sjukhus var "uppdelat" och omfattade 15 skilda autonoma enheter om 25—150 platser, var och en med egen "social service". Självklart hade man inte någon selection av patienterna efter konfession, men däremot en språklig i det att sjukhuset huvudsakligen var avsett för icke fransktalande. Genom en donation hade man fått en nybyggd "utskrivningsavdelning" (half way house) utomordentligt trevlig. Här kunde patienter eller säg f. d. patienter bo i avvaktan på att deras sociala situation (arbete-bostad o. dyl.) ordnades upp. Här betonades ånyo att det var samma team som följde patienten i öppen vård, som inneliggande, som dagpatient i eftervård osv. och det underströks som en utomordentligt betydelsefull del i arbetet. Någon särskild person måste bry sig om patienten också på sjukvårdssidan.

En judisk mentalvårdsverksamhet med familjen i centrum

Ett annat sjukhus där vi introducerades var The Jewish General Hospital vars psykiatriska klinik förestods av dr Epstein. Kliniken omfattar egentligen endast 34 bäddar, men kan utökas med 4—6 bäddar nattetid och taga emot 10—20 dagpatienter. Det var en typisk öppen psykiatrisk klinisk av "multipurpose"-typ och tog till och med emot barn ifrån 9-årsåldern. Man var emellertid inne på att snabbt få fram en särskild ungdomspsykiatrisk klinik, då man hade rätt stora bekymmer med tonåringarna. Man hade som på många andra håll erfarenheterna att de

blandades bättre med de vuxna än med barnen. Medelvårdtiden i allmänhet låg mellan 28 och 30 dagar. Programmet var högt strukturerat. Man hade särskilt arbetat med ett slags familjepsykoterapi, där man tog hela familjen under behandling. Det motsvarar närmast det vi praktiserar inom barnpsykiatrisk verksamhet. Litt. 15. Därutöver hade man ett 10-tal grupper igång för gruppsykoterapi, mest för barn och ungdom. Alla vid kliniken verkande kunde remittera patienter till dessa särskilda terapigrupper. Vid kliniken fanns 20 psykiater, 3 heltids-, 3 à 4 halvtids- medan resten gjorde 6 à 10 timmar per vecka. Man hade 5 heltidsanställda psykologer och 7 socialarbetare samt 11 "residents". Denna stora stab motiverades självklart inte bara av de 34 platserna utan framför allt av en omfattande öppen vård. Därtill hade man en särskild sektion, som arbetade ute i samhället för att hjälpa till att integrera olika socialvårdsorgan. Det betyder att man så att säga hyr ut en psykiater för att verka på deras fält. Ur detta har sedan framvuxit en mera ömsesidig verksamhet, i det att också socialvårdsarbetare kom till kliniken för att lära och de kom ej endast själva utan också medförande sina problemfall. Nu är i Kanada situationen den att de statliga myndigheterna övertar mer och mer av den direkta ekonomiska socialvården och de tidigare på frivillig grund arbetande socialvårdsföreningarna, har därför kommit att mer och mer gå över till "mental health", dvs. till mentalhygienisk verksamhet på fältet. För detta behövde deras personal utbildning och träning och fick det således vid denna klinik. Det bedömdes som en mycket lycklig giv och deras arbete kunde ses som en direkt profylaktisk aktivitet. Självklart var det därvid av stort värde att dessa människor redan var tränade i socialt arbete. Ej heller detta sjukhus eller dess yttre verksamhet var konfessionellt bundet. Cirka 40 % av platserna belades av icke judar. Om den judiska populationen fick man veta att den hade låg frekvens av alkoholproblem, något som ju är allmänt väl bekant. Bland de juvenila fallen bedömde man dock de med drogaddiktion som de terapeutiskt svårast åtkomliga.

Follow up vid Allen Memorial

För att återvända till Allan Memorial kan man konstatera att där läggs upp ett stort program för eftervård och uppföljning av patienterna. Residents och kuratorer gör efterbesök i hemmen under långa tider, mestadels under ett år, för att se hur patienten klarar sig ute i samhället. Nu har man dessutom helt nyligen lagt upp en särskild sådan "follow up"-verksamhet för schizofrena patienter, sammanlagt omfattande 120 stycken. Bland annat syftade detta till att se vad man kunde åstadkomma med ambulans elektrochockbehandling med veckors mellanrum, ett uppslag som kom direkt från professor Cameron. Ännu så länge kunde man inte redovisa några givna resultat. Den yrkesmässiga rehabiliteringen däremot var ännu föga upparbetad och hittills hade man haft intresset huvudsakligen inriktat på vad man skulle kunna kalla en social rehabilitering och eftervård.

Självklart bedrivs en intensiv forskning vid universitetskliniken men också vid The Jewish Hospital, som producerar mängder av publikationer. Även vid Verdun-sjukhuset hade man en rejält tilltagen forskning. Detta trots att det samma egentligen inte är något undervisnings-sjukhus.

Canadas blue print for psychiatric service

Vid ett staff meeting med föreläsning hade vi tillfälle att kollationera våra svenska erfarenheter med de kanadensiska. Själv mord i Sverige var där som så ofta ett efterfrågat tema. Men nu försökte vi koncentrera oss på mentalsjukvårdens organisation och rehabiliteringsproblem. Just då nämligen i september 1963 hade publicerats "Canadas blue print for psychiatric service", detta program som motsvarar ungefär vad "the Joint Commission" åstadkommit i USA. Utgivare är the National scientific Planning of the Canadian Mental Health Association medan den amerikanska publikationen heter "Final Report of the Joint Commission on Mental Illness and Health". Det grundläggande temat i den kanadensiska omfattar 7 "basic recommendations",

nämligen 1. fullständig integration av den psykiatriska verksamheten i den övriga sjukvården, 2. att den psykiatriska verksamhetens organ skall placeras mitt i befolkningscentra och verka regionalt, (dvs. mentalsjukhusen skall inte ligga bort i skogen), 3. att man i större städer gör en uppdelning med ett stort antal smärre psykiatriska organ, 4. även administration vill man ha decentraliserad, 5. att man skall ha en kontinuitet i behandlingsarbetet, så att patienten kan få hjälp tvärs igenom olika omhändertagandenivåer utan avbrott, 6. att man skall öka och förbättra rekryteringen, utbildningen och karriärprogrammen för de yrkesverksamma på fältet, och för det 7:e att man skall koordinera den psykiatriska verksamheten, som bedrivs vid skilda sjukhus och kliniker och andra centra för att åstadkomma maximal effektivitet. Litt. 4.

Ibland de "generella rekommendationerna" (metodik) hade man främst satt att man ville ha patienten remitterad från en allmänpraktiker eller familjeläkare till psyk-sjukvården, uppenbarligen för att få samverkan med dessa på fältet arbetande. För det andra att den psykiatriska undersökningen skulle som minimum föra fram till en verklig diagnos (se ovan om Boston!) och för det tredje att en rehabilitering etableras som en ingående del i behandlingen och efterbehandlingen och att denna upprätthåller nära förbindelser med lämpliga organ ute i samhället. Bland mängden av övriga välgrundade rekommendationer återfinner man också att den psykiatriska sjukvården skall organiseras i direkt anslutning till medicinska centra var dessa än upprättas. Vi fann således här samma grundläggande inställning till den psykiatriska sjukvårdens organisatoriska och utvecklingsproblem som i Amerika och som vi också känner från de progressiva länderna i västeuropa, men som det kanadensiska programmet är det senast lancerade och också bygger på tidigare erfarenheter även från andra länder, får det föranleda detta lilla referat.

Vi var nu så laddade med in- och särtryck att en weekend vid den amerikanska atlantkusten behövdes för att återföra oss till receptivitet igen och efter ett charmerande besök i North

Carolina började vi en ny arbetsvecka vid Menninger Foundation i Topeka, Kansas.

Menninger Foundation satsar nu på rehabilitering

Menninger Foundation grundades 1919 som ett privat sjukhus och har så småningom vuxit till ett omfattande centrum för psykiatrisk utbildning, forskning, behandling och för mentalhygien. Det är internationellt väl känt icke minst genom talrika publikationer därifrån. Programmet var ursprungligen rätt prononcerat ortodext psykoanalytiskt och psykoanalytiska-psykodynamiska betraktelsesätt dominerar fortfarande verksamheten. Främst genom sitt utbildningsprogram har det haft en stor influens på psykiatrin långväga, men alldeles särskilt, vilket vi nu också kunde se, på den psykiatriska sjukvården i Kansas och närliggande stater. Så hade man medverkat till färdiga metodprogram för flera mentalsjukhus såsom Osawatomi State Hospital och Topeka State Hospital varav vi också hade tillfälle besöka det senare (Dr Bay).

Vid M.F. har man tidigt varit intresserad av rehabilitering av de psykiatriska patienterna, både den mera tekniska yrkesmässiga och den mera medicinskt psykologiska-psykoterapeutiska. Institutionen har genomgått en snabb utveckling också kvantitativt och just detta år har man övertagit en stor egendom i västra delen av staden med stora markområden och äldre, men goda byggnader, vilka bl. a. använts för televisionssändamål tidigare. Detta "West Campus" tänkte man nu göra till en stor utbildnings- och forskningsinstitution och man hade börjat med att inrätta ett intressant museum över psykiatrins historia. Vid den äldre delen av institutionen inne i själva staden hade man byggt till en ny enhet, helt avsedd för rehabilitering, dagsjukvård och "educational therapy". Den fullbordades 1962 och är föredömlig i sin planering. I denna byggnad residerar också dr Robert Menninger över denna del av vården och han uttryckte institutionens filosofi på detta sätt: "Vi har alltid arbetat på en psykodynamisk bas men programmet har ändrats litet eftersom och mer

intresse har efter hand ägnats åt sådana intrapsykiska resurser som identifikation. Nu ligger vårt huvudintresse på aktivitetsprogram dvs. en för varje individ i förhållande till hans förutsättningar avpassad aktivering". Dessa aktiviteter kunde i sina yttre former sammanfattas under rubrikerna utbildande, skapande och sociala.

Man lade särskilt vikt vid den skapande sidan och ville ha med en skolning också av patienternas smak, man ville ha det mera artistiskt och hade två professionella artister heltidsverksamma där. För vissa patienter vore det naturligare att söka sig till en industriell aktivitet och man försökte förbereda dem för sådant t. ex. genom byggnadsarbete direkt på institutionens område, bl. a. höll man på att i egen regi uppföra en mindre geriatrisk enhet. Därutöver ville man ha en "recreational activity" ungefär av den typ som präglar fritiden i det amerikanska samhället, nämligen friluftsliv, simning, utflykter o. dyl. I allmänhet arbetar patienterna 6 timmar per dag och har ytterligare 3 timmar organiserade i form av fritidssysselsättning. Dagsjukhuset har ungefär samma aktiviteter tillgängliga för sina patienter och detta dagsjukhus är således fullständigt integrerat med det övriga sjukhuset så långt det gällde aktiviteterna men hade särskilda dagrum för dagpatienterna. Sjukhuset hade för övrigt en enda stor matsal, som användes såväl för patienterna som personalen fast på skilda tider.

Kontakten med varje patient uppehölls av två läkare, dels en avdelningsläkare, dels en psykoterapeut. Med psykoterapi menar man i regel psykoanalytiskt inriktad sådan och de flesta, men ingalunda alla patienter, gick i någon form utav individualpsykoterapi. Patienterna är i allmänhet i de produktiva åldrarna och man har endast ett fåtal geriatriska fall och driver en liten enhet för dem mera på försök. Barnpsykiatrisk avdelning finns däremot för cirka 50 patienter, till vilket kommer en del dagpatienter. Över huvudet taget hade man med tonåringarna sina största administrativa-organisatoriska problem. Man hade försökt med att ha dem i särskilda byggnader, men det gick dåligt. Det förekom då rätt

mycket destruktivitet och de "run the staff", varför man hellre blandade in ungdomarna bland de vuxna. De unga manliga hölls i rätt hårt fysiskt arbete. Trots att de var högt betalade privatpatienter gick de i ordentligt disciplinerade arbetsgrupper. Man hade där den erfarenheten att det inte går att hålla unga pojkar på att klistra kuvert o. dyl. men när de får fälla träd och bygga och dona går det bättre. Över huvud taget har kliniken ett rätt ungt klientel, 60 % var högst 30 år, 80 % högst 45 år.

Vi hade också tillfälle att tala med den direktör som var anställd enbart för rehabiliteringsverksamheten, Don Jones. Han framhöll att den byggnad de just börjat använda sig av, var byggd med största flexibilitet. Man visste inte vad som kunde hända inom rehabiliteringsområdet inom de närmaste 5—10 åren och det var därför lämpligt att inte binda sig alltför starkt vid fasta program. Man önskade nära kontakt med avdelningarna och ville att sköterskan så långt möjligt skulle följa med patienten till arbetslokalen och se honom i funktion där. Man skulle så långt möjligt också försöka få patienterna in i en arbetsgemenskap, som verkar fostrande och där de påverkar varandra, s. a. s. "behandlar varandra". Han lekte med tanken att en gång få ett sjukhus utan läkare. Kanske ett uppslag med tanke på svårigheterna att rekrytera psykiatrer. Vidare att patienterna och deras aktivitet skulle få en mera social inriktning. De skulle göra något för samhället. Det betydde att man bl. a. åtagit sig att förse ett stort sjukhus för utvecklingsstörda barn med leksaker medan andra grupper arbetade för att få fram babykläder, som kunde utdelas av frälsningsarmén. Vidare borde man inrikta dessa patienter på att ta sig an vanföra och hjälpa dem till rätta. När det gällde själva verksamheten inom rehabiliteringsbyggnaden ville man tillbaka till mera grundläggande skapande metoder, keramik, målning, teckning, vävning. Hans filosofi omfattar följande rubriker: "Arbete, rekreation, utbildning och skapande konst". Arbete är något som lägger tonvikten på resultatet, leken är något som lägger tonvikten på medlen. Inom sport blir agg-

ressiva komponenter mer medvetna. Skapande konst har med både resultat och medel att göra, vartill kommer en viss narcissistisk tillfredsställelse "se vad jag har gjort". Utbildning är jagutvidgande, jagstödjande och syftar också till "mastery" (=ett behärskande av de egna resurserna).

Dessa rubriker arbetade man tankemässigt med i vad de kallade en "funktionell psykiatri". Den psykiatriska störningen betraktas som en dysfunktion, t. ex. oförmåga att arbeta produktivt, som då behövde bättras. Man ville också hjälpa patienterna att ge själva dagen och veckan "en design", man ville förbättra deras objektrelationer och ge dem tillfredsställelse av att åstadkomma någonting själv.

Socialt ville man utveckla en självstyrelse bland patienterna i grupper, som kanske till en början blev ett slags klagogrupper. Men man ställde anspråket, att de först skulle klara upp klagomålen inom den egna gruppen och först därefter komma fram med dem till ledningen, varigenom klagomålen blev nyanserade, modulerade.

Vilka behov kände man nu som de mest aktuella? Här kom det spontant och utan att man särskilt övertänkte svaret eller ordningen: 1. Att hjälpa personalen att anpassa sig i arbetet och vidga dess vyer, alltså personalutbildning i ordets bästa bemärkelse. För det 2:a att få igång aktiviteter utanför sjukhuset, t. ex. en "recreation camp". Fritidsproblemen är också i USA betydande för många människor och med arbetsveckor som kan gå ned till 20 timmar, blir dessa problem än större. För det tredje vill man ha ett kvällssjukhus för öppenvårdspatienter och tidigare patienter med mindre emotionella problem. Man ville kunna skapa möjligheter för arbetsterapi särskilt bildande konst ute i samhället. För det femte behövde man bättre integration av de olika aktivitetsterapierna. För det sjätte behövde man en skyddad verkstad och för det 7:e en ny typ av sköterskebiträden med psykiatrisk utbildning.

Eftervården är ej så lätt att organisera för sjukhus som MF och Institute of Living, som

tar emot patienter från snart sagt hela USA. Vid MF har man prövat familjevård = "foster homes" i mindre utsträckning men med goda resultat, särskilt för "kroniska fall", övervakningen av dessa sköttes främst genom kuratorer. För övrigt har man ett stort "out-pat.-department" med 8 heltidsverksamma psykiater. Det fungerade dels som en "screening unit" dvs. sorterade alla inkommande remisser och såg patienterna först i öppen vård. Därtill tog de hand om eftervården — i öppen vård. Men en stor nackdel hade de i sitt arbete som framt omtalades — de kunde inte följa patienterna när de låg inne på sjukhuset. — I deras öppna vård är det givetvis en styrka att det ej finns mindre än 700 psykiater spridda över USA som fått utbildning på MF och till vilka fall kan remitteras till eftervård. Litt. 13.

Att "out-pat.-department" deltar i forskning och undervisning syntes dem självklart: "Alla skall studera, forska och publicera". Man har också vid MF en särskild socialpsykiatrisk enhet (dr Modlin) samverkande med officiella organ inom rättspsykiatri, inom vanartsbehandling o. dyl. Det största bekymret, ehuru ej kvantitativt så stort, var ungdomarna med narkomani. (Jämför Montreal.) För vanartsungdomarna hade man ett system med småpaviljonger + industriellt arbete, enligt deras egen uppgift med bättre resultat än annorstädes i USA. I så fall väl sannolikt därför att man hade metodologiskt skolad personal (till skillnad från i Sverige = personalutbildning vid våra ungdomsvårdsskolor, kunde kanske ge något?). — Våra vårdresultat är ju inte lysande.

Topeka State Hospital

Topeka State Hospital (dr Bay) har cirka 900 platser och betjänar 660.000 inbyggare. Egentligen omfattar det fyra skilda vuxenpsykiatriska sjukhus på 200 à 250 patienter, var och en med sin egen kompletta stab. Även här hade man samma gynnsamma erfarenhet av att dela upp sjukhuset i självständiga mindre enheter. Sjukhuset hade också inflytande långt utanför sitt eget markområde. Bl. a. sändes psykiater ut från

sjukhuset för att instruera frivilliga lekmän ute i olika "counties" små områden på 10 à 20.000 invånare. De vanliga sjukhusen får också ta emot psykfall primärt t. o. m. på vanliga avdelningar, t. o. m. på lasarett av odelad typ och samarbetar därvid med mentalsjukhuset. För framtiden hade man planer 1) att söka öka resurserna inom sjukhuset, utöka staben och särskilt utöka antalet dagpatienter, 2) att få fram ett verkligt rehabiliteringsprogram. — Här gällde det att bygga upp en god public relation till arbetsgivare och industrier, så att man kunde få arbetsobjekt för en verklig arbets träning. Vidare ville man ha närmare samarbete med yrkesskolan och den vanliga skolan, för att förbereda särskilt de unga patienterna, som ännu ej blivit yrkesinriktade på arbetslivet. Det finns alltför många ungdomar, som är fixerade till hemmet, man talar om "home-bound-child"-problem. — 3) Man vill ha bättre vårdhem. — Tyvärr var personalen där otillräckligt utbildad i psykiatri. Vidare ville man ha mera lokal insyn och lokalt intresse i dessa vårdhem, som fanns spridda på flera håll inom området. — 4) Man ville ha igång en omfattande gruppsykoterapi. Dr Bay framhöll att i Topeka har man länge haft intresset koncentrerat på individuell psykoterapi, historiskt betingad av förbindelsen Freud—Menninger. Ännu hade man endast 60 à 70 av patienterna på sjukhuset i någon form av systematisk psykoterapi. — 5) Man ville ha fler psychiatric social workers. Tyvärr hade man *bara!* 22 à 23 sådana arbetande på sjukhuset och någon mån i case work i familjer. Man borde ha 43, utom de som är verksamma ute i samhället, samarbetande med sjukhuset. Siffran är någonting att tänka på för en svensk psykiater. På sjukhuset hade man också en barnpsykiatrisk avdelning, närmast för psykotiska barn på 90 platser. Sammanlagt omfattade staben 51 läkare inklusive barnpsykiater.

För att återvända till rehabiliteringsmetod ville man som en allmän idé få en mera strukturerad verksamhet på sjukhuset för patienterna, så att varje patient kunde vara igång i arbete, sysselsättning o. dyl. på just den nivå som mot-

svarade hans eller hennes aktuella resurser. Detta gör att det är viktigt med olika slags resurser eller bättre stadier eller nivåer av aktivitet och helst vill man arrangera detta såsom en trappa tillbaka ut i livet.

Detta sjukhus som är ett vanligt mentalsjukhus, hade den typiska strukturen att man hade ett slags tvåtoppighet i verksamheten. Dels hade man en akutpsykiatri och hälften av patienterna vårdades högst 90 dagar och 80 % högst 6 månader, men därutöver ett icke obetydligt kronikerklintel, särskilt av äldre patienter. Vidare hade man en tvåtoppighet i klientelet's ålderssammansättning med en topp emellan 16 och 22 år och en topp emellan 55 och 60 år.

Vi fick intrycket av att man ändå visste rätt mycket om sin egen inre situation och den totala mentala situationen i samhället. Trots att sjukhuset ingalunda är ett egentligt utbildningssjukhus har man en egen stor forskningsavdelning. I basen får man ett litet bidrag för lokaler och skrivhjälp m. m. från staten Topeka, medan de egentliga forskningsprojekten sedan mest stödes av federala bidrag och privata donationer. Denna del av staten omfattade för åren 1961—1962 över 75.000 dollar, för 1962—1963 över 83.000 dollar.

Negrer söker sjukvård — i Kansas City

Genom att vi i Kansas City Miss., som vi senare besökte, bodde i en familj där familjefadern var neger och allmänpraktiker, fick vi en annan approach till sjukhusproblemen. Där såg vi bl. a. ett stort kommunalt sjukhus, som var under omdaning. Det var närmast ett stadssjukhus av låt oss säga S:t Eriks typ också med en mindre psykiatrisk verksamhet. Chefen (the Medical Director) var neger, liksom många av medarbetarna där, men man hade intryck av att det rädde alldeles utmärkta samarbetsförhållanden vid sjukhuset, med verkligt stimulerande vänlig atmosfär mellan negrer och vita. En del av lokaliteterna var ytterst föråldrade med en påver inredning, andra var nybyggda och helt i klass med de bästa i vårt land. Sjukhuset var således under ombyggnad och upprustning. Mer än hälft-

ten av patienterna var färgade och sjukhuset till sin karaktär sådant, att endast mindre bemedlade eller människor med mycket begränsade inkomster skulle komma på idén att söka där. Det hindrade inte att den sjukvård som bedrevs föreföll oss gedigen och patientbehandlingen vänlig. Detta sjukhus hade i sin tur fått överta en annan enhet, som inte längre kunde administreras som ett privatsjukhus. Man visste inte riktigt vad man skulle göra med de gamla lokaliteterna, hur mycket som skulle rustas upp o. dyl. men under tiden hade man inrett en stor forskningsavdelning där, med programmet inriktat framför allt på socialmedicinska eller rent sociologiska studier av sjukhusets klientel. Detta i sin tur inspirerades rätt självklart av, att man ville se hur det gick för de människor som behandlades på sjukhuset, hur de ute i samhället kunde klara sig, respektive att få den sociala bakgrunden till deras aktuella medicinska tillstånd. Tydligen var man på sjukhuset skäligen tolerant mot psykiska abnormiteter och störningar hos patienterna, men kunde också remittera dem vidare till egentlig mentalsjukvård inom och utom sjukhuset. Man hade en särskild psykiatrisk mottagningsavdelning, som fungerat i 12 år och denna verksamhet hade ständigt ökat. Från 1954—1955 till 1961—1962 hade intagningarna ökat från 357 till 856 och på dagsjukhuset ifrån 120 1959—1960 till 196, medan besöken i öppen vård från 1954—1955 ökat från 780 till 5.190 1961—1962. Detta psykiatriska sjukhus var helt modernt i byggnaden och fungerade på ett utmärkt sätt och var väl integrerat i det samhälle det var satt att tjäna. 1962 hade man börjat med en särskild mentalhygienisk avdelning helt inriktad på profylax. Forskningsavdelningen hade startat 1957. Dessa data belyser en för amerikanska förhållande ordinär, men ändå imponerande snabb utveckling av psykiatri i en storstad. Där fick man också belyst att mången gång är den psykiatriska sjukvården, också när den bestrids av staterna eller kommunerna, den med den högsta standarden.

I Columbus, Ohio, ligger ett av Amerikas största universitet. Dess psykiatriska universi-

tetsklinik är modern, välutrustad och driver ett högklassigt utbildningsprogram med tonvikten i träningen på doktors kontakt med patienten. De unga residenterna följde individuella fall under längre tid och redovisade för äldre kolleger materialet, t. ex. genom bandspelningsupptagningar. God undervisning och systematisk praktisk klinisk träning bör i det långa loppet skapa goda psykiater i större antal och verka attraherande på unga medicinare, se vidare nedan!

Summing up i Washington

I Washington DC hade vi så tillfälle till en summing up med ovannämnde dr Barton, direktör för American Psychiatric Association. Från hans utsiktspunkt sett syntes det för tillfället viktigaste vara att nu stimulera politiker i de olika staterna att lägga upp integrerande, differentierade och fungerande system för hela mentalsjukvården inklusive mentalhälsovården i sina stater. Det var inte längre enbart lokala sjukhus man frågade efter utan efter systematiska planer. Givetvis tog man därvid fasta på den erfarenheten att patienterna måste följas inom olika stadier av omhändertagande, och att organisationen måste tillåta en sådan "strömning" utan att patientkontakten gick förlorad. Blir patienten ett personligt kolli som bollas från en läkare till en annan eller till en socialarbetare, sjunker effektiviteten i systemet på ett katastrofalt sätt. Mitt under den intensiva utbyggnaden måste man således slå vakt kring läkare—patient-relation och liknande. Rehabiliteringen hade vi ju redan sett rätt mycket utav och de synpunkter som vi här kunde få bekräftade att man måste arbeta på ett mångfasetterat sätt. Alla sätt är rätta om de bärs upp av kunnskap och entusiasm. Man måste pröva sig fram praktiskt. Där kan man absolut inte centralldirigera.

En fråga som nu syntes lämplig att få ett auktoritativt svar på var hur den geriatrika-psykiatriska sjukvården skulle inplaneras i den övriga. Under vår resa hade vi nämligen fått intrycket av att man rätt allmänt strävade efter, att få särskilda resurser för de geriatrika-psykiatriska fallen och vår kritiska fråga ställdes som så:

"Kommer detta inte att kunna medföra att de geriatrika fallen blir försummade"? Man var helt medveten om allvaret i en sådan fråga, men menade ändå att den åldrande människans situation kräver speciella hänsyn, speciellt utbildad personal, speciella somatiska och andra resurser, en speciell utformning av rehabilitering och dylikt, varför det är på tiden att man får en särskild geriatrik-psykiatrisk specialitet. Det syntes föreligga större risk att de geriatrika fallen blir försummade om man inte aktivt bevakade dessa många gånger rätt speciella behov. Sedan blir det en uppgift för de människor som verkar på det fältet att också kämpa för den åldriga människans rätt i samhället, att det i samhället finns resurser för deras hjälp och stöd i en öppenvårdsituation, för givetvis skall man också när det gäller åldringarna så långt möjligt söka bevara dem ute i samhället och inte ha dem i långtidsvård på institutioner, annat än där det föreligger oundgänglig nödvändighet härför. En helt odifferentierad psyk-sjukvård kan väl prövas i mycket små enheter, men de försök man i USA gjort att sköta den psykiatriska-geriatrika vården helt inblandad i den övriga hade i stort sett misslyckats och numera övergivits, allt enligt dr Barton.

När det gällde rehabiliteringen kunde dr Barton referera ett arbete som snart väntades i tryck, nämligen från New York (dr Ralf Notman, numera Boston). Han hade jämfört patienter utskrivna efter enbart korttidsvård inklusive psykofarmakologisk behandling med sådana som också blivit föremål för aktiv rehabilitering och funnit att prognosen i stort sett var densamma, varav slutsatsen dragits att den tidiga utskrivningen var väl så väsentlig som egentliga rehabiliteringsinsatser. Om vi uppfattat det hela rätt ligger det emellertid i sakens natur, att de människor som snabbt kan, efter en kort tids vistelse, gå tillbaka i arbete utan rehabiliteringsåtgärder, egentligen är ett gynnsamt urval. Det är för ett annat klientel som aktiv rehabilitering behövs.

Personal — ett problem vi inte är ensamma om

I Amerika, som i Sverige, har man problem

med att psykiaterna är för få. Det sammanhäng-
er säkerligen med att de i genomsnitt och medel-
tal har lägre betalt än de allmänpraktiserande
och de i övriga specialiteter verksamma. Natur-
ligtvis finns det en liten grupp av psykiater med
ett rätt högt inkomstläge, men det är en liten del.
Intresset för psykiatri är också mycket skiftande
från universitet till universitet. Harvard i Boston
får mer än 10 % av medicinarna att ägna sig
åt psykiatri. Detta är anmärkningsvärt eftersom
Harvard har ett utmärkt gott namn och tar emot
toppbegåvningar från hela USA. Det kan synas
lovande. Man har också där ett mycket aktivt ut-
bildningsprogram, entusiasmerande. Vid de mera
lokalt betonade universiteten ligger procentsiff-
ran avsevärt lägre. De har lägre anspråk på de
studenter, som söker sig in och sannolikt är ock-
så undervisningen av lägre kvalitet. Vid Women's
Medical School i Philadelphia går ca 70 % av
de studerande till psykiatri och allmänt taget
ägnar sig fler kvinnliga medicinare åt psykiatri.
Amerikanska psykiatriska föreningen har därför
velat pressa de medicinska högskolorna att öka
intagningskvoten för kvinnliga studenter.

En fin skyddad verkstad i Wilmington, Delaware

I Wilmington Delaware såg vi en intressant
rehabiliteringsenhet The Opportunity Center Inc.
Det var helt enkelt en stor nybyggd arbetsträ-
ningsverkstad med ett inslag av skyddad verkstad
och drevs med stöd av kommun och privata, som
ett fristående självägande företag. Det mottog
alla slags handikappade både med fysiska och
mentala hinder, en hel del intellektuellt under-
begåvade och en hel del andra psykiatriska fall.
Det startade 1957 och var redan färdigt för att
snart tredubbla sina lokaliteter. Deras enkla re-
cept var följande: Träning + sysselsättning + lön
= självrespekt. Som alltid när någonting nytt
skapas låg det initiativrika personer bakom och
deras unge direktör, D. A. Milano, var en ame-
rikanskt effektiv och stimulerande herre. Man
tog emot alla från 16 års ålder utan någon be-
gränsning uppåt, män och kvinnor, färgade och
vita med alla slags handikapp. Så långt möjligt
ville man låta patienterna bära sitt eget ansvar,

t. ex. för transporter till och från verkstaden.
Man körde med reguljära arbetstider och beta-
lade lön i förhållande till prestation. Även de
patienter, som var under initial träning, fick lön.
Man hade plats för 135 patienter och hade lyc-
kats placera ut 131 patienter i arbete. Av de 135
då intagna var 59 oligofrena och de övriga de-
lade sig på f. d. mentalsjukhuspatienter, patien-
ter med organiska nervsjukdomar, inklusive mul-
tipl scleros, och till sådana räknade man också
epilepsi och polioskadade m. m. Det betonades
att denna blandning hade fungerat bra. Man
hade ett intryck av att de normalbegåvade tog
ett visst ansvar för de oligafrena. Över huvud
taget imponerade den vänliga, positiva atmo-
sfären.

Brooklyn State Hospital — f. d. ormgrop

I New York besökte vi det stora Brooklyn
State Hospital (dr Beckenstein). Det var en
fascinerande upplevelse. Detta jättelika mental-
sjukhus bar fortfarande i sin arkitektur helt prä-
geln av ett fängelse. Vartenda fönster var försett
med de största galler och man hade inte pengar
nog att ta bort dem. Ändå hade man öppnat alla
dörrar och sjukhuset fungerade helt öppet, möj-
ligen med undantag för någon geriatrisk avdel-
ning. Gallerna försökte man försköna genom att
ha klängväxter omkring dem och det hela gjorde
därigenom ett sympatiskt för att inte säga pate-
tiskt intryck. Atmosfären var också öppen, posi-
tiv och icke på något sätt präglad av översitteri.
Som andra yttre tecken på miljöförändringen såg
man fina bordslampor, akvarier och andra sköra
föremål. Alltså kan man besjälad av humanitet
och terapeutiska idéer också få en sådan av-
skräckande mastodont att verka mänsklig. Det
enda man höll på att bygga nytt var en stor
forskningsavdelning. Men för övrigt hade man
stora svårigheter att få resurser bl. a. till reha-
bilitering och att få sköterskor nog till vårdav-
delningarna. Man hade arbetat med utifrån kom-
mande instruktörer för aktiveringen av patien-
terna, men dessa hade ingen psykiatrisk utbild-
ning. Självklart hade det varit bättre om de haft
en sådan, men de lärde sig snart att anpassa sig

riktigt hyggligt till patienterna. Litet svårare var det i samverkan mellan sköterskor och sådana helt utbildade, det skulle underlätta avsevärt om de hade en gemensam psykiatrisk bas, ett språk att korrespondera på.

Dr Beckenstein lämnade som sitt personliga testamente "någon måste ha personligt intresse för patienten". Det betyder alltså en kontinuitet i behandlingsarbetet efter det vertikala systemet. I storstaden, immigrantstaden, New York finns det så många människor, som ingen bryr sig om och alltför många blir psykiatriska fall. Att sedan anknyta dem till annan personlig kontakt när de skall skrivas ut är ofta mycket svårt. De måste ha möjlighet att återkomma till sjukhuset, att följas därifrån ofta under lång tid. Annars går de ibland under. Detta betyder således att eftervården är en moralisk förpliktande uppgift kanske särskilt för storstadssjukhuset. Självklart hade man en mycket stor del kroniska fall bland detta eftervårdsklientel och dr Beckensteins egen inställning var därför, att man kanske inte vågade vänta så mycket på en aktiv rehabilitering just av dessa, men man måste finna ett modus vivendi för dem, även om man knappast kunde vänta att de skulle bli helt funktionsdugliga ute i samhället. Vi lämnade sjukhuset med en känsla av att här utförs ett dramatiskt storverk i humanitetens tjänst mot dåliga odds men också att man fortfarande har lång väg att gå innan samhället utanför sjukhuset, i detta fall storstadssamhället, kommer tillrätta med de mentalsjukas problem. Boston, Montreal och New York syntes oss bjuda enorma problem för mentalhygien i dess vidaste bemärkelse.

Sammanfattning

Vad har vi nu lärt oss av rehabilitering av psykiatriska patienter? Både de litteraturstudier, som föregick studieresan, och de erfarenheter som samlats därunder, ger besked om att olika psykiater har olika uppfattning om vad som är rehabilitering av psykiatriska patienter. För en sådan verksam på ett större mentalsjukhus med ett stort antal sederterade kroniska fall kan

det vara att börja med att öppna dörrarna ut till samhället igen och kanske därtill att få till stånd en utskrivningsavdelning, ett "half way house", se erfarenheterna från Vermont och Verdun! För en annan kan det vara att genom en intensiv öppen vård inklusive halvöppen vård förhindra att patienten över huvud taget blir beroende av en sjukhusmiljö. Så i Boston och i Montreal. För en tredje kan det vara att förändra sysselsättningsmöjligheterna på sjukhuset och skapa en verklig arbetsträning, t. ex. som småindustri på sjukhuset, så i Brockton och Boston. För en fjärde kan det i första hand gälla att ta hand om unga människor, ännu inte anpassade till arbetslivets krav, att komma tillrätta med sina anpassningsstörningar och att inventera deras dolda resurser, varvid jag i första hand får i tankarna Institute of Living och Menninger Foundation. Att inbördes gradera angelägenheter av dessa uppgifter är en orimlig uppgift. Moderna behandlingsmetoder såsom psykofarmakologiska har gjort en hel del av psykosklientelet (schizofrenierna) till sociala halvfabrikat och för en läkare verksam på det fältet kan det framstå som den angelägnaste uppgiften att sedan bygga på med en aktiv resocialisering och rehabilitering. Däremot kan en annan i öppen vård verksam känna det som en förpliktande uppgift att så långt möjligt förhindra att patienten blir anstaltsbunden under en längre tid och därvid kanske dagsjukvården framstår som den viktigaste uppgiften. Att allt detta kan rymmas under begreppet rehabilitering är nog för samtliga självklart. För övrigt säges ju ifråga om de somatiska sjukdomarna att rehabiliteringen så att säga skall börja redan i ambulansen in till sjukhuset och sannolikt gäller detta i lika hög grad de psykiska insufficienstaganden. Självklart skall man därför inte förbli passiv till dess att fallen kronicerat och sederterat och i framtiden kommer sannolikt rehabiliteringen på det psykiatriska fältet att få allt större område också inom den öppna vården och inom akutsjukvårdens områden. Något sådant bör man alltså snegla på när man gör upp planriktningar för den framtida psykiatriska sjukvården, likaväl

som man inte bör glömma den som redan faktiskt sedimenterat på ett olyckligt sätt.

De samtal vi hade med ledarna för de olika rehabiliteringsprogrammen kom i regel snart in på deras "basic philosophy". Kanske tycktes det dem litet genant att tala om så enkla ting som praktiska arbetsarrangemang, byggnader o. dyl., sådant fick vi ju för övrigt se helt konkret vid rundvandringar. Kanske kände de att det inom hela detta fält finns ett starkt behov av en systematisk överblick över vad man verkligen gör, men allra starkast hade vi intrycket av att denna "basic philosophy" ingick i motivationen för de agerande. Tydligt behövs i människovårdande arbete åtminstone en modell eller ett försök till en syntetisk helhetssyn. Så komplicerat som fältet är och så litet faktiska kunskaper, som vi besitter, tycks de flesta behöva åtminstone ett schematiskt referenssystem och därtill många en mera emotionellt underbyggd övertygelse om det meningsfulla i arbetet. Att detta kan vara en mäktig suggestiv faktor, som verkar tvärs igenom en hel institution hade vi också ett intryck av. Dessutom torde detta referenssystem tjänstgöra som ett slags internt kommunikationsmedel, vara en terminologi. Olika medlemmar behöver nämligen konferera omkring fallen och utbyta erfarenheter och de behöver också kunna förmedla sina intentioner till patienterna. I sista hand torde detta ge åt patienten en känsla av, att han är föremål för ett meningsfyllt arbete. Men det gäller också för personalen att integrera sina aktiviteter, att sträva åt samma håll, att inta inte alltför motstridiga attityder gentemot patienterna. Allt detta kan kanske ställas in under rubriken "Syntes-Integrering-Samordning". Nu fick vi intrycket att den processen gått olika på olika håll och att just på de institutioner, där man redan sedan lång tid haft rehabiliteringsprogram igång, det existerade ett slags självklarhet i det praktiska arbetet. Det i sin tur ingav en känsla av trygghet och balans, medan man ännu på andra håll upplevde sina egna försök som ett stort experiment eller rent utav ett äventyr.

Så mycket torde vara klart att det tar många

år innan ett välutvecklat rehabiliteringsprogram tar form och personalen blir samövad och verkligen integrerad. Självklart är det därvid en stor tillgång om man har kvalificerad psykiatrisk psykoterapeutisk ledning, ej minst för att analysera mindre gynnsamma attityder och reaktioner från personalens sida. Vidare är det önskvärt att det förs en öppen debatt mellan olika medlemmar i rehabiliteringsteamet, ej minst om deras egna emotionella relationer till patienterna respektive de andra i teamet. För det senare tycktes man ha funnit vissa former på just Institute of Living och Menninger Foundation.

LITTERATUR:

1. Barton, W. E.: "Rehabilitation" in Administration in Psychiatry. Thomas, Springfield, 1962.
2. Bjerner, B. & Eriksson, G.: "Synpunkter på den medicinska rehabiliteringens organisation i Sverige". Sv. Läkartidn. 1963, 60, 1383—1424.
3. Brooks, G. W., Deane, W. N., Lagor, R. C. & Curtis, B. B.: "Varieties of family participation in the rehabilitation of released chronic schizophrenic patients". J. Nerv. and Ment. Dis. 1963, 136, 432—444.
4. Canada's Blue Point for Psychiatric Services. J. Hosp. and Community Psychiatr. 1963, 14, 506—508.
5. Centrala rehabiliteringsberedningen: "Rehabilitering", Stockholm, 1963.
6. Chittick, R. A., Brooks, G. W., Irons, F. S. & Deane, W. N.: "The Vermont Story — Rehabilitation of Chronic Schizophrenic patients". Burlington 1961.
7. Deane, W. N.: "Democracy and Rehabilitation of the Mentally Ill". Arch. Gen. Psychiatr. 1963, 9, 1—8.
8. Greenblatt, M. & Simon, B.: "Rehabilitation of the Mentally Ill". Amer. Ass. Adv. Sc. 1961.
9. Greenblatt, M., Levinson, D. J. & Klerman, G. L.: "Mental Patients in Transition, Steps in Hospital — Community Rehabilitation". Thomas Springfield 1963.
10. Institute of Living: 138th annual report. Hartford 1962.
11. Kramer, B. M.: "Day Hospital". Grune & Stratton, New York 1962.
12. Ling, T. M., Wilson, V. W. & Briggs, L. A.: "An Investigation into the Readjustment to Work of Psychiatric Cases." Int. J. Soc. Psychiatry: 1955, 1, 18—27.
13. Menninger Foundation: Report of Progress 1961—62, 1962—63. Topeka. Kansas.
14. Randle, A. P. H.: "Rehabilitering — metoder och mål". Soc. Med. Tidskr.: 1963, 44, 153—158.
15. Westley, W. A. & Epstein, N. B.: "Report on the organization of the Family and Mental Health" in Decisions, Values, Groups I, Pergamon N. Y.
16. Winick, W., Walsh, F. X. & Frost, E. S.: "Industrial Rehabilitation of the Mentally Ill". Industr. Med. and Surg. 1963, 32, 332—336.