

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

Av överläkare *Hans Hartelius*, Kristianstad

Varför studera psykiatrisk rehabilitering? Jo, denna fråga har både ett allmänt internationellt intresse och ett speciellt svenskt sådant för närvarande. I Europa, särskilt i England och Holland, men också i Frankrike, Tyskland och de skandinaviska länderna har frågan om de psykiatriska patienternas rehabilitering ägnats stor uppmärksamhet. En mängd litteratur även med rapporter om gynnsamma resultat har förekommit. I USA och Canada har man lagt upp breda program och publicerat en mångfald skrifter i ämnet. Bakgrunden härtill är givetvis att den moderna psykiatrien nu har behandlingsresurser, som i långt större utsträckning än tidigare, kan göra patienterna så pass bra, att de ej längre är i behov av den skyddade vårdssituationen på ett sjukhus. Medverkande härtill har bl. a. varit den moderna psykofarmakologiens framväxt. Men stora svårigheter har visat sig uppstå att efter vården reaktivera, resocialisera och rehabilitera patienterna. Det vill säga att åter föra dem ut i samhället i en funktionell gemenskap med andra, i hem, på arbete och under fritid. Redan länge existerande aktiviteter från läkares och övrig sjukvårdspersonals sida att bana vägen tillbaka till samhället för den psykiskt sjuke, har nu på många håll systematiserats till program med höga målsättningar, program som på många håll förmått att entusiasmera till bättre samordning av berörda personalgrupper och ofta framkalla verkligt lagarbete. Litt. 12 och 14.

I Sverige har vi speciella skäl att intressera oss för denna fråga utöver de allmänna erfarenheterna enligt ovan, som vi således delar med många länder. Dessa speciella skäl är att vår mentalsjukvård i högsta grad är i stöpsleven, vilket bland annat organisatoriskt sammanhänger med att *mentalsjukvården skall överföras under landstingens huvudmannaskap*. Därtill har den

allmänna rehabiliteringen tillvunnit sig ett utomordentligt intresse, dvs. rehabiliteringen av de på olika sätt fysiskt handikappade. Frågan om samverkan, respektive avgränsning mellan psykiatrisk rehabilitering å ena sidan och somatisk å andra blir då självklart aktuell, ej minst med tanke på utbyggnaden av båda grenarna. Litt. 2 och 5.

I författarens eget verksamhetsområde, Kristianstads län, finns det särskilda skäl att uppmärksamma frågan, då det planeras en utbyggnad av mentalsjukvården inom länet, där just rehabiliteringsfrågorna kommer in som ett ofrånkomligt element. Författaren har också framställt önskemål om att ett nytt mentalsjukhus i Kristianstad skall centreras kring rehabiliteringens princip. Det anförda syntes därför motivera närmare studier på ort och ställe av amerikanska och kanadensiska erfarenheter framför allt för att söka tillfälle till direkt diskussion med fackmän med erfarenhet på området.

Planeringen

De 6 veckor, som stod till buds för studieresan, krävde begränsning i planeringen. Författaren började därför i ett tidigt skede med litteraturstudier och tog kontakt med amerikanska psykiatriska föreningen (American Psychiatric Association), framlade problemställningarna och önskemålen, och fick en värdefull teknisk rådgivning om var, hos vem och vad som skulle studeras. Självklart utnyttjades därvid också personliga relationer till amerikanska-kanadensiska psykiatriska institutioner och personer. Den lyckliga situationen var att "the medical director of APA" själv har varit livligt intresserad för psykiatriska organisatoriska frågor och ej minst rehabiliteringsproblemen, dr Walter E. Barton.

Denne var tidigare superintendent vid Boston State Hospital och ordförande i amerikanska psykiatriska föreningen. Han har sammanställt sina erfarenheter i "Administration in psychiatry" där tyngdpunkten faktiskt ligger på rehabilitering och eftervård av den å mentalsjukhus intagne. Senare i Washington hade författaren också tillfälle till frågor och diskussion med dr Barton. Litt. 1.

Institute of Living — en privat mönsterinstitution

Den första delen av resan lades därför upp till Boston, Vermont och Montreal. På vägen upp till Boston stannade vi i Hartford, där ett av Amerikas äldsta psykiatriska privatsjukhus, Institute of Living, tilldrog sig vårt särskilda intresse. Sjukhuset har länge letts av framstående psykiater med progressiv terapeutisk inriktning, så att man med fog kan säga att den terapeutiska aktiviteten till och med sitter i väggarna. Dess begynnelse går tillbaka till 1820 då en framsynt läkare, Eli Todd framhöll att det behövdes mentalsjukvårdsresurser också i Connecticut. Vid den tiden fanns nämligen endast 3 större asylor: I Massachusetts, New York och Pennsylvania. Hans program kan verkligen vara värt att ha i minnet. Han skrev "en sådan asyl skall bli motsatsen till allting, som vanligen kommer i våra tankar när man nämner 'dårhus'. Det skall inte vara ett fängelse, där den olycklige stängs in för individers eller allmän säkerhets skull, ej heller skall det enbart vara ett sjukhus, där de drar fördel av medicinsk behandling, ty utan moralisk uppfostran blir också de mest noggranna medikationskurer sällan framgångsrika, ej heller skall det vara en skola, där psyket underkastas disciplinering medan kroppen fortfar att lida till följd av ursprungliga eller symtomatiska sjukdomar". Dr Todds program accepterades med entusiasm och mycket tidigt blev the Hartford retreat, numera Institute of Living, pionjär för uppfostran, utbildning och rehabilitering av mentalsjuka. Med dr Todds egna ord: "Vi skall sträva att behandla dessa sjuka så långt som möjligt som förnuftiga varelser, att tillåta all frihet och 'in-

dulgence' som kan förenas med deras egen säkerhet och andras, att uppmuntra dem, deras känslor och självrespekt, att stimulera en ambition till god vilja och uppskattning av andra, att locka fram dolda gnistor av naturliga och sociala känslor, att sysselsätta deras uppmärksamhet, att öva deras omdöme och fantasi, att administrera självförverkligande genom att engagera dem i nyttiga sysselsättningar, omväxlande med förströelser".

Från början sökte man att med små värdenheter få fram en familjär stämning kring en liten paviljong, eller hellre ett litet lantligt hus. Vidare var det naturligt mot bakgrund av den tidens allmänna sociala struktur att lantarbete, trädgårdsskötsel och dylikt dominerade sysselsättningsprogrammen, men tidigt fick man fram också kulturella inslag, musik, bildande konst med mera. Sysselsättningen blev således en ryggrad i institutionens behandlingsprogram, men man upptäckte snart att man kunde komma längre genom att inte bara hålla patienterna sysselsatta utan också att ge sysselsättningen en metodisk pedagogisk uppfostrande inriktning.

Ett mera medvetet program tog form 1931 då Burlingam var chef. Dr Burlingam torde vara rätt välkänd också i vårt land, ej minst genom de flitiga resor han företog till Europa. Han var en dynamisk herre, som tydligen särskilt roades av att skaffa fram resurser för alla möjliga slags aktiviteter, inte minst förstås det som väl i Amerika vanligen kallas "rekreationsterapi". Närmast hans hjärta stod i alla fall "the educational therapy program". Han fick fram en stabil grupp av tränade instruktörer, specialister i olika konstarter och konsthantverk, i fysisk fostran, i hushåll, på konstindustriella produkter och i andra rehabiliteringsaktiviteter. Under hans efterträdare Francis Braceland, en varm praktisk humanist, har Burlingams intentioner följts upp men med lite mera inslag av vad som kallas "the therapeutic community". Vid konferenser med läkarna där och deltagande i staff meetings fick vi själva ett visst intryck av hur detta fungerar. Man ägnade stor uppmärksamhet åt individuella avvikelser hos patienterna såsom

detta yttrar sig i oro, depression, aggressivitet, men också i brist på anpassning till den sociala situationen. Man hade till och med långt gående planer på att få alla dessa data på computers, så att man kunde få ett mera direkt rationellt grepp om hur dessa störningar uppkommer, t. ex. som följd av störningar i mellanmänskliga relationer, t. ex. mellan patienterna eller mellan patienter och medlemmar av vårdpersonalen. Det betyder således att man var medveten om och trodde på att man till dessa störningar verkligen kunde söka en hel del av orsakerna i mindre adekvata reaktioner från omgivningens sida på individens behov och att man därigenom skulle kunna få ytterligare uppslag till att förbättra den terapeutiska miljön. Detta ligger således långt framom, vad som präglar det mesta av den svenska mentalsjukvården, där man ännu inte på få undantag när liksom orkat med att penetrera personalens attityder och dess betydelse. Här talar vi ännu något grovt om "custodial- och noncustodial attitudes". Självklart finns det mycket mera än bara dessa enkelt rubricerade attityder att ta hänsyn till, t. ex. bakomliggande inadvartenser i de interpersonella behovsmönstren betingade av överföringsfenomen m. m. Litt. 10.

Det praktiska rehabiliteringsprogrammet omfattade ej mindre än 7 separat organiserade men ändå integrerade grenar. Det första var helt enkelt skolundervisning. Man hade lärare som kom till sjukhuset och gav reguljär undervisning ända upp till collegenivå, men använde också rätt mycket korrespondensstudier. Detta avsågs i första hand för de ungdomar, som på grund av långvarig institutionsbunden sjukvård, varit avkopplad från reguljär skolgång, men användes också som "brush up" för äldre. För tillfället hade man ej mindre än 66 olika ämnen på gång, bland språken engelska, spanska, tyska, franska, ryska, hebreiska och latin. När man fått upp studieförmågan och den sociala adaptationen var tillfredsställande, ville man också sända eleverna från sjukhuset ut till skolor utanför. Lägg märke till att man ingalunda fastnat i kontroversen var utbildningen skulle ligga, till en början behövdes den på sjukhuset, senare kunde den kompletteras

med undervisning utanför sjukhuset och slutligen kunde patienten slussas ut och bo ute på staden ännu med en viss tillsyn från sjukhuset. Nästa gren var "craftmanship", omfattande keramik, metall- och läderslöjd. En tredje gren kallades "hobby", framför allt modellbygge, en fjärde "art studio", en femte musik, en sjätte bibliotek, en sjunde hushåll. Det rörde sig således om en verkligt strukturerad och mångskiftande aktivitet och lokalutrymmena var förnämliga.

Givetvis hade man problem, inte minst med att få kvalificerad personal, som måste både vara yrkesskicklig och ha personliga förutsättningar i kontakten med patienterna. Ett sådant problem kunde vara, att patienterna ibland kunde långt mer än instruktören, vilket för instruktörens del kunde skapa vissa problem. Det viktigaste syntes dem emellertid vara att personalen hade en accepterande attityd och att man hade samband mellan avdelningspersonal och personal på arbetsterapi- eller rehabiliteringsavdelningarna. Vid småkonferenser sammanträffade regelbundet en läkare, åtminstone en sköterska och en utav dessa "educational therapists", kring patienternas problem. Vidare hade man program också för patienternas fritid, varvid man hade direkt nytta utav sin s. k. hjälpkår, frivilliga utifrån.

Lokalerna var som ovan angivits utmärkta, särskilt imponerande var de utmärkta utrymmena för musik, ett helt litet hus med flera överspelningsrum med pianon, orglar och dylikt. Dessutom hade man en stor samlingssal med scen och möjlighet till filmföreläsning, det senare regelbundet 2 gånger i veckan. Undervisningsköket var också en utmärkt liten inrättning. För övrigt ägnades mycket stort utrymme åt recreational therapy, bl. a. idrott och sport, omfattande bowling, korgboll, volleyboll, scuffleboard m. m. Dessa resurser var således avsedda för sjukhusets 380 patienter. Egentligen hade man 410 platser, men man hade frivilligt valt att begränsa det till 380 för att inte överanstränga sjukhuset.

För ledningen av denna educational terapi hade man en särskild director samt en assistant director, vilka i sin tur ledde alla sysselsättnings-terapeuter av olika slag.

En liten detalj kanske kan intressera nämligen, att man hade en särskild lagerchef för alla de tusentals pryttnar, som behövs för att genomföra programmet. Lagret var också synnerligen välordnat och lagerchefen fick ständiga rapporter, om behov på lokaltelefonen. Det var en elegant och väl upplagd service, som säkerligen mången svensk arbetsterapeut skulle avundas.

Utöver detta kan noteras att Institute of Living, liksom alla övriga sjukhus, som vi hade tillfälle att besöka, hade en ordentligt tilltagen forskningsavdelning. Där bedrevs både mera grundbetonad forskning och tillämpad sådan, inte minst kring rehabiliteringsproblemen.

Sjukhus i Boston — problem i tätortsmastodonten

Så gick resan vidare till Boston. Det av de flesta psykiater så välkända Boston Psychopathic Hospital har numera bytt namn och kallas *Massachusetts Mental Health Center*. (1962 firade det 50-årsjubileum.) Det ledes av professor Jack R. Ewald, som gjorde allt för att vår vistelse där skulle bli givande. Jag hade också tillfälle att sammanträffa med dr Solomon, som numera avgått från lärostolen, men fortfarande var inkopplad på mentalsjukvårdens planering inom Boston-området. Den senare framhöll särskilt hur man numera inte längre var lika intresserad av enstaka sjukhus utan mer av fullständiga program för den mentala hälso- och sjukvården. Han hade själv nyligen framlagt en större plan för Boston-området, men ännu inte fått något definitivt stöd från myndigheternas sida, vilka givit företräde för utbyggnad av oligofrenivården inom arean. Den plan, som framlagts, påminde icke litet om vad som diskuterats här hemma, låt vara att den stora tätortsmastodonten "the Boston Metropolitan Area", bjuder något annorlunda problem än de vi är vana vid. Den ovan nämnda namnändringen får också ses som uttryck för detta, att man betraktar sjukhuset mera som ett centrum för aktiviteter, som verkar långt ut i samhället varvid öppen vård och eftervård mer och mer träder in i centrum av intresset. Men uppriktigt sagt är det ännu utomordent-

ligt svårt (sannolikt också för staben där) att verkligen få grepp, om hur denna nya giv förändrat situationen för de psykiskt sjuka och ej minst för de människor, som arbetar inom mentalsjukvården. Man var entusiastisk och trodde otvetydigt på programmet. Man förde självklart helt och hållet den öppna dörrens politik, men därtill kan måhända sägas, att det ibland syntes som om det nya programmet var så ostentativt prononcerat att en del patienter nästan saknade litet fastare yttre former för sin existens på kliniken, som delvis tedde sig som ett "akuthotell". Men tanken var bl. a. att en patient skulle kunna komma direkt från gatan in under sjukvård om han kände ett akut behov härav. Det fungerade också, men skapade i sin tur problem. För oss kan det nog synas naturligare att ännu under en avsevärd tid fram igenom låta patienterna huvudsakligen komma på remiss från de läkare som de redan har kontakt med (se vidare om erfarenheterna från Kanada!). Experimentet är emellertid intressant och det kan tänkas att man i framtiden med "den öppna dörrens politik" kommer att mena, att dörren mot gatan alltid skall stå öppen, inte bara för passage ut utan också för passage in. Men självklart kräver detta stora personella resurser, så att dörren ifråga inte bara fungerar som en "revolving door". På ett sjukhus som det nämnda har man ju god tillgång till unga i utbildning gående läkare, residents, därför att sjukhuset ifråga också är universitetsklinik vid det ryktbara Harvard University.

Än mera utpräglad var denna linje vid *Massachusetts General Hospital, Psychiatric Department* (Dr Lindeman). Denna klinik fungerar nästan uteslutande som en emergency clinic och hade övernattningsavdelning med 21 bäddar, där patienten endast fick stanna 72 timmar, men mestadels långt mindre. Vi skall återkomma till den kliniken. Nu uppställer sig givetvis frågan vad detta har att göra med psykiatrisk rehabilitering? Ja, själva tillmäter de denna linje en mycket stor betydelse, eftersom man menade, att kan man bara bjuda patienten en snabb hjälp i en akut vårdssituation och snabbt återföra honom,

så blir över huvud taget rehabiliteringsproblemen långt mindre. Lite tillspatsat kan sägas att intensiv akutsjukvård minskar rehabiliteringsbehovet. Patientens sociala situation hinna inte de-rangeras.

Dr Semler ansvarig för rehabiliteringen vid Massachusetts Mental Health Center påpekade vid samtal att de helt ändrat sin grundläggande inställning. Patienten skall vara på sjukhus endast för krissituationer och så fort krisen är över skall han gå över på dagprogram och tillbringa nätter och veckoslut hemma. Därför är det viktigt att det finns samma möjligheter för sysselsättningsterapi och educational therapy (ot+et) för outpatients som för inpatients. Det viktigaste är naturligtvis att så långt möjligt få dem tillbaka till vad de gjorde förut och det är majoriteten som klarar ut det, medan endast en mindre del behöver börja om på någonting nytt. I senare fallet måste man då ofta gå över till rådgivning på en psykoterapeutisk bas. Även för övrigt behöver man psykoterapi, särskilt som gruppterapi, men inledningsvis övervägande som individuell psykoterapi. Deras experiment med vad som kallas "walk in clinic" direkt in utan alla mellanhänder, hade pågått i 3 år, närmast för att möta en kritisk situation. Det diagnostiska arbetet koncentrerades på att utröna vad som utlöst insufficiensen och sedan att eftersöka resurser i patientens omgivning, hos anförvanter och sociala myndigheter, välfärdsorganisationer och dylikt. Deras allmänna intryck var en förvåning över hur många resurser som egentligen finns till individens hjälp, bara man får tid att inventera dem. Men något som vi européer nog saknade i detta program var grundlighet i det diagnostiska arbetet, som så att säga ej hann föras längre än till en preliminär diagnos. Något som också påpekades av professor Pierre Pichot från Paris (samtidig gäst).

Med bakgrund av deras redan omfattande erfarenheter syntes det lämpligt att ställa frågan, vilka misstag, som särskilt bör undvikas. Dr Kellman gav i snabb följd fyra svar: Små institutioner, inga jättemastodonter. För det andra integrerad vård, dvs. samma doktor skall se pa-

tienten genom alla nivåer så långt möjligt och patienten skall inte sändas vidare. (Detta motsvarar vad vi ibland kallar vertikalitetsprincipen, dvs. att samme läkare ser patienten i öppen vård som inpatient, som dagpatient och i eftervård.) Detsamma bör så långt möjligt även gälla kuratorer=psychiatric social workers och psykologer. För det tredje bör man försöka få psykiatrin ut i samhället och in i hemmen. Det var alltså till den ändan man hade besöksgrupper i hemmen. För det fjärde forskning. Litt. 8 och 9.

Vidare redovisades hur man sökt realisera ett ökat utbyte av Massachusetts Mental Health Center genom ett direkt samarbete mellan denna centrala universitetsklirik med andra större sjukhus såsom Boston State Hospital, Worcester State Hospital och ytterligare två lokala sjukhus. Nu var man emellertid på väg in i en ny era och tänkte sig att uppdelat hela det stora Bostonområdet i flera regioner, ett för vart sjukhus för sig, när väl sjukhusen blivit kompletta, ej minst med aktiv öppen vård. *Boston State Hospital* har ca 2.400 patienter och är alltså enligt all erfarenhet en alldeles för stor och otymplig enhet. Även där hade man nu börjat med ett dagsjukhus på ca 45 platser, vilket fungerat i 1½ år. Här var vi således mitt ute på det tungarbetade psykiatriska fältet och här hade man varken Institute of Livings, det gamla privatsjukhusets, utsökta resurser eller universitetsklirikens goda tillgångar på doktorer som vid Massachusetts Mental Health Center. Men ändå arbetade man aktivt med att förändra sjukhusets struktur. Beläget mitt i storstaden är det självklart att man särskilt riktat ögonen på dagsjukvårdens möjligheter. Ideologien var i stort sett densamma som alltid presenteras när dagsjukhus förs på tal, nämligen att man behåller patientens kontakt med ursprungsmiljön och att ingen annan s. a. s. intar patientens plats där hemma, att man behåller honom i social aktivitet så gott det går, att man arbetar helt frivilligt och att man övar patienten att komma dag efter dag för behandling. Litt. 11. Ännu så länge hade man huvudsakligen ägnat sig åt yngre patienter i dagsjukvård (upp till omkring 40 år). Vad man därutöver

kände behov utav var ett dagsjukhus för äldre, något som snart skulle byggas. Man trodde det var bättre att skilja yngre och äldre, inte minst därför att de behövde skilda möjligheter. En svårighet för de senare består i att få dem ut i arbete. Det rädde utan tvekan vissa arbetslöshetsproblem för den äldre befolkningen i Boston. Vid sjukhuset i sin helhet hade man nyligen fått en rehabiliteringsdirektör tillsatt, dr Griffith. Han var ursprungligen inte psykiater utan psykolog och hade arbetat med rehabilitering på ett tuberkulossjukhus. Hans uppgift var nu att försöka organisera en industriell sysselsättning för det rätt stora populationen på sjukhuset. Det hela var ännu i inledningsskedet och några resultat kunde inte presenteras.

Hemsjukvården förestods av dr Drouin och handhades av två läkare, två socialkuratorer och två sköterskor, men man kände stort behov av utökning. 60 % av deras klientel var rent psykotiskt och man kände tillfredsställelsen av att till och med kunna klara fall av akuta psykoser hemma med stöd från sjukhusets sida. Det gjordes regelbundna besök på kallelse av läkare och socialarbetare, varvid läkaren i regel talade med patienten i vardagsrummet och kuratorn med anförvanterna i köket. De som begärde besöken var i första hand patientens anförvanter men också myndigheter, präster osv. Man arbetade endast inom en begränsad rayon på 80.000 personer, som klassificerades närmast som en nybyggd slum. Med detta menade man att ett gammalt slumdistrikt sanerats och nya moderna byggnader uppförts, men att det var samma människor som rätt oförmedlat flyttat in tillbaka. Man hade i introduktionsskedet arbetat med rätt mycket publicity, vilket man ansåg nödvändigt. Tidningsartiklar i Saturday Evening Post, i Readers Digest osv. hade behandlat saken. För tillfället hade man ca 110 patienter på gång. Man var hittills belåten med resultatet, det hade inte förekommit några större olycksfall och inga suicid än. Kommentaren i allmänhet var att det måste finnas mängder av kroniska psykosfall, som dolde sig ute i samhället. Dessa tycktes leva ett miserabelt liv, ofta direkt parasiterande på sin

omgivning. På frågan om möjligheten att rehabilitera dessa fall kunde man väl inte svara något koncist. Man hade fått hjälp av sysselsättningssterapeuter ute i hemmen och socialarbetaren försökte självklart att knyta an dem till olika arbetsplatser, men mera framträdande resultat ville man knappast räkna med. Man tyckte det var stort nog att man kunnat få kontakt med dessa människor, kunna få dem att fungera bättre i den sociala miljö de står. Ej sällan var deras situation sådan att den sjuke, om det var en man, övertagit hemsysslorna och att hustrun gick ute och arbetade som familjeförsörjare. Ett resultat kunde man nog peka på nämligen att den rätt massiva skräck för mentalsjukhus, som existerar hos många patienter, blivit mindre sedan man rönt hjälp direkt i hemmet av människor, som kommit från mentalsjukhuset — en annan betydelsefull sida av en aktiv öppen vård.

Brocktons VA-sjukhus och

CHIRP=programmatisk rehabilitering

I Boston-området närmare bestämt vid Brockton söder om Boston ligger ett stort Vetereans Administration Hospital. Detta sjukhus intar en framträdande plats inom den stora organisation som VA-sjukhusen utgör. Det är nämligen från Brockton, som de flesta impulserna till rehabilitering av psykiatriska patienter, vårdade inom organisationen, utgått, och därifrån leds också seminarier för läkare och andra personalkategorier inom organisationen. Sjukhuset har 948 bäddar och betecknas som ett neuro-psykiatriskt sjukhus. Det är relativt modernt och taget i bruk 1953. En mindre del av platserna är avsedda för tuberkulösa patienter. Allt övervägande delen är manliga fall, endast 50 platser har reserverats för kvinnliga patienter. Det fanns 24 st heltidsanställda psykiater och 58 konsulterande läkare av olika slag, de flesta psykiater. Det som karakteriserade den aktuella situationen på sjukhuset var att man just den kommande veckan skulle gå över till helt ny organisation. Hitintills hade man drivit sjukhuset som en enda enhet och funnit att det var otympligt och i längden

omöjligt. Man skulle nu bryta upp det i småenheter med fullständig komplett ledning och personalbesättning inom varje enhet för sig. Det enda som man skulle behålla gemensamt för hela sjukhuset var dels "the recreational therapy" dels "the industrial therapy". Självklart väntade man sig vissa svårigheter vid övergången till den nya organisationen men likaledes var det omisskännligt att personalen genomgående hälsade omorganisationen med stor tillfredsställelse. Man betonade att små enheter självklart är bättre än stor. Varje enhet skulle bestå av maximum 108 och minimum 76 bäddar och i varje enhet skulle ingå 2 läkare, 2 psykologer, 2 socialarbetare, 14 sköterskor, 52 sköterskebiträden med enstaka avvikelser. Man räknade med att till dessa enheter också ha i genomsnitt ett 90-tal patienter i aktiv öppen vård.

VA-organisationen är säregen för Amerika och drives med federala pengar och är ägnad i första hand för veteraner skadade i kriget, därnäst sådana som blivit sjuka senare än under kriget och därnäst också i viss utsträckning åt deras anförvanter. Veteranerna har inte bara de federala myndigheternas sympatier utan också stora lokala sympatier. Alldeles frapperande var den stora mängd av frivilliga från olika ideella organisationer, som hade förbindelse med sjukhuset. Man hade besöksgrupper, sådana som kom och deltog i sport och andra aktiviteter, man hade särskilda födelsedagsbesöksgrupper, som kom upp och uppvaktade patienten med tårta på avdelningen + underhållning. Det var vanligt förekommande att någon särskild organisation tog hand om just en avdelning som sin osv. Man hade också fått rätt mycket donationer på detta sätt, t. ex. av alla TV-apparater. Dessa organisationer kände något särskilt för sin avdelning. I varje fall kan på detta sätt inte uppkomma den situationen att sjukhusmiljön blir främmande för människor ute i samhället och rädsla och nyfikenhet efterträdes av mera modererade inställningar. Dessutom får man ju på detta sätt automatiskt en publik insyn i sjukhusets inre, som säkerligen kan vara av godo också för personalen. Men självklart förekom det

också litet olägenheter i samband med detta stora publika intresse. På några avdelningar tyckte man att besöken var litet för ofta förekommande. Jag hade också tillfälle att tala med utomstående lekmän, som alla var positivt inställda till sjukhuset, imponerade över det arbete som gjordes där. Så taget över en bog syntes det vara övervägande fördelar med systemet. Självklart drevs hela sjukhuset med öppna dörrar, vilket rimligen är en förutsättning för detta stora program med frivilliga.

Rehabiliteringen vid sjukhuset bedrevs under rubriken CHIRP, bakom vilka initialer döljer sig Community-Hospital-Industry-Rehabilitation-Program. Vi skulle närmast beteckna det som en kvalificerad arbetsträningsverkstad inbyggd i sjukhuset, erbjudande patienterna arbete med industriella produkter, som förts till sjukhuset från lokala industrier vilka i sin tur betalade åtminstone lägsta timpenning (enl. USA-lagar). Verksamheten står eller faller med en verkligt skicklig industriell administratör, som kan lägga upp arbetet på ett gynnsamt sätt, såväl för arbetstagarer som arbetsgivare. På verkstäderna ifråga hade man kommit på en hel mängd fyndiga lösningar av småindustriella problem, småautomationer och dylikt. Man hade nu kört programmet några år och tillvunnit sig en ökande respekt bland alla möjliga smärre och större företag i omgivningen. Man hade också lyckligt undgått alla komplikationer med alla fackföreningar, vilka måhända ibland kunde se litet snett på att man tog bort arbetstillfällen ur den öppna marknaden på detta sätt. I själva verket hade man nog mer befarat en sådan reaktion än vad som sedan visat sig. Fackföreningsledningarna hade nog blivit medvetna om att detta ju egentligen var till för att hjälpa "deras egna". Ur behandlingssynpunkt var det centrala att man betraktade arbetet som en behandling syftande till en återuppträning av färdigheter och en förberedelse till återinträdet i samhället. Av 88 patienter som skrivits ut efter träning i CHIRP hade bara 6 behövt återtagas medan en försvunnit från sjukhusets kontroll. Litt. 16.

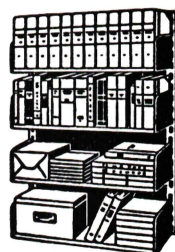
En separat enhet vid sjukhuset var också av-

delningen för recreational therapy, dvs. idrott, sport, fritidssysselsättningar m. m. Det leddes av en aktiv herre av italienskt ursprung, mr Colello och omfattade allt möjligt mellan stora baseball- och footballturneringar med lag från omgivningen och musikterapi. Gång på gång imponerades man av vilken ihärdig aktivitet, som bedrevs just vid sådana avdelningar. Liksom barnets lek föregått den vuxna människans arbete, kan man tydligen ofta lättare locka fram lekaktivitet också hos vuxna än hårdare socialt intrimmad aktivitet. Det ena kan för övrigt komplettera det andra. Kanske rent av leken är det primärt mänskliga och arbetet en nödvungen realitetsanpassning just av leken. Lekande människor gör ju också intryck av harmoni, hälsa och lycka.

(Forts. i nästa nr)

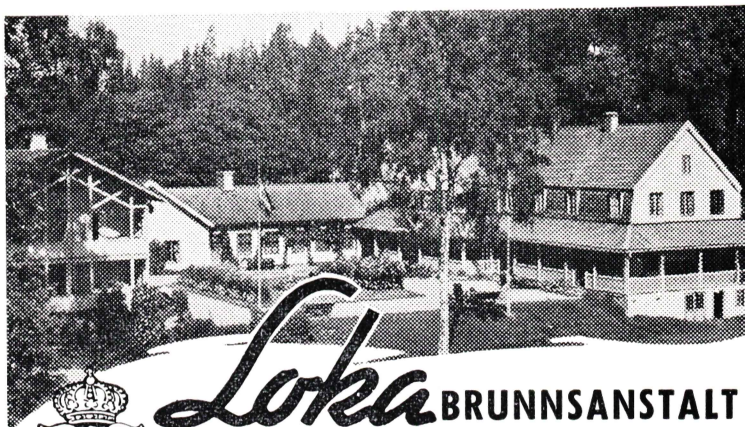
HYLLOR

praktiska
konstruktioner
för kontor
arkiv
bibliotek
butiker
laboratorier
privatinredn.



Sparnings

Stockholm Ö.
Försälj.-avd.: Karlavägen 89
Tel. 67 36 50 — 67 76 75



Loka BRUNNSANSTALT

-för rehabilitering och konvalescens

Reumatiska, neurologiska och kärlsjukdomar. Moderna behandlingsmetoder. Skyddat läge i Västmanland. Säsong 1/6—23/8. Trivsamma rum. Restaurang i egen regi. Moderata priser. Överläkare: Docenten med. dr. P. Nordqvist, Göteborg. Begär prospekt från Kamrerarekontoret. Postadress: Loka Brunn. Tel. 0591/140 95, 0591/300 80.

KUNGL. GYTTJEBAD- OCH BRUNNSANSTALTEN LOKA