

Mentalsjukvård i Sverige, särskilt i Älvsborgs län, 1961-1970; tankar, planer, förhoppningar

Av överläkare *Stig Zethraeus*, Borås¹⁾

Nedanstående utgör reflexioner kring en framtida utbyggnad av mentalsjukvården i södra Älvsborgs län. Alltsedan jag tillträdde tjänsten som chef för lasarettets psykiatriska klinik i Borås 1956 har ovan nämnda problem ständigt varit aktuellt för mig vid sidan av mina övriga uppdrag. Under sista året har dessa tankar och planer mer och mer tagit form.

I april 1961 besökte västra Sveriges psykiatrer på kallelse av professor Bengt Lindberg psykiatriska kliniken i Borås. Vid sidan av vetenskapliga diskussioner kom det därvid också till mera informella konversationer. Jag slog då för professor Lindberg fram tanken att en eventuell framtida psykos-psykiatrisk vård borde anslutas intimt till lasaretten, och att man bland annat kunde tänka sig en psykosklinik vid centrallasarettet i Borås för intensivdiagnostik och intensivterapi av akuta psykoser på förslagsvis 100 vårdplatser. Till min glädje vann denna tanke oreserverat gillande från professor Lindbergs sida.

Senare under våren 1961 gjorde några av mina underläkare och jag själv en resa till det nybyggda Falbygdens Sjukhus i Falköping. Besöksdagen råkade infalla just dagen innan den första patienten skulle intagas, varför läkarstaben stod till disposition för en rundvandring och demonstration av sjukhuset. Detta sjukhus, med sina 800 vårdplatser, utgör ett intressant exempel på ett modernt svenskt mentalsjukhus uppfört i stort sett efter traditionella linjer. Det är mindre än traditionella svenska mentalsjukhus brukar vara — ett framsteg! Det är mycket vackert, mycket välplanerat. Likväl får besökaren en obehaglig känsla av att man härmed inte kunnat övervinna några väsentliga olägenheter, som vid-

låder de traditionella mentalsjukhusen. Sålunda ligger sjukhuset i dess helhet visserligen nära, men dock utanför Falköpings stad, och — en större olägenhet — för att komma till Falköpings lasarett måste man först färdas in till Falköping, därefter igenom staden!

Man har sålunda alltså icke övervunnit den utpräglade olägenheten av att läkarna vid mentalsjukhuset inte får känna sig som medarbetare i ett stort team av specialister — jämställda sådana — representerande olika medicinska specialiteter, som samverkar för att vårda sjuka människor. Detta måste inverka menligt på rekryteringen av psykiatrer! Det måste också ha en ytterst ogynnsam inverkan på psykiaternas egen utbildning. Medan de olika specialisterna vid ett lasarett t. ex. träffas vid staff-meetings, och också under mera informella förhållanden, t. ex. i matsalen, och där kan lära av varandra, blir en sådan ständig och otvungen kontakt mellan mentalsjukhusets läkare och lasarettets läkare försvårad. Det låter sig lätt sägas att konsultverksamheten mellan olika lasarettsspecialiteter och mentalsjukhuset skall förlöpa ohindrat, då avståndet endast rör sig om några kilometer. Erfarenheten visar dock, att en sådan konsultverksamhet stöter på svårigheter, som vore onödiga med annan planläggning, och som t. ex. är mer eller mindre obefintliga mellan de psykiatriska lasarettsklinikerna och övriga lasarettskliniker.

Mentalsjukhusets avskilda placering och slutenhet i sig har den utpräglade psykologiska olägenheten att den bidrar till att konservera uppfattningen om de mentala sjukdomarna såsom någonting helt för sig, helt avskilt från alla andra sjukdomar, *medan i själva verket varje sjukdom, inklusive varje kroppslig sjukdom, har en medicinsk-psykologisk och/eller psykiatrisk aspekt.* De

¹⁾ Psykiatriska kliniken, Centrallasarettet, Borås.

mentala sjukdomarna är alltså inte alls någonting för sig själv, någonting principiellt artskilt från övriga sjukdomar!

Mina medarbetare och jag diskuterade just dessa frågor med läkarstaben på Falbygdens Sjukhus, och vi var i dessa principiella stycken överens. Jag kunde inte värja mig för intrycket att Falbygdens Sjukhus på något sätt vore föråldrat redan innan det togs i bruk. Det är någonting med denna traditionella planering och placering, som inte riktigt stämmer, någon principiell felaktighet, som man inte lyckats övervinna. Detta skall naturligtvis på intet sätt förtaga giltigheten av det faktum att svensk praktisk psykiatri gjort en mycket stor vinst genom tillkomsten av Falbygdens Sjukhus och att det väl kommer att fylla sin funktion under åtskilliga år framöver.

Att mentalsjukvården om möjligt bör anslutas till lasaretten, detta är en tanke, som i dag tycks ligga i luften. Var helst man talar med sakförståndiga eller sakintresserade personer om dessa frågor, tycks samma mening råda. Hur i detalj en sådan nyare lösning skall se ut, därom tycks emellertid ingen klar uppfattning ännu ha utkristalliserats. Mentalsjukvårdens anslutning — i största möjliga utsträckning — till lasaretten, denna tanke har faktiskt nått utanför fackkretsarna, och börjat skymta även i den allmänna pressdebatten. Så återgav Svenska Dagbladet under senare hälften av 1961 på pressreferatplats ett uttalande av Jönköpingsposten, ur vilket återgives:

”Vad som borde eftersträvas, är självfallet en fullständig samordning av kropps- och mentalsjukvården under samma tak eller, rättare sagt, på samma sjukhusområde. Det vore av största värde, inte minst med hänsyn till önskvärdheten av att jämna vägen för en mera saklig och human syn på de psykiskt sjuka, om nu rådande boskillnad, vårdmässigt sett, upphörde. Där nya mentalsjukhus kommer till utförande, böra de tveklöst förläggas i direkt anslutning till ett centrallasarett eller annan större sjukvårdsinrättning.”

Byggandet av mentalsjukhus i traditionalistisk stil — antingen som jättesjukhus, 1.000—1.300—1.400 vårdplatser, eller som stora sjukhus, 600—800 vårdplatser, slutna i sig, mer eller mindre avskilt belägna från lasarett, ibland belägna i eller invid *icke* den största staden i ett

län utan någon mindre stad, ett sådant sjukhusplanerande och handlande kan — enligt min bedömning — inte motiveras på något för mig begripligt sakligt, logiskt sätt i dagens Sverige. Det förefaller mig viktigt att inse och fasthålla vid detta!

Traditionalismen inom svensk mentalvårdsbyggnation kan i dag, 1961, enligt min bedömning icke motiveras, endast förklaras. Förklaringen är dunkel, underlig, kulturhistoriskt fascinerande, i detalj ej möjlig att genomskåda. För att finna det knippe av förklaringar det här gäller, måste man gå tillbaka 100 och 100-tals år i tiden.

Sinnessjukhusens eller hospitalens historiska föregångare var den barmhärtighetsverksamhet för fattiga, sjuka och eländ, som utövades av klostren under den katolska tiden. Vid klostrens indragning under Gustav Vasa omkring 1530 övergick en del av dessa till att fortleva som barmhärtighetsinrättningar av nämnt slag bl. a. under namn av ”Helgeandshus”. En säkerställd dylik historia har Sveriges äldsta sinnessjukhus, Danvikens Hospital och Asyl i Stockholm. Vid dessa hospital vårdades fattiga och sjuka, kroppsligt såväl som själsligt sjuka. Uttrycket ”Hospital” förklaras rent etymologiskt ur ”spetälska”, ”spedalskhet”. I äldre svenska talades om ”spetal” för ”hospital”. Spetälska var en i Sverige fordom vanlig sjukdom. Den var en kroppssjukdom, invalidiserande, vanställande, kronisk, till senaste decennier obotlig. Dylika vanställande, fränstötande, skrämmande, obotliga sjukdomar har det varit, som dominerat hospitalen. Att dra upp gränslinjer mellan dylika sjukdomar var förr ej möjligt. Läkare fanns i minimalt fåtal, sjukdomarna var utforskade, det fanns ingen som helst möjlighet att ställa någonting, som kunde likna differentialdiagnos eller diagnos inom detta ohyggliga, skrämmande, dramatiskt färgstarka gytter av elände och fasa, som fyllde hospitalen. Och det fanns inte ens insikt om att problemet, *nödvändigheten att ställa en diagnos och en differentialdiagnos*, existerade! Den fattige sjuke, den vanställde, den skrämmande, den stinkande, den virrige, våldsamme, den besatte intogs på

hospital för att befria menigheten från sin avskyvärda anblick, från sin stank, från sitt skrik och sitt "frenetiska" beteende. För att förstå "lazarrettens" tillkomst — vilken har en helt annan mekanism än hospitalens — måste man bl. a. ta del av Kongl. Seraphimerlazarrettets historia och Seraphimerordens historia.

Det är säkerligen oerhört viktigt för moderna — 1960 års — sjukhusbyggare och sjukvårdsplanerare att ägna en grundlig eftertanke åt dessa förhållanden, och överväga om traditionalismen inom svensk mentalvårdsplanering i verkligheten är en direkt fortsättning av hospitalstraditionen, om alltså t. ex. Gullberna Sjukhus och Falbygdens Sjukhus i själva verket delvis är resultatet av *en belastande historisk tradition*.

Jag vill här ägna ytterligare en stunds uppmärksamhet åt dessa problem, traditionalismens väsen och uppkomst. Vi moderna — 1961 års — skandinaver glömmar lätt hur alltigenom annorlunda vår tid, vår kultur, vårt sätt att tänka, vår världsbild, vårt vardagsliv är, vid jämförelse med mänskligheten för 100 år sedan. Aldrig har väl en så snabb och genomgripande revolution i mänsklighetens sätt att leva och tänka tidigare inträffat! Men hospitalen, sinnessjukhusen, mentalsjukhusen, planerades och byggdes som stora, avlägset belägna reservat för 100 år sedan, och har gjort så in i vår tid. "Själslivets gåta" var oerhörd för 100 år sedan. Religionen hade ett utomordentligt starkt grepp om sinnena. 1860 — då efter vårt sätt att se förhållandevis moderna "hospital" började byggas — var mänsklighetens inställning till själen, själsliga fenomen och själsjukdomar otroligt primitiv jämfört med 1960, 100 år senare, i dag. Hur primitiv — det kan vi fatta endast genom att söka fatta hur primitiv mänsklighetens inställning till verkligheten över huvud taget alltjämt var vid denna tid.

Först från och med 1850 och framöver började de stora arkeologiska upptäckterna vid Aurignac, Cro-Magnon, Neanderthal etc. att göras. Till dess kunde ingen arkeolog på fullt allvar och utan risk att göra sig löjlig, våga påstå att det funnits "antediluvianska" människor, dvs. människor från tiden före syndafloden! Mänsk-

lighetens urhistoria var angiven i Bibeln, och denna urhistoria accepterades i vida — även vetenskapliga — kretsar som sanning. Darwins utvecklingslära publicerades 1859, och mötte häftigt motstånd då den stred mot Bibelns läror. Att under sådana förhållanden ifrågasätta själens odödlighet och sjäslivets inklusive det sjuka sjäslivets principiella artskildhet från och otillgänglighet för naturvetenskap, naturvetenskapligt studium, terapeutiska åtgärder, gick naturligtvis inte alls. Ateism och teoretisk materialism betraktades som monstrositeter, smaklösa uttryck för grov okunnighet. Själens och dess sjukdomar var någonting för sig, helt skilt från kroppen och dess sjukdomar. Möjligen kunde man tillåta sig att anse att det vore någonting för en alldeles speciell vetenskap, "psykiatrien", men denna vetenskaps minst sagt specifika karaktär, dess principiella hopplöshet på grund av dess fundamentalproblems principiella olösbarhet, gjorde att den betraktades med djup skepsis från allmänhet och kroppsläkare liksom från naturvetenskapsmän i vida kretsar. Psykiatern var en underlig person för vilken man hyste en blandning av förakt, distanserad lätt vördnad och nyfikenhet. Hans uppgift var att tillse de sjuka, att hålla dem inlåsta, att vårda de eventuella kroppssjukdomar de kunde ådraga sig, bland annat att utdraga deras maskstungna tänder, och att överblicka och tillse Hospitalet så att det drevs i en anda av Kristen altruism, eller — om psykiatern till följd av sin allmänt suspekta beskaffenhet önskade se det så — åtminstone i en anda av altruism. Psykiatern betraktades endast av ytterst vidsynta och bildade, progressivt inställda personer som en verklig "läkare". I komplett överensstämmelse härmed var det s. k. "obotlighetsintyget", en av legitimerad läkare under yrkesansvar utfärdad attest om att obotlig sjukdom föreläge, vilken var en lagligt fastställd nödvändig förutsättning för att någon sjuk — utöver en kortare prövotid — skulle få vårdas vid hospital. Hur länge under 1800-talet detta obotlighetsintyg alltjämt var en legal förutsättning för vård är jag tyvärr okunnig om, i varje fall har det funnits under 1800-talets förra hälft.

Jag har försökt att skissera den historiska och kulturhistoriska jordmån ur vilken hospitalen, sinnessjukhusen, mentalsjukhusen växt fram, den bakgrund, som måste förstås om man vill söka förstå *traditionalismen* inom svensk praktisk psykiatri. Ända till för ett 10-tal år sedan kunde spåren av denna historiska belastning skönjas inom de svenska sinnessjukhusen, därpå har jag själv sett vittnesbörd, och det är inte säkert att den ännu i dag helt försvunnit. Man har utgått ifrån att ett sinnessjukhus skall vara ett sinnessjukhus, även om man kan gå med på att ändra benämningen till "mentalsjukhus". Det skall vara någonting för sig, avskilt beläget, slutet i sig, stort, för många hundratals sjuka.

Under hela 1900-talet har emellertid en ny strömning inom psykiatrien vuxit fram, decennium för decennium med accelererande hastighet. Läkare inom mentalsjukvården för 40—30—20 eller 10 år sedan har upplevat de nya tongångarna, följt med sin tid, gått i spetsen som banérförare, hållit emot som baksträvarare eller trott sig följa med, trott sig vara moderna, medan de i själva verket varit mer eller mindre traditionsbundna, mer eller mindre — jag frestas använda uttrycket — "reaktionära". Traditionalist har man varit av ämbetsmannaloyalitet mot sina huvudmän, Medicinalstyrelse, Inrikesdepartement, Regering, Riksdag. Därför har man uthärdat ekonomisk njugghet, efterblivenhet, här och var — jag tvekar inte att använda uttrycken — inhumanitära, ohygieniska, ja skandalösa förhållanden. Traditionalist har man varit ej blott av lojalitet, men också därför att man inte förstått bättre, liksom en med anosognosi behäftad inte vet om sin egen sjukdom, eller liksom ordet "ljus" eller "grönt" saknar väsentlig innebörd för en blind eller färgblind. Traditionalist har man varit också därför att man undervärderat olägenheterna med traditionell psykiatrisk planläggning, men lärt sig att trivas med eller älska de otvivelaktigt goda eller utomordentliga sidorna i svensk sinnessjukvård och hos svenska sinnessjukhus där de bedrivits som bäst.

Själv har jag träffat ett antal äldre svenska psykiatrici, som älskat sitt yrke, men också sina

sjukhus, dvs. sin arbetsmiljö. En sådan lojalitet mot överordnade, mot yrket, arbetsplatsen, en sådan trivsel med den egna institutionen och tillgivenhet till eller kärlek för patienter, medarbetare, vårdpersonal, har på sitt sätt varit goda svenska psykiatricis adelsmärke och en förutsättning för att de kunnat prestera ett förstklassigt arbete. Inom mentalsjukhusen har också på många håll ett utomordentligt arbete utträttats till välsignelse för patienterna. Dock står det klart för mig och många med mig att sinnessjukhusen — utöver sin funktion som välsignelsebringande institutioner, där psykiskt sjuka kunnat vårdas eller botas — också haft en icke önskvärd effekt på ett stort antal intagna och vårdade, nämligen som drivhus för och konserveringsanstalter av psykos. Varje kunnig och fördomsfri psykiater har sett fall av anstaltsdemens och fall där en initial psykos sekundärt levat vidare genom hysterisering.

Att den psykiskt sjuke skall bli frisk, kan bli frisk, bör bli frisk, måste bli frisk, är någonting som ännu för några decennier sedan föreföll allmänheten, men också en rad äldre psykiatrer, som någonting verklighetsfrämmande. "Förstår Ni inte att Ni skall vara här?!" yttrade en av mina chefer, överläkare vid ett svenskt sinnessjukhus, ofta till nyintagna patienter. En patient frågade honom: "Säg Doktorn, när jag blir utskriven, vart får jag komma då?" En gest mot Himlen och svaret: "Ja, de' blir dit upp!" Det fanns en god mening i detta, det skall inte förnekas. I vederbörande överläkares formulering: "De måste resignera, inse att de skall vara här, annars kämpar de mot det oundvikliga och bara plågar sig själva!"

På två svenska sinnessjukhus har jag i sällskap med ett antal andra psykiatrer vallats omkring för att bese nybyggda paviljonger, medan gamla, dåliga avdelningar — skamfläckar — omsorgsfullt undanhållits de besökande. På ett av dessa sjukhus bad jag sjukhuschefen att få se de äldre avdelningarna — "det är ju det som är viktigt för oss!" — men fick ett avböjande svar. På ett sinnessjukhus har jag som underläkare vederbörligen uppläxats och avsnubbats av sjuk-

huschefen, då jag tillåtit pressmän att besöka ej blott mig underställda (i min egenskap av tillförordnad överläkare) restaurerade avdelningar, utan också skamfläckar.

I dag restaureras mentalsjukhusens byggnader i snabb takt. Men en bedrövlig brist på läkare har man inte kunnat bemästra. För den tycks man blunda. Man hesiterar för radikala, effektiva åtgärder, sliter ner de få kompetenta läkarna, bevittnar — som det tycks — i håglöshet och rådloshet frånvaron av kompetenta underläkare, blundar för avigsidor.

Hur är den praktiskt-kliniska psykiatriens läge i dag? Den befinner sig mitt uppe i en omdaningsprocess, vilkens räckvidd inte någon i dag är i stånd att yttra sig om. Det kan hända att denna omdaningsprocess är ytterst djupgripande, och att man i framtiden kommer att blicka tillbaka på 1960-talet som epokgörande, som den tid då psykiatrien började "explodera". Det kan också hända, att denna omdaningsprocess är förhållandevis blygsam och av begränsad räckvidd.

För en chef vid en psykiatrisk lasarettsklinik framstår det emellertid som påtagligt att möjligheterna att vårda psykoser, även s. k. "oroliga" sådana vid icke specialkonstruerade, icke "halv"- eller "heloroliga avdelningar" är för år tycks öka. Samma tendens är det som manifesteras i att mentalsjukhusens "halv- och heloroliga avdelningar" alltmera under senare år pacificerats, vidare i att allt fler mentalsjukhus bedriver vården vid allt fler öppna, olåsta avdelningar. Rapporter från såväl amerikanska och engelska som svenska mentalsjukhus vet att berätta att beläggningssiffrorna (angivande antal i ett visst givet ögonblick vid sjukhuset inneliggande patienter) under senare år kontinuerligt, och i icke obetydlig grad kunnat minskas!

Av vissa rapporter framgår att denna minskning av beläggningssiffrorna började inträda redan innan de moderna s. k. psykofarmaka hade tillkommit och börjat användas. Minskningen i beläggningssiffrorna måste därför åtminstone delvis tillskrivas en ny psykologisk attityd, som tillämpats gentemot de psykiskt sjuka. (Jämför

här om bl. a. en publikation av *G. Wretmark*.) Över huvud taget är jag benägen att ge en kollega inom en somatisk specialitet rätt, när han nyligen vid ett sammanträde vid Restads Sjukhus i Vänersborg yttrade: "Våra psykiatrer har blivit mera psykologer!" Det har sagts att det skulle vara möjligt att vårda vilket som helst fall av psykös vid en modernt utrustad och skickligt ledd svensk psykiatrisk lasarettsklinik. Detta skulle i så fall vara den yttersta konsekvensen av ovan omtalade omdaningsprocess eller revolution. Min tro är att ett sådant yttrande innebär en överdrift. Men som metafor är det av intresse, därför att det belyser en klar tendens inom modern praktisk-klinisk psykiatri: den alltmera fortskridande utsuddningen av gränsen mellan s. k. "lätt" och "tung" psykiatri, mellan neurospsykiatri och psykospsykiatri. Hur långt denna elimination av gränsen mellan s. k. "lätt" och "tung" psykiatri har gått, och hur långt den kommer att gå, är i dag oklart.

Ett antal — de flesta — av överläkarna vid de icke akademiska svenska psykiatriska lasarettsklinikerna har för vana att sedan flera år tillbaka varje termin träffas för informella konversationer om ämnen av gemensamt intresse. I slutet av våren 1961 ägde ett dylikt sammanträffande rum i Halmstad och den 11 november 1961 ett nytt sådant i Jönköping. Vid dessa båda sista möten utgjorde den lämpligaste formen för organisationen av en framtida svensk psykiatrisk sjukvård huvudobjektet för konversationerna. Vid båda tillfällena hade mellan 10 och 15 överläkare samlats. Vi var härvid överens om att traditionellt planerad och byggd svensk mental-sjukvård fortsättningsvis vore olycklig och olämplig. Man bör inte längre bygga stora, avlägset belägna mentalsjukhus, skilda från lasaretten. Det framstår mer och mer som ett sakligt omotiverbart, däremot på många sätt olämpligt tillvägagångssätt att fortsätta efter denna hittills tillämpade linje. Bland annat ansåg vi att i traditionell stil uppförda mentalsjukhus icke kan verka lockande på psykiatrer, vare sig i under- eller överordnad ställning. Psykiatrerna måste, liksom andra läkare, få känna sig som medarbe-

tare i de stora specialist-team, som arbetar vid lasaretten, och liksom dessa måste de beredas tillfälle att under sin tjänstgöring bedriva såväl slutna som öppna sjukvård. De måste få samma möjligheter till öppen sjukvård i form av mottagningslokaler m. m. som andra lasarettansställda läkare.

Emellertid stod det klart för oss att allt detta är lätt sagt. Det är lätt att vara negativ och kritisk mot det förgångna, svårare att positivt säga hur framtiden bör gestaltas. Överläkare Silfwer skiöld, Halmstad, hävdade, gentemot vissa andra, att enligt hans mening psykosor icke reservationslöst kunde vårdas tillsammans med neuroser. S. pekade på att personer med vanföreställningar, men utan sjukdomsinsikt skulle komma att skrämra, och inverka menligt på personer med neuroser, dvs. lättare psykiska åkommor med full sjukdomsinsikt och fullt klara och ordnade personer. Han menade därför, att personer med lättare psykiska åkommor inte borde utsättas för ett mer eller mindre påtvingat umgänge med vissa psykotiska patienter. Från andra håll hävdades att personer, som intagas vid mentalsjukhus eller mentalklinik mot sin vilja (och dylikt går ju alltför icke att undvika, det vore orealistiskt att tro någonting annat) inte heller alltid utan olägenheter för lindrigt psykiskt sjuka, kan vårdas tillsammans med dessa senare. Överläkare Wretmark, som annars synes tendera till uppfattningen att alla psykiskt sjuka principiellt är vårdbara vid sjukvårdsavdelningar inrättade som moderna psykiatriska lasarettskliniker, ville reservera sig för *psykopaterna*, vilka allmänt ansågs icke vara vårdbara vid lasarettsklinikerna utan lämpligen borde vårdas vid särskilda psykopatsjukhus. (Ett dylikt håller f. n. på att byggas i Katrineholm.) Dit skulle höra socialt missanpassade, disciplinära, kriminella psykiskt sjuka eller abnorma, liksom en viss grupp narkomaner och alkoholister.

För min del ville jag — vid konversationerna i Halmstad och Jönköping — peka på vissa särskilt sjukvårdstekniskt svårbemästrade psykosfall, nämligen dels maniska tillstånd, dels vissa tillstånd av manisk oklarhet med aggressivitet,

vissa epileptiska och epileptoida psykosor, vissa tillstånd av kataton oro och aggressivitet m. m. Denna grupp skulle bland annat inkludera en grupp av farliga eller potentiellt farliga psykotiker. Det vore enligt min mening orealistiskt av oss att blunda för att det finns farliga och potentiellt farliga människor *inklusive* psykotiska människor. För ett antal fall av denna typ förefaller det mig lämpligt att tänka sig särskilda psykosavdelningar, inrättade i någon mån i stil med sinnessjukhusen, t. ex. med avdelningar åtminstone möjliga att ibland på ett betryggande sätt låsa och därvid omvandla till slutna avdelningar. Dessa avdelningar borde också utrustas med särskilda säkerhetsinrättningar, okrossbara fönster, larmsystem, goda möjligheter för övervakning etc. Å andra sidan menar jag att dylika extraordinära hjälpmedel, läsning m. m., bör tillämpas endast i undantagsfall.

Min slutsats av egna överbåganden och av dessa talrika diskussioner med olika specialister eller på annat sätt intresserade personer, blir att vid lasaretten borde — utöver sedvanliga, under senare år på många ställen i landet uppförda psykiatriska kliniker (fortsättningsvis benämnda "*neuroskliniker*") — uppföras även psykosavdelningar avsedda för intensivdiagnostik och intensivterapi av akuta psykosor, lämpligen benämnda "*psykoskliniker*". Dessa psykoskliniker skulle alltså av mig bedömas som erforderliga trots att gränsen mellan neuroser och psykosor alltmera håller på att utsuddas. De finge emellertid inte förhindra denna utveckling. Vid båda slagen av kliniker borde såväl neuroser som psykosor kunna vårdas, även om beläggningen vid den ena typen av kliniker borde *domineras* av neuroser, vid den andra typen av psykosor. Naturligtvis borde ett intimt samarbete äga rum mellan båda typerna av kliniker, särskilt i sådant avseende att en patient som initialt varit i behov av vård vid en psykosklinik, senare, under rekonvalescensen, skulle kunna överföras till en neurosklinik. Inom psykosklinikerna borde finnas möjligheter och lokaler för samtliga läkare att bedriva poliklinisk verksamhet, varigenom även lasaretten skulle tillföras ett värdefullt till-

skott av läkarkrafter för psykiatrisk konsultverksamhet, regelbundna ronder med medföljande psykiater vid rehabiliteringsklinik, långvårdsklinik, internmedicinsk klinik m. m.

Medan alltså enligt min mening *gränsen mellan "lätt" och "tung" psykiatri* blir mindre och mindre markerad (utan att kunna helt upphävas) framträder i stället allt tydligare inom psykiatrien en annan demarkationslinje, *gränsen mellan akut och kronisk psykiatri*. Medan varje akut psykiskt sjuk människa bör beredas förmånen att vårdas av ett specialist-team vid ett lasarett, innefattande kirurg, invärtesläkare, kliniskt laboratorium, röntgenavdelning, narkosläkare, eventuellt också neurolog, neuroröntgenolog, neurokirurg m. m. förefaller det alltför dyrbart och icke på sin plats att vid dylikt högkvalificerat sjukhus vårda kroniskt sjuka, inklusive kroniskt psykiskt sjuka. Hur denna vårdform bör ordnas är för mig oklart. Jag skulle kunna föreställa mig vårdpaviljonger av "halvkvalificerad" typ i diskret närhet (några hundra meter, någon kilometer) från lasarett, och mera okvalificerad kronisk vård vid mera avlägset — för sig — belägna vårdhem, som regelbundet kunde besökas från lasarettpsykiatriska kliniker, av där arbetande psykiatrer. Avståndet till dylika paviljonger kunde tänkas bli ungefär som avståndet mellan Falbygdens Sjukhus och Falköpings lasarett.

Den 19/9 1961 samlades Vänersborgs Läkarsällskap på Restads Sjukhus i Vänersborg på initiativ av överläkare Lindqvist, chef för Restads Sjukhus. Undertecknad hade därvid inbjudits att delta. Överläkare Lindqvist demonstrerade nybyggda och renoverade paviljonger vid Restads Sjukhus, och redovisade därefter de preliminära planer som synas föreligga inom Mentalsjukvårdsberedningen för den framtida psykiatriska sjukvårdsorganisationen inom Älvsborgs län. Överläkare L. hade varit inbjuden för överläggningar med Mentalsjukvårdsberedningen.

I förbigående skall nämnas att Restadschefen kunde redovisa samma minskning av beläggningssiffran som ovan berörts i svensk och utländsk mentalsjukvård. Beläggningssiffran för Restad utgjorde sålunda för 10 år sedan ca

1.450 patienter, medan den sista siffran (1960—1961) utgör ca 1.300 patienter, detta trots att ogynnsamma faktorer tillkommit såsom befolkningsökning, ökning av antalet åldringar, ökade påfrestningar på befolkningen, ökade krav på sjukhuset till följd av ett ökat förtroende för psykiatrien från allmänhetens sida. Siffran influeras väl dock av att under nämnda 10-årsperiod två visserligen små och provisoriska men dock aktiva psykiatriska lasarettskliniker tillkommit inom Restads upptagningsområde, nämligen i Borås och Vänersborg. Här skall påpekas att — medan sålunda beläggningssiffrorna visar en nedåtgående tendens — intagnings-siffrorna per år visar en undan för undan fortskridande stegring. Detta är någonting, som ägt rum länge — en viktig strömning inom praktisk klinisk psykiatri, som också bör observeras: För varje decennium under 1900-talet har allt fler patienter per år tagits in vid sinnessjukhusen, vilket naturligtvis motsvaras av en undan för undan ökande utskrivning.

Genom sinnessjukhusen har varje år vället en strid ström av nyintagna patienter, av vilka flertalet skrivits ut efter en förhållandevis kort vårdtid. Med en lätt schematisering kan man säga, att genom ett mentalsjukhus väller en strid flod av patienter, som intages, vårdas helt kort, och åter utskrives. Och denna flod har för varje decennium under 1900-talet blivit allt stridare, allt bredare. Ökningen i flodvågens volym kan också förmodas ha skett med stigande hastighet, alltså accelereras decennium för decennium antal intagningar, följaktligen också antal utskrivningar. Förklaringen till detta är naturligtvis att samhällets — allmänhetens — tolerans inför psykisk sjukdom undan för undan sjunker, psykiatriskt klinisk åtgärd påfordras i allt större utsträckning. Det gäller dels egen psykisk sjukdom: man tolererar den ej längre, vet att hjälp finns att få, påfordrar därför vård och behandling. Och det gäller annans psykiska sjukdom, man tolererar i minskande grad psykisk sjukdom eller psykisk egenhet, fordrar i ökande grad ingrepp med hänsyn till "samhällssnyggheten". Naturligtvis motsvaras en sådan acceleration av intagnings- och

utskrivningssiffrorna av ökade terapeutiska resurser, annars vore en sådan flod av intagningar och utskrivningar ej möjlig.

Men lika säkert är att den accelererande floden av intagningar och utskrivningar går ut över psykiatrerna. Det är psykiatrerna med yrkesskicklighet, sålunda främst de äldre psykiatrerna, som med anledning härav är för år utsätts för en ökande belastning. Av sina yngre kolleger har de inte mycken verklig effektiv hjälp. Återväxten bland mentalsjukvårdspsykiatrerna är dålig, eller katastrofalt dålig. Underläkarbeställningarna är i stor utsträckning vakanta, bestrids av utländska, tillfälliga, helt unga, icke yrkesintresserade, främdspråkiga vikarier, eller uppehålls ej alls. Varför? Därför att unga läkare — utan att klart kunna formulera det — intuitivt anar att det är något centralt fel med den praktiskt-kliniska psykiatrien, speciellt i dess statliga utformning, och felet kan enkelt formuleras som *traditionalismen*. Bryts icke denna traditionalism, så får man på allvar räkna med att läkarbristen inom mentalsjukvården snabbt seglar fram emot en kris, som inte längre låter sig tigas ihjäl. Redan nu är denna kris sådan att de bästa mentalsjukvårdspsykiatrerna obönhörligt males sönder och slits ner i en övermäktig börda av arbete och ansvar. Huvudmannens — statens — attityd inför detta har i stort sett varit att sätta upp ett antal omöjligheter. Det har för länge varit omöjligt att öka statsanslagen väsentligt. Om en läkare sköter dels en tjänst, på vilken han är förordnad, dels en annan tjänst som saknar innehavare och vikarie, så är det av författningstekniska skäl omöjligt att ge honom båda tjänsternas arvoden. Små tekniska, t. ex. byggnadstekniska eller utrustningstekniska förbättringar är omöjliga att genomföra innan Riksdagen härom fattat beslut osv. osv. Att resolut höja alla landets psykiatrer i lönegrad så att de lyfts väsentligt över alla andra fast anställda läkare är omöjligt. Tanken att inrätta en klinik för akuta psykoser vid ett lasarett, är omöjlig, eller med en formulering av en högre ämbetsman inom psykiatrien "en optimism ända upp i Himmelen".

Omöjligheter finns f. ö. inte bara inom den

statliga sektorns praktiskt kliniska psykiatri, de finns även inom undervisningen vid akademier. Det är säkerligen omöjligt att få gehör för inrättande av en professur i psykodynamik, psykoterapi och psykoanalys. Men utan en grundlig utbildning inom detta område, som principiellt faller under den "lätta" psykiatrien, kan ingen psykiater anses kompetent. Och — nota bene — det gäller inte bara psykiatrerna inom den lätta psykiatrien, utan precis lika mycket inom den tunga! Detta ligger läkarna inom den tunga psykiatrien i allra högsta grad i fatet, såvida de inte vetat att själva genom studier och erfarenheter reparera dessa brister, vilket lyckligtvis här och var är fallet. I andra fall är emellertid mentalsjukvårdens psykiatrer mer eller mindre okunniga om, och därför mer eller mindre blinda för de sekundära neurotiseringarna eller hysteriseringarna av primära psykoser.

Modern psykiatri är en mycket svår, mycket komplicerad medicinsk specialitet, som fordrar lång erfarenhet, speciell fallenhet och djup beläsenhet, då undervisningen, som fallet är i vårt land, är så bristfällig, och så präglad av förutfattade åsikter eller av system av fixa idéer. Som en omöjlighet får tills vidare ses att inom landet få fram en skola för blivande psykiatrer (färdiga läkare), innefattande kurser, seminarier, tentamina. Men en sådan specifik högskola behövs! Inom landstingssektorn har en ny författning gjort det *omöjligt* för en läkare att stanna så länge vid en klinik att han hinner lära sig yrket. Och även landstingspsykiatrerna borde — under hänsynslöst förbigående av andra kategorier läkare — radikalt lyftas i lönegrad med hänsyn till yrkets hårdhet och övriga påfrestningar, och inkomsternas relativa låghet, givetvis en omöjlighet. Men praktiskt-klinisk psykiatri i Sverige kan inte längre belastas med dessa otaliga omöjligheter, den måste stödjas, kan och får inte bromsas.

Jag återvänder till tendenserna inom mentalsjukvården. Jag har talat om den accelererande ström av intagna och utskrivna patienter, som årligen passerar mentalsjukhusen, och som —

trots allt — utgör ett mycket högt betyg, bland annat innefattande ett stort erkännande från *allmänhetens* sida, lämnat till mentalsjukhusen och deras chefer. Vid sidan av denna passerande flod finns inom varje mentalsjukhus en stagnerad bottensats. En och annan patient från den passerande floden sedimenterar till botten, kroniciterar och blir kvar på sjukhuset. Och ett icke ringa antal av dessa patienter blir maximalt kroniska. På grund av den utpräglade kronicitet, som präglar de kroniska psykiatriska fallen, blir detta stagnerade, kroniska bottenskipt eller sediment ganska tjockt. Skulle man därför undersöka hur många av de i ett visst ögonblick vid ett mentalsjukhus ineliggande patienterna, som vårdats under en tid av 1 år eller mindre, hur många under en tid av 1—2 år, hur många under en tid av 2—3 år, och hur många under en tid av 3 år eller mer, så skulle man *antagligen* finna att i ett visst givet ögonblick antalet fall, som vårdats 3 år eller mer utan att kunna lämna sjukhuset, är i majoritet! På denna punkt har jag inga siffror, rör mig endast med allmänna erfarenheter och intryck.

Här framträder alltså den betydelsefulla gränsen mellan akuta och kroniska fall, en gräns som för mig framstår som den praktiskt viktigaste i 1960-talets praktiskt-kliniska psykiatri. Var denna gräns skall dragas är naturligtvis en rent konventionell eller definitionsteknisk fråga — den kan t. ex. dragas vid en sammanlagd vårdtid uppgående till men ej överskridande maximalt 2 år, om dessa 2 år infallit under en sammanhängande tid av högst 3 år. Denna definition kan naturligtvis utbyggas eller modifieras på olika sätt. Skulle man undersöka mentalsjukvårdens attityd inför de kroniska fallen, skulle man antagligen finna nya orsaker till beundran av och erkännanshet mot mentalsjukhusen och speciellt deras chefer. Denna attityd har nämligen under speciellt de senaste tio åren präglats av någonting, som skulle kunna kallas "deviser", av ungefär följande lydelse: För reaktivisering! För rehabilitering! För resocialisering! Mot anstaltsdemens! Mot hospitalisering! Mot institutionalisering!

Vid ovan nämnda Vänersborgsmöte redovisade — som ovan nämnts — Restadschefen, överläkare Lindqvist, sina överläggningar med Mentalsjukvårdsberedningen. Man hade enats om att Restads Sjukhus skulle helt moderniseras i riktning mot ett modernt mentalsjukhus ad modum Gullberna eller Falbygden. Alla paviljonger, som var förslitna eller föråldrade, skulle sålunda ersättas med nya eller grundligt renoveras, och patientantalet, sjukhuset, skulle krympas ner från sin nuvarande volym, 1.300—1.400 patienter, till 800 patienter. För den okunnige, som till äventyrs kan vara i behov därav, vittnar det gott om överläkare Lindqvist, att han omedelbart sade ifrån att han å ena sidan naturligtvis skulle bli mycket glad över en sådan utveckling, å andra sidan inte alls skulle finna ett sådant moderniserat Restad som någon idealisk form för mentalsjukvårdsorganisationen i norra Älvsborgs län.

Inom Mentalsjukvårdsberedningen hade man nu tänkt sig att kompensera platsförlusten till följd av krympningen av Restad genom att uppföra ett nytt mentalsjukhus om 600 vårdplatser i södra Älvsborgs län. Det visade sig nu att man inom Mentalsjukvårdsberedningen är beredd att taga ett nytt steg ifrån traditionalismen, ej blott så till vida att man går vidare mot allt mindre mentalsjukhus, utan man hade tänkt sig att direkt ansluta det nya mentalsjukhuset till antingen det under byggnad varande nya lasarettet i Skene eller till Borås lasarett. Tydligen hade man främst tänkt sig Skene lasarett. Man önskade höra Restadschefens uppfattning härom. Överläkare Lindqvist meddelade, att han för sin del förordade en anslutning till Borås-lasarettet, det större, mera specialiserade lasarettet med ett större specialist-team och därför större kliniskt och vetenskapligt-medicinska resurser. På denna punkt är jag helt ense med Lindqvist. Slutligen förde överläkare Lindqvist på tal ytterligare en möjlighet, nämligen att det tänkta mentalsjukhuset skulle klyvas i två hälfter, vardera på 300 vårdplatser, den ena hälften direkt ansluten till lasarettet i Skene, den andra hälften direkt ansluten till lasarettet i Borås. Jag fick inte fullt klart för mig om denna sista möjlighet dryftats även vid konfe-

rensen mellan Mentalsjukvårdsberedningen och överläkare Lindqvist. Efter överläkare Lindqvists anförande ombads jag att yttra min åsikt om de framförda planerna. Jag uttalade då att av de möjligheter, som anförts, ansåg jag den sistnämnda, två mentalsjukvårdsenheter på vardera 300 vårdplatser, den ena ansluten till lasarettet i Borås, den andra till lasarettet i Skene, som det mest tilltalande alternativet.

Det är från denna punkt jag nu vill utgå och föra tankegången vidare. Det är för mig uppenbart att ett lasarett måste vara väl sammanbyggt av inbördes harmoniserande delar — specialavdelningar — som balanserar varandra på ett ändamålsenligt sätt. Att ansluta ett mentalsjukhus — visserligen ännu något mindre än vad man hittills brukat bygga, nämligen på "blott" 600 vårdplatser — direkt till ett lasarett, skulle innebära att lasarettet snedbelastades, att det så att säga finge en psykiatrisk "slagsida". Lasarettet i dess helhet skulle återigen präglas av att vara ett slags, visserligen modernt, "mentalsjukhus", medan andra lasarett icke vore mentalsjukhus, återigen ett slags diskriminering. Och den kliniska psykiatrien skulle få en kvantitativ proportion på lasarettet, som de övriga specialavdelningarna inte skulle trivas med. Psykiatrien skulle i sådant fall "göra sig bred" i staff-meetings, i organisatoriska sammanhang, i budgetsammanhang osv. Psykiskt sjuka människor, men även psykiatrer och annan psykiatrisk personal skulle dominera sjukhuset på ett sätt, som säkert inte alls vore lämpligt. Vidare: Det är en allmänt vedertagen princip att lasarettens högkvalificerade "a-vårdplatser" inte bör beläggas med kroniska vårdfall för vilka en billigare "b-vårdform" kan finnas, med lägre daglig utgift per vårdplats. Någon anledning till att denna princip skulle frångås, när det gäller psykiatri, kan jag inte se. Det finns lika litet orsak att vårda terapieresistenta kroniska psykiatriska fall, såsom vissa psykos i seniet, vissa defekttillstånd efter organiska hjärnskador m. m. vid centrallasarett, som det finns anledning att vårda terapieresistenta och fullt utredda fall av generaliserad carcinomatos, invaliditetstillstånd efter ryggmärgsskada, avan-

cerade fall av multipel scleros m. fl. vid centrallasarettens dyrbara "a-platser".

Resultatet härav skulle för södra Älvsborgs läns vidkommande bli, om man resolut bröt med traditionalismen inom psykiatrien, att man byggde en mindre psykosklinik för mellan 50 och 100 patienter i direkt anslutning till centrallasarettet i Borås, en likadan i direkt anslutning till lasarettet i Skene och en tredje sådan, likadant beskaffad vid lasarettet i Alingsås.

Därnäst borde man tänka sig kronikerplatser i särskilda paviljonger i diskret närhet (100—300 meter) resp. i viss avskildhet (några km) från lasarett. De mera kvalificerade kronikerplatserna (för "oroliga", "halvoroliga" eller på annat sätt svårskötta kronikerfall) borde ligga något närmare lasarett, paviljonger eller hem för lättskötta kronikerfall, sålunda mindre kvalificerad kronikervård, skulle kunna ligga i andra delar av staden eller strax utanför staden. Däremot borde — enligt min mening — dylika eventuella kronikeravdelningar stå under direkt tillsyn av läkare från vederbörande lasarett. Man bör i detta sammanhang erinra sig att större centrallasarett, som t. ex. Borås, i dylikt fall skulle kunna ställa till disposition ej blott psykiatrer, utan också specialister inom rehabilitering och långtidsvård. Ett sådant team borde vara utmärkt väl skickat att inbördes stimulera varandra och gemensamt komma till gynnsamma resultat. Jag vill i detta sammanhang peka t. ex. på den stora grupp av psykiska sjukdomar hos äldre, som ingår i kronikerklientelet vid våra mentalsjukhus, och samtidigt erinra om att en långtidsvårdsöverläkare vid ett centrallasarett har speciell träning just i rehabilitering eller t. o. m. resocialisering av personer lidande av ålderssjukdomar inklusive psykiska sjukdomar i seniet.

Den härmed föreslagna planen skulle innebära ett väsentligen nytt grepp inom psykiatrisk sjukvårdsorganisation. Den skulle alltså innebära att ett experiment infördes inom svensk psykiatrisk vårdorganisation. Av denna anledning skulle jag kanske vilja föreslå — om mina tankegångar skulle vinna gehör — att man övervägde möjligheten att inte genomföra hela planen i ett sam-

manhang, utan att man tänkte sig en utbyggnad efter föreslagna linjer under en flerårsplan, varvid man t. ex. började på en punkt, exempelvis med en klinik för akuta psykosor i direkt anslutning till centrallasarettet i Borås. Att jag — som i landstingets tjänst anställd psykiater — velat komma med dessa synpunkter, motiveras av att av allt att döma den s. k. "tunga" psykiatrien inom de närmaste åren kommer att få en ny huvudman, då ju som bekant staten avser att söka överlämna huvudmannaskapet för hela mentalsjukvården till landstingen. Det förefaller då angeläget att man från landstingshåll inte passivt åser hur mentalsjukvården fortsättningsvis organiseras, utan att man i god tid från landstingshåll söker överväga hur man skulle önska denna vård utformad i organisatoriskt avseende, så att man verkligen blir nöjd med den present, som nu håller på att iordningställas från statens sida. Mot en sådan steg-för-steg-utbyggnad under loppet av ett antal år, som jag velat föra på tal, kan anföras att det ur Restads synpunkt vore önskvärt att Restad snarast möjligt finge anta sin planerade, sammankrympta och moderniserade karaktär. Men en sådan sammankrympning blir möjlig endast om en större utvidgning av vårdresurserna i södra länshalvan snabbt kommer till stånd. Hur dessa mot varandra talande synpunkter inbördes skall avvägas, är någonting som jag inte anser mig i stånd att uttala mig om.

P. S. Sedan denna artikel färdigställd har två saker inträffat som jag anser mig böra nämna. *Dels* har mina kolleger E. Husmark och B. Lindberg haft älskvärdheten fästa min uppmärksamhet på några publikationer av B. Lindberg (professor i psykiatri i Göteborg) avhandlande delvis just samma frågor som jag behandlat i denna artikel, och med ett innehåll som till min glädje går mycket väl ihop med de synpunkter jag ovan framlagt. Delvis belyser dessa arbeten närliggande problem. De är publicerade i Göteborgs Handelstidning 28/4 1952, vidare i Svenska Läkartidningen (Lindberg, B. och Rudberg, B.) 1961:58, s. 2059 och ff. Vidare i Nordisk Medicin (Lindberg, B.) 1955:53, s. 217 och ff. I

Sv. Läk.tidn. 1955:29, s. 1085 och ff. återges ett P.M. ang. mentalsjukvårdens organisation och upprustning undertecknat av Sveriges Läkarförbund och Svenska Psykiatriska Föreningen. I Sv. Läk.tidn. 1959:56, s. 2636 och ff. återges Läkarförbundets remissyttrande med anledning av av Mentalsjukvårdsdelegationens betänkande. *Dels* har i dagspressen (bl. a. Sv. Dagbladet slutet av jan. 1962) återgivits de planer för mentalsjukvårdens organisation som utarbetats för Stockholms Läns vidkommande. Dessa planer kommer mycket nära den planläggning jag ovan skisserat för Södra Älvsborgs Läns vidkommande.

STIPENDIER

Genom FÖRENINGEN MJÖLKDROPPEN I STOCKHOLM kan läkare, sjuksköterskor eller andra personer erhålla forskningsanslag, resebidrag eller annat bidrag (t. ex. för fortbildningskurser).

Föreningen har till ändamål att inom Stockholms stad verka för en god barnavård genom att ekonomiskt understödja lämnandet av sakkunnig hjälp vid uppfödning och vård av späda barn, varvid huvudvikten lägges på den naturliga uppfödningen.

Disponibel avkastning f. n. 6.000 kronor.

Ansökan med uppgift om nuvarande verksamhet samt för vilket ändamål och med vilket belopp bidrag sökes ställes till styrelsens ordförande Doktor Gunnar Svedenius, Götgatan 79, Stockholm.

Ansökan skall vara inkommen senast den 31 mars 1962.

För närmare upplysningar hänvisas till ordföranden, tel. 010/41 35 11, samt till konsulenten syster Ina Westling, tel. 010/10 47 27.