

Det öppna mentalsjukhuset

Reflexioner kring en resa.

Av överläkare *Bengt Lundqvist*, Kristinehamn

När man en gång skall se tillbaka på den pågående psykiatriska utvecklingen och värdera dess mest betydelsefulla framsteg, kommer man kanske att stanna inför återupptäckten av det öppna mentalsjukhuset, en idé av samma djärvhet och dynamik som Philippe Pinels, när han år 1792 löste de sinnessjukas kedjor i la Bicêtre och visade, att de sinnessjukas våldsamma uppträdande i mycket var en artefakt, en reaktion mot dåtidens brutala vårdförhållanden. Vi kommer att finna, att våra nuvarande standardmetoder ter sig nästan lika grymma och förnedrande som dem Pinol avskaffade. Stängsel för den mänskliga anden mätes inte enbart i järngaller och andra tvångsmedel utan skapas ojämförligt starkare av omvärldens attityder och förväntningar. Det öppna mentalsjukhusets pionjärer visar oss redan, att dessa människor, som råkar vara mentalt sjuka patienter, reagerar gynnsamt på rent medmänskliga relationer, symboliserade av de öppna dörrarna.

Med termen "öppet mentalsjukhus" menar man då inte bara frånvaron av lås och rigel utan också ett aktivt program för mental hälsovård ute i samhället, lett av sjukhusets läkare i intimt samarbete med olika sociala institutioner, tjänsteläkare, allmänpraktiker och inte minst de sjukas anhöriga. Framför allt i England har man i detta avseende varit föregångare.

Under några veckor våren 1962 hade jag tillfälle att besöka ett antal engelska mentalsjukhus i studiesyfte, därtill stimulerad av bl. a. Henry Mjönäs' och Gerdt Wretmarks intresseväckande rapporter. I planläggningen av min resa fick jag hjälp av dr G. F. M. Russell, Sub-Dean vid The Maudsley Hospital, som sände mig en lista med adresser till vissa utvalda sjukhus, representativa för behandlingen av det kroniska psykiatriska klientelet och därmed förknippade problem om eftervård och återinpassning i samhället.

Följande sjukhus och institutioner besöktes

1. Mapperley Hospital, Nottingham.
2. The Maudsley Hospital, London.
3. Horton Road och Coney Hill Hospitals, Gloucester.
4. Fairdane & Netherne Hospital, Coulsdon-Surrey.
5. Warlingham Park Hospital, Warlingham-Surrey.
6. Roffey Park Rehabilitation Centre, Horscham.
7. Graylingwell Hospital, Chichester.

Tiden för besöken växlade mellan 1—5 dagar. Överallt visades mig en utomordentlig gästfrihet och älskvardhet. Man hade genomgående ett stort intresse för svensk psykiatri; kuriöst nog anmärkte nästan samtliga på vår omvittnade höga självmordsfrekvens. De ålderdomliga och på sina håll starkt nedslitna lokaliteterna kontrasterade livligt mot den vänliga, rörliga och i bästa mening fria atmosfären på vårdavdelningarna och terapiverkstäderna.

Mitt mest omfattande besök gällde Mapperley Hospital, vars sjukhuschef, dr Duncan Macmillan, varit just en av det öppna mentalsjukhusets pionjärer, för vilket han rönt mycken uppskattning och t. o. m. kallats en ny Pinel. Tyvärr kunde jag endast trycka hans hand, då han för tillfället var sängliggande sjuk, men hans starka personlighet, som utan tvekan varit en av förutsättningarna för organisationens uppbyggnad och fortbestånd, spårades i alla sammanhang. Genom hans ställföreträdares förmedling bereddes jag möjlighet att bo på sjukhuset, hade givande diskussioner med övriga kolleger, visades runt på de olika institutionerna, deltog i ronder och patientdemonstrationer och följde en dag också med på hembesök i staden.

Några av dr Macmillans synpunkter beträffande fördelarna med en hälsovård, integrerade både sjukhuset och samhället, är som följer:

Systemet med en korttidsintagning på sjukhuset och snabbtidskrivning till den adekvata sociala miljön innebär, att en patient kan behandlas utan fara för sin självaktning. Dessutom uppehålls en god relation mellan patienten och läkaren, vården får kontinuitet och kan också avpassas efter föreliggande behov.

Man behandlar familjen som en enhet och bryter inte ut den sjuke ur hans betydelsefulla sammanhang. Bevaras inte de personliga relationerna till familj och samhälle, blir svårigheterna att få hem patienten efter avslutad behandling ojämförligt mycket större, hur framgångsrik sjukhusets terapeutiska attityd än må vara.

Sjukhuset blir en positiv faktor, vad gäller patientens rehabilitering, i stället för att, som tidigare, ha varit ett formligt hinder för rehabilitering.

Samhället börjar acceptera sjukhuset som en värdefull tillgång, något som lindrar den psykiska pressen för den sjuke vid intagningen och som också underlättar för honom att komma ut igen.

Samgåendet mellan samhällets sociala organ och alla sjukhusets psykiatriska resurser möjliggör förebyggande åtgärder, som aldrig skulle kunna åstadkommas av berörda parter var för sig.

Hemligheten med verksamheten är att "inte tillåta någon att bli en kronisk patient". En nyinsjuknad anmäles av familjedoktorn till de sociala myndigheterna, som har en speciell avdelning för mental hälsovård med psykiatriskt tränade kuratorer (psychiatric social workers), beredda att omedelbart göra hembesök och erforderlig utredning. I regel kontaktas sedan någon av sjukhusets läkare, som följer med och ägnar sjukdomsfallet en första granskning. I samförstånd med den sjuke och hans familj överenskommes om lämplig åtgärd. En hel rad möjligheter står till buds från fortsatt vård i hemmet, oftast då under kontroll av i olika sammanhang anordnade öppna mottagningar och rådgivnings-

byråer, till placering på dagcentra och vårdhem eller intagning på sjukhuset. Sjukhusets personal är engagerad också i de rent sociala uppgifterna, allt ägnat att skapa den eftersträlvade kontinuiteten i vården. Snar utskrivning möjliggöres genom förekomsten av flera s. a. s. mellansteg på vägen tillbaka till hemmet, ägnade att minska alltför tung belastning på familjen. Man är angelägen att hålla systemet dynamiskt med en ständig kommunikation ut och in på sjukhuset, väl medveten om att hospitaliseringen är ett artificiellt avskiljande av individer i stora grupper, fördelaktigt för korttidsbehandling och rehabilitering men inte för långtidsplacering (long term social adjustment). Familjerna är själva grundpelarna, som allting står och faller med. Lyhördhet för hemsituationen och beredvillighet att snabbt hjälpa i en kinkig belägenhet är några av huvudlinjerna. Det kan gälla en önskan av de anhöriga att fara på semester eller få en tids andrum. Erfarenheten har visat, att folk gärna tar hand om sina sjuka och gamla i mån av tid och krafter. Påfrestningarna får aldrig tillåtas bli så starka, att de anhöriga sviktar under bördan med ömsesidig irritation, skuld känslor och ambivalent inställning som följd.

Genom denna psykiatriska "service" har man lyckats vända den tidigare ständigt stegrade tillströmningen av intagningsfall på mentalsjukhuset och minska den aktuella beläggningen avsevärt till förmån för de oundgängligen vårdbehövande. Genom de olåsta dörrarna och de fria vårdformalitetserna har allmänhetens förtroende för sjukhuset också ökat i en glädjande, förut oanad omfattning.

På Horton Road och Coney Hill Hospitals i Gloucester, två systersjukhus under samma ledning, fick jag tillfälle att se ett liknande system, genomfört i större skala. I Nottingham syntes förutsättningen för verksamheten vara det begränsade stadsområdet, men här försörjer man hela grevskapet Gloucestershire med undantag av storstaden Bristol i sydvästra hörnet. "Det stora problemet i psykiatri", säger dr Lindsay Walker, sjukhuschefen, "är kontinuiteten i vården." Man har delat upptagningsområdet i lika många delar

som tillgängliga överläkare på de båda sjukhusen. Med sina underlydande ombesörjer de den psykiatriska hälsovården i respektive regioner från första kontakten på en perifer mottagning, gärna i anslutning till ett kroppssjukhus, till ev. sjukhusvistelse och senare eftervård. Variationer på samma tema kunde jag studera i Croydon (Warlingham Park Hospital) och Chichester med Worthing (Graylingwell Hospital). Man har anpassat organisationen efter lokala krav och visat stor plasticitet och uppfinningsrikedom, vad gäller anskaffande och inredande av lämpliga, inte alltför kostsamma lokaler. Huvudprincipen är överallt en decentraliserad öppen vård och vård på om möjligt annat sätt än den strängt slutna. Man räknar med att läkarna använder omkring 50 % av sin tjänstgöringstid i denna öppna vård. En särskild eloge gives åt familjedoktorerna (the general practitioners), som är en viktig beståndsdel i systemet. De flesta är synnerligen positiva och intresserade. På sina håll har de beretts gruppundervisning i psykoterapi med resultat, att några numera sköter neurotiska patienter på egen hand.

Med särskilt eftertryck framhåller man betydelsen av intimt samarbete mellan berörda personalgrupper, täta konferenser, där alla kan komma till tals beträffande lämpliga åtgärder i det givna fallet. Man brukar adjungera en representant från de lokala arbetsvårdande myndigheterna för att få bästa möjliga utgångsläge vid utskrivningen från sjukhuset. Till konferensen kallas också patienten och ev. någon anhörig. Över huvud taget tyckes avståndet mellan läkare och vårdpersonal välgörande ringa. Vid de flesta av de besökta sjukhusen deltog jag i förekommande konferenser och gruppsamtal och imponerades av effektiviteten och målmedvetenheten i arbetet.

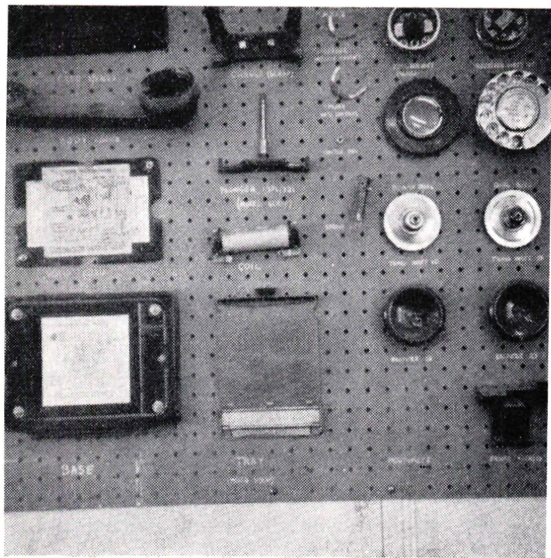
Patienternas sysselsättning är ett problem, som nära sammanhänger med det öppna sjukhusets idé. En intensifierad arbetsterapi på i från fall till fall adekvat nivå är t. o. m. en grundförutsättning för ett positivt resultat. Med arbetsterapi avses inte den traditionella korgflätningen, slöjden och mattknytningen utan en verksamhet, mera anknuten till livet utanför sjukhuset. På

samtliga mina besökta sjukhus ägnas mycken uppslagsrikedom och kraft åt att utveckla ett program, lämpligt för att stimulera patienternas intresse och träna dem för ett reellt förvärvsarbete. Ingenstades ser man nu de för många mentalsjukhus karakteristiska raderna av sysslolösa och vegeterande patienter i dagrum och korridorer, och sovsalarna gör som sig bör skäl för sitt namn endast nattetid. Arbetsmomenten väljes små och föga komplicerade. Genom kontrakt med olika smärre industrier har man lyckats få ett icke föraktligt antal av tillverkningsprojekt, t. ex. sammanfogning av färdiggjutna plastdetaljer till en praktisk hushållsartikel, hopbuntning av kabeltrådar för radioapparater, paketering av patroner till kulspeppennor etc. Beroende på prestation får patienten vecka för vecka kontantersättning. Bokföring och kontroll skötes av patienterna själva.

På Coney Hill har man förvärvat en bra uppgift, bestående av sönderplockande av gamla uttjänta telefonapparater, där vissa detaljer kan tillvaratagas och användas på nytt. Bilderna, som tagits på detta sjukhus, vill förmedla några intryck av hur ett kroniskt klientel numera kan te sig.

Netherne Hospital gav mig intrycket av att vara mest utvecklat beträffande denna arbets-





terapi. Kollegan, som visade mig runt, förteget avsiktligt, vart han förde mig, och frågade först efteråt, vad jag trodde mig ha sett. Min reaktion kom inte hans förväntningar på skam. "Sjukhuskontoret", fyllt av vänliga, leende människor och bord med skrivmaskiner och papper, sköttes av idel långtidspatienter, biblioteket förestods av en tidigare svårt störande paranoica, likaså kontrollen av en viktig tillverkningsdetalj. I tryckeri och verkstäder rådde liv och rörelse, och jag kunde inte ens se skillnaden mellan personal och patienter. På "radioavdelningen" hade ett gammalt uppfinnaroriginal, också paranoiker, fått fria händer och demonstrerade med förtjusning sina invecklade anordningar, som han byggt ihop av enkla detaljer och som fungerade oklanderligt. Av en slump råkade lunchtimmen och den efterföljande siestan sammanfalla med tiden för min rundvandring. Kontrasten mellan den just då mera klassiska mentalsjukhusinteriören och den kort därpå följande högeffektiva aktiviteten var förvisso slående.

Coney Hill och Netherne har dessutom fullt utbyggda s. k. rehabiliteringsenheter, tänkta som ytterligare ett steg på väg i utvecklingen mot arbetsduglighet i öppna marknaden. På det senare sjukhuset har man i en villa, byggd för c:a 50 år sedan och mycket litet förändrad med hänsyn till

de aktuella kraven, fört samman 40 män och 50 kvinnor, som alla varit patienter över 2 år i sträck och vars sjukdomstillstånd stabiliserats så pass, att deras symtom inte längre är alltför störande varken för dem själva eller andra. 2 manliga och 2 kvinnliga vårdare tjänstgör i skift jämte en arbetsterapeut av vardera könet och en socialkurator. Knuten till konferenserna, som hålles en gång i veckan i närvaro av läkare från huvudsjukhuset, är också en representant från arbetsvården (disablement resettlement officer).

C:a 50 % av dessa patienter har vad vi skulle kalla utsträckt frigång och arbetar i den närliggande stadens industrier; fritid och nätter tillbringar de på avdelningen. De övriga arbetar i något nyttosammanhang (utility department) i sjukhusets tjänst eller i kontrakterat industriellt arbete. Man håller på i medeltal 5 timmar om dagen. Ingen sysslar med konsthantverk eller hemslöjd och ingen används som handräckning på avdelningen. Det förväntas dock, att patienterna själva bäddar sina sängar och vaskar och städar på sina salar. Män och kvinnor tillåtas att röra sig fritt och tränas härigenom att umgås naturligt med varandra.

Om en patient lyckats få ett stadigvarande arbete utanför sjukhuset och efter utskrivningen sedan av någon anledning förlorar det, är man



genast redo att gripa in för att söka utreda orsakerna till misslyckandet och hjälpa honom på nytt. Mången klarar sig måhända bättre i någon form av skyddad verksamhet.

En rehabiliteringsenhet av skildrat slag kan existera endast, där administrativa förändringar redan modifierat många aspekter på livet i ett mentalsjukhus och där det finns ett fullt utbyggt samarbete med samhällets sociala organ. Under optimala förutsättningar har man här ett gott instrument i sin strävan att uppmuntra patienterna och förmå dem att komma igenom barriären mellan sig själva och yttervärlden, frigöra sig från institutionsauktoriteten och ta personligt ansvar igen.

Verksamheten på The Maudsley Hospital och Roffey Park Rehabilitation Centre ligger något vid sidan av mitt egentliga studieprogram. Vid det förra gjorde jag en artighetsvisit och tackade för hjälpen med planeringen av min resa men fick också tillfälle till en inblick i den förnämliga psykiatriska forskning, som här bedrivs under ledning av professor Aubrey Lewis. Långtidspatienter i vanlig mening saknas, även om det för senilklientelet här liksom annorstädes växer fram fordringar på ett vidare program än neurosvård. Dagsjukhus för både äldre och yngre är anordnade inom lokaliteterna för det forna Bethlehem Hospital. Eftersom jag hade mitt kvarter i närheten av The Maudsley Hospital, kunde jag utnyttja dess välförsedda bibliotek och åhörde en dag också en gästföreläsning av professor Øllegaard från Oslo om rättspsykiatriens ställning i Norge och Skandinavien.

Roffey Park Rehabilitation Centre har koncentrerat sig på neurosvård enligt psykoanalytiska principer, i och för sig intressant och stimulerande men alltför speciellt för korttidsstudium. I stället för den traditionella analysen med fria associationer använde man sig av exploration med LSD, något som man anser sig ha haft ovärderlig nytta av och som förkortat vårdtiden till maximalt omkring 3 månader. Behandlingsfall mottages från hela Storbritannien men utväljes noga på bas av inremitterande psykiaterns rapporter. Långvariga och störande psykoser, sui-

cidalkandidater, epileptiker, psykopater med socialt beteende och kroniska alkoholister mottages icke. Olämpliga fall, som ändå blir intagna, sändes hem igen efter en observationstid på 14 dagar. Plats finnes för 120 patienter i en gammal patricierbyggnad, vackert belägen i en stor parkanläggning, 70 män och 50 kvinnor. Dessa skötes av sammanlagt 6 läkare med varierande psykoanalytisk inriktning. Årsomsättningen ligger omkring 800—1000 fall. Med detaljerade frågeformulär både till patienterna och inremitterande läkare håller man en noggrann efterkontroll vart halvår under 2 år efter utskrivningen.

För en svensk läkare är det i sanning anmärkningsvärt, vilken föga tyngande faktor alkoholistvården utgör i England, något som sammanhänger med det engelska folkets som helhet betydligt mera städade alkoholvanor. Endast på Warlingham Park Hospital fann jag en mindre avdelning för alkoholskadade, där man under en vårdtid av 3 månader ger individual- och gruppterapi, enligt uppgift med gott resultat. Jag fick deltaga i några av dessa gruppsamtal. Patienterna själva förde ordet med läkaren som en skenbart föga intresserad åhörare. Hans sparsamma ingrepp i diskussionen vittnade dock om en synnerligen lyhörd uppmärksamhet.

Intrycken av en resa som denna måste med nödvändighet bli både många och skiftande, ibland t. o. m. förvirrande. När man söker att sammanfatta dem, dyker en mängd utropstecken upp i marginalen, alla inriktade på förutsättningarna att översätta de vunna erfarenheterna till svenska förhållanden. Jag kan här framhålla endast några få valda synpunkter.

Ett samarbete mellan mentalsjukhus och lokala sociala myndigheter av samma levande styrka som i England synes i Sverige försvåras av den olyckliga omständigheten, att man här så distinkt skiljer på olika kategorier av vårdbehövande människor och vilka instanser, som skall ingripa. Staten svarar som bekant för vården av de sinnessjuka och epileptikerna, landstingen för vården av de lättskötta sinnessjuka och de kroppsligt långtidssjuka, och kommunerna för vården av både psykiskt och somatiskt friska,

som av en eller annan anledning inte kan klara sig på egen hand. I nuvarande ansträngda läge med ökande anhopning av hjälpsökande är det naturligt, att vederbörande instanser värjer sig. Särskilt markant upplever man detta för närvarande i åldersvården, där frågan om frisk eller sjuk oftast blir en avvägningssak. Kommunerna med fyllda ålderdomshem säger: "Vederbörande är sjuk! Det är inte vår sak." Landstingen säger: "Vederbörande är mentalt sjuk! Låt vara, att han betraktas som lättskött! För vårt vårdhem är han alltför störande!" Mentalsjukhusen säger: "Genom vår numera liberala intagningspolitik har omsättningssiffrorna stigit i en för vart år allt brantare kurva, samtidigt som våra personella resurser försvagas genom bristande läkartillgång. Mentalt sjuka av alla kategorier är välkomna, men sjukhuset måste lägga tonvikten på aktiv sjukvård och inte som tidigare på förvaring. För att rationellt kunna utnyttja våra platser, som ursprungligen beräknats efter helt andra krav, måste vi ha avsättningsmöjligheter!" Alltsammans resulterar i sämsta fall i ett bollande med patienten fram och åter mellan berörda parter med irritation och ovilja som följd.

Den skildrade integrationen i England är visst ingen självklar företeelse. Nationaliseringen av hälso- och sjukvården 1948 endast befäste och ytterligare formaliserade den redan tidigare existerande åtskillnaden mellan olika ansvariga instanser. Sjukhusen — både de allmänna och de mentala — lyder under 14 regionala sjukhusstyrelser (boards), i sin tur underordnade hälso- ministeriet, medan de lokala tjänstemännen i hälsovårdsärenden (medical officers of health) tillsättes av kommunala myndigheter. Allmänpraktikerna eller som jag tidigare kallat dem familjedoktorerna (general practitioners) verkar i ett gränsområde mellan de två. Att den lokala myndigheten, som är ansvarig för patientens vård före och efter sjukhusfasen, och den mentala institutionen, som sysslar med all sjukhus-service, sak samma om innanför eller utanför murarna, har kunnat förena sina krafter till ett verkligt samhälleligt psykiatriskt hjälporgan trots det faktum, att det sorterar under två skilda

myndigheter, anses vara nyckeln till framgången för Englands öppna sjukhus. Det är här, som dr. Macmillan lyckats med det till synes omöjliga genom att år 1946, året efter det han begynt sin nya giv, förmå den lokala hälsovården i Nottingham att inrätta en särskild post som medical officer of mental health, vilken han själv beklätt sedan dess. Genom denna åtgärd knöts trådarna samman och mentalsjukhusets chef fick ansvaret inte bara för den egentliga sjukvården utan också för stadens mentala hälsovård i stort, innefattande alla förebyggande psykiatriska åtgärder, samtliga öppna mottagningar, alla vårdhem och dagsjukhus och inte minst upplysningsverksamheten bland allmänheten. Dr. Macmillan förklarar: "Enligt min uppfattning vore det bättre med en enda administrativ myndighet för vården av de mentalt sjuka än att dela uppgifterna mellan de lokala hälsoorganen och hälsovårdsministeriet."

Mentalsjukhusens tendens att växa till mastodontenheter är lika allvarlig här hemma som i England och kräver krafttag för att kunna hejdas. Som en åtgärd i rätt riktning hälsar man avsikten att inom överskådlig framtid lägga all sjukvård under en hatt, d. v. s. landstingen. För mentalsjukvårdens del kommer det att medföra den oskattbara vinsten, att klyftan mellan vad som skall anses vara svårskött och lättskött klientel försvinner. Jag föreställer mig också, att landstingen ganska snart kan göras uppmärksamma på hur mycket mindre kostsam en decentralisering av icke sjukhusfall kommer att bli, decentralisering från huvudsjukhuset till ett antal mindre vårdhem, gärna i anslutning till tillgängliga kroppssjukhus. Man måste också söka vinna de kommunala myndigheterna för en politik, som inte ensidigt tar sikte på en fix gräns mellan frisk och sjuk utan också på en human inställning till vad som för ögonblicket kan vara lämpligast. Liksom i England borde man återgå till kardinalprinciperna kring hemmen, hemmen som hörnstenar i en utvidgad organisation med sikte på en formlig kundtjänst. Samhället skulle ingripa vid förekommande svårigheter och då också ingripa utan dröjsmål och hindra, att rela-

tionen patient—anhörig helt förstöres. Denna relation kan som regel antagas vara positiv, åtminstone från början. Särskilt trängande i dagens läge synes mig en lösning i angiven riktning av åldersvården, om vilken Gustaf Myhrman så riktigt slagit larm. Det han kallar en revolution i åldersvården — d. v. s. allmänhetens radikalt ändrade inställning till en för gångna generationer solklar skyldighet och de allt högljuddare ropen på samhälleliga åtgärder — är endast en naturlig följd av att bördan på de enskilda hushållen tillåtits bli övermäktig. Åsikten om att vården av gamla och sjuka är samhällets sak må vara aldrig så utbredd. Samhället klarar inte ett så brett upplagt program. Det gäller att i stället vända strömmen och hejda en annalkande katastrof, inte genom att bygga flera dyrbara ålderdomshem och mentalsjukhus utan genom att utnyttja redan befintliga resurser på rätt sätt till förmån för och med tyngdpunkt på familjeenheterna och hemmen.

Den öppna vården vid våra mentalsjukhus har hittills varit av tämligen blygsam omfattning. Jag vill föreställa mig, att vi lika väl som i Gloucestershire och West Sussex skulle kunna bygga upp en adekvat psykiatrisk "service", knuten till de sjukvårdsinrättningar, som redan finnas. Överläkaren på mentalsjukhuset skulle vara den rörliga parten och möta patienterna i deras hemregion. Må det tillåtas mig att skissera ett exempel med utgångspunkt från det snart startberedda Mellringe sjukhus i Örebro län, som bekant det första mentalsjukhus, som skall drivas i landstingsregi. Upptagningsområdet kommer att utgöras av Örebro län, som genom sina relativt behändiga avstånd bör kunna vara ett gott experimentfält. Sjukhuset planeras för 3 överläkareavdelningar och hjälpverksamhet med ytterligare en överläkare. Den senare kategorien av läkare har en för vart år mera svårbemästrad uppgift, och frågan är om hjälpverksamhetstjänsten i sin nuvarande organisation bör bibehållas. Låt oss antaga, att hjälpverksamhetsöverläkarens åligganden kunde återföras på sjukhusets s. k. sjukvårdsläkare och att den så ledigblivna överläkaren knytes till sjukhuset som ytterligare en

sjukvårdsläkare. Örebro län skulle härigenom kunna delas i 4 områden med samlingspunkter i Nora—Lindesberg, Kopparberg—Hällefors, Karlskoga och Askersund. Självastaden Örebro med närmaste omgivningar finge tillgång till den vid huvudsjukhuset anordnade mottagningen förutom den redan befintliga vid centralasarettets psykiatriska klinik.

Jag föreställer mig, att en eller två eftermiddagar i veckan skulle räcka för en bilburen läkare att inom ett sålunda begränsat mindre område sköta ett psykiatriskt fältarbete. Envar av de 4 överläkarna vid Mellringe skulle därigenom kunna ta ansvaret för all psykiatrisk sjukvård inom sitt distrikt, både förebyggande vård, slutenvård och eftervård jämte de dagsjukhus eller vårdhem, som kan tänkas bli inrättade. Härigenom vinnes inte minst den eftersträfvansvärda kontinuiteten i vården, och psykiatern får själv ta ställning till vilken behandling, som blir lämpligast. Uppspårandet av de sjuka och medverkan till att de medicinska åtgärderna bjudes så tidigt som möjligt skulle ledas av respektive socialbyråer, förslagsvis med en av sina tjänstemän avdelad för denna uppgift och med bistånd av sjukhusets för regionen utsedda kurator. Huvudsaken är, att systemet blir så rörligt som möjligt, d. v. s. att sjukhuset inte skall behöva vänta, tills patienten står på trappan, utan kommer honom till mötes i bokstavlig bemärkelse.

Organisationen av de s. k. lättskötta sjuka är givetvis också en trängande angelägenhet, som dock inte bör planeras alltför vidlyftigt, beroende på att vi i dag inte vet, hur morgondagens situation blir. När vi som målsättning har att genom tidiga adekvata ingrepp "hindra folk att bli kroniker", bör kronikervården på litet längre sikt bli av sekundär betydelse. Provisorier av olika slag, billiga i tillkomst och drift, får här anses motiverade.

Vikten av en utbyggd arbetsterapi med sikte på industriell, nyttobetonad verksamhet understrykes än en gång. Hittills har möjligheterna för dylika projekt varit skäligen blygsamma i vårt land. Med utgångspunkt från de s. k. skyddade verkstäderna skulle ett samarbete med läns-

arbetsnämnden här kunna inledas med nämndens tjänstemän i sjukhusets lokaler och vice versa. Dessutom finge man intensifiera sökandet efter industrier, som är villiga att släppa till lämpliga detaljarbeten. Hittills har jag vid några tillfällen förgäves uppvakat en del industrier men fått svaret, att man redan hade egna handikappade att förse med utkomstmöjligheter. Mina engelska kolleger rådde mig samstämmigt att i stället söka mig till småindustrierna, som oftare har behov att få någon enkel uppgift utförd. Ett ytterligare problem torde kanske skapas genom fackföreningssynpunkter på att arbetstillfällena kommer i orätta händer, något som man också måst kämpa mot i England men nu lyckligen kommit till en överenskommelse om.

De givna utblickarna torde belysa den moderna mentalsjukvårdens fascinerande möjligheter att bryta gammal slentrian och fördom och utvecklas till en medicinsk disciplin, fullt jämbördig med de två stora: invärtes medicin och kirurgi. Måhända kan mycket av det sagda i förstonte sig verklighetsfrämmande. Erfarenheterna i England talar för motsatsen. Även om vägen ur rådande svårigheter blir lång och brant, måste vi gå den *nu*.

LITTERATUR:

1. Bennett, Folkard & Nicholson: Resettlement in a mental hospital. (The Lancet, Sept. 2, 1961).
2. Carse Joshua: The Community Services of Graylingwell Hospital. Chichester — 1st Jan. 1957 to 31st Dec. 1959.
3. Carse Joshua: Community Care and treatment of the psychiatric patient. (The Practitioner Nov. 1961).
4. Freudenberg, Bennet & May: The relative importance of psychical and community methods in the treatment of schizophrenia. (Congress Report of the 11nd International congress for psychiatry — Zürich Sept. 1957).
5. Folkard Steven: Aggressive behavior in relation to open wards in a mental hospital. (Mental Hygiene, April 1960).
6. Folkard Steven: Some differences amongst mental patients selected for rehabilitation. (Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica, vol. 36, 1961).
7. Lewis Aubrey: Great Britain (Contemporary European Psychiatry — ed. Leopold Bellak).
8. Mabry John: Statistical notes on some British "open" mental hospitals. (The international Journal of Social Psychiatry — Winter 1961—1962).

9. Macmillan, D.: An integrated Mental-Health Service. (The Lancet, Nov. 24, 1956).
10. Macmillan, D.: Community Treatment of Mental Illness. (The Lancet, July 26, 1958).
11. Macmillan, D.: Preventive Geriatrics. Opportunities of a community mental health service. (The Lancet, Dec. 31, 1960).
12. Community Mental Health Services and The Mental Hospital. The Mapperley Hospital Scheme. (World Mental Health, Febr. 1961).
13. May, A. R.: An attempt to counter "institutionalisation" in chronic schizophrenic patients. (The Lancet, June 22, 1957).
14. Metcalf, George: The English open mental hospital: Implications for American psychiatric services. (The Milbank Memorial Fund Quarterly, Oct. 1961).
15. Milbank Memorial Fund: An approach to the prevention of disability from chronic psychoses — The open mental hospital within the community. (New York 1958).
16. Mjönäs, Henry: Studieresa till England september — oktober 1957.
17. Myhrman, Gustaf: Revolution i åldersvården. (Svenska Dagbladet 1/8 1962).
18. Wretmark, Gerdt: Utvecklingslinjer i engelsk mental sjukvård. (Svenska sjukhusföreningens årsbok 1960).



Folke Henschen **Åldrandets** **problem från** **läkarens synpunkt**

— innebär många intressanta problemställningar, som både den enskilde, samhället, medicinen och socialarbetaren har skäl att sätta sig in i och ta ställning till. Man måste därför med stor glädje hälsa en bok av en av de få experter på åldersforskning som vi äger i detta land. —

Peter Heimann i ST

En bok i TEMA-serien från
Bibliotekstjänst, Lund
Pris 12:—