

Mentalvårdens kris och vägen därur

Av dr *Bengt Franzén*, S:ta Maria sjukhus, Hälsingborg

Under sista decenniet har flera planer sett dagen för en s. k. upprustning av den svenska mentalvården. Ännu så sent som 1954 innehöll medicinalstyrelsens reviderade generalplan huvudsakligen förslag om nybyggnader och moderniseringar med huvudsyfte att öka platsantalet samt förbättra lokalerna. Bl. a. diskuterades ingående, hur stora avdelningarna bör vara samt hur mycket personal som bör finnas. Ännu 1954 ansåg många psykiatrer, att felet med den så ofta kritiserade svenska mentalsjukvården till övervägande del låg i platsbristen, personalens otillräcklighet samt lokalernas bristfälliga beskaffenhet.

Sveriges läkarförbunds och Psykiatriska förningens PM om en nyorientering av mentalsjukvården med dess krav på i första hand en *kvalitativ* förbättring av vårdmöjligheterna kan sägas utgöra en vändpunkt i den svenska psykiatrins utveckling. Representanter för den ortodoxa uppfattningen har visserligen ett par gånger höjt sin röst till försvar för sina synpunkter men av allt att döma utan att vinna gehör. Tidigare led den svenska psykiatrin brist på både ideer och ekonomiska medel. Sedan det blivit klart, med vilka stormsteg utvecklingen gått fram i andra länder, står man nu inför en överväldigande mängd nya synpunkter och uppslag. Dessutom har det oväntade inträffat, att samhället börjat visa intresse för mentalvården och statsmakterna beviljat större anslag än tidigare. Därigenom har möjlighet uppstått att i åtskilliga hänseenden förbättra den psykiatriska vården samt att småningom införa åtskilliga av de viktigaste vårdtekniska nyheterna i vårt land, vilket är glädjande, eftersom fler och fler börjat inse den somatiska terapins otillräcklighet. Vad som erfordras är ej en utbyggnad på gammal grund utan en djupgående revidering av mentalvårdens teori och praktik med införande av tidsenliga reformer.

Utländsk kritik av svensk mentalvård

Som belägg för att den svenska mentalvården ej stått särdeles högt i anseende på sakkunnigt håll i utlandet, kan kanske anföras ett utdrag ur en reseberättelse, avgiven till WHO 1954 av överläkaren vid mentalsjukhuset i Heiloo *J. P. de Smet*, en av Hollands ledande psykiatrer, angående hans intryck av bl. a. svensk mentalsjukvård. Efter att ha givit en beskrivning av den svenska mentalsjukvårdens organisation och utbyggnadsprogram ger han följande sammanfattning av sina erfarenheter under 4 veckors studieresa i Sverige 1954.

"Man kan ej komma ifrån det allmänna intrycket, att psykiatrin på de svenska mentalsjukhusen i många hänseenden står på en lägre nivå än i flera andra länder. Först och främst märkte jag med förvåning, att intresset för mentalsjukdomarnas psykogenes nästan helt saknas och att följaktligen ingen psykoterapi praktiseras, ej ens på avdelningar och centra för behandling av neuroser. Endast inom barnpsykiatrin medverkade psykologer. Sjöbrings teori om den organiska orsaken till all psykisk sjukdom, inklusive neuros, behärskar psykiatrin såväl i teori som praktik.

Vården av det kroniska klientelet på mentalsjukhusen är även otillfredsställande. Här tror jag man kan tala om ett "vitium originis". Sjukhusen är i princip slutna, vilket betyder att patienterna är inlåsta. Detta faktum framgår redan av konstruktionen av såväl gamla som nya sjukhus. Byggnaderna har vanligen 3 våningar, och flertalet patienter vårdas i övervåningar utan direkt tillträde till promenadgårdar och park. Detta byggnadssätt gör det otvivelaktigt lätt att låsa in patienter, men systemet står ej i överensstämmelse med moderna psykiatriska vårdprinciper. Samma inställning gör sig märkbar i existensen av en mängd smårum på avdelningarna, vilka inbjuder till isolering av ett stort antal störande och omtöcknade patienter.

Jag såg aldrig att försök gjordes att aktivera dessa patienter eller att resocialisera dem i en socialt-pedagogiskt tillrättalagd miljö. Arbets- och sysselsättningsterapin för det mest regressiva klientelet står alltså på ett primitivt stadium. Vidare sarknas nästan helt social och rekreerande terapi på avdelningarna. Endast vid ett av de mentalsjukhus, jag besökte i Sverige, S:t Maria i Hälsingborg, hade man infört rörelseterapi för kroniska patienter.

Följderna av dessa brister är högst betänkliga. På vissa sjukhus såg jag flera avdelningar med fysiskt friska patienter liggande till sängs, osnyggande, utan någon sysselsättning alls på hela dagen, ständigt isolerade. Jag har även sett avdelningar, där nästan alla patienterna hade blivit lobotomerade.

Det är lätt att förstå orsaken till att vakanta läkartjänster finns överallt vid mentalsjukhusen och att en stor del av dessa uppehålls av utländska läkare."

Det är intressant att jämföra detta med hans intryck av dansk psykiatri vid samma resa:

"Under de sista åren har många yngre psykiatrer gjort studieresor till andra länder, särskilt England och USA, och de har nu med stor entusiasm gripit sig an med att praktisera sina nya erfarenheter i hemlandet. Socialpsykiatrin är i stark utveckling och spelar redan stor roll på många områden inom samhället.

Överallt möter man stor aktivitet och experimentlust. Förutom biologiska behandlingsmetoder använder man psykoterapi i allt större utsträckning vid psykiatriska institutioner (bl. a. använder dr Zahle vid S:t Hans grupp-terapi vid schizofreni). Ännu så länge finns blott en liten grupp vältränade psykoterapeuter, men man har intryck att denna brist snart kommer att fyllas.

Enligt förebild från anstalter i Holland utövas systematisk rörelseterapi vid S:t Hans. Arbetsterapin såväl som social- och rekreationsterapin befinner sig i snabb utveckling.

Det allmänna intrycket av psykiatrins utveckling i Danmark ger anledning till den förväntan, att Danmark, tack vare den entusiasm och vidsynthet man överallt möter i detta land, snart kommer att bli ett exempel för andra nationer."

I den nu aktuella debatten om mentalvårdens reorganisering har ofta starkt divergerande åsikter och intressen framträtt. I samband med studieresor till ledande sjukhus i England, Holland och Frankrike har förf. kommit att intressera sig för frågor, som särskilt berör dels *mentalvårdens allmänna organisation*, dels *sjukhusens byggnadstekniska planering och utrustning* för bedrivande av kvalificerad vård enligt moderna linjer, dels tillvägagångssätt för *befordrande av kontakt och samarbete mellan läkarna inbördes samt mellan de olika personalgrupperna på sjukhusen*.

Synpunkter på mentalvårdens organisation

Det traditionella sättet att samla mentalt sjuka i stora anstalter med över 1.000, ja upp till 2.000 platser anses ju numera olämpligt både ur administrativa och vårdsynpunkter. *De nu existerande trista kolossalsjukhusen torde småningom böra reduceras till samma patientantal, som kommer att finnas på de planerade nya mentalsjukhusen, dvs. något över 700.* Men om de äldre sjukhusen minskas så radikalt och man endast bygger så många nya, att det finns ett mentalsjukhus för varje storstad eller lands- tingsområde, kommer otvivelaktigt det totala platsantalet inom landet att minskas i stället för att växa! Kan detta vara en sund politik efter upprustningskommittéernas energiska krav på ökning av totala platsantalet? Ja, tvärt emot den vanligtvis förfäktade åsikten skulle man vilja hävda, att det alls icke synes önskvärt, att totala platsantalet på mentalsjukhusen ökas. Ett stort antal av de patienter, som nu vårdas där, borde hellre placeras på andra inrättningar.

I första hand skulle man vilja föreslå, att åldringar och andra patienter, som ej synes kunna förbättras genom somatisk och psykologisk specialbehandling, överföres till *mindre, decentraliserade anstalter av hemkaraktär* med enklare utbildad personal än huvudsjukhusens. *Alla icke behandlingsbara patienter skall bort från mentalsjukhusen*, där den aktiva terapin bedrivs. Dessa måste bli högt utvecklade specialanstalter för aktivering och rehabilitering. De måste få en dynamisk karaktär liknande de

stora kroppssjukhusens, där slentrian och stillastående icke tolereras.

Det torde ej råda tvivel om, att antalet åldringar och icke behandlingsbara patienter på mentalsjukhusen är så stort, att om dessa flyttades bort, en nedskärning av platsantalet på de äldre, alltför stora sjukhusen till 700—800 skulle kunna genomföras.

Allteftersom mentalsjukvårdens standard höjes och arbetet intensifieras, kommer dennas good-will bland allmänheten säkerligen att ökas. Detta kan väntas leda till en ökad tillströmning av vårdsökande till mentalsjukhusen. För att tillgodose ett ökat vårdbehov av i synnerhet kortvariga sjukdomsfall väntas de nya psykiatriska lasarettsklinikerna få stor betydelse. Det är av vikt, att en bestämd arbetsfördelning mellan mentalkliniker och mentalsjukhus genomföres. De förra torde huvudsakligen böra ta hand om utredningar av diagnostisk eller socialpsykiatrisk art samt kortvariga vårdfall, kanske i regel ej mer än några veckor — alltså ungefär som man har det ordnat flerstädes i England. Fall som kräver längre vårdtid bör överföras till mentalsjukhus eller från början hänvisas dit, om så av prognostiska skäl synes indicerat. De vårdsökande bör ej själva få bestämma vårdplats, enär detta lätt skulle leda till olägliga konsekvenser. Betydelsefullt är även att avsiktligt bortse från en kategoriklyvning i neuroser och psykosor vid fördelning av vårdfallen. En dylik uppdelning vore, om än teoretiskt motiverad, av praktiska skäl säkerligen olycklig. Det får ej uppstå en gradering av de mentalt sjuka grundad på social värdering efter etiologisk rubricering. Människovärdet skall respekteras lika för alla, oavsett hur sjukdomen ter sig. Såväl i England som i Holland brukar man med skärpa framhålla betydelsen av, att varje tendens till konstlad klassindelning av de sjuka obönhörligt motarbetas.

En åtgärd, som framför allt syftar till att höja terapin till ett högre plan men även ingår som led i strävandet att på särskilda anstalter omhänderta patientgrupper, som kräver annan vård än den som vanligen kan ges på mentalsjukhusen (såsom epileptiker och oligofrena), utgör ett skyndsamt utbyggande av den planerade *specialvården för svårskötta asociala*. Det

är som bekant ett allmänt önskemål bland psykiatrer såväl i vårt land som överallt utomlands, att de vanliga psykiatriska vårdavdelningarna ej skall behöva ta emot personer med asocialt och störande beteende. I vårt land utgör ju internerandet av asociala en av de svåraste belastningarna för mentalsjukvården. Andra länder, såsom England och Holland, är bättre ställda i detta hänseende. I Holland t. ex. straffrifyrkylas ej psykopater. De får tidsbestämda straff och intas därefter på specialanstalter under så lång tid, som synes motive-rad av deras uppträdande.

Allt detta gällde vården på sjukhus. Emellertid är det även av stor vikt att vidtaga åtgärder för att om möjligt undvika att ta in sjuka på anstalter och i stället sköta dem i hemmen. *Sjukhusvården i sig själv kan, särskilt om den blir långvarig, innebära olägenheter, som förhindrar tillfrisknande och resocialisering.* Om den sjuke skiljes för lång tid från hemmet, kan de anhörigas intresse för honom minskas därhän, att de blir obenägna att ta hem honom eller vid försöksutskrivning ej har tillräckligt tålamod med honom för att han skall kunna assimileras i hemmiljön. Den sjuke kan även i så hög grad bli beroende av det ombonade livet på anstalten, att han ej tilltror sig att kunna börja ett oberoende liv igen ute i samhället. Även av kostnadsskäl är det motiverat att begränsa intagningar och vårdtider till vad som är absolut nödvändigt.

I England söker man på sina håll tillämpa följande princip, då sjukhusvård sökes för en patient med oviss prognos. De anhöriga får ett preliminärt besked om hur lång tid behandlingen kan tänkas ta, t. ex. 1 år. Under denna tid har sjukhuset hunnit sätta in alla tänkbara resurser. Patienten kan då ha förbättrats eller helt återställts. Men det kan också hända, att han icke förbättrats. Sjukhuset har emellertid gjort vad det kunnat, och man förväntar, att de anhöriga återtar patienten i det skick han är. Genom detta förfarande kan man visserligen ej tvinga anhöriga att ta hand om svårskötta patienter, men man förebygger, att de alltför lätt släpper kontakten med den sjuke, man stimulerar dem till försök att tolerera och vårda honom i hemmet.

Där sjukhusvård är indicerad kan i vissa fall

platsbesparing ske genom att patienter tas emot endast under dagen, medan övrig tid av dygnet tillbringas hemma hos anhöriga. Dylik dagvård, som tillämpats på vissa håll i Amerika och England under åtskilliga år, har ju föreslagits även för vissa svenska sjukhus i tätorter.

För möjliggörande av en intensifierad förebyggande och kurativ psykiatrisk externvård har som bekant även ställts i utsikt inrättande av polikliniker, behandlingscentra och rådgivningsbyråer överallt i landet. Ett önskemål vore säkerligen även uppdelning av landsbygden i mentalläkardistrikt med räjongpsykiatrer sorterande under en länspsykiater, en organisation som skulle kunna överta en stor del av den nuvarande hjälpverksamhetens uppgifter.

Planerings- och byggnadsfrågor

Planeringen av mentalsjukhus har måhända aldrig stått på någon särskilt hög nivå i Sverige. Detta är påtagligt där man har tillfälle att jämföra sjukhus av såväl äldre som nyare typ, i t. ex. Holland och England resp. Sverige. De holländska och engelska är ofta, även då de byggts ungefär samtidigt med de svenska, mer ändamålsenligt planerade. Detta kan tänkas bero på, att svenska sjukhusarkitekter och mentalläkare ej beretts tillräcklig möjlighet att utomlands studera planerings- och byggnadsfrågor. Särskilt olägligt är, att man under de sista 15 åren av allt att döma ej ägnat utvecklingen i länder med progressiv mentalsjukvård så stort intresse, som varit påkallat med anledning av mentalsjukvårdens nybyggnads- och moderniseringsfrågor. För åtskilliga av de läkare, som genom studieresor erhållit kännedom om moderna krav i fråga om sjukhusplanering, har vissa av den senaste tidens ritningar och förslag beträffande ny- eller ombyggnader tett sig som exponenter för föråldrade synpunkter. Förslagen har t. ex. stundom stått främmande för så viktiga linjer i modern psykiatri, som beredande av möjlighet till olika former av psykoaktiverande terapi (socioterapi, rekreativ-, rörelseterapi etc.).

I en brytningstid som den nuvarande, karakteriserad av snabba förändringar och svårighet att överblicka och värdera mängden av nya synpunkter och krav, vore det otvivelaktigt av

stort värde, om alla förslag till nybyggnader och modernisering kunde utarbetas på den ort, där åtgärderna är aktuella, under samarbete med de på platsen verksamma läkarna. Dessa måste ju förutsättas ha en så värdefull kännedom om lokala förhållanden och behov och deras personliga inställning ha en så avgörande betydelse för de vidtagna åtgärderna, att det torde vara fullt motiverat att låta dem deltaga redan under den första utformningen av förslagen angående deras sjukhus. Mentalsjukhusen är invecklade organismer med en högst särpräglad funktion. Deras konstruktion erbjuder så många speciella problem, vartill t. ex. kroppssjukhusen saknar motstycke, att även den mest framstående expert på vanliga sjukhusbyggen icke på ett tillfredsställande sätt kan tänkas gå i land härmed utan nära samarbete med psykiatriska fackmän.

Några detaljer vid planering eller modernisering av mentalsjukhus, som i andra länder med progressiv psykiatri anses betydelsefulla, skall här nämnas.

Samlingssalen bör vara så stor, att den rymmer c:a 2/3 av de intagna på en gång. Så många anses nämligen vid vanliga mentalsjukhus kunna aktiveras till sociala intressen genom metodisk resocialiserande terapi. Den skall ha lämpliga belysningsanordningar, som kan modereras efter olika behov, samt vara försedd med lätta, stapelbara stolar. För dessa och annan utrustning skall lättillgängliga förrådsrum finnas, då salen behöver rymmas ut. Dimensionerna måste vara tillräckliga även för inrättande av en scen. Särskilda anordningar bör finnas för att möjliggöra servering vid fester och sammankomster.

Beaktas bör dock, att en "festsal" under inga omständigheter är tillfyllest för bedrivande av de olika former av socioterapi, som bör äga rum på ett mentalsjukhus. *Det är av allra största betydelse, att lämpliga lokaler även finnes för lek- och rörelseterapi, edukativ och rekreativ terapi och andra gruppaktiviteter inomhus, vilka ej är att hänföra till den sedvanliga sysselsättnings- och arbetsterapin.* För dessa gruppaktiviteter är det önskvärt att uppföra en särskild terapibyggnad, innehållande en stor "gymnastiksal" samt ett erforderligt antal "klubbrum", samt om möjligt en därtill

ansluten cafeteria. Anordnande av lokaler för dylika ändamål kan många gånger vara mer aktuellt än ombyggnad av äldre avdelningar, vartill anslag då och då beviljas. De gamla kronikeravdelningarna kan ju efter uppsnygning och med lämplig inredning vara lika trevliga som nybyggda avdelningar.

Som exempel på ett klokt sätt att använda tilldelat anslag för rationalisering av terapin kan nämnas *Warlingham Park Hospital* utanför London, ett gammalmodigt och slitet sjukhus vad lokaliteterna beträffar men ett av Englands ledande i fråga om modern socioterapi. Vid ett besök där i april 1956 berättade sjukhuschefen *T. P. Rees*, att han lyckats erhålla ett belopp motsvarande över $\frac{1}{2}$ million kronor till förbättringar vid sjukhuset. I stället för att använda medlen till renovering av någon gammal kronikeravdelning el. dyl. hade han utverkat tillstånd att uppföra en särskild byggnad för socioterapi innehållande ett antal olika lokaler. Den skulle få ett dominerande läge framför huvudfasaden vid sidan om entrén.

I psykiatriska kretsar med modern, progressiv inställning är man numera obestriddt ense om, att *varje mentalsjukhus, förutom tillräckliga lokaler för en rikt varierad sysselsättningsterapi, bör ha ett socioterapeutiskt centrum*. Denna brännpunkt för det terapeutiska arbetet och för hela anstaltens pulserande liv skall vara bekvämt tillgänglig från alla avdelningar. Liksom alltid i fråga om planerings- och byggnadsproblem vid sjukhus måste även här funktions- och bekvämlighetskrav äga företräde framför arkitektoniska stilsynpunkter, vilka bör komma i andra hand. Det torde i de allra flesta fall finnas möjlighet till lösningar, som tillfredsställer både funktionella synpunkter och kravet på stil och smak.

De svenska mentalsjukhusen kan naturligtvis för närvarande icke tillfredsställa några av dessa önskemål, som ju tidigare icke varit aktuella. Man måste därför konstatera, att samlings-salen i allmänhet är för smått tilltagen och för opraktiskt inrättad (t. ex. fullständigt i avsaknad av förrådsutrymmen m. m.) samt att lokaler för socioterapi på de flesta håll saknas.

Det vore en blygsam begäran, att samlings-salen, även på våra största anstalter, kunde bereda utrymme, förutom för scenen, för åt-

minstone $\frac{1}{3}$ av de intagna. Ett sjukhus som *S:t Maria* skulle behöva en minst dubbelt så stor samlings-sal som den nuvarande. Därjämte är det önskvärt att den förses med en tidsenlig och praktisk inredning samt med förrådsutrymmen. Vad socioterapin beträffar har hittills blott några provisoriska och otillräckliga lokaler stått till förfogande vid detta sjukhus.

En för mentalsjukvården olämplig byggnadsstil utgör otvivelaktigt de traditionella husblocken i flera etager. Det förekommer alltså någon gång expertuttalanden till förmån för flervåningssystemet även för andra byggnader än administrations- och ekonomilokaler. Den enda påtagliga fördelen av detta system är, att byggnaderna blir billigare i uppförande. Det kan därför vara försvarligt att använda det för sådana avdelningar, där patienterna avses i regel blott stanna kortare tid, såsom psykiatriska lasaretsavdelningar eller s. k. intagningsavdelningar vid mentalsjukhus. För avdelningar med mera stationära patienter betyder den reducerade byggnadskostnaden föga i jämförelse med nackdelarna ur vård- och trevnadssynpunkt. *Paviljongerna för långtidspatienter bör vara i ett plan* och i alla händelser ej mer än i två plan. *Patienterna bör under dagen kunna få gå ut och in genom en öppen dörr till park eller promenadgård.* Detta kan ej genomföras, om avdelningarna ligger i flera våningar. Men om det senare är fallet, bör varje våning ha en rymlig, inbyggd altan åt solsidan. Det tyvärr alltför vanliga tillvägagångssättet att föra ut alla patienterna på en gång under vissa tider, beroende på vådrets lämplighet eller tillgången på personal, är ett bruk som bör avskaffas.

Beträffande sådana frågor som överläkarsektionernas lämpliga storlek samt åtgärder för patienternas differentiering inom dessa skall här endast hänvisas till mentalsjukvårdsdelegationens av allt att döma goda förslag med små avdelningar och både kvinnor och män på varje överläkarsektion. Vissa avdelningar borde enligt engelskt mönster kunna inrättas som dubbelavdelningar för män och kvinnor med gemensamt dagrum, en anordning som visat sig särskilt lämplig för åldringar och konvalescenter. Läkaraantalet vid en dylik sektion för 240 patienter har föreslagits till 5: en överläkare, en biträdande och 3 underläkare. Särskild "be-

handlingsläkare" bör väl endast förekomma om så är motiverat på grund av lokala önskemål. Varje läkare, som ägnar sig åt mentalsjukvård, bör få tillfälle att redan från början sätta sig in i detta arbete helt och fullt. Hans psykiat-riska erfarenhet ökas då snabbare än om han först en längre tid måste syssla med det terapeutiska handräckningsarbete, som s. k. behandlingsläkartjänst innebär.

Läkarnas bostäder

Då man avhandlar ämnet sjukhusplanering är det oundvikligt att beröra frågan om underläkarbostäderna. Som bekant är bostadsfrågan i vårt land högst prekär, och det anses förmodligen, att läkarna på mentalsjukhusen ej skall gynnnas i bostadshänseende mer än andra medborgare. Nu är det emellertid otvivelaktigt så, att en av orsakerna till att det ej går att besätta läkartjänsterna vid vissa mentalsjukhus är att det ej finns lämpliga familjebostäder. Men utan någorlunda kvalificerade underläkare, som kan stanna åtminstone ett par år i sina tjänster, går det ej att bedriva god mentalsjukvård även om det finns aldrig så fina kök, administrationslokaler och vårdavdelningar. Om underläkarna själva skall skaffa sig bostäder, måste de i regel vänta flera år i bostadskön för att till slut kanske få någon obekvämt belägen bostad. Eftersom deras tjänster ofta är temporära, lönar det sig i många fall ej att söka till sjukhus, som ej kan erbjuda tillfredsställande familjebostad. Det är möjligt, att det finns mentalsjukhus i norra Sverige med tomma läkarbostäder. Detta har man dock föga nytta av i t. ex. Hälsingborg, en stad som säkerligen skulle kunna attrahera åtskilliga sökande till underläkartjänsterna vid S:ta Maria sjukhus, om det funnits tillräckligt antal acceptabla bostäder att erbjuda. Som bostadsläget är i staden och vid sjukhuset för närvarande, är det praktiskt taget meningslöst att ens annonsera ut lediga tjänster. Med över 1.200 nyintagna patienter per år är detta sjukhus verkligen i starkt behov av en välkvalificerad stationär läkarstab.

Bostadsbyggandet åt underläkare har på ett beklagligt sätt nonchalerats från begynnelsen. En orsak härtill har nog bl. a. varit att ingen

tillräckligt kraftigt arbetat för denna för hela sjukvården så viktiga detalj. I fråga om bostadsbyggande vid sjukhusen, synes starka gruppintressen ha uppstått, som arbetat under en viss inbördes konkurrens. Grupper, som ej haft tillräckligt starka förespråkare, har blivit missgynnade, även om de av sakliga och funktionella skäl bort komma i första rummet. Den grupp, som främst bör gynnas, då det gäller bostäder vid mentalsjukhusen är otvivelaktigt underläkarna. Dessa är ju den fortlöpande rutinmässiga sjukvårdens egentligt bärande element. Flera av dem har en kompetens, som möjliggör deras inryckning i överordnad ställning, närhelst någon av överläkarna ej tjänstgör. Underläkarna är de enda av sjukhusets tjänstemän, som ej har sammanhängande, ordnad tjänst. De måste vara beredda att ofta bege sig hemifrån till sjukhuset, även utanför sin reguljära jourtjänst. Om någon skall ha bostad inom bekvämt räckhåll för sjukhuset så är det väl underläkarna. Sådana förhållanden som att de ambulerar mellan olika sjukhus och att de ofta blott kan stanna ett par år eller att deras egen organisation är för svag för att kunna tvinga fram lämpliga bostäder, är väl alldeles oavvisliga skäl till att *alla våra mentalsjukhus bör förses med utbytesbostäder för underläkare.*

Det är emellertid nödvändigt, att dessa bostäder är av god standard, ungefär motsvarande den standard, som svenska läkare i allmänhet brukar komma i åtnjutande av. Det kan alltså ej anses tillfredsställande, att helt lättvindigt göra läkarbostäder av utrymmen här och var på sjukhuset, som icke anses nödvändiga för sjukvården, t. ex. en mindre byggnad med insyn från paviljonger runt om, några rum i en vårdpaviljong eller en gammal byggnad, där det ej lönar sig att lägga in centralvärme därför att den "skall rivas" etc. Det är lätt att anföra exempel. En sådan politik kan försvaras i tider av nöd men synes vara uttryck för en oklok och orealistisk inställning, då det gäller ett betydelsefullt område inom samhället, som måste göras attraktivt för kompetenta sökande.

Det är egendomligt, att även åtskilliga kolleger i framskjuten ställning inom mentalvården synes stå oförstående för denna viktiga orsak

till den alltför ringa rekryteringen av underläkartjänster utan menar, att om man blott moderniserar och skapar trevnad på arbetsplatserna, behöver man ej bry sig så mycket om bostadsfrågan. Emellertid är människan en oberäknelig varelse, som stundom drives av en outrotlig egoism. Gäller det t. ex. val av levnadsbana eller arbetsplats, är det sannolikt, att tanken på familjen och hemmet, platsen för avspänning och rekreation, utgör ett motiv av större styrka och aktualitet än förhållandena på arbetsplatsen. Envar bör ju lätt kunna inse, att det ej går att få läkare, om dessa ej har lämplig bostad. I så fall kan läkarna ej ägna sig åt mentalvård utan måste söka sig till andra grenar av landets sjukvård, där primära mänskliga behov bättre kan tillgodoses.

Förf. har den kanske mycket inopportuna åsikten, att de stationära tjänstemännen, såsom överläkare, intendent, assistent, maskinmästare och trädgårdsmästare m. fl., icke nödvändigt måste ha tjänstebostäder. De här angivna befattningshavarna föreslogs, då medicinalstyrelsen nyligen frågade sjukhusdirektionen, vilka som ansågs böra ha tjänstebostäder i anslutning till sjukhuset. Underläkare, som saknar stämman i direktionen, förbigicks typiskt nog med tystnad. De nämnda befattningarna är tillräckligt attraktiva även om tjänstebostad ej finns. Deras innehavare stannar också i regel så länge, att de har möjlighet att skaffa sig bostad i samhället, innan deras tjänst går ut. Samtliga dessa tjänstemän har också ordnad arbetstid viss del av dagen, är befriade från jourtjänst, och ingen av dem behöver som underläkarna vara redo att rycka in i arbetet vid olika tider.

Det kan ifrågasättas, huruvida icke läkarbostäder stundom varit mera behövliga än åtskilliga andra byggnadsarbeten, som företagits under senare år. Vid ett sjukhus ansågs det t. ex. viktigare att anslå 90.000 kronor till ett garage för 6 motorfordon. Vid ett annat sjukhus vill man kosta på ett ansevärt belopp för ombyggnad av en gammal solid administration, som nog med några smärre förändringar skulle kunna göras fullt tillfredsställande för avsevärd tid framåt. Att platsen har ett ytterst trängande behov av läkarbostäder låtsas man ej om.

Samarbetet mellan läkare och personalgrupper

Att frågan om samarbetet på mentalsjukhusen beröres sist betyder ej, att den är minst viktig. Tvärtom är den av primär betydelse för åstadkommande av en effektiv psykologisk terapi. Även om man måste arbeta i olämpliga lokaler eller avvara all materiell rekvisita för bedrivande av effektiv socioterapi, kan man likväl komma mycket långt enbart genom införande av en rationell samarbetsteknik, ty sättet att samarbeta utgör den grund, på vilken all socioterapi måste vila.

Man tycks ofta ta för givet, att interpersonella svårigheter och konflikter är ovanliga på mentalsjukhusen. Det anses självklart, att de anställda är goda kamrater och alltid kan umgås friktionsfritt. Med vetskap om, hur olika människor är beskaffade, hur vanligt det är med mer eller mindre irrationell animositet människor emellan och konflikter på arbetsplatser, förefaller det naturligt och mänskligt att konflikter kan uppstå även mellan kolleger och grupper av anställda på mentalsjukhusen. Om dylikt märks utåt, skadas sjukhusets goodwill bland allmänheten, en faktor, som ju är av synnerligen stor betydelse för det tereutiska arbetets framgång. Modern socioterapi och aktiveringsterapi kan ej bedrivas med full effekt på ett dylikt sjukhus, ty dessa behandlingsformer bygger på vänskapliga kommunikationer och djupt grundad samarbetsvilja mellan arbetskamrater, personalgrupper och avdelningar. Mindre goda relationer eller splittring mellan terapins utövare går mer eller mindre ut över patienterna.

Dylika företeelser, som på andra arbetsplatser kanske betraktas som oundvikliga och ej oförenliga med ett tillfredsställande samlat arbetsresultat, måste inom mentalsjukvården bemästras genom vidtagande av bestämda motåtgärder. Ett maximalt samarbete bör med all makt befordras mellan kolleger, personalgrupper och avdelningar, och allt som står i vägen härför med gemensamma ansträngningar undanröjas. Alla inom mentalsjukvården, och framför allt naturligtvis läkarna, bör försöka bli experter i bemästrandet av sådana psykiska mekanismer, som befordrar separation och dis-

sonans mellan individer och grupper. Det som ej kan åstadkommas genom enskilda ansträngningar, har man utsikt att lyckas med genom allmän samverkan. *Tekniken för uppnående av ökad kontakt består i täta gruppkonferenser såväl mellan samtliga medlemmar i de särskilda grupperna som mellan de olika grupperna inbördes.* Vid dessa sammankomster bör en öppen och kamratlig atmosfär råda, envar bör hälsa kritik från arbetskamrater och andra välkommen och man bör ogenerat kunna diskutera alla uppkomna problem och komplikationer, såväl de som beror på yttre orsaker, som framför allt sådana, som har sin grund i personliga åsikter, fördomar och vanor. Åsiktsdivergenser och dissonanser på grund av konstitutionella eller sociala olikheter kan ofta på ett utmärkt sätt analyseras, förklaras och lyckligt tillrättläggas inom gruppen, som allvarligt vinnlägger sig om åstadkommande av en för alla gynnsam anda med samriktade, positiva intentioner. Ett sådant lyckligt tillstånd kan uppnås, oavsett man har goda eller dåliga materiella resurser, om alla ansträngningar, all arbetsglädje får gå ut på patienternas bästa i första hand.

Där en klassisk mentalsjukvård ännu utövas, har en attityd av separatism eller åtminstone likgiltighet personer och grupper emellan på vissa håll dröjt sig kvar. En allmän ändring av en dylik för det psykiatriska arbetet så skadlig attityd är ej att förvänta enbart genom personliga initiativ vid spridda sjukhus. Ett kraf-

tigt stöd från medicinalstyrelsen är här önskvärt. Bl. a. är det betydelsefullt att se till, att t. ex. olika överläkarsektioner vid samma sjukhus, s. k. mans- och kvinnosida, hjälpverksamhet etc., icke, som alltfjämt här och var synes vara fallet, tillåtes arbeta helt efter egna linjer utan nämnvärd kontakt, intresse eller hänsyn för varandra. För att höja sjukvårdens standard, för att befordra utvecklingen av nya, effektivare psykoteraapeutiska metoder, oumbärliga i en mentalvård, som vill följa med sin tid, kräves ett väl tillrättat, personligt engagerat samarbete av alla inom varje sjukhus i en omfattning, som tidigare ej kunnat ifrågasättas.

Som exempel på program för gruppsammanskomster kan nämnas följande, som i princip tillämpas (med lokala variationer) vid progressiva mentalsjukhus såväl i skandinaviska som andra länder. Läkarna vid en överläkarsektion konfererar dagligen före eller efter rondan. Samtliga läkare vid sjukhuset träffas t. ex. 1 gång i veckan. Varje vårdavdelning för sig har lämpligen en sammankomst $\frac{1}{2}$ timme varje vecka mellan på avdelningen tjänstgörande personal och underläkare, eventuellt med deltagande av patienter, då anledning därtill förekommer. Vid andra möten träffas samtliga läkare och all personal inom en vårdsektion eller på hela sjukhuset. Administrations- och ekonomipersonal sammanträffar även vid lämpliga tider med läkare och vårdpersonal.

DRICKSVATTEN- ANALYSER

Begär steril provtagningsflaska

Kemiska Kontrollbyrån AB

STOCKHOLM

Holländarg. 3, 1tr. Tel. 23 49 10

