



**National Library  
of Sweden**

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2012

SOU  
1963:24:A

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1963:24

*Inrikesdepartementet*



---

# MENTALSJUKHUSENS PERSONALORGANISATION

Del 1

Intervju- och frekvensundersökningar m. m.

BETÄNKANDE AV MENTALSJUKVÅRDSBEREDNINGENS  
PERSONALDELEGATION

---

*Stockholm 1963*

# STATENS

## OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1963

### *Kronologisk förteckning*

1. En teknisk institution inom Stockholms universitet. Svenska Reproduktions AB. 114 s. E.
2. Kommunalförbundens lånerätt. Idun. 44 s. I.
3. Utrikesförvaltningens organisation och personalbehov. Idun. 90 s. U.
4. Administrativ organisation inom utrikesförvaltningen. Idun. 95 s. U.
5. Försvarskostnaderna budgetåren 1963/67. Idun. 130 s. FÖ.
6. Indelnings- och samarbetsfrågor i Göteborgs- och Malmöområdena. Idun. 212 s. I.
7. Utlännings tillträde till offentlig tjänst. Svenska Reproduktions AB. 40 s. Ju.
8. Preliminär nationalbudget för år 1963. Marcus. IV + 97 s. FI.
9. Universitetens och högskolornas organisation och förvaltning. Hæggström. 509 s. E.
10. Universitetsväsendets organisation. Hæggström. 190 s. E.
11. Upphållstillstånd m. m. för utländska studerande. Idun. 54 s. I.
12. Översättning av fördrag angående upprättande av Europeiska ekonomiska gemenskapen och tillhörande dokument. Marcus. 283 s. H.
13. Utbildning av lärare för jordbruk och skogsbruk samt fortbildning av lärare i yrkesämnen. Idun. 269 s. E.
14. Undersökning av taxeringsutfallet. Idun. 155 s. FI.
15. Vägen genom gymnasiet. Idun. 315 s. E.
16. Sveriges statskick. Del 1. Lagförslag. Idun. 206 s. Ju.
17. Sveriges statskick. Del 2. Utkommer senare.
18. Sveriges statskick. Del 3. Utkommer senare.
19. Sveriges statskick. Del 4. Bilagor. Idun. 311 s. Ju.
20. Bärarlönens fördelning, sjöförklaring m. m. Idun. 111 s. Ju.
21. Sjukhus och öppen vård. Idun. 486 s. I.
22. Kraven på gymnasiet. Idun. 367 s. + 12 s. ill. E.
23. Förslag till lag om vissa gemensamhetsanläggningar m. m. Idun. 290 s. Ju.
24. Mentalsjukhusens personalorganisation. Del. I. Intervju- och frekvensundersökningar m. m. Idun. 259 s. I.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1963:24

*Inrikesdepartementet*



MENTALSJUKHUSENS  
PERSONALORGANISATION

Del 1

Intervju- och frekvensundersökningar m. m.

BETÄNKANDE AV MENTALSJUKVÅRDSBEREDNINGENS

PERSONALDELEGATION

IDUNS TRYCKERIAKTIEBOLAG ESSELTE AB

STOCKHOLM 1963



MENTALSUKHETS  
PERSONALORGANISATION

DEL I

Inledning och förklarande begrepp

BEVÄRANDE AV MENTALA Sjukdomars

PERSONALORGANISATION

## Innehåll

<i>Skrivelse till Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Inrikesdepartementet . . . .</i>	5
<b>1 kap. Presentation av personaldelegationens organisationsundersökningar . . . .</b>	<b>7</b>
Planeringsarbetet, valet av sjukhus sid. 7 — intervjuundersökningen sid. 11 — frekvensstudierna sid. 12 — arbetsredogörelserna sid. 13 — informationskonferenser m. m. sid. 14.	
<b>2 kap. Litteraturöversikt över studier av personalförhållanden vid mentalsjukhus</b>	<b>17</b>
<b>3 kap. Några allmänna synpunkter på mentalsjukhuset som ett socialt system .</b>	<b>22</b>
Inledning sid. 22 — mentalsjukhuset som ett socialt system sid. 22 — intra-personella och inter-personella problem sid. 27 — patienten såsom en del av sjukhusets sociala system sid. 29 — vårdavdelningen som en terapeutisk miljö sid. 32 — sjukhusets materiella resurser och plantekniska utformning sid. 33 — sjukhusets storlek sid. 33 — vårdavdelningens storlek sid. 34 — vårdavdelningens plantekniska utformning sid. 34. — vårdavdelningens status sid. 35 — utformningen av den sociala strukturen sid. 36 — den formella strukturen och auktoritetsförhållandena sid. 36 — kommunikationsproblem sid. 38 — befattningshavarnas inställning och beteende sid. 40 — sammanfattning sid. 41.	
<b>4 kap. Rapport över intervjuundersökningen</b>	
I. Tillvägagångssätt vid genomförandet av undersökningen . . . . .	43
Undersökningens omfattning sid. 43 — frågeformulär sid. 44.	
II. Resultat . . . . .	45
Data om de undersökta sjukhusen sid. 45 — bakgrundsdata om läkarna och sjukvårdspersonalen sid. 53 — lokaler och utrustning sid. 58 — arbetsuppgifter sid. 66 — läkarnas ronder sid. 66 — läkarnas öppna vård sid. 79 — föreståndarinnor och uppsyningsmän sid. 83 — arbets- och socioterapeuter sid. 88 — psykologer och kuratorer sid. 92 — vårdavdelningspersonalen sid. 94 — patientkontakter och terapi sid. 99 — samtal sid. 100 — psykoterapi sid. 106 — gruppterapi sid. 107 — socioterapi och reaktivering sid. 108 — förbättringar rörande terapi och sysselsättning sid. 116 — differentiering sid. 117 — kommunikation och information sid. 118 — inställning till speciella personalkategorier sid. 123 — forskning sid. 125 — utbildning och undervisning sid. 128.	
<b>5 kap. Rapport över frekvensundersökningen . . . . .</b>	<b>129</b>
I. Provundersökningen vid Ulleråkers sjukhus . . . . .	129
II. Tillvägagångssätt och resultat . . . . .	132
Valet av vårdavdelningar sid. 132 — bearbetningen av frekvensstudiematerialet sid. 133 — standardberäkningar sid. 136 — beskrivning av tabellmaterialet sid. 144 — fördelning av de olika grupperna av observationer sid. 145 — observationernas fördelning på manliga och kvinnliga vårdavdelningar samt på statliga och kommunala sjukhus sid. 145 — observationernas fördelning på olika personalkategorier sid. 149 — avdelningsbiträdenas arbetsuppgifter sid. 156 — observationer-	

nas fördelning på vårdavdelningar av olika karaktär sid. 156 — observationernas fördelning på stora och små vårdavdelningar sid. 160 — observationernas fördelning på olika veckodagar sid. 161 — observationernas fördelning efter tidpunkt på dagen då observationerna gjordes sid. 164 — observationernas fördelning med hänsyn till patienternas vårdtider sid. 165 — observationernas fördelning med hänsyn till antal under år 1959 nyinskrivna patienter i procent av antalet godkända vårdplatser vid respektive vårdavdelningar sid. 167 — observationernas fördelning med hänsyn till det relativa antalet åldringar över 70 år vid respektive vårdavdelningar sid. 168 — observationernas fördelning med hänsyn till patienternas förmåga att sköta sin personliga hygien vid respektive vårdavdelningar sid. 169 — observationernas fördelning med hänsyn till antalet patienter, som matas i procent av hela antalet patienter vid vårdavdelningarna sid. 171 — observationernas fördelning på de tre observatörerna sid. 174.

6 kap. Rapport över arbetsredogörelseundersökningen . . . . .	175
Tillvägagångssätt sid. 175 — resultat sid. 176.	

7 kap. Sammanfattning . . . . .	194
---------------------------------	-----

### Bilagor

I. Till rapporten över intervjuundersökningen (Kap 4) . . . . .	210
Frågeformulär I 1—I 4	

II. Till rapporten över frekvensundersökningen (Kap 5) . . . . .	237
--	-----

#### Tabellbilaga.

B 1 Observationerna fördelade gruppvis på statliga och kommunala sjukhus samt på manliga och kvinnliga vårdavdelningar. . . . .	237
B 2 Observationerna fördelade gruppvis på olika personalkategorier. . . . .	239
B 3 Fördelning av de observationer som gjordes beträffande avdelningsbiträden . . . . .	242
B 4 Observationerna fördelade gruppvis efter vårdavdelningarnas karaktär . . . . .	243
B 5 Observationerna fördelade gruppvis efter vårdavdelningarnas storlek . . . . .	245
B 6 Observationerna fördelade gruppvis på olika veckodagar . . . . .	247
B 7 Observationerna fördelade gruppvis efter tidpunkt på dagen, då observationerna gjordes . . . . .	248
B 8 Observationerna fördelade gruppvis på akutavdelningar och avdelningar för långtidssjuka . . . . .	250
B 9 Observationerna fördelade gruppvis med hänsyn till antal under år 1959 nyinskrivna patienter i procent av antalet godkända vårdplatser vid resp. vårdavdelningar . . . . .	251
B 10 Observationerna fördelade gruppvis med hänsyn till det relativa antalet åldringar över 70 år. . . . .	253
B 11 Observationerna fördelade gruppvis med hänsyn till patienternas förmåga att sköta sin personliga hygien . . . . .	255
B 12 Observationerna fördelade gruppvis med hänsyn till antalet patienter, som matas. . . . .	257
B 13 a—b Observationerna fördelade gruppvis på de tre observatörerna. . . . .	258

## *Till*

### *Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Inrikesdepartementet*

Genom beslut den 5 juni 1959 bemyndigade Kungl. Maj:t chefen för inrikesdepartementet att tillkalla högst sex sakkunniga för att såsom en särskild delegation biträda mentalsjukvårdsberedningen vid utredning rörande personalorganisationen vid mentalsjukhusen jämte därmed sammanhängande spörsmål.

Med stöd av nämnda bemyndigande tillkallades den 30 juni 1959 som ledamöter i personaldelegationen förbundsdirektören Ivar Dahlgren, vilken såsom ordförande skulle leda delegationens arbete, t. f. byråinspektören Jane Emers, ordföranden i statens sjukhuspersonals förbund Abel Enmark, sjukhusdirektören Bertil Persson, byråchefen Bengt Söderqvist och överläkaren Curt Åmark.

Till sekreterare åt utredningen förordnades den 4 september 1959 byrådirektören Sigurd Fagring. Samma dag tillkallades direktören i svensk sjuksköterskeförening Gerd Zetterström Lagervall att såsom expert biträda delegationen. Såsom experter tillkallades sedermera, den 27 januari 1960 docenten Joachim Israel, den 7 juli 1960 instruktionssköterskan Gertrud Olsson, den 10 oktober 1960 kuratorn Margareta Franzén och den 6 september 1962 organisationsdirektören Sverre Royen. Alltsedan den 1 januari 1960 har experten hos mentalsjukvårdsberedningen, försäkringsdirektören Tage Larsson, medverkat i delegationens arbete. I delegationens organisationsundersökningar har vidare socialassistenten Gun Zacharias medverkat.

Enligt givna direktiv borde utredningen kartlägga arbetsuppgifterna för i första hand sjukvårdspersonalen men också i erforderlig utsträckning för andra personalgrupper vid mentalsjukhusen. På grundval därav skulle utredningen undersöka, vilka olika personalkategorier, som borde inrymmas inom organisationen och fördelningen av uppgifterna dem emellan. Med hänsyn till det allt intensivare samarbete med kroppssjukvården, som



redan kommit eller kan väntas komma till stånd, borde erfarenheterna inom lasarettssjukvården åtminstone i vissa hänseenden därvid utnyttjas. I den mån så påkallades av utredningsresultaten borde utredningen vara oförhindrad att föreslå därav betingade jämkningar i utbildningen.

Under iakttagande av dessa direktiv har utredningsarbetet hittills bedrivits i två etapper, den första avseende kartläggningen av arbetsuppgifterna, och den andra — som alltså pågår — avseende utformningen av en ny personalorganisation. Sedan detta arbete slutförts kommer delegationen att överväga vissa utbildningsfrågor.

I stället för att i *ett* betänkande sammanföra delegationens utredningar och förslag har delegationen funnit det lämpligt att i ett första betänkande redovisa de större utredningar, som delegationen gjort och vilka syftat till att kartlägga de olika befattningshavarnas uppgifter, arbetstidens fördelning på dessa uppgifter, inställningen till förekommande arbeten och till sjukhusverksamheten överhuvudtaget. De utredningar, som härmed avses och vilka sålunda redovisas i föreliggande betänkande, utgöres av intervju- och frekvensstudier samt arbetsredogörelser. En kortfattad presentation av dessa återfinnes i kapitel 1.

Personaldelegationen får härmed vördsamt överlämna ifrågavarande betänkande. Den i detsamma redovisade intervjuundersökningen har utförts under ledning av experten Israel, vilken också utarbetat kapitel 2—4 i betänkandet.

Stockholm den 5 mars 1963.

*Ivar Dahlgren*

*Jane Emers*

*Abel Enmark*

*Bertil Persson*

*Bengt Söderquist*

*Curt Åmark*

*/ Sigurd Fagring*

## KAPITEL 1

### Presentation av personaldelegationens organisationsundersökningar

Utredningsarbetet började med att utröna vilka undersökningsmetoder, som borde komma till användning vid en kartläggning av sjukvårdspersonalens arbetsuppgifter. Vid tidigare undersökningar av liknande slag har ofta tidsstudier (klockstudier) använts. Genom den nära kontakt, som vid tidsstudier alltid måste uppstå mellan arbetstagaren och arbetsstudiemannen, kan man inte bortse från möjligheten att viss irritation kan uppstå, vilket kan påverka resultaten av undersökningarna. Inom mentalsjukvården är relationerna mellan de anställda och patienterna känsliga, vilket också gör det mindre lämpligt att använda klockstudier. Denna metod ansågs icke böra tillämpas i förevarande fall. Delegationen beslöt därför att pröva en kombination av tre andra metoder, nämligen intervjumetoden, frekvensstudiemetoden och arbetsredogörelsemetoden.

I det följande skall vi lämna en redogörelse för den metodik, som tillämpades vid genomförandet av dessa tre olika slag av undersökningar. Dessförinnan vill vi emellertid nämna något om hur urvalet av sjukhus gjordes och i anslutning därtill ange några statistiska uppgifter om de sjukhus, som blev föremål för organisationsundersökningarna.

#### Valet av sjukhus m. m.

Vid valet av de sjukhus, som borde ingå i undersökningarna, hade delegationen den målsättningen, att man borde söka sig fram till ett genomsnitt av de svenska mentalsjukhusen av i dag. Därmed skulle möjligheter erhållas att få fram den eventuella skillnad i fråga om personalens arbetsförhållanden, som bero på sjukhusens olika storlek, standard, geografiska belägenhet, personalens sammansättning etc. För att få till stånd en jämförelse mellan statliga och kommunala sjukhus borde vidare ett par kommunala sjukhus bli föremål för studium. Personalorganisationen där skiljer sig nämligen i vissa hänseenden från de statliga sjukhusens. Det finns bl. a. ett betydligt större antal legitimerade sjuksköterskor vid de kommunala sjukhusen. Sjukvårdsstyrelserna i Stockholm och Göteborg tillskrevs därför med förfrågan, huruvida man var intresserad av att delegationen genomförde organisationsundersökningar vid Långbro resp. Lillhagens sjukhus. Sedan positiva svar lämnats på dessa förfrågningar, beslöt

delegationen att även dessa båda sjukhus skulle ingå i undersökningarna. Eftersom det finns 22 statliga primärsjukhus och 7 kommunala och eftersom vi skulle ta hänsyn till sådana faktorer som storlek, standard etc., gjordes det inget sannolikhetsurval. I stället gick man mera informellt tillväga och valde sjukhus som uppfyllde förut angivna kriterier.

Undersökningen kom att omfatta följande sjukhus:

#### Statliga mentalsjukhus

S:ta Maria sjukhus, Hälsingborg

S:ta Gertruds sjukhus, Västervik

Sundby sjukhus, Strängnäs

Sidsjöns sjukhus, Sundsvall

Gullberna sjukhus, Karlskrona

#### Kommunala mentalsjukhus

Långbro sjukhus, Stockholm

Lillhagens sjukhus, Göteborg

I rapporterna över intervju- resp. frekvensundersökningarna har vi ersatt sjukhusens namn med bokstäver. Sjukhusen har därvid upptagits i annan ordning än vad ovan angivits.

Vissa allmänna uppgifter — såsom vårdplatsantal, beläggning, antal tjänster — rörande dessa sjukhus återfinnes i tabell 1.

Tabell 1. Vissa allmänna uppgifter beträffande de sjukhus vid vilka organisationsundersökningar företagits

	S:ta Maria	S:ta Gertrud	Sundby	Sidsjön	Gull- berna	Långbro	Lill- hagen
Folkmängden den 31/12 1960 inom sjukhusets upptagningsområde ...	417 928	327 318	485 472	392 206	144 498	393 136	405 252
Antal vårdplatser vid sjuk- huset den 31.12.60 . . . . .	1 350	986	895 <sup>1</sup>	904	800	1 046	1 240 <sup>2</sup>
Antal å sjukhuset vårdade patienter den 31.12.57 . . .	1 605	1 207	1 055	947	362 <sup>3</sup>	966	1 188
» 31.12.58 . . . . .	1 556	1 202	1 041	962	720	952	1 191
» 31.12.59 . . . . .	1 467	1 187	1 005	963	763	927	1 195
» 31.12.60 . . . . .	1 415	1 140	1 049	939	772	976	1 225
» 31.12.61 . . . . .	1 391	1 099	1 206	894	780	763	1 229

<sup>1</sup> Därjämte 120 vårdplatser vardera å sekundärvärdelningarna Ribbingelund och Rosöga.

<sup>2</sup> Inklusivt 65 vårdplatser å annexen Floda säteri och Lärjeholm (24 resp. 41 platser).

Personal å Floda säteri å Lärjeholm  
 1 läkare 1 sjuksköterska  
 1 föreståndarinna 6 skötare  
 1 sjukgymnast 1 biträde  
 1 sjuksköterska  
 12 skötare

<sup>3</sup> Sjukhuset öppnades under år 1957.

	S:ta Maria	S:ta Gertrud	Sundby	Sidsjön	Gull- berna	Långbro	Lill- hagen
<i>Antal tjänster såsom läkare inom sjukhusvården 1961/62</i>							
Överläkare.....	4	3	3	3	2	4	4
Bitr. överläkare.....	1	1		1 <sup>4</sup>		4	8
Förste läkare.....	3	2	2	2	2		
Underläkare.....	7	5	4	5	3	12	12
Summa	15	11	9	11	7	20	24
<i>Medelbeläggning (1960 års) per läkartjänst.....</i>	92	110	117	80	112	46	52
<i>Antal tjänster inom familjevård och hjälpverksamhet 1961/62</i>							
Överläkare.....	1	1	1	1	1		
Förste läkare.....			1				
Föreståndare.....	2	2	1	2	1		
Kurator.....	1	1	1	1	1	4	6
Kanslibitråde.....	1		1	1			1
Kontorsbitråde.....		1			1		1
Summa	5	5	5	5	4	4	8
<i>Antal tjänster för kontorspersonal 1961/62</i>							
<i>a) Läkarexpeditioner</i>							
Kontorist.....	1	1	1	1	1	1	1
Kanslibitråde.....	3	2	1	3	1	6	2
Kontorsbitråde.....	2	1	1	1	2	1	3
Summa	6	4	3	5	4	8	6
<i>b) Föreståndarexpeditioner</i>							
Kanslibitråde.....						2	
Kontorsbitråde.....	4	3	3	2,5	2		1
Summa	4	3	3	2,5	2	2	1
<i>Antal tjänster för central sjukvårdspersonal 1961/62</i>							
Personalföreståndare...	1	1	1	1	1	1	1
Bitr. dito.....	1	1	1	1	1	2	1
Föreståndare för inre sjukvård.....	4	3 <sup>5</sup>	2 <sup>6</sup>	2 <sup>7</sup>	2	4	6
Överskötare för yttre arbeten.....	1	1	1	1	1	1	
Nattpersonal, överskötare.....	4	3	3	3 <sup>8</sup>	2	8,5	3,5
Summa	11	9	8	8	7	16,5	11,5
<i>Antal tjänster vid medicinskt centrum</i>							
Överläkare.....						1	

<sup>4</sup> Härtill kommer 1 bitr. överläkare och 1 underläkare för specialavdelningen.

<sup>5</sup> Härtill kommer 1 föreståndare för fasta paviljongen.

<sup>6</sup> » » 1 » » vardera sekundäravdelningarna Ribbingelund och Rosöga.

<sup>7</sup> » » 1 » » specialavdelningen.

<sup>8</sup> » » 1 nattöverskötare för specialavdelningen.

	S:ta Maria	S:ta Gertrud	Sundby	Sidsjön	Gull- berna	Långbro	Lill- hagen
Sjuksköterska på laboratorium, läkemedelsförråd m. m. ....	3	3	2	4	3	6	5
Laboratorieassistent...						1	
Laboratris.....							2
Förste skötare.....	1		1	1	1		
Skötare.....	1						1
Laboratoriebiträde.....	1	1		1		2	0,5
Avdelningsbiträde.....	1	1		1	1		2
Kanslibitträde.....						0,5	
Summa	7	5	3	7	5	10,5	10,5
<i>Antal tjänster för sjukvårdspersonal å vårdavdelningar 1961/62</i>							
Antal vårdavdelningar	40	33 <sup>9</sup>	22 <sup>10</sup>	22 <sup>11</sup>	27	38	40
Överskötare.....	40	33	21	24	27	47	40
Förste skötare.....	72	62	41	42	52	36	49
Skötare.....	349	272	239	199	198	314	369
Avdelningsbiträde.....	24	22	14	16	28	37	32
Summa	485	389	315	281	305	434	490
<i>Medelbeläggning (1960 års) per tjänst .....</i>	3,04	3,03	3,34	3,11	2,57	2,09	2,59
<i>Antal tjänster för sjukvårdspersonal sysselsättnings- och arbetsterapi m.m. 1961/62</i>							
Terapiföreståndare.....	1	1	1	1	1		1
Arbetsterapeut.....				1		4	5
Förste skötare.....	5	2	2	3	2		
Skötare, praktikant ..	5	3	2	3	3		6
Avdelningsbiträde.....					1		
Summa	11	6	5	8	7	4	12
<i>Antal tjänster för diverse sjukvårdspersonal 1961/62</i>							
Psykolog.....				1		2	1
Sjukgymnast.....	1			1		3	3
Summa	1			2		5	4
<i>Antal tjänster för utbildning av mentalsjukvårdspersonal 1961/62</i>							
Instruktionssköterska..	1	1	1	1	1	1	2
Summa	1	1	1	1	1	1	2

<sup>9</sup> Härtill kommer följande personal vid den fasta paviljongen, som omfattar 2 vårdavdelningar: 2 överskötare, 4 förste skötare samt 20 manliga skötare (medelbeläggning per tjänst 1,31).

<sup>10</sup> Härtill kommer följande personal vardera vid sekundäravdelningarna Ribbingelund resp. Rosöga, som var och en omfattar 3 avdelningar: 3 överskötare, 6 förste skötare, 19,5 resp. 18,5 skötare (medelbeläggning per tjänst 4,39 resp. 4,56).

<sup>11</sup> Härtill kommer följande personal vid specialavdelningen, som omfattar 6 vårdavdelningar: 6 överskötare, 12 förste skötare samt 47 skötare (medelbeläggning per tjänst 1,48).

	S:ta Maria	S:ta Gertrud	Sundby	Sidsjön	Gull- berna	Långbro	Lill- hagen
<i>Antal tjänster för personal å sy- och vävsal 1961/62</i>							
Slöjdföreståndare.....	1	1	1	1	1	1	
Sömmerska eller vä- verska .....	4	2	2	2	2	2	3
Skötare.....						2	
Ekonomibitråde.....	2	4	3	2	2		
Summa	7	7	6	5	5	5	3

### Intervjuundersökningen

I likhet med frekvensstudierna och arbetsredogörelserna avser intervjustudierna att kartlägga olika befattningshavares arbetsuppgifter och arbetstidens fördelning på dessa uppgifter samt att därjämte lämna vissa synpunkter på vederbörande befattningshavares inställning till olika förekommande arbeten, behovet av utbildning samt önskemål rörande arbetet och sjukhusverksamheten överhuvudtaget.

Intervjuundersökningen omfattade följande personalkategorier

överläkare

bitr. överläkare

underordnade läkare

psykologer

kuratorer

personalföreståndare

föreståndarinnor<sup>1</sup> i hjälpverksamhet samt

föreståndarinnor och uppsyningsmän<sup>1</sup> för inre sjukvård.

arbetsterapeuter

socioterapeuter<sup>2</sup>

Delegationen fann det emellertid önskvärt, att även personal vid vårdavdelningar intervjuades. Eftersom det skulle bli alltför omfattande och tidskrävande att härvidlag göra en totalundersökning, bestämdes det att ett representativt urval av vårdavdelningarnas personal skulle göras och att intervjuerna skulle begränsas till detta urval.

Samtliga ovannämnda befattningshavare med undantag för vårdavdelningspersonalen intervjuades vid alla i undersökningen ingående sjukhus. Intervjuerna genomfördes på befattningshavarnas arbetstid. I den information, som delgavs personalen före undersökningens början, framhölls att deltagandet i intervjuerna var frivilligt. Samtliga uttagna personer ställde sig välvilligt till förfogande. Ett visst bortfall förekom dock, men det ut-

<sup>1</sup> Beteckningarna »uppsyningsman» och »föreståndarinna» har numera ersatts med »föreståndare».

<sup>2</sup> Speciella tjänster som »socioterapeut» fanns vid tiden för våra undersökningar ej inrättade. Vid de statliga sjukhusen fullgjorde skötare eller förste skötare hithörande uppgifter, och vid ett av de kommunala sjukhusen fanns särskild studieledare anställd.

gjordes av sådana personer, som vid intervjutillfället befann sig på semester eller var tjänstlediga.

I fråga om vårdavdelningspersonalen gjordes intervjuundersökningen endast på fyra sjukhus, nämligen vid två statliga samt vid två kommunala. Det ena av de statliga sjukhusen är ett relativt nybyggt och modernt sjukhus, det andra är i byggnadshänseende gammalt och relativt tungarbetat. De två kommunala sjukhusen innehåller båda en gammal och en modern, nybyggd del.

Valet av vårdavdelningspersonal tillgick på följande sätt.

Denna personal består av överskötare, förste skötare och skötare, och eftersom dessa tre personalkategoriernas storlek varierar, beslöts att varannan överskötare, var femte förste skötare och var tionde skötare vid de fyra sjukhusen skulle intervjuas. Som urvalsram användes sjukhusens lönelistor. För skötarna gjordes sedan ett obundet, slumpmässigt urval. Eftersom en del personer befann sig på semester eller tjänstledighet valdes även en del reserver, som i vissa fall intervjuades för att man skulle uppnå det i förväg fastställda antalet intervjuer.

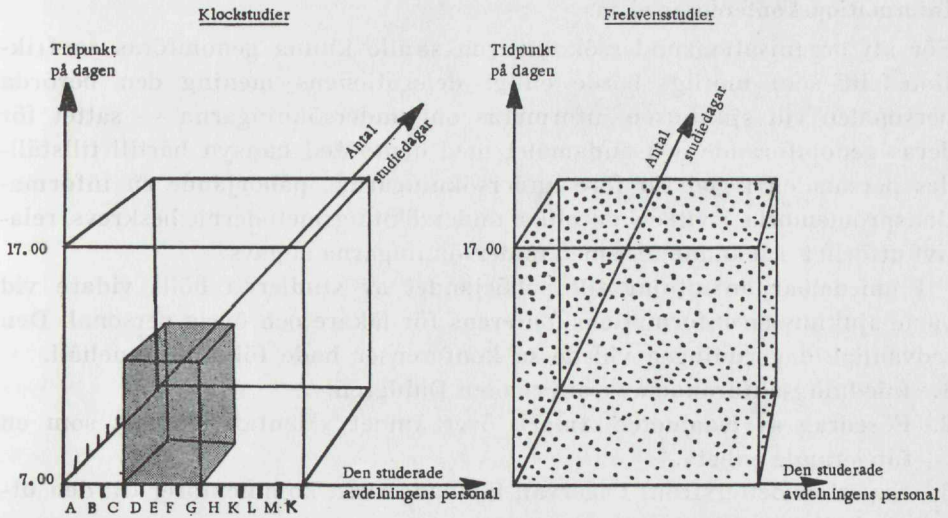
Vid utformningen av frågeformulären fastställdes först frågeområdena. Sedan formulerades frågorna, och formulären testades i en förundersökning vid Ulleråkers sjukhus i Uppsala. Därefter omarbetades frågeformulären, och efter ytterligare diskussioner fastställdes de slutgiltiga formulären.

### Frekvensstudierna

Genom användandet av frekvensstudier har ytterligare ett medel erhållits för införskaffande av fakta om arbetsförlopp. Metoden, som i relativt betydande omfattning använts inom industrin, innebär att man genom stickprovsundersökningar insamlar material, som statistiskt bearbetas. Principerna bygger på sannoliketskalkylens tillämpning inom den matematiska statistiken. Utförandet av en frekvensstudie tillgår på så sätt att man vid slumpmässigt valda tidpunkter observerar ett arbetsförlopp och antecknar dess karaktär vid dessa tillfällen. I jämförelse med klockstudier är frekvensstudiemetoden smidig genom att den lämnar personalen i stort sett oberörd av observatörerna.

Skillnaden mellan på sedvanligt sätt genomförda tidsstudier (klockstudier) och frekvensstudier kan schematiskt åskådliggöras med följande skiss.<sup>1</sup> Den studerade avdelningens personal, antal studiedagar och tidpunkt på dagen får bilda ett treaxligt koordinatsystem. De större kuberna i diagrammet avser den totala arbetsvolymen under en arbetsperiod. Den mindre kuberna i den vänstra delen av diagrammet avser arbetsvolymen av de arbetstagare som beröres av tidsstudier under den tid dessa pågår, vil-

<sup>1</sup> Sten Jacobsson och Rolf Linnarsson: «Frekvensstudier». (Utgiven av Västmanlands arbetsstudieförening, Västerås).



ket sedan får representera hela avdelningens arbete. Vid klockstudier kan man av ekonomiska skäl studera endast ett fåtal personer under en relativt kort tid. Frekvensstudier däremot gör det möjligt att studera hela arbetsgruppen, vilket framgår av den högra delen av diagrammet, där prickarna representerar observationer, som görs beträffande samtliga befattningshavare på avdelningen.

I delegationens undersökningar tillämpades frekvensstudierna beträffande personalen på 6 vårdavdelningar vid varje sjukhus och — dock endast i provundersökningen — personalen å medicinskt centrum.

### Arbetsredogörelserna

Dessa tillgick på så sätt att befattningshavarna under en fyradagarsperiod fick redogöra för vad de sysslat med. Uppgifterna lämnades på ett särskilt upprättat formulär, vilket var indelat i halvtimmesperioder.

Arbetsredogörelser lämnades av följande personalkategorier

läkare

central sjukvårdspersonal såsom personal å medicinskt centrum

personalföreståndare

uppsyningsmän och föreståndarinnor

nattpersonal

arbetsterapipersonal

sjukvårdspersonal i familjevård och hjälpverksamhet samt

psykologer och kuratorer.

En närmare presentation av tillvägagångssättet vid genomförandet av denna del av organisationsundersökningarna lämnas i kapitel 6.



### Informationskonferenser m. m.

För att organisationsundersökningarna skulle kunna genomföras så friktionsfritt som möjligt borde enligt delegationens mening den berörda personalen vid sjukhusen informeras om undersökningarna — sättet för deras genomförande och ändamålet med dem. Med hänsyn härtill tillställdes personalen i god tid före undersökningarnas påbörjande en informationspromemoria i vilken de olika undersökningsmetoderna beskrevs relativt utförligt och ändamålet med undersökningarna angavs.

I omedelbar anslutning till påbörjandet av studierna hölls vidare vid varje sjukhus en informationskonferens för läkare och övrig personal. Den sedvanliga dagordningen vid dessa konferenser hade följande innehåll.

1. Inledningsanförande av ordföranden Dahlgren.
2. Föredrag av ledamoten Åmark över ämnet »Mentalsjukhuset som en fungerande enhet».
3. Experten Zetterström Lagervall lämnade vissa kommentarer till den utsända informationspromemorian.
4. Ledamoten Enmark redogjorde för fackföreningens syn på organisationsundersökningarna.
5. Diskussion.

I anslutning härtill bör omnämnas, att den personal, som var närvarande vid informationskonferenserna, ombads att jämväl informera patienterna på de berörda vårdavdelningarna om undersökningarna.

Sjukhuspersonalen lämnades sålunda noggranna informationer om sättet för undersökningarnas genomförande och målsättningen för desamma. Detta visade sig också värdefullt i det fortsatta arbetet. Personalen var regelmässigt positivt inställd till undersökningarna och till det team som utförde dessa.

I avsikt att underlätta observatörernas arbete utdelades till personalen på de vårdavdelningar, som blev föremål för frekvensstudierna, brickor med bokstavs-beteckningar (A = överskötare, B = förste skötare etc.), vilka fästes på uniformerna, varigenom vederbörandes tjänsteställning omedelbart kunde uppfattas av observatören.

Organisationsundersökningarna utfördes under de dagar som anges i sammanställningen å sid. 15.

Slutligen skall vi här summariskt beröra de faktorer, vilka kan tänkas minska tillförlitligheten av de data, som erhålls genom intervju- och frekvensundersökningar samt arbetsredogörelser.

Gemensamt för dessa tre metoder är att om man eftersträvar representativitet så är det betydelsefullt att antingen använda sig av sådana urvalsförfaranden, som säkerställer representativitet i det undersökta materialet, eller att man låter samtliga befattningshavare ingå i undersökningen.

Som tidigare nämnts utvaldes sjukhusen så att de uppfyllde vissa kriterier med avseende på storlek, geografiskt läge, byggnadsår etc. Inom varje

Undersökningsdagar	Sjukhus
10—18 maj 1960	S:ta Maria
10—14 oktober 1960	S:ta Gertrud
21—29 september 1960	Sundby
21—29 april 1960	Sidsjön
31 augusti—7 september 1960	Gullberna
25 oktober—2 november 1960	Långbro
23—29 november 1960	Lillhagen

sjukhus deltog samtliga ovan under respektive avsnitt berörda befattningshavare i intervjustudierna, frekvensstudierna och arbetsredogörelserna, dock med undantag för den i intervjustudierna ingående vårdavdelningspersonalen. Beträffande denna använde vi oss av ett sannolikhetsurval.

Ett annat förhållande, som påverkar representativiteten, är bortfallet. I intervjuundersökningen vägrade ingen av berörda befattningshavare att delta, men enstaka frågor i formuläret besvarades inte av alla tillfrågade. I dessa fall föreligger en viss risk att den erhållna fördelningen avviker från den faktiska fördelningen. I frekvensundersökningen förekom praktiskt taget inget bortfall. Även i fråga om arbetsredogörelserna var bortfallet ringa, dock med undantag för läkarna vid de kommunala sjukhusen.

En tredje felkälla är de s. k. slumpfelen. De kan uppstå om antalet observationer är så litet att resultaten kan påverkas av tillfälliga förhållanden. I frekvensundersökningen är antalet observationer relativt stort och de standardberäkningar som vi där gjort ger ett begrepp om slumpfelens storlek. I arbetsredogörelserna är vissa personalkategorier såsom kuratorer vid statliga sjukhus och internmedicinare så fåtaligt representerade, att insamlade data om dem får anses vara behäftade med slumpfel.

Beträffande varje undersökningsmetod finns det specifika felmöjligheter. I *intervjuundersökningar* kan det uppstå fel under intervjun på grund av såväl den intervjuades som intervjuarens beteende. Den intervjuade kan sålunda svara så som han tror att intervjuaren förväntar sig av honom och intervjuaren kan felaktigt uppfatta lämnade svar. Sådana fel kan till största delen undvikas om man använder sig av tränade intervjuare.

I *frekvensundersökningar* kan man riskera, att gjorda observationer ej är representativa för de faktiska arbetsförhållandena. Genom att på ett slumpmässigt sätt variera den ordningsföljd i vilken avdelningarna besöktes motverkades denna felkälla. En annan faktor berör den utsträckning i vilken gjorda observationer kategoriserades korrekt. Idealet skulle ha varit att två personer oberoende av varandra kategoriserat samma observationer. Detta var dock praktiskt omöjligt att genomföra. I stället jämfördes de totala fördelningarna för de tre observatörerna utan att man fann några större avvikelser.

I *arbetsredogörelserna* slutligen kan det uppstå fel genom att de i undersökningen deltagande befattningshavarna utelämnar eller tillfogar uppgifter eller omorganiserar sitt arbete under de dagar undersökningen pågår. Dessutom kan, som vid de andra två undersökningsmetoderna, fel uppstå vid kategorisering av de lämnade uppgifterna.

Ur tillförlitlighetssynpunkt är felrisker minst för handen i fråga om frekvensmetoden och mest vid arbetsredogörelserna; intervjumetoden intar i detta hänseende en mellanställning.

Det bör påpekas att man genom att använda flera metoder samtidigt på samma population i viss utsträckning kan kontrollera tillförlitligheten genom jämförelser av på olika sätt erhållna resultat.

## KAPITEL 2

### Litteraturöversikt över studier av personalförhållanden vid mentalsjukhus

Det finns en omfattande, speciellt engelskspråkig litteratur, som behandlar sociologiska och socialpsykologiska undersökningar vid mentalsjukhus. Dessa undersökningar kan indelas i tre olika grupper.

*Den första typen* sysslar med följande problem: Vilka egenskaper och färdigheter erfordras av den personal, som tjänstgör vid mentalsjukhusen? Finns det personlighetsegenskaper som gör en person mer eller mindre lämpad att arbeta på ett mentalsjukhus? Undersökningarna syftar bl. a. till att konstruera tests, som kan komma till användning vid urval och anställning av personal. När det gäller undersökningar av personlighetsegenskaper, som skulle göra en person lämplig för arbete på mentalsjukhus, så är det självklart att dessa egenskaper måste sättas i förbindelse med de målsättningar man har vid ett sjukhus. Vid ett sjukhus där man försöker att aktivera patienterna och skapa en terapeutiskt verksam miljö behöver personalen ha andra egenskaper än där vården huvudsakligen syftar till ett omhändertagande eller rent av enbart förvarande av patienterna.

*Den andra typen av undersökningar* handlar om personalens attityder och dess åsikter om sjukhuset, vården och patienterna, och utföres *dels* i form av intervjuer, *dels ock* med hjälp av standardiserade metoder, t. ex. attitydskalor. En sammanfattning av några av dessa undersökningar finns i arbetet »The Patient and the Mental Hospital».<sup>1</sup> En av de intressantaste är den, som Levinson och hans medarbetare<sup>2</sup> utförde. De studerade personalens attityder och ideologi vid tre sjukhus i Massachusetts, U.S.A. Sammanlagt utfrågades 335 personer. Vid undersökningen använde de sig bl. a. av en attitydskala, som mätte en dimension vars ändpunkter kallas »*custodialism*» och »*humanism*».

»Custodialism» kännetecknas av inställningen, att patienten bör hållas i förvar för att skydda honom själv och andra patienter mot destruktiva och aggressiva impulser.

<sup>1</sup> Greenblatt M., Levinson D. & Williams R.: The patient and the mental hospital. Glencoe Ill. 1957.

<sup>2</sup> Gilbert D. C. & Levinson D.: »Custodialism» and »Humanism» in staff ideology, kap. 3 i M. Greenblatt' et al. utg. op. cit.

»Förebilderna för den custodialistiska inriktningen är dels det traditionella fängelset och dels mentalsjukhuset för 'kroniskt' sjuka, som sörjer för kvarhållande och förvaring av de intagna. Patienterna betraktas på ett stereotypt sätt som kategoriskt olika mot 'normala' personer, som totalt oförnuftiga och okänsliga för andra, som oberäkneliga och farliga» (s. 22).

Den »humanistiska» inställningen däremot kännetecknas av att personalen uppfattar sjukhuset som en terapeutisk miljö och inte som en institution, där man förvarar de sjuka; vikten av de inter-personella kontakterna både för uppkomsten och för botandet av mentala sjukdomar betonas. Personer med denna »humanistiska» uppfattning ser på patienten mera med utgångspunkt från socialpsykologiska synpunkter och använder sig mindre av moraliska värderingar, när de bedömer patienterna.

»De försöker att i varierande grad demokratisera sjukhuset, att utöka den terapeutiska verksamhet, som utövas av den icke-medicinska personalen, att öka patientens självbestämmande (individuellt och gemensamt genom patienternas självstyrelse) och att öppna kommunikationer, var det än är möjligt» (s. 22).

Dessa två inriktningar, »custodialism» och »humanism», kommer till uttryck vid olika tillfällen, t. ex. när det gäller att bedöma patienterna och deras sjukdom; de kommer till uttryck i den uppfattning man har om relationerna mellan patienter och läkare samt mellan patienter och övrig personal, och de gör det ävenledes i hela det sätt, på vilket sjukhuset är organiserat. Levinson och hans medarbetare fann ett samband emellan »custodialism» och vissa personlighetsvariabler, t. ex. graden av auktoritär inställning. De fann också, att graden av »custodialism» var olika utbredd inom olika personalkategorier, så t. ex. kom biträden högre på attitydskalan än sjuksköterskor, och dessa sistnämnda kom högre än läkare. Ju högre en person befinner sig på skalan desto mera utpräglad är denna attityd. Men de fann också, att graden av »custodialism» var olika vid olika sjukhus. Författarna drar därav slutsatsen, att det inte bara finns ett samband mellan olika personlighetsdrag och »custodialism» utan även mellan »custodialism» som ideologi och den sociala organisation, som råder vid ett sjukhus. Sambandet mellan ideologin och sjukhusets sociala organisation kan tänkas på två sätt, *dels* så att personalen på ett sjukhus påverkas av den där allmänt rådande atmosfären och under sin tjänstgöring förvärvar vissa attityder i överensstämmelse härmed, *dels ock* så att personalen genom sina attityder påverkar sjukhusets sociala organisation och den atmosfär, som råder där.

I Sverige har Wretmark och Åström<sup>3</sup> gjort en undersökning bland personalen vid en psykiatrisk klinik och dessutom bland en grupp sjuksköterskeelever. Sammanlagt undersöktes 115 personer. De använde sig av en attitydskala, som utarbetats av Levinson och hans medarbetare. Liksom

<sup>3</sup> Wretmark G. & Åström J.: Attitydundersökning bland personal på psykiatrisk klinik, Svenska Läkartidningen 1960:57:700 (nr 10).

Levinson fann de, att graden av »custodialism» var högst bland sjukvårdsbiträden, därefter kom sjuksköterskor och sist läkare.

Resultaten av dessa undersökningar kan dock delvis bero på själva utfrågningsmetoden. Attitydskalorna är så konstruerade, att man ber individerna att instämma i vissa påståenden. Graden av instämmande poängsattes, och man beräknar en totalpoäng för alla avgivna svar. Det visar sig då, att ju lägre skolutbildning en person har, desto mera tenderar han att instämma i påståendena, speciellt om dessa är av komplicerad natur och han har svårt att förstå dem. Ytterligare en felkälla kan ligga däri, att personer med en högre skolutbildning lättare förstår de tankegångar, som givit upphov till skalornas konstruktion. De svarar därför ofta, som de tror att undersökaren väntar sig, att de skall svara, i stället för att avslöja sin egen inställning. Dessa två felkällor kan ha påverkat resultaten i ovan nämnda undersökningar, men i vilken utsträckning så skett är givetvis svårt att säga.

Resultat liknande dem vi nyss refererat fann Carstairs och Heron<sup>4</sup> i en undersökning utförd på ett sjukhus i London. De undersökte 210 personer — samtliga män — varvid det visade sig att de, som befann sig högt i sjukhusets hierarki, hade de lägsta poängen på custodialismskalan. Författarna anser dessutom, att de attitydskalor, de själva använder, kunde visa sig vara värdefulla vid urval av sökande till befattningar på mentalsjukhus.

Visserligen är materialet i den amerikanska, den svenska och den engelska undersökningen begränsat. Men å andra sidan går resultaten, trots de skillnader, som finns länderna emellan, i samma riktning. Man kan med andra ord utläsa en bestämd trend.

I en annan undersökning försökte Wallace och Rashkis<sup>5</sup> studera följande hypotes: Finns det ett samband mellan graden av överensstämmelse i personalens åsikter och patienternas oro? I en tidigare undersökning hade Stanton och Schwartz<sup>6</sup> funnit, att enigheten bland personalen och överensstämmelsen i deras åsikter hade ett inflytande på graden av oro bland patienterna; en ökning av detta symptom inträffade, när personalen visade bristande överensstämmelse i sina åsikter.

Under det att Stanton och Schwartz hade fått sina resultat genom informella observationer vid ett sjukhus, så försökte Wallace och Rashkis att få standardiserade mått på såväl överensstämmelse i åsikter bland personalen som på oro bland patienterna. De kunde emellertid inte finna något samband mellan överensstämmelse i åsikterna bland personalen och graden av oro bland patienterna. Däremot fann de, att en patient vanligtvis var mindre orolig, ju längre han stannade på avdelningen, och att per-

<sup>4</sup> Carstairs G. M. & Heron A.: The social environments of mental hospital patients, kap. 11 III i M. Greenblatt et al. utg. op. cit.

<sup>5</sup> Wallace A. & Rashkis H. A.: The relation of staff consensus to patient disturbance on mental hospital wards. *Am. Sociol. Rev.* 1959, 24 829—835.

<sup>6</sup> Stanton A. H. & Schwartz H. S.: The mental hospital. London 1954.

sonalens åsikter om patienten överensstämde mera, ju längre han stannade där. Författarna framhåller också, att en viktig faktor är innehållet i de åsikter om vilka personalen är ense. Det kan hända, framhåller de, att om personalen har lika uppfattning i en fråga, som verkar irriterande på patienten, så kommer dennes oro att öka just på grund av samstämmigheten.

Den sist refererade undersökningen är intressant ur två synpunkter. Forskarna försökte här ta reda på hur personalens åsikter och attityder påverkar patientens tillstånd, varjämte de försökte mäta sina variabler på ett exakt sätt. Även om de inte fann något samband mellan personalens attityder och patientens tillstånd, så kan man därför inte utan vidare avfärda hypotesen, att det inte finns ett sådant samband. Det vore intressant att ytterligare studera spörsmålet, under vilka förhållanden och på vilket sätt personalens åsikter, dess attityder och dess inställning till patienten påverkar patienten i en positiv eller i en negativ riktning. Att det existerar en påverkan från personalens sida är ställt utom allt tvivel. Vi får anledning att längre fram återkomma till detta problem.

*Den tredje typen av undersökningar* avser studier av sjukhus eller enstaka avdelningar på ett sjukhus. Dessa undersökningar kan innebära sociologiska beskrivningar av sjukhuset eller av en speciell avdelning. Det kan därvid vara frågan om särskilda problem, t. ex. sådana som berör sociala förändringar på ett sjukhus (Sofer<sup>7</sup>, Cumming & Cumming<sup>8-9</sup>), det kan vidare beröra de betingelser, som är nödvändiga för att skapa en terapeutisk miljö (Schwartz<sup>10</sup>, Jones<sup>11</sup>), eller studier av den formella sociala strukturen på ett sjukhus, t. ex. hur den ordergivande hierarkin är uppbyggd (Henry<sup>12</sup>).

Ytterligare en typ av undersökningar har utförts medelst s. k. »participant observer»-teknik. Bland de mest kända är den undersökning, som Caudill och hans medarbetare<sup>13</sup> genomförde på ett amerikanskt sjukhus. En av forskarna — Caudill själv — lät skriva in sig som patient på ifrågavarande sjukhus, vilket förhållande endast var känt av sjukhuschefen och en av de övriga psykiaterna, dock ej av den läkare som skötte avdelningen i fråga. Caudill, som är kulturanthropolog med speciell träning i observationsstudier, hade tidigare sysslat med undersökningar av organisationer. Han observerade nu under sin »vårdtid» på sjukhuset det dagliga livet på ifrågavarande avdelning. Speciellt intresserade han sig för de sociala normer,

<sup>7</sup> Sofer C.: Reactions to administrative change. Hum. Relat. 1955, 3, 291—316.

<sup>8</sup> Cumming J. & Cumming E.: Social equilibrium and social change in the large mental hospital, kap. 4, III i M. Greenblatt et al. utg. op. cit.

<sup>9</sup> Cumming E. Clancey I. L. W. & Cumming J.: Improving patient care through organisational changes in the mental hospital. Psychiatry 1956, 19, 249—261.

<sup>10</sup> Schwartz M.: What is a therapeutic milieu. Kap. 8 i Greenblatt et al. utg. op. cit.

<sup>11</sup> Jones, M.: The therapeutic community. New York 1953.

<sup>12</sup> Henry, J.: The Formal Social Structure of a Psychiatric Hospital. Psychiatry 1954, 139—153.

<sup>13</sup> Caudill W., Redlich F., Gilmore & Broby E.: Social structure and interaction processes on a psychiatric ward. Am. J. Orthopsychiatry 1952, 22.

som rådde i patientgruppen, t. ex. sådana normer som attityden mot den egna personen, inställningen till andra patienter, till terapin och till läkarna samt till sjuksköterskorna och övrig personal. Caudill kunde visa, att det fanns utpräglade normer bland patienterna, och att dessa normer upprätthölls av gruppen. Han påpekar också bristen på kommunikation mellan patienterna och personalen, och hur denna bristande kommunikation resulterade i att personalen knappast hade någon kunskap om de normer, som rådde inom patientgruppen.

Slutligen må nämnas sådana undersökningar, som utgöres av »case studies» av patienter för att skildra samspelet mellan patienten och hans sociala miljö på sjukhuset. Exempel på en sådan undersökning är Löchens<sup>14</sup> på ett norskt sjukhus.

Antalet undersökningar, som berör de spørsmål som här antytts, är så stort, att det är omöjligt att ta upp dem i en något så när begränsad litteraturförteckning. Vi skall emellertid återkomma till några av dem och de resultat de lämnat i de avsnitt av vår rapport, där de är mera relevanta.

<sup>14</sup> Löchen, Y.: Sosiologi, sinnslidelse og psykiatriske sykehus. Oslo 1959.



### KAPITEL 3

## Några allmänna synpunkter på mentalsjukhuset såsom ett socialt system

### Inledning

Det är ett orealistiskt krav, att en undersökning av den typ, som presenteras i denna rapport, skall — sett ur vetenskaplig synpunkt — vara helt förutsättningslös. Med »förutsättningslös» menar vi då *dels* att man närmar sig problemen utan att ha en uppfattning om dem, *dels ock* att forskaren bortser från sina egna värderingar. Detta är orealistiskt av två skäl:

1. Den kunskap, man har om problemen, har man som brukligt är i empirisk forskning, skaffat sig genom att studera litteraturen på området.

2. I alla faser av ett forskningsprojekt vägledes man av bestämda värderingar. Låt oss ta ett exempel. När man konstruerar ett frågeformulär, avsett att användas i en intervjuundersökning, så innebär redan det urval, som man gör bland tänkbara frågeområden, och det sätt på vilket frågorna formuleras, att man bygger på, kanske ibland icke uttalade, värderingar.

*Problemet är alltså ej att göra en undersökning förutsättningslös i bemärkelsen »fri från värderingar». I stället blir problemet att så noggrant som möjligt redovisa de värderingar på vilka undersökningen bygger.*

Sedan denna utgångspunkt klargjorts bör tilläggas, att det givetvis är självklart att en undersökning bör utföras med all den vetenskapliga objektivitet, som det är möjligt för en forskare att prestera.

### Mentalsjukhuset som ett socialt system

Vi skall börja med att framställa ett principiellt påstående: Det är inte särskilt välbetänkt att göra allmänna uttalanden om personalbehovet på ett mentalsjukhus, om personalens sammansättning och om den utbildning personalen behöver. Dessa tre problemställningar måste sättas in i ett större sammanhang; ett mentalsjukhus kan nämligen betraktas som ett socialt system, en organisation vars egenskaper och målsättning påverkar kraven på sammansättning och utbildning av personalen. Påståendet, att ett mentalsjukhus är att betrakta som ett socialt system, är ej en ny tanke. Den har bl. a. framförts i mentalsjukvårdsdelegationens huvudbetänkande (SOU 1958: 38), där det på flera ställen talas om »sjukhuset som en fungerande enhet».

Vi skall precisera, vad vi menar med »socialt system». Vi avser därmed *det nät av relationer mellan individerna, som ingår i en organisation*, t. ex. ett sjukhus. Relationerna mellan individerna är inte godtyckliga utan bestämmas av en serie faktorer:

a) *Organisationens struktur*; d. v. s. de positioner, som personerna inom organisationen innehar.

b) *Organisationens målsättningar*; t. ex. att bedriva terapi, att förvara patienter, att undervisa och utbilda.

c) *Organisationens arbetsprocess*; d. v. s. det sätt på vilket man försöker uppnå målsättningarna.

d) *Organisationens materiella resurser*; d. v. s. de byggnader och den utrustning, som står till förfogande, samt de finansiella resurser som finns att tillgå.

Mellan punkterna c) och d) finns ett nära samband. De sammanfaller i viss utsträckning med vad man i företagsekonomisk terminologi brukar kalla »prestationer» och »kostnader». Med de senare menas »värdet av de uppföringar, som sker i syfte att åstadkomma med verksamheten avsedda prestationer (varor eller tjänster)» (Asztély<sup>15</sup>, s. 7).

»Kostnaderna» — eller »input» — påverkar de »prestationer» — eller »output» — man söker åstadkomma. När det gäller mentalsjukhusens prestationer så är syftet att bota eller förbättra patienterna.

I vilken utsträckning man kan åstadkomma detta beror i hög grad på den kostnadsnivå man anser vara rimlig, önskvärd, ekonomiskt försvarbar resp. acceptabel sett mot bakgrunden av samhällets resurser.

Men när det gäller sjukvård i allmänhet och mentalsjukvård i synnerhet, så är sambandet mellan kostnader och prestationer komplicerat. Det kan t. ex. tänkas att ökningen av kostnader, sett ur kortsiktigt perspektiv, kan leda till långsiktiga kostnadsminskningar eller ge andra önskvärda resultat; ökningen av antalet läkare och övrig personal per intagen patient kan leda till en minskning av vårdtiden och eventuellt hindra uppkomsten av s. k. »kroniska fall» eller långtidsfall eller minska recidivfrekvensen.

Det nyss sagda gör det önskvärt, att vid en analys av ett socialt system ta hänsyn till kostnaderna, prestationerna, deras samband inbördes och med systemets målsättning.

Vi skall utgå ifrån ovannämnda fyra kategorier av faktorer och försöka beskriva sjukhusets *sociala struktur*. Den består av positioner, t. ex. överläkare, läkare, överskötare, 1:ste skötare, skötare och patienter. Strukturens utseende på en överläkaravdelning kan man åskådliggöra med hjälp av en organisationsplan av t. ex. följande typ (diagram 1).

Den nu beskrivna organisationsplanen framställer den sociala strukturen som ett *hierarkiskt system*. De olika positionerna placeras på olika nivåer, motsvarande det *inflytande* en position har. Linjerna som förbinder

<sup>15</sup> Asztély, Sandor: Lasarettssjukvårdens kostnadsstruktur (stencil) Göteborg 1961.

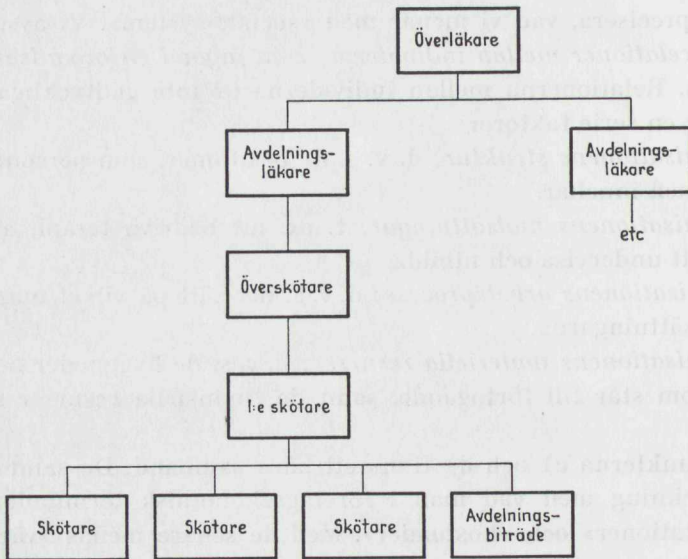


Diagram 1

positionerna med varandra anger *relationerna* mellan positionerna, exempelvis vem som kan ge order till vem. De viktigaste relationerna är de som berör auktoritetsförhållanden, d. v. s. beslutsprocesser och — vilket ofta är nära förknippat därmed — kommunikationerna emellan befattningshaverna.

Det exempel vi gav i diagram 1 innebär också en förenkling av förhållandena. I själva verket tillkommer ytterligare en serie positioner, som kan påverka en avdelnings sätt att fungera. Vi skall demonstrera detta i följande diagram nr 2.

En överläkaravdelnings skötsel kan påverkas av sjukhuschefen. Eftersom överläkaren vanligtvis sköter sin avdelning självständigt, har linjen från sjukhuschefen till honom utsatts i punkter. I ekonomiska spörsmål har intendenten möjlighet att utöva inflytande. Vidare tillkommer personalföreståndaren och för överläkaravdelningen även föreståndaren, som kan få ta emot order från t. ex. överläkaren, avdelningsläkaren och eventuellt intendenten.

En och samma person kan få motta order från olika personer, vilket kan leda till svårbemästrade problem — om nämligen två eller flera olika order till samma person inte överensstämmer med varandra.

Dessutom tillkommer ytterligare några positioner, nämligen bl. a. psykologer, socioterapeuter, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Deras linjer till överskötaren har streckats, eftersom de enligt vissa organisationsprinciper ej kan ge order. Man brukar därför skilja mellan linjefunktioner och stabsfunktioner. De personer som tillhör linjen kan ge order, de som inne-

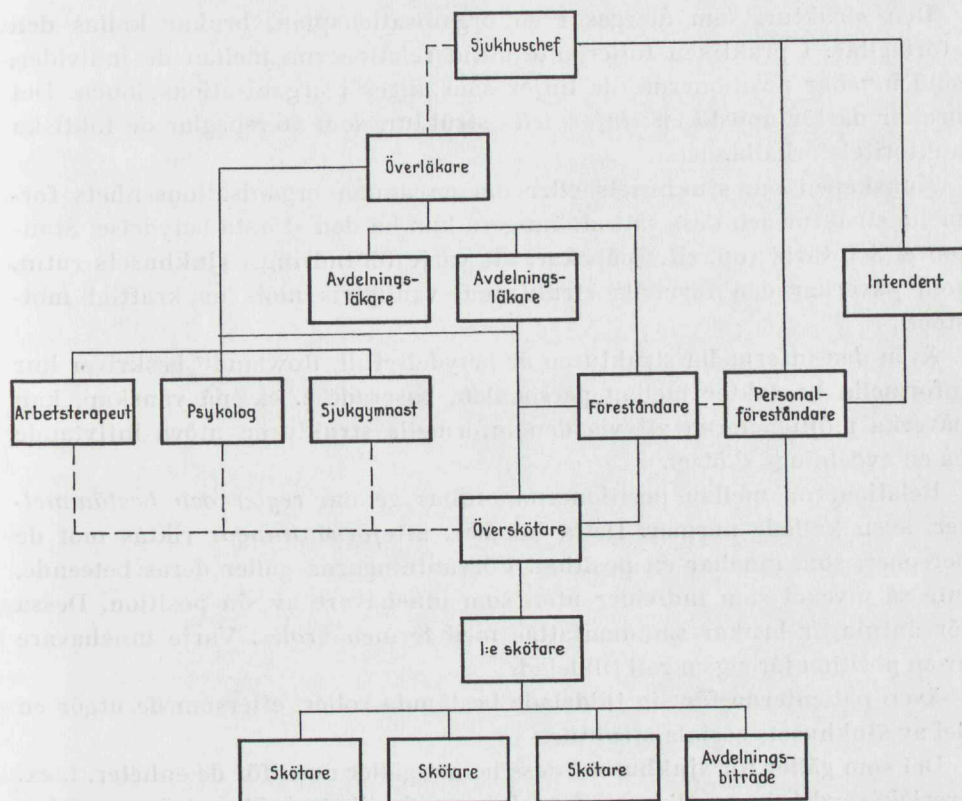


Diagram 2

har stabsfunktioner däremot har endast rådgivande uppgifter. Lämpligheten av uppdelning i linje- och stabsfunktioner har i modern organisationsteori starkt ifrågasatts (se t. ex. Fältström<sup>16</sup>). Den leder nämligen till komplicerade avvägnings- och kompetensproblem. Det förhållandet, att en befattningshavare har flera överordnade, som alla kan ge order till honom, utgör ett annat problem, speciellt vid sjukhusen. Så t. ex. kan en avdelningssköterska vid ett kroppssjukhus få mottaga order från husmor, överläkare och sjukhusintendent. Ett sådant system med flera ordergivande instanser kan leda till kompetensstrider och skapa konflikter för den som skall ta emot och omsätta ordena. Om två order är motsägelsefulla så kan hon nämligen ej efterkomma den ena utan att bryta mot den andra.

Överhuvudtaget medför principen om en starkt genomförd ordergivande hierarki en rad svårigheter. Om positionerna inte är väl avgränsade, kan det medföra besvärliga kompetensstrider. Därför måste relationerna mellan positionerna regleras i detalj. Detta i sin tur kan leda till byråkratisering och brist på rörlighet.

<sup>16</sup> Fältström E.: Administration i teori och tillämpning, Stockholm 1959.

Den struktur, som återges i en organisationsplan, brukar kallas den »formella». I praktiken följer inte alltid relationerna mellan de individer, som innehar positionerna, de linjer som anges i organisationsplanen. Det brukar därför uppstå en »informell» struktur, som återspeglar de faktiska auktoritetsförhållandena.

Kunskapen om sjukhusets eller om en annan organisationsenhets formella struktur och dess sätt att fungera kan ha den största betydelse. Stanton & Schwartz (op. cit.) påpekar, att varje förändring i sjukhusets rutin, som påverkar den formella strukturen, vanligtvis möts av kraftigt motstånd.

Även den informella strukturen är betydelsefull. Rowland<sup>17</sup> beskriver hur informella kontakter mellan personalen, baserade t. ex. på vänskap, kan påverka möjligheterna att via den informella strukturen utöva inflytande på en avdelnings skötsel.

Relationerna mellan positionerna ordnas genom *regler och bestämmelser*, även kallade normer. Detta innebär, att *förväntningar* riktas mot de personer, som innehar en position. Förväntningarna gäller deras beteende, inte så mycket som individer utan som innehavare av sin position. Dessa förväntningar brukar sammanfattas med termen »roll». Varje innehavare av en position får sig en roll tilldelad.

Även patienterna får sig tilldelade bestämda roller, eftersom de utgör en del av sjukhusets sociala struktur.

Det som gäller för sjukhuset i dess helhet gäller även för de enheter, t. ex. överläkaravdelningar eller vårdavdelningar, i vilket sjukhuset är uppdelat. Även dessa har sin struktur med sina positioner och roller. Ju mera oberoende en enhet, t. ex. en överläkaravdelning, är desto mera kan man vänta sig att dess struktur skiljer sig från andra enheters.

Vi kan sammanfatta det vi hittills sagt enligt följande.

En organisation, t. ex. ett sjukhus, består av vanligtvis hierarkiskt uppbyggda positioner; relationerna mellan positionerna regleras av normer; de viktigaste relationerna rör auktoritets- och kommunikationsförhållanden; personer som innehar positioner får sig roller tilldelade. Det äger rum ett ständigt samspel mellan individerna inom organisationen, och ingen undgår att påverkas av detta samspel. *Detta gäller också patienterna, även om de är mycket störda, autistiska eller befinner sig i ett kroniskt sjukdomstillstånd.*

Den andra faktorn vi nämnde var *organisationens målsättningar*. Vid ett mentalsjukhus finns det olika målsättningar, varav två är mycket betydelsefulla, nämligen *dels* att bedriva terapi, *dels* ock att omhänderta patienterna för att skydda dem mot impulser, som kan skada dem själva eller kan vara farliga för andra. Dessutom tillkommer ytterligare en del väsentliga målsätt-

<sup>17</sup> Rowland H.: Interaction process in the state mental hospital. *Psychiatry* 1938, 1, 323—338.  
Rowland H.: Friendship patterns in the state mental hospital. *Psychiatry* 1939, 2, 363—373.

ningar, t. ex. utbildning av personal samt bedrivandet av forskning. I vilken utsträckning de båda huvudsakliga målsättningarna, terapi och förvaring, sammanfaller eller i vilken utsträckning den ena dominerar på den andras bekostnad beror delvis på de terapeutiska möjligheter, som står till buds, samt på den uppfattning om mentala sjukdomar, på vilken man bygger sina åtgärder.

Men innan vi diskuterar denna uppfattning skall vi även nämna något om faktorerna 3 och 4 — arbetsprocessen och de materiella resurserna. Båda dessa har ett nära samband med organisationens målsättningar. Vid ett sjukhus där den huvudsakliga målsättningen är omhändertagandet av patienterna har vårdavdelningspersonalen i första hand övervakande uppgifter. Sättes däremot terapin i förgrunden får samma personal överta terapeutiska uppgifter, såsom patienternas aktivering och rehabiliterande åtgärder. Samma sak gäller i fråga om de materiella resurserna t. ex. byggnaderna. Har man inriktat sig på omhändertagande så är stora salar som lätt går att övervaka ändamålsenliga. Vill man skapa en terapeutisk miljö så är små avdelningar, som tillåter uppdelning av patienterna i smågrupper, att föredra. Vi skall återkomma till dessa båda faktorer i nästa avsnitt. I det följande skall vi diskutera uppfattningen om mentala sjukdomars uppkomst och innebörd. Eftersom denna uppfattning i sin tur påverkar personalbehovet, personalens sammansättning och dess utbildning, så är det lämpligt att i korthet nämna något om de mentala sjukdomarnas bakgrund.

### Intra-personella och inter-personella problem.

Varje riktning inom psykiatrin, som inte nöjer sig med en klassificering av sjukdomstillstånden utan vill bedriva aktiv terapi, måste ha som utgångspunkt den arbetshypotesen, att mentala sjukdomstillstånd är påverkbara med hela den arsenal av åtgärder, som står till förfogande och som ständigt utökas.

Med utgångspunkt från de problem, kring vilka föreliggande utredning centrerar, är det kanske lämpligt att betrakta mentala sjukdomstillstånd som dels *intra-personella* problem och dels *inter-personella* problem.

När man talar om *intra-personella* problem så innebär det, att man söker bakgrunden till mentala rubbningar i störningar i individens organism. Om dessa störningar sedan beror på biologiska eller psykologiska faktorer är ej väsentligt i detta sammanhang.

Den andra aspekten, att mentala sjukdomstillstånd rör *inter-personella* problem, innebär att dessa tillstånd yttrar sig i störningar i individens sociala kontakter med sin omgivning. Det är i detta sammanhang ej väsentligt, om man betraktar störningarna i de sociala kontakterna som en orsak till eller som en följd av de *intra-personella* sjukdomstillstånden. Det väsent-

liga är, att man tar hänsyn till de inter-personella faktorerna, såväl när det gäller etiologi, diagnos som terapi.

Uppdelningen av mentala sjukdomstillstånd i intra- och inter-personella problemkomplex innebär ej någon värdering av någondera problemkomplexets relativa betydelse. Om vi i fortsättningen huvudsakligen kommer att syssla med de *inter-personella* faktorerna så sker det av två skäl:

a) Det synes som om just denna aspekt har varit en rätt försummad faktor.

b) Det är genom att påverka sjukhusets sociala system, som man kan ta sig an uppgiften att lösa de inter-personella problemen.

I terapeutiskt avseende är konsekvenserna av ovannämnda inställning följande.

När det gäller att ta sig an de *intra-personella* problemen, så kan terapin bedrivas i form av kemoterapi, chockterapi och annan medicinsk terapi samt vidare i form av psykoterapi, såväl individuell som i grupper. När det gäller de *inter-personella* problemen, så utgår man ifrån sjukhuset såsom ett socialt system. Det innebär, att de sociala relationer, som ständigt existerar mellan patienterna och personalen inklusive läkarna, blir betydelsefulla. Det är på utformningen av dessa relationer det beror, om man kan häva de inter-personella störningarna och hos patienterna inlära nya och mera adekvata relationer. Påståendet, att ett modernt mentalsjukhus skall utgöra en terapeutisk miljö, innebär i stort sett, att man — vid sidan om den medicinska och psykologiska terapin — försöker gestalta hela miljön så, att patientens sociala relationer kan reorganiseras.

De inter-personella problemen har kanske blivit mer och mer påtagliga genom framstegen inom kemoterapi. Den fortsatta utvecklingen inom psykofarmakologin gör det troligt, att man inom en inte alltför avlägsen framtid kan komma åt de intra-personella störningarna på ett snabbare och mera effektivt sätt. När dessa har dämpats eller botats, så träder de inter-personella störningarna i förgrunden. Den medicinska terapin skapar sålunda förutsättningar för den rehabiliteringsprocess, som går ut på att lära patienterna förbättrade och mera effektiva sociala relationer. Det är då utformningen av de sociala relationerna på sjukhuset och inom vårdavdelningen kan bli av avgörande betydelse.

Vårt betraktelsesätt att uppdelna mentala sjukdomstillstånd i *intra-* och *inter-personella* störningar gör att vi ej behöver ta ställning till frågan huruvida mentala sjukdomstillstånd är att anse som biologiska eller psykologiska fenomen. *Intra-personella* störningar kan betraktas som såväl biologiska som psykologiska beroende på vilken utgångspunkt man har. De *inter-personella* däremot berör individens sociala relationer.

Vi behöver ej heller ta ställning till vilken av dessa två faktorer, som kan anses var kausal. *Intra-personella* störningar påverkar och försvårar in-

dividens sociala relationer. En person med exempelvis paranoiska föreställningar har svårt att undgå störningar i sina inter-personella kontakter. Å andra sidan kan störningar i de *inter-personella* relationerna, speciellt om de är av traumatisk art, ge upphov till eller förstärka existerande intra-personella problem.

Betydelsen av ett beaktande av de *inter-personella* störningarna ligger däri att man blir uppmärksam på möjligheterna att påverka patienterna via utformningen av sjukhusets och vårdavdelningarnas sociala struktur.

När det gäller avvägningen av personalens sammansättning och dess utbildning, så är det självklart, att de medicinska synpunkterna måste tillgodoses. Däremot är det kanske ej lika självklart eller har hittills ej varit det, att förutsättningar skapas för att på det mest effektiva sättet behandla patienternas inter-personella problem. Några av dessa förutsättningar skall vi diskutera i nästa avsnitt.

#### Patienten såsom en del av sjukhusets sociala system

Vi framhöll tidigare, att varje person i ett socialt system innehar en bestämd position. Med denna position är förknippad en roll, som i sin tur består av de förväntningar andra riktar mot personen i fråga. Dessa förväntningar avser beteende, uppträdande och reaktionssätt likaväl som värderingar och attityder. En person i en grupp eller tillhörande ett socialt system kan förmås att bete sig i överensstämmelse med förväntningarna med hjälp av *sanktioner*. Man skiljer därvid mellan *positiva sanktioner* eller belöning, t. ex. att gruppen accepterar vederbörande, och *negativa sanktioner* eller bestraffning, t. ex. att gruppen avvisar och isolerar en person. Om en person i en grupp beter sig i överensstämmelse med de förväntningar, som riktas mot honom, så belönas han, och detta i sin tur förstärker det beteendemönster, som är i överensstämmelse med gruppens förväntningar. De personer i gruppen, som riktar förväntningar mot en annan person, blir *normsändare*, och när *normmottagaren* utsättes för och eventuellt accepterar deras krav, så utgör gruppen en *normkälla*.

På en vårdavdelning vid ett mentalsjukhus kan en patient i stort sett ha två normkällor: 1. Personalen (i den inkluderas givetvis även psykiaterna), som har sina krav och förväntningar. 2. Patientgruppen, som i vissa fall kan ha ett från personalen avvikande normsystem. Caudill (op. cit.) fann i sin tidigare refererade undersökning, att patienterna såsom grupp hade utpräglade förväntningar på hur nykomlingen skulle bete sig. Patienterna på Caudills avdelning, som bestod av lättskötta patienter, krävde bl. a., att man inte skulle inta en försvarshållning mot läkarna utan visa sig samarbetsvillig, man skulle vara hänsynsfull mot medpatienterna och deras egenheter. Caudill påpekade också, att personalen inte hade kännedom om patienternas normsystem.



Detta kan vara riskabelt. Förväntningarna på en och samma patient, vilka kommer dels från personalens sida, dels från patientgruppens, behöver ej vara överensstämmande. Det är vanligt, att en person utsättes för olika förväntningar. Problematiskt blir detta först, när förväntningarna blir motsägelsefulla. Då råkar nämligen individen i en konfliktsituation. Individen kan ej bete sig i överensstämmelse med den ena klassen av förväntningar och bli belönad, om han eller hon ej samtidigt handlar emot förväntningar, som härstammar från en annan grupp. Tillräckliga och tillfredsställande kommunikationer mellan grupperna minskar emellertid risken för förväntningar, som står i motsats till varandra och ger upphov till konflikter.

Vi skall tillämpa detta resonemang något schematiskt på den typ av vårdavdelning, där huvuduppgiften var att få patienten lugn och hålla honom förvarad, eftersom terapimöjligheterna var begränsade. Sjukdomens inneboende tendens till passivitet, isolering och autistisk avspärning förstärktes då av sjukhusets krav på patienterna. Sedan akuta orostillstånd hade dämpats resignerade patienterna. De blev ännu mera passiva och i vissa fall apatiska. Pseudodemens uppstod ofta som ett hospitaliseringsfenomen. Patienterna levde i mer eller mindre grad i en autistisk värld. Detta innebar dels skydd mot konflikter med personalen, dels en minskning av möjligheten för patienterna att forma en grupp med egna rollförväntningar. Var och en levde isolerad i sin egen värld. Eftersom patienterna knappast utgjorde en grupp med egna rollförväntningar, förekom det knappast rollkonflikter av det slag, vi tidigare omnämnt.

Ju mera man aktiverar patienterna på en avdelning, ju mera man uppdelar dem i grupper, desto mera riskerar man rollkonflikter, *om man ej tillräckligt beaktar kommunikationsproblemen.*

Gruppen påverkar dock inte enbart en persons beteende och värderingar, utan även den uppfattning personen har om sig själv. Individens självuppfattning och självvärdering är en annan men viktig källa för hans beteende. Andras omdömen om en själv — deras värderingar — uppfattas ofta som normgivande och formar den bild individen har av sig själv. Självuppfattningen utgör en central men ofta förbisedd faktor i mentala sjukdomstillståndets symtomatologi. Ett sådant konstaterande innebär ej ett ställningstagande om självvärderingens och självuppfattningens roll i mentala sjukdomars etiologi. Det implicerar inte ett påstående av typen »Felaktig självvärdering *orsakar* mentala sjukdomstillstånd».

Det är bl. a. tre faktorer, som är av betydelse för självuppfattningen:

a) Mellan de personer eller den grupp, som påverkar individens självuppfattning och individen existerar en emotionell relation. Ju starkare individen är emotionellt bunden till normsändarna eller referensgruppen, desto mera kan dessa påverka hans självuppfattning.

b) Den påverkan, som individen utsättes för, kan avse olika aspekter av

hans personlighet. Ju mera centrala de aspekter är som påverkas, desto mera betydelsefull är påverkan. Centrala faktorer är vanligtvis sådana, som rör yrkesrollen, könsrollen och åldersrollen. För att ta ett exempel så är det för en läkares självuppfattning av större betydelse vad hans kolleger anser om hans yrkeskunnighet än om hans förmåga att spela bridge.

c) Den tredje faktorn, som är av betydelse, är den grad i vilken individen varseblir andras förväntningar och är sensitiv för dem. En helt autistisk person påverkas inte i samma utsträckning som en person vars interpersonella relationer är »normala».

Vi betraktar relationerna mellan patienter och avdelningspersonal ur ovanstående tre synpunkter. Dessa relationer blir ofta sådana, att patienterna känner sig emotionellt bundna till någon eller några av personalen. Det uppstår ofta — för att använda en psykoanalytisk term — en *överföring*. När det gäller patienternas varseblivning av och sensitivitet för andras förväntningar så varierar den naturligtvis. Men ju mer akuta symptom kan hävas genom medicinsk och psykologisk terapi, desto mera kommer patienterna i allmänhet att »öppna sig» och bli utåtriktade och därmed mera mottagliga för påverkan.

Slutligen är den rollaspekt, som mest påverkas hos en patient, antagligen den som rör förväntningar i samband med åldern. Patienter med mentala sjukdomstillstånd har understundom en tendens att fly undan det ansvar och de krav, som ställes på en vuxen människa i vårt samhälle. På sjukhuset förstärkes ofta denna tendens till regression genom att patienten inte bemötes med de krav, som man i samhället ställer på vuxna människor.

Tillämpat på förhållandena på en avdelning innebär detta, att om t. ex. personalen betraktar patienterna som oansvariga, osjälvständiga och infantila, så kommer den att genom sina åtgärder påverka patienternas självuppfattning. Dessa kommer då att bete sig just på det sätt, som man väntar sig av dem. Dessutom kommer tidigare inlärt beteende, som går i samma riktning, att förstärkas. Patienterna lär sig med andra ord sin roll. De får en uppfattning om sig själva, som överensstämmer med personalens uppfattning om dem. Personalen skapar genom den behandling patienterna får vad som i engelskspråkig, socialpsykologisk terminologi kallas för »self-fulfilling prophecy» (Merton<sup>18</sup>): Man har en viss uppfattning om en person. Detta påverkar ens beteende mot personen ifråga, så att denne reagerar såsom man väntat sig. Därmed får man bekräftelse på att den egna uppfattningen varit riktig.

Schwartz<sup>19</sup> framhåller i sin undersökning vid ett amerikanskt sjukhus:

Vi fann att attityder såsom antipati, avsmak, nedvärdering och motarbetande av patienten tenderade att förstärka patientens benägenhet för orosutbrott. Likaledes påskyndade konfliktsituationer — eller sådana situationer, i vilka patienten

<sup>18</sup> Merton R. K.: Social theory and social structure, 1949.

<sup>19</sup> Schwartz M.: Social research in the mental hospital, kap. i A. Rose utg. Mental health and mental disorder. New York 1955.

isolerades, övergavs eller nedvärderades — uppkomsten av den överväldigande majoriteten av direkt observerade tillfällen, då patienterna fick utbrott (s. 195).

Även om patienten kommer till sjukhuset störd och med grava symtom, så *kan* personalens beteende leda till en förstärkning av symtomen. Låt oss anta, att en patient är omväxlande desorienterad och autistisk. Om personalen visar ångslan eller irritation i sina kontakter med en sådan patient, så kan detta leda till ökad desorientering och ökat autistiskt beteende. Detta i sin tur kan leda till att personalen minskar kommunikationen med patienten, vilket i sin tur leder till ökade isoleringstendenser hos patienten. Det uppstår en mekanism, en *circulus vitiosus*, som leder till intensifierade symtom. Samma mekanism kan naturligtvis även verka i motsatt riktning. Om en patient behandlas som vuxen och ansvarig, om man tar honom på allvar, om man försöker kontakta honom, även när han är autistisk och mutistisk, så påverkar det patientens självuppfattning i det långa loppet, vilket i sin tur kan leda till en förbättring. *Men en förbättring har ofta en uppmuntrande effekt på personalen, som i ökad utsträckning intresserar sig för patienten.*

Det är med utgångspunkter från sådana tankegångar, vi hävdar betydelsen av inter-personella problem. Användningen av psykofarmaka gör även, att sådana tillstånd hos patienten, som tidigare varit påfrestande för personalen — som kanske omedvetet verkade ångestproducerande, som uppfattades som motbjudande och därigenom kanske framkallade aggressioner hos den — numera relativt snabbt kan hävas. Det finns m. a. o. numera bättre förutsättningar för att skapa en miljö där inter-personella problem framgångsrikt kan behandlas.

Från patientens sida innebär detta också en annan fördel. Han måste dagligen umgås och ha kontakt med sina medpatienter. Är dessa patienter svårt störda, autistiska eller kroniskt sjuka med regressionssymtom, så medför det, att han anpassar sig till den värld, som sjukhusmiljön utgör. Detta förbättrar inte hans möjligheter att anpassa sig till världen utanför sjukhuset. Om däremot medpatienterna mer och mer uppvisar ett »normalare» beteende, så underlättas hans anpassning till livet utanför sjukhuset.

### Vårdavdelningen som en terapeutisk miljö

Vad innebär det att en vårdavdelning skall utgöra en »terapeutisk miljö»? På avdelningen, om man betraktar den som ett socialt system eller ett miniatyrsamhälle, pågår ett ständigt samspel mellan personal och patienter, mellan personalen inbördes samt mellan patienterna inbördes. Detta sociala samspel kontrolleras och regleras av de rollförväntningar, man har på varandra.

*Man kan tala om »vårdavdelningen som en terapeutisk miljö», om det sociala samspelet organiseras så, att det främjar patienternas återanpass-*

*ningsprocess.* Denna har som mål att minska eller upphäva de problem, som rör sjukdomens inter-personella aspekter. Behandlingen av de intra-personella aspekterna däremot är, såsom tidigare framhållits, den medicinska terapins och psykoterapins uppgift. (Det är svårt att strikt avgränsa dessa två uppgifter. Dessutom är det antagligen så, att behandlingarna inom de två problemområdena påverkar varandra. En intensiv kemoterapi t. ex. gör, att de inter-personella problemen träder i förgrunden, och en miljöterapi underlättar genomförande av den medicinska terapin och psykoterapin.)

Det är huvudsakligen tre klasser av faktorer, som är av betydelse vid skapande av en terapeutisk miljö:

A. Sjukhusets materiella resurser och dess plantekniska utformning.

B. Den utformning den sociala strukturen får på sjukhuset och dess vårdavdelningar.

C. Den inställning läkare och övrig personal har till patienterna och deras sjukdom. Inställningen i sin tur påverkar det faktiska beteendet, när man utför sina arbetsuppgifter.

Dessa tre faktorer motsvarar tre av de fyra, som tidigare nämnts vid definitionen av ett socialt system (se sid. 23). Den fjärde faktorn, en organisations målsättning — i det här fallet skapandet av en terapeutisk miljö — utgör själva förutsättningen för följande resonemang.

#### A. Sjukhusets materiella resurser och plantekniska utformning

Bland resurserna måste i första hand nämnas byggnaderna, deras storlek, vårdavdelningarnas inredning och utformning etc. Vi skall diskutera några av dessa.

#### *Sjukhusets storlek*

En viktig faktor, som påverkar utformningen av miljön, är sjukhusets storlek. Det finns sannolikt en optimal storlek för att kunna bedriva effektiv terapi. De mycket stora mentalsjukhusen försvårar antagligen effektiv vård och terapi.

Det är i varje fall den åsikt som kommer till uttryck i WHO's tekniska rapport 1953, 73.

»Om sjukhuset skall förvandlas till ett terapeutiskt samhälle (community), vilket kommittén är övertygad om måste ske för att man skall lyckas, måste dess arkitektur och dess planer utformas så, att det liknar ett samhälle.

Om det skall stödja och på nytt skapa en känsla av individualitet hos patienterna, får det inte hämma dem genom sin storlek och genom att fösa ihop dem i tusental i jättestora byggnadsblock.»

Vi skall ej här diskutera ekonomiska problem, förknippade med byggandet av nya mentalsjukhus, men om det visar sig att ett mindre sjukhus kan förmedla en effektivare vård gör samhället i längden — även om det

skulle visa sig, att anläggningskostnaderna för ett dylikt mentalsjukhus är något högre — en icke obetydlig ekonomisk vinst.

WHO anser i nyssnämnda rapport, att sjukhusets optimala storlek ur ekonomisk synpunkt ligger mellan 700—800 vårdplatser. Mentalsjukvårdsdelegationen har i sitt huvudbetänkande förordat betydligt mindre sjukhusenheter, förlagda i direkt anslutning till lasarett.

Det är dock ej enbart sjukhusets storlek, d. v. s. antalet vårdplatser, som är avgörande. Storleken måste ses i relation till antal läkare och övrig personal, till graden, i vilken avdelningar eller kliniker fungerar som enheter, eventuellt oberoende av varandra, och i vilken utsträckning sjukhuset byggts i form av små paviljonger eller stora block.

### *Vårdavdelningens storlek*

Av ännu större betydelse för skapande av en terapeutisk miljö än sjukhusets storlek är *vårdavdelningens* storlek. Stora, överbelagda avdelningar med trånga utrymmen försvårar genomförandet av en väl planerad rehabilitering.

En avdelnings maximala storlek för skapandet av en terapeutisk miljö ligger sannolikt vid 30 vårdplatser. Har avdelningen dessutom fått en sådan planteknisk utformning, att 30 patienter kan delas upp på två halvavdelningar med 15 platser var, så underlättas bildandet av grupper, bestående av 6 à 8 personer var. Uppdelningen av patienterna på en avdelning i smågrupper, som även praktiseras vid en del svenska mentalsjukhus, är ur två synpunkter fördelaktig för att reorganisera patienternas inter-personella kontakter.

a) Det gäller i många fall att som första steg i en återanpassning lära patienterna att överhuvudtaget knyta och vidmakthålla kontakter, så att de kan bryta sin isolering. För detta ändamål är smågrupper väl lämpade.

Det begränsade antalet medlemmar i gruppen och det faktum att samma personer sammanföres och har samma skötare som gruppledare underlättar skapandet av varaktiga kontakter och torde verka ångestminskande.

b) Återanpassningsprocessen innebär en direkt påverkan av patienternas beteende, värderingar och normer. Omfattande experimentella undersökningar inom smågruppsforskning (för en översikt se t. ex. Festinger<sup>20</sup>, Israel<sup>21</sup>) ger vid handen, att den lilla gruppen är ett effektivt medium för att påverka och förändra individernas normer och beteende. Detta gäller speciellt, när gruppen är sammansvetsad och visar en hög grad av sammanhållning.

### *Vårdavdelningens plantekniska utformning*

En avdelnings plantekniska utformning påverkar även dess miljö. Stora sovsalar t. ex. utan dörrar, är mera lämpade för övervakning i ett system,

<sup>20</sup> Festinger L. et. al.: Theory and experiment in social communication Ann Arbor 1950.

<sup>21</sup> Israel J.: Self-evaluation and rejection in groups, Uppsala 1956.

där förvaring dominerar på bekostnad av terapi. Även möblemanget och bruksföremålens utformning påverkar atmosfären. En tredje faktor är, om avdelningen är öppen eller låst. Det är sannolikt inte så, att låsta avdelningar påverkar enbart patienterna, deras upplevelser av miljön och deras självuppfattning. De påverkar även personalens beteende och inställning. Personalens relationer till patienterna ändras om de ej behöver gå omkring med nyckelknippor och övervaka patienternas rörelser. En öppen avdelning innebär också att man tilldelar patienterna ansvar, att man litar på dem, och att man avstår från att påverka dem genom fysiska åtgärder och i stället försöker göra det via de relationer, som etableras mellan personal och patienter.

Vissa patienter, främst sådana som klassificerats som farliga för andras säkerhet, men även straffriförklarade i övrigt, anses dock av många böra vårdas på slutna avdelningar. Samma förhållande gäller i fråga om bl. a. patienter med suicidalrisk eller vissa senila förvirringstillstånd.

#### *Vårdavdelningens status*

Det problem, som vi skall ta upp i detta avsnitt, markerar övergången från de frågor, som har med sjukhusets plantekniska utförande att göra, och de, som rör den sociala strukturen. Det gäller differentieringen av patienterna mellan olika avdelningar. Uppdelning i öppna och slutna avdelningar, i behandlingsavdelningar och avdelningar för långvarigt sjuka etc. får som konsekvens, att avdelningarnas rykte och anseende blir olika såväl bland personalen som bland patienterna.

Läkarna ägnar också olika avdelningar varierande intresse och tid. Med den ställning de har inom sjukhuset påverkar detta avdelningens anseende eller status.

Kennard<sup>22</sup> fann t. ex. i en undersökning på ett amerikanskt sjukhus följande belysande förhållande. En läkare, en arbetsterapeut, en socialarbetare och en psykolog hade ansvaret för två paviljonger, nr 50 och 51. Alla hade sina expeditioner i paviljong 50 och koncentrerade därför sin insats på patienterna där. Vid en intervju påstod de alla fyra, att patienterna i paviljong 50 var bättre än i 51, att patienternas prognos var mera gynnsam och de terapeutiska resultaten bättre. Under en ombyggnadsperiod flyttades patienterna på paviljong 50 till en annan byggnad och ovannämnda stab koncentrerade sina ansträngningar till paviljong 51. Jämförelser visade, att resultaten där ej skilde sig från dem man tidigare erhållit i paviljong 50. Detta är exempel på den mekanism, som tidigare omtalats som »self-fulfilling prophecy».

Olika vårdavdelningars sociala status uppfattas även av patienterna. Om en patient upplever, att han flyttas från en »bättre» avdelning till en som betraktas som »sämre», så kan det påverka den uppfattning, han har om

<sup>22</sup> Kennard, E. A.: Psychiatry, administrativ psychiatry, administration: A study of a Veterans hospital, kap. 4. I i M. Greenblatt et al. utg. (op. cit.)

sig själv och sin sjukdom. Uppdelningen i intagnings- och behandlingsavdelningar resp. avdelningar för långvarigt sjuka etc. kan även motverka skapande av en terapeutisk miljö. En sådan indelning innebär ofta, att resurser och personal koncentreras till den förra typen av avdelning.

Därmed riskerar avdelningar för långvarigt sjuka att bli uppsamlingsplatser för »hopplösa» fall, d. v. s. ofta sådana patienter, som är autistiska, passiva och pseudodementa.

En hel del av dessa skulle antagligen kunna aktiveras om man koncentrerade resurserna på dem. Men genom att dessa avdelningar understundom har stämpel av förvaringsavdelningar över sig, så förstärkes genom bristande kontakt och brist på relevanta åtgärder patienternas tendenser att isolera sig och att bli passiva.

Vill man skapa en terapeutisk miljö för hela sjukhuset, så är det därför viktigt att antingen tilldela även avdelningar för långvarigt sjuka tillräckligt med resurser för att aktivera och rehabilitera dessa avdelningars klientel, eller också differentiera patienterna inom sjukhuset på sådant sätt att utpräglade avdelningar för långvarigt sjuka ej förekommer.

## B. Utformningen av den sociala strukturen

Ett sjukhus' sociala struktur och det beteendemönster, den ger upphov till, har formats och utvecklats under dess långa existens. Det har bildats traditionella mönster, som ofta är svåra att förändra, eftersom försök till förändringar vanligtvis möter motstånd. Detta gäller f. ö. inte enbart sjukhus utan alla typer av organisationer. För att kunna ändra traditionella mönster förutsättes det kunskap om just dessa mönster och deras funktion, samt om sättet att genomföra förändringar. Om det senare, d. v. s. tekniken för sociala förändringar, finns en utbredd litteratur. (Se t. ex. Cumming & Cumming op. cit., Stanton & Schwartz op. cit., Sofer op. cit., Israel<sup>23</sup>.)

### *Den formella strukturen och auktoritetsförhållandena*

Vi har tidigare framhållit, att sjukhusets formella struktur kan återges i en organisationsplan. De relationer, som anges i en sådan plan, avser auktoritetsförhållandena. Vem ger order till vem? Var fattas beslut? Vem skall utföra dessa beslut?

Organisationsplanens olika nivåer anger vilken position, som är överordnad en annan, och vilken position, som formellt sett är underordnad. Med de olika positionerna är det förknippat prestige och makt.

Ju större statuskillnaderna mellan de olika nivåerna i en organisationsstruktur är, desto mera formella är relationerna mellan befattningshavarna på de olika nivåerna. Detta leder i sin tur till minskad kommunikation. Det innebär också, att kommunikationen huvudsakligen går i en riktning,

<sup>23</sup> Israel J.: Sociologiska och psykologiska undersökningar rörande effekten av tekniska förändringar, Stockholm 1958.

nämligen uppifrån och ned. De, som befinner sig i lägre positioner, har då svårigheter att kommunicera uppåt, speciellt när de är vana vid ett system med ordergivning uppifrån och ned.

Denna sorts hierarkiska auktoritetsförhållanden är inte ovanlig på sjukhus. Läkarna med sin långa utbildning befinner sig högre upp i hierarkin än vårdavdelningspersonalen. Skillnader i prestige och makt mellan olika nivåer leder även till social distans mellan de olika befattningshavarna. Detta i sin tur får till konsekvens isolering dem emellan, när det gäller sociala kontakter. Det leder också till en skärpt uppdelning av arbetsuppgifterna. Olika arbetsuppgifter får olika prestigevärden. Läkarens arbete betraktas som »finare» än sjuksköterskornas och dessas som »finare» än biträdenas. På en avdelning betraktas det t. ex. som »finare» att syssla med teknisk sjukvård, såsom att ge injektioner, än att utföra städarbete. Det avgörande därvid är inte om en arbetsuppgift är »finare» eller ej, utan att individen upplever, att tilldelningen och utförandet av en bestämd arbetsuppgift innebär en värdering av honom själv. Genom de uppgifter han får sig tilldelad, bestämmas hans status i hierarkin.

En hierarkiskt uppbyggd organisation, där den sociala strukturen kan återges med hjälp av organisationsplaner, som avgränsar de olika nivåerna klart mot varandra, leder sålunda till utpräglat statustänkande inom organisationen. Detta medför, att relationerna mellan individerna blir formella, att det uppstår en social distans mellan befattningshavarna på de olika nivåerna. Det innebär vidare minskad kommunikation och kommunikationsriktningen går huvudsakligen uppifrån och ned. Det innebär också, att arbetsfördelningen — utöver dess uppgift att rationalisera arbetsprocessen — blir en källa till sociala värderingar och leder till statustänkande och prestigebehov.

Härtill kommer, såsom vi framhållit tidigare, risker för kompetensstrider och för att undgå dessa en tendens till byråkratisering.

I ett försök att övervinna dessa svårigheter har Lickert<sup>24</sup> utarbetat en organisationsmodell, där linjeorganisationer ersatts av ett »teammönster».

Nivåerna och ordergivningslinjerna mellan dessa har ersatts av grupper, som griper in i varandra: »Gruppledaren» tillhör åtminstone två grupper och utgör därmed en förbindelselänk mellan de olika nivåerna. Enligt Lickert omformas arbetsgruppen till ett »team», vilket har följande fördelar:

1. Det innebär ökad och mera effektiv kommunikation av relevant information mellan gruppens medlemmar.

2. Genom att man i gruppen diskuterar arbetsuppgifter och sättet att utföra dem engageras medlemmarna mera effektivt i sitt arbete. Man höjer med andra ord deras motivation för arbetet.

<sup>24</sup> Lickert R.: A Motivation approach to a modified theory of organization and management, kap. 7 i M. Haire utg. Modern Organization Theory, New York, 1959.



3. Man kan skapa en känsla bland gruppmedlemmarna av att alla arbetsuppgifter är nödvändiga och att fördelningen av dem inte leder till skillnader i prestige och status på samma sätt som i den strikt hierarkiska organisationstypen.

4. Detta åstadkommes genom de tidigare omnämnda diskussionerna mellan gruppmedlemmarna och genom att beslut fattas genom samråd och efter utbyte av information, som bygger på gruppmedlemmarnas specifika erfarenheter och kunskaper.

5. Medlemmarna i gruppen känner sig i mindre utsträckning vara kuggar i ett stort och själlöst maskineri. I stället upplever de i större utsträckning, att de själva värderas såsom individer och att deras kunskaper uppskattas. Detta ändrar den bild individen har av sig själv.

6. Slutligen leder denna typ av organisation till grupper med hög sammanhållning, vilken i sin tur underlättar möjligheten att påverka gruppens medlemmar att övervinna motstånd mot förändringar.

Den anda, som råder inom arbetsgruppen på en vårdavdelning, påverkar inställningen till patienterna. En organisation, som bygger på teamwork i stället för en utpräglad hierarki med skarpt avgränsade nivåer, torde öka förutsättningarna för skapandet av en terapeutisk miljö.

Teamwork innebär samarbete mellan skilda kategorier av befattningshavare. Det förutsätter en minskning av statusskillnader och en ökning av informella kontakter och av kommunikation. Eftersom en aktivering av patienterna innebär större krav och påfrestningar på vårdavdelningarnas personal, behövs det också ökad kontakt mellan denna och läkarna.

I en diskussion om ett aktiveringsexperiment vid ett norskt sjukhus påpekar Åmark<sup>25</sup>, att aktiveringen av patienterna ledde till intensiva kontakter mellan dem och personalen.

Detta i sin tur nödvändiggjorde, att läkarna fick ägna mycket tid åt personalens personliga problem, som aktualiserades genom den ökade kontakten.

Regelbundna konferenser med befattningshavarna är en möjlighet att öka och intensifiera kommunikationerna dem emellan. Kommunikationen blir ett av de centrala problemen i en organisations sätt att fungera.

### *Kommunikationsproblem*

När man behandlar kommunikationen mellan olika positioner och de individer, som innehar positionerna, så kan man skilja mellan tre olika aspekter:

a) Mängden av kommunikation, d. v. s. hur ofta och hur mycket det förekommer kommunikation mellan befattningshavarna.

b) Kommunikationens riktning, d. v. s. om kommunikationen endast går i en riktning, uppifrån och ned i en hierarki i form av ordergivning, eller

<sup>25</sup> Åmark C.: Aktiv behandling av kroniska psykosor. Nordisk medicin 1956, 55, 782—784.

om den även går nerifrån och upp. Härtill kommer den kommunikation, som går sidledes.

c) Kommunikationen innehåll. Vad är det som förmedlas?

Finns det restriktioner med avseende på innehållet? Dahlström<sup>26</sup> skiljer mellan *operativ* och *strukturell* information. Den förra är sådan som är nödvändig för att en befattningshavare skall kunna göra en effektiv arbetsinsats inom organisationen. Den senare avser organisationens struktur, dess sätt att fungera, dess ekonomi etc.

Ett kommunikationsproblem i en organisation hänför sig till den utsträckning i vilken befattningshavaren erhåller icke-operativ, strukturell information. Om information betraktas som operativ eller ej sammanhänger bl. a. med organisationens målsättningar, eftersom dessa i sin tur bestämmer kriterierna för en »effektiv arbetsinsats». På ett mentalsjukhus av kustodiell typ anses vanligtvis att anamnestiska uppgifter om patienterna ej är behövliga för vårdavdelningspersonalen. På ett sjukhus där man vill skapa en terapeutisk miljö betraktar man däremot vårdavdelningspersonalens arbetsinsats som ett led i terapin och är därför sannolikt mera benägen att betrakta information om patientens anamnes som operativ.

Brist på kommunikation mellan läkare och personal kan få en hel serie av följder.

1. Personalen diskuterar ej tillräckligt patienterna och deras beteende med läkaren, som därför ej i tillräcklig grad kan delge dem sina intentioner. För personalen är det då enklast att bete sig så, att det skapas så få problem som möjligt. Detta kan uppnås genom att man minskar kontakten med patienterna och koncentrerar sig på uppgifter, som ger mera påtagliga resultat för en själv och i den övriga personalens ögon, t. ex. städning.

2. Brist på kommunikation kan även leda till uppkomsten av missförstånd. Dessa missförstånd i sin tur kan skapa irritation. Som konsekvens minskar då ofta kommunikationerna ännu mera.

3. Personalen håller sig strängt till regler och bestämmelser, följer t. ex. arbetsschema utan att fråga sig, varför dessa regler finns, och om de främjar behandlingen av patienterna. En sådan byråkratisk attityd är även ett hinder mot att man varierar beteendet gentemot olika patienter och behandlar dem på ett individuellt sätt.

4. Personalen utför läkarens order, även om den ej helt förstår dem och inte omedelbart kan sätta dem i förbindelse med patienternas beteende.

5. Brist på kommunikation kan påverka personalens motivation för arbetet. Detta innebär, att i stället för att man engagerar sig i arbetet, så kan det uppstå bristande intresse, likgiltighet, frånvaro från arbetet o. s. v. Brist på kommunikation kan leda till besvikelse, och denna i sin tur till aggressivitet mot såväl medarbetare som patienter.

6. Läkarna är placerade högre i sjukhusets hierarki än övrig personal.

<sup>26</sup> Dahlström E.: Information på arbetsplatsen, Stockholm 1956.

I en organisation kommer vanligtvis normer och beteende, som utgår från högt placerade personer, att genomsyra hela organisationen. Bristande kommunikation mellan läkare och personal kan därför bli normbildande och få den effekten, att kommunikation mellan personal och patienter får samma utformning. Därmed minskar läkaren sina egna möjligheter att påverka patienterna. Han riskerar även, att personalen ej får tillräcklig information om patienterna, betraktade som grupp, och om de normer som råder i en sådan grupp.

### C. Befattningshavarnas inställning och beteende

Bland de attityder, som är av betydelse för personalens beteende, har i första avsnittet diskuterats den dimension som kallas »custodialism».

Den innebär, som nämnts, att patienternas fysiska behov tillgodoses men att de betraktas som icke ansvariga, oförmögna, okänsliga för andras reaktioner, som farliga för sig själva och sin omgivning. Denna inställning leder till en tendens, enligt vilken mentalsjukhusets främsta uppgift är att hålla patienten lugn och i säkert förvar. De förväntningar, som ställes på patienten, medför, att han anpassar sig till personalens krav och underordnar sig. Detta görs oberoende av om sådana krav främjar rehabiliteringen eller ej.

En central punkt i inställningen är alltså den bild personalen har av patienten<sup>27</sup>:

Frågan om patientens status eller hans människovärde kräver ständigt beaktande. Dessa faktorer står i relation till den roll som tilldelas patienten och de förväntningar på uppförande personalen har. På föga progressiva sjukhus står personalens förväntningar rörande patienternas beteende på en mycket låg nivå, och faran med en negativ effekt av sjukhusvistelsen förstärkes genom att *den* blir en »bra» patient som anpassar sig till det i hög grad icke-funktionella program, som utformas av personalen.

De risker, som här omnämnas, utgöres bl. a. av de hospitaliseringsfenomen, som otvivelaktigt förekommer vid mentalsjukhusen och som yttrar sig i regressivt beteende och pseudodemens<sup>28</sup>:

»Sjukhusmiljön har ofta en karaktär som befordrar passivitet och medverkar till utplånande av självförtroendet hos de sjuka.»

Det är antagligen så, att just utplånande av självförtroendet är en av de centrala faktorerna vid uppkomsten av hospitaliseringsfenomen.

En något annan inriktning än »custodialism» men besläktad med den är ett betraktelsesätt, enligt vilket patienten uppfattas som omyndig och hålles i en beroendeställning. Uttryck för denna inställning är en bristande önskan att engagera patienterna själva i beslutsprocesser, som rör dem själva, deras liv inom sjukhuset och deras relationer till världen utanför.

En tredje inställning är den, att patienterna inte kan klara sig själva.

<sup>27</sup> Hyde R. V. & Williams R. H.: What is therapy and who does it?, kap. 10 i M. Greenblatt, et al. utg. (op. cit.), sid. 180.

<sup>28</sup> Åmark C.: Rehabilitering inom mentalsjukvården, Nordisk psykiatrisk medlemsblad, 1958, 12, 199—208.

Vi låter sjukvårdspersonalen pyssla om dem i alla situationer. Patienterna får hjälp, då de skall stiga upp på morgonen, då de skall intaga sina måltider, då de skall göra toalett under dagen, då de skall gå till sängs på kvällen. Vi passar dem på sjuksalar och dagrum, och vi vågar inte ens låta dem gå ut själva (Åmark op. cit. sid. 200).

Risken med en sådan inställning är, att patienten upplever denna sorts skötsel som tillfredsställande. Den befriar honom från ansvar och aktivitet, vilket skulle kunna upplevas som ångest- och konfliktskapande.

Tillfredsställelsen med denna typ av vård kan leda till, att patienten finner sig tillrätta i sjukhusmiljön och föredrar den framför att leva utanför i en värld, där han inte känner sig beskyddad på samma sätt. Patienterna får vad som i engelskspråkig litteratur kallas »secondary gains». Det innebär, att patienternas passivitet och övriga sjukdomssymtom ger upphov till en sådan behandling från personalens sida, att sjukhusvistelsen blir en källa till behovstillfredsställelse. Genom dessa »secondary gains» minskar man patienternas motivation att vilja lämna sjukhuset och inpassa sig i samhället på nytt.

En annan inställning, som vi här skall ta upp, är den att man betraktar patienternas beteende som moraliska defekter och ej som symtom. Detta i sin tur ger upphov till ett moraliserande, ett fördömande av patienternas beteende, exempelvis aggressiva handlingar, och leder till restriktioner.

En inställning präglad av »custodialism», förmynderskap, omhändertagande och moralism påverkar även patienternas självuppfattning med alla de konsekvenser, vi diskuterat tidigare.

En förutsättning för att skapa en sådan *terapeutisk miljö*, som främjar rehabiliteringen, är att patienterna aktiveras.

Hela avdelningens verksamhet måste inriktas på samma målsättning.<sup>29</sup>

Att skapa en terapeutisk miljö på en avdelning innebär, att man ställer anspråk på patienterna, att de betar sig på ett »vuxet» sätt, att man ger dem självständighet och ansvar, att man visar att man kan lita på dem, att man minskar på regler och bestämmelser, att man inte tvingar in dem i ett upprutat dagsschema utan främjar deras egna initiativ. Det innebär också, att man försöker göra miljön på avdelningen så lik miljön i samhället som möjligt.

### Sammanfattning

Vi hävdar, att problem som berör personalbehov, personalens sammanfattning och dess utbildning inte kan ses isolerade från den målsättning, man har vid ett sjukhus. Målsättningen i sin tur påverkas av den uppfattning eller de teorier, man har om mentala sjukdomstillstånd.

<sup>29</sup> Galioni E. F., Notman R. R., Stanton A. H. & Williams R. H.: The nature and purpose of mental hospital wards, kap. 19 i M. Greenblatt et al. utg. (op. cit.)

Vi går alltså ej förutsättningslöst till verket utan försöker i stället redovisa teoretiska resonemang och värderingar. Vi gör en distinktion mellan mentala sjukdomars intra-personella och inter-personella aspekter. Medan behandlingen av de förra är en uppgift för den medicinska terapin och psykoterapin, så behandlas de senare i första hand genom utformningen av sjukhuset och dess vårdavdelningar.

För att förstå hur denna utformning påverkar de inter-personella problemen betraktar vi sjukhuset som ett socialt system. Alla som ingår i detta system, läkare, övrig personal och patienter får sig roller tilldelade. Detta innebär, att deras beteende styres av ömsesidiga förväntningar. Vi försöker vidare visa, att dessa förväntningar kan utformas så, att de på ett maximalt sätt gynnar den rehabilitering och återanpassning, som är nödvändig för att lösa patienternas inter-personella problem.

Detta förutsätter, att man skapar en terapeutisk miljö, vilket i sin tur påverkas av sjukhusets plantekniska utformning, dess sociala struktur och inställningen hos läkare och övrig personal.

## KAPITEL 4

## Rapport över interjuundersökningen

*I. Tillvägagångssättet vid genomförandet av undersökningen*

## Undersökningens omfattning

I kapitel 1 har vi lämnat en beskrivning av intervjuundersökningens omfattning och de urvalsmetoder, som använts. Dessa uppgifter skall här kompletteras med några siffror.

Antalet intervjuade, fördelade på de olika personalkategorierna och uppdelade på statliga och kommunala sjukhus, framgår av nedanstående tabell nr 2. Det totala antalet intervjuade uppgick till 353 personer.

*Tabell 2. Antal intervjuade vid de statliga och de kommunala sjukhusen*

Befattningshavare	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
Överläkare . . . . .	13	5	18
Bitr. överläkare . . . . .	1	3	4
Underordnad läkare . . . . .	23	27	50
Psykolog . . . . .	1	1	2
Kurator . . . . .	1	10	11
Hjälperksamhetsföreståndarinna . . . . .	7	—	7
Föreståndarinna . . . . .	16	15	31
därav personalföreståndare och bitr dito samt husmoder . . . . .	(7)	(5)	(12)
Uppsyningsman . . . . .	10	1	11
Arbetsterapeut . . . . .	15	21	36
Socioterapeut . . . . .	7	2	9
Överskötare . . . . .	18	24	42
Förste skötare . . . . .	17	19	36
Skötare . . . . .	49	47	96
Summa	178	175	353

Av tabellen framgår, att det föreligger en skillnad mellan statliga och kommunala sjukhus med avseende på antalet intervjuade. Så t. ex. intervjuades vid de 2 kommunala sjukhusen 27 underordnade läkare mot endast 23 vid de 5 statliga. Detta beror på att läkartätheten vid de kommunala sjukhusen är betydligt större än vid de statliga och att tjänsterna vid de senare delvis inte är besatta. Även antalet kuratorer är högre vid de kommunala sjukhusen, men det bör här tilläggas att vid de statliga sjukhusen har ofta

hjälpverksamhetsföreståndarinnan ett arbete, som är likartat kuratorernas. Antalet socioterapeuter är högre på de statliga sjukhusen, vilket till stor del beror på att man där disponerar en del skötar- och försteskötartjänster för socioterapi. *Vårdavdelningspersonalen intervjuades endast vid två statliga och två kommunala sjukhus.* Att antalet intervjuade överskötare är större vid de två kommunala sjukhusen än vid de två statliga beror på, att man på de förstnämnda har flera avdelningar med färre antal patienter än på de sistnämnda. Dessutom har man på det ena kommunala sjukhuset ambulera översköterskor.

### Frågeformulär

För intervjuerna konstruerades fyra frågeformulär, vilka återfinnes som bilaga till betänkanudet. Ett av formulären avsåg intervjuer med läkare. Vissa frågor i detta besvarades endast av överläkare och biträdande överläkare, andra endast av underordnade läkare. Bland dem, som besvarade formuläret, återfinns fyra överläkare för hjälpverksamhet och familjevård, alla vid statliga sjukhus. Dessa fyra läkare besvarade ej de frågor, som berörde den slutna vården. I stället gällde ett avsnitt av formuläret deras speciella verksamhetsområde. Totalt intervjuades med detta formulär 72 personer.

Det andra formuläret användes vid utfrågning av psykologer, kuratorer, hjälpverksamhetsföreståndarinnor, arbetsterapeuter och socioterapeuter. Även här tillämpades en viss differentiering av frågorna. Antalet intervjuade med detta formulär var 65.

Det tredje formuläret användes för föreståndarinnor och uppsyningsmän, sammanlagt 42 personer. Det fjärde formuläret slutligen användes för vårdavdelningspersonalen, och tillämpades på 174 intervjupersoner.

De olika formulärtyperna var så konstruerade, att de hade en serie gemensamma frågor. Denna del omfattade cirka 30 sålunda identiska frågor. I tre av formulären var ytterligare ett 20-tal frågor lika.

Frågeformulären innehöll huvudsakligen frågor utan bundna svarsalternativ i avsikt att göra materialet fylligare. De frågor, som hade bundna svarsalternativ, användes ofta som en inledning till därpå följande öppna frågor.

Följande områden undersöktes enligt frågeformuläret för läkare, som var det mest omfattande.

#### A. Bakgrundsfaktorer

#### B. Arbetsuppgifter

##### a) Slutna vård

Patientkontakter

Ronder

##### b) Öppna vård

Hjälperksamhet

Familjevård

c) *Övriga arbetsuppgifter*

Administration

Terapi

Undervisning, handledning

C. *Privat mottagning*

D. *Forskning*

E. *Studier*

F. *Lokaler och utrustning*

Läkarens lokaler

Läkarens utrustning och skrivservice

Sjukhusets lokaler och utrustning i övrigt

G. *Uppfattning om speciella personalkategorier*

H. *Information och kommunikation*

Intervjuerna utfördes av docent J. Israel samt av kurator Margareta Franzén och socialassistent Gun Zacharias. Utredningens sekreterare Sigurd Fagring medverkade därjämte i intervjuerna vid vissa sjukhus. Innan undersökningen startade gjordes provintervjuer, varefter formulären omarbetades.

Sedan intervjuarbetet avslutats, upprättades ett kodningsschema, varefter alla svar kodades och överfördes på stansningsblanketter. Detta arbete utfördes å personaldelegationens kansli. Kodningens tillförlitlighet prövades. Den statistiska bearbetningen skedde sedan med hjälp av hålkort. Endast frekvenstabeller framräknades därvid. Materialet är till sin omfattning begränsat; dels är det uppdelat på många kategorier, dels är antalet individer i varje kategori inte så stort. En mera vittgående statistisk bearbetning skulle endast vara möjlig för de frågor som förekommer i alla fyra frågeformulären. Vi skall därför i vår rapport endast presentera tabeller och samtidigt komplettera dessa med exempel ur de givna svaren. Rapporten kommer med anledning härav att innehålla en blandning av statistiska och mera informella data.

## *II. Resultat*

### *Data om de undersökta sjukhusen*

Vi skall börja med en beskrivning av patientklienteletts sammansättning samt avdelningarnas antal och art vid de olika sjukhusen. Siffrorna baserar sig på uppgifter, som erhållits av överläkarna vid intervjutillfällena.

I tabell 3 nedan ges en sammanställning av antal patienter på de 19 överläkaravdelningarna vid de olika sjukhusen.

Det framgår tydligt av tabellen, att genomsnittliga antalet patienter per överläkaravdelning är mycket mindre vid de kommunala än vid de statliga sjukhusen.



Tabell 3. Antal patienter vid undersökningstillfället

Sjukhus	Antal patienter vid överl.-avd. för		Totalt per sjukhus	Straffri-förklarade		O-fall <sup>1</sup>		Personer under 18 år	
	manliga pat.	kvinnliga pat.		M	Kv	M	Kv	M	Kv
<i>Statliga sjukhus</i>									
A-sjukhus.....	459	417	876	40	3	60	15	10	2
B- » .....	464	327	1 512	69	4	19	—	1	1
» » .....	288	433		34	8	18	7	1	—
C- » .....	390	407	797	29	3	41	14	2	2
D- » .....	530	537	1 067	115	7	85	22	2	8
E- » .....	694	541	1 235	72	2	37	5	5	—
<i>Kommunala sjukhus</i>									
F-sjukhus.....	225	266	981	—	—	—	—	1	—
» » .....	252	238		—	—	12	9	1	2
G- » .....	483	396	1 254	5	—	7	5	3	5
» » .....	375 <sup>2</sup>			—	—	5	—	—	—
Medeltal per överläkaravdelning:									
Statliga sjukhus....	471	444	457	60	5	44	11	4	2
Kommunala sjukhus	320 <sup>3</sup>	300 <sup>3</sup>	319	3	—	12	7	2	4

<sup>1</sup> Med O-fall avses personer, som intagits på mentalsjukhus, p.g.a. att de »enligt vad känt är, under inflytande av sinnessjukdom begått mot annans personliga säkerhet riktat brott, vilket icke blivit beivrat».

<sup>2</sup> Denna överläkaravdelning har såväl manliga som kvinnliga patienter.

<sup>3</sup> Den blandade överläkaravdelningen ej medtagen.

Härtill kommer, att antalet underordnade läkare är betydligt större vid de kommunala sjukhusen, vilket framgår av tabell 4.

Tabell 4. Antal underordnade läkare vid respektive sjukhus

Sjukhus	Antal tjänster	Antal obe-satta tjänster med vik.	Antal obe-satta tjänster utan vik.	Antal patienter per under-ordn. läkar-tjänst
<i>Statliga sjukhus</i>				
A-sjukhus.....	8	6	1	110
B- » .....	10	8	—	151
C- » .....	5	2	—	159
D- » .....	6	1	1	178
E- » .....	8	1	2	154
<i>Kommunala sjukhus</i>				
F-sjukhus.....	16	5	—	61
G- » .....	16	4	—	78
<i>Medelvärde:</i>				
Statliga sjukhus.....	7,4	3,6	—	148
Kommunala sjukhus.....	16,0	4,5	—	70

Vid de kommunala sjukhusen är antalet patienter per underordnad läkartjänst sålunda i genomsnitt knappt hälften så stort som vid de statliga sjukhusen. Det bör i anslutning härtill också påpekas, att antalet *obesatta* läkartjänster vid de statliga sjukhusen är betydligt större än vid de kommunala, även om det finns vikarier på de flesta av de statliga sjukhusens obesatta tjänster.

Vi frågade överläkarna vad de ansåg om *läkartätheten*. Endast fyra av de 22 tillfrågade ansåg läkartätheten tillfredsställande. Två av dem arbetade på statliga och två på kommunala sjukhus, d. v. s. 6 av 8 överläkare på de kommunala sjukhusen och 12 av 14 på de statliga anser läkartätheten som otillfredsställande. Speciellt vid de kommunala sjukhusen är detta resultat intressant, eftersom läkartätheten där är mer än dubbelt så stor som vid de statliga sjukhusen.

Av kommentarerna framgår, att det inte enbart är den låga läkartätheten, som anses utgöra en brist, utan även det förhållandet, att vikarierna ofta ej är kompetenta. En läkare framhåller, att »man skulle klara sig, om man hade kompetenta vikarier. Jag föredrar färre tjänster med ordinarie läkare än många besatta med korttidsvikarier.» Av kommentarerna framgår också, hur många patienter per läkare, som man anser vara lämpligt. En av överläkarna anser, att en läkare på 75 patienter är ett minimum. En annan läkare framhåller, att »425 patienter med nytt nummer inskrevs i fjol. Det skulle finnas arbete för ytterligare läkare, så att man även kunde ägna sig åt de lättare fallen. En speciell läkare behövs även för poliklinisk vård.» En överläkare vid ett kommunalt sjukhus anser, att »vad som är rimligt beror på omsättningen, men en läkare per 50 patienter är inte mycket med den omsättning vi har».

Mot bakgrunden av detta sistnämnda citat är det intressant att studera omsättningen av patienterna på de undersökta sjukhusen. Vi har därför

Tabell 5. Patientomsättning m. m. i relation till antalet vårdplatser.

Sjukhus	Antal vårdplatser	Antal pat. per underordnad läkartjänst	Antal under år 1959 intagna pat.	Intagna pat. i % av antalet vårdplatser	Antal intagna pat. per underordnad läkartjänst
	1	2	3	4	5
A-sjukhus . . . . .	905	110	1 292	143	162
B- » . . . . .	1 350	151	1 232	91	123
C- » . . . . .	800	159	716	90	143
D- » . . . . .	895	178	601	67	100
E- » . . . . .	986	154	738	75	92
F- » . . . . .	1 046	61	1 303	125	81
G- » . . . . .	1 214	78	2 062	170	129
<i>Summa resp. medelvärde:</i>					
Statliga sjukhus. . . . .	4 936	148	4 579	93	124
Kommunala sjukhus	2 260	70	3 365	149	105

gjort vissa beräkningar med ledning av uppgifter, hämtade ur publikationen »Allmän hälso- och sjukvård» för år 1959.

I nästa tabell presenteras antalet vårdplatser, antalet under år 1959 intagna patienter samt detta senare i procent av antalet vårdplatser vid de olika sjukhusen.

Av ovanstående tabell framgår, att patientomsättningen, beräknad såsom antalet intagna i procent av antalet vårdplatser, i genomsnitt är betydligt högre vid de kommunala sjukhusen än vid de statliga.

Det framgår även av tabellen, att det finns ett visst samband mellan patientomsättningen såsom den definierats nyss och antalet patienter per underordnad läkartjänst (d. v. s. mellan kol. 2 och 4). Tendensen är den, om ock svag, att omsättningen i genomsnitt är högre, när antalet patienter per läkare blir mindre.

Däremot finns det intet samband mellan antalet intagningar och antalet underordnade läkartjänster, såsom framgår av tabellens sista kolumn. Det verkar även mindre sannolikt att så skulle vara fallet. Antalet underordnade läkartjänster i förhållande till antalet intagna är nämligen ett grovt mått på läkartätheten.

Låt oss exemplifiera detta. På A-sjukhuset intogs 1 292 patienter under år 1959, på B-sjukhuset var motsvarande siffra 1 232. Intagningen på båda sjukhusen är alltså ungefär lika omfattande. A-sjukhuset har 8 underordnade läkartjänster, B-sjukhuset 10. För att B-sjukhuset skulle uppnå samma antal intagna patienter per läkartjänst skulle det ha behövt öka sin intagning med ytterligare 383 patienter. Nu beror emellertid intagningarna inte enbart på antalet inrättade läkartjänster. Man måste också ta hänsyn till om dessa är besatta, under hur lång tid någon eller några varit obesatta, hur kompetenta innehavarna är — i många fall är läkartjänsterna besatta med medicine kandidater — etc. Även en sådan faktor som att en del avdelningar är stängda för ombyggnad måste beaktas. Detta påverkar intagningen, men ej antalet läkartjänster.

Antalet underordnade läkartjänster i förhållande till antalet intagna är alltså ett osäkert sätt att mäta läkartätheten. Sambandet mellan läkartäthet och patientomsättning påverkas av en rad faktorer.

Låt oss anta, att det finns ett orsakssamband mellan läkartätheten eller läkarens arbetsbelastning och patientomsättningen. Man skulle då tro att färre patienter per läkare skulle leda till en snabbare omsättning. Men så behöver inte vara fallet. Färre patienter per läkare kan nämligen också betyda mera intensiv vård av de ineliggande.

Därtill kommer att en snabbare omsättning och intagning av fler akuta fall även ökar läkarens arbetsbörda, vilket i sin tur kan gå ut över patienter med långvariga sjukdomstillstånd.

Snabb omsättning kan alltså betyda att man hinner göra mera med akuta fall och mindre med långtidspatienter.

Nu får man givetvis räkna även med andra faktorer när man diskuterar patientomsättningen. I mentalsjukvårdsdelegationens huvudbetänkande anges t. ex. »arten av patienternas sjukdom, avstånden till sjukhusen, kommunikationsmöjligheterna samt utskrivningspraxis» (op. cit. s. 215). Speciellt utskrivningspraxis varierar mellan de olika sjukhusen. På en del sjukhus tillämpar man försöksutskrivning i större utsträckning än på andra sjukhus, vilket förhållande främst gäller de statliga mentalsjukhusen. Detta innebär, att om patienten behöver återintas på sjukhuset, så räknas detta ej som »ny intagning». Om man däremot praktiserar försöksutskrivning i liten utsträckning, så blir återintagning i större grad registrerad såsom »ny intagning». Skillnaden mellan kommunala och statliga sjukhus kan åtminstone delvis förklaras på detta sätt.

En annan faktor är givetvis patientmaterialets sammansättning. På de kommunala sjukhusen, som ligger i storstäder, har man ett relativt sett större antal alkoholpsykosor än på de statliga sjukhusen. Omsättningen bland denna kategori av patienter är högre än för många andra patientkategorier. Vidare finns det på de kommunala sjukhusen inga straffriförklarade. Vårdtiderna för sådana patienter är ofta långa. Denna kategori är emellertid som regel relativt sett liten.

Andra förhållanden, som kan påverka patientomsättningen, är exempelvis åldersfaktorn, d. v. s. antalet geriatriska fall samt antalet neurosfall.

Ytterligare en faktor, som påverkar omsättningsstatistiken är överbeläggning på sjukhusen. För att korrigera denna felkälla har vi beräknat genomsnittliga antalet vård dagar genom att dela totala antalet vård dagar med 365. Genomsnittliga antalet vård dagar i procent av antalet vårdplatser

Tabell 6. Patientomsättningen i relation till det genomsnittliga antalet vård dagar<sup>1</sup>

Sjukhus	Genomsnittligt antal vård dagar	Genomsnittligt antal vård dagar i % av antal vårdplatser <sup>2</sup>	Intagna i % av genomsnittligt antal vård dagar	Antal utskrivna <sup>3</sup>	Utskrivna i % av genomsnittligt antal vård dagar
	1	2	3	4	5
A-sjukhus . . . . .	976,8	108	132	1 108	113
B- » . . . . .	1 533,1	114	80	1 117	73
C- » . . . . .	769,8	96	93	524	68
D- » . . . . .	1 025,7	115	59	488	48
E- » . . . . .	1 230,0	125	60	666	54
F- » . . . . .	911,4	87	143	1 158	127
G- » . . . . .	1 191,1	98	173	1 955	164
<i>Summa:</i>					
Statliga sjukhus. . . . .	5 535,4	112	83	3 903	71
Kommunala sjukhus	2 102,8	93	160	3 113	148

<sup>1</sup> Siffrorna avser år 1959.

<sup>2</sup> Det genomsnittliga antalet påverkas av antalet avdelningar stängda för ombyggnad eller vid nya sjukhus av avdelningar, som ännu ej tagits i bruk.

<sup>3</sup> Exklusive avlidna och förflyttade till andra mentalsjukhus.

ger då graden av över- resp. »under»-beläggning. I föregående tabell 6 har vi beräknat intagningarna i procent av genomsnittliga antalet vård dagar och även utskrivningarna i procent av genomsnittliga antalet vård dagar. Från den totala summan av utskrivningar har frånräknats antalet avlidna och antalet förflyttade till andra mentalsjukhus.

Med ett undantag har samtliga statliga sjukhus överbeläggning. De två kommunala sjukhusen däremot har »underbeläggning», vilket i sin tur minskar antalet patienter per underordnad läkartjänst och ökar antalet intagna i procent av genomsnittligt antal vård dagar. Procenttalet utskrivna per antalet genomsnittliga vård dagar är mer än dubbelt så stort på de kommunala sjukhusen som på de statliga.

För att få ett begrepp om i vilken utsträckning olika utskrivningspraxis kan ha påverkat ovanstående resultat, har vi i tabell 7 beräknat procenttalet för första gången intagna i relation till totala antalet intagna. Dessutom har vi beräknat antalet första gången intagna i procent av genomsnittliga antalet vård dagar. Genom detta mått kommer vi åt intagningsintensiteten i relation till beläggningsintensiteten.

Tabell 7. Antalet för första gången intagna

Sjukhus	Antal intagna	Antal första gången intagna	Första gången intagna i procent av totala antalet intagna	Första gången intagna i procent av genomsnittligt antal vård dagar
	1	2	3	4
A-sjukhus . . . . .	1 292	760	59	78
B- » . . . . .	1 232	631	51	41
C- » . . . . .	716	408	57	53
D- » . . . . .	601	393	65	38
E- » . . . . .	738	356	48	29
F- » . . . . .	1 303	524	40	58
G- » . . . . .	2 062	1 001	49	84
<i>Summa:</i>				
Statliga sjukhus. . . .	4 579	2 548	56	46
Kommunala sjukhus.	3 365	1 525	45	73

Det visar sig sålunda, att antalet för första gången intagna i procent av det totala antalet intagna är högre på de statliga än på de kommunala sjukhusen. Skillnaden är 11 %. Antalet första gången intagna i procent av *genomsnittliga antalet vård dagar* är vid de statliga sjukhusen 46 och vid de kommunala sjukhusen 73. Detta innebär, att om man sätter förstagångsintagningar i relation till vård dagarna, vilket i viss mån är ett mått på vårdintensiteten, så blir antalet vård dagar flera för förstagångsintagna vid de kommunala sjukhusen än vad som är fallet vid de statliga sjukhusen.

Vi skall sammanfatta våra resonemang. I tabellerna 6 och 7 har vi opererat med olika index. I tabell 6 har vi i kolumn 3 »*antalet intagna i pro-*

cent av genomsnittliga antalet vård dagar». Index talet är dubbelt så stort vid de kommunala som vid de statliga sjukhusen. I kolumn 5 har vi »antalet utskrivna i procent av genomsnittliga antalet vård dagar». Även här får vi samma förhållande mellan de statliga och kommunala sjukhusen. I tabell 7 har vi i kolumn 3 »första gången intagna i procent av totala antalet intagna». Detta index skall korrigera för olika utskrivningspraxis och eventuellt för variationer i patientklientelet. Men det har vissa svagheter. Om, som på D-sjukhuset, totalantalet intagna är lågt, så kan en i absoluta tal låg förstagångsintagning leda till ett högt indexvärde. Slutligen har vi i kolumn 4 »första gången intagna i procent av genomsnittligt antal vård dagar».

Genom att utfråga de intervjuade överläkarna erhöi vi även uppgift på antalet försöksutskrivna patienter vid intervjutillfället (tabell 8).

Tabell 8. Antalet försöksutskrivna patienter

Sjukhus	M	Kv	Summa	Antal försöksutskrivna i % av antalet ineliggande vid intervjutillfället
A-sjukhus . . . . .	333	365	698	80
B- » . . . . .	398	255	653	43
C- » . . . . .	106	123	229	29
D- » . . . . .	164	66	230	22
E- » . . . . .	61	52	113	9
F- » . . . . .	57	234	291	30
G- » . . . . .	213	202	415	33
<i>Summa:</i>				
Statliga sjukhus. . . . .	1 062	861	1 923	
Kommunala sjukhus. . . . .	270	436	706	
Totalt. . . . .	1 332	1 297	2 629	
<i>Medelvärde:</i>				
Statliga sjukhus. . . . .	212	172	385	35
Kommunala sjukhus. . . . .	135	218	353	32
Totalt. . . . .	190	185	376	34

Siffrorna avspeglar den aktuella situationen vid intervjutillfället. Det är därför svårt att säga något om de är representativa för den utskrivningspraxis, som tillämpas vid de undersökta sjukhusen. Det finns stora variationer mellan sjukhusen, men skillnaden mellan de här undersökta statliga och kommunala sjukhusen är relativt liten.

Efter att ha redovisat dels antalet första gången intagna patienter, dels antalet försöksutskrivna, så är det fortfarande rimligt att anta att skillnaden i omsättningen mellan de kommunala och statliga sjukhusen inte enbart kan förklaras av utskrivningspraxis, av typ av behandlade patienter etc., utan att en del av skillnaden kan tillskrivas den större läkartätheten; hur mycket är givetvis omöjligt att säga.

Sammanfattningsvis kan man säga, att det inte enbart är den ökade läkartaitheten, som påverkar patientomsättningen. Antagligen är det så att ett ökat antal läkare kräver ett ökat antal psykologer, kuratorer och kontorspersonal. Vidare torde organisatoriska förändringar, såsom den tillämpade differentieringen av patienterna, variationen i möjligheterna att omhänderta och behandla patienterna spela en stor roll. Men sådana organisatoriska åtgärder förutsätter antagligen en läkartaithet, som är betydligt större än vad nu är fallet, åtminstone vid de statliga sjukhusen.

Vi övergår nu till att i korthet diskutera *avdelningarnas art*.

Vi bad överläkarna att klassificera avdelningarna i lugna, oroliga och halvroliga. En överläkare vid G-sjukhuset vägrade att göra uppdelningen under motivering, att en dylik enligt hans mening vore inadekvat. Användningen av psykofarmaka har ju förändrat klientelet så, att man strängt taget inte längre kan tala om oroliga avdelningar i egentlig bemärkelse. Vi ställde ändå frågan enär denna indelningsgrund — om än föråldrad — fortfarande tillämpas i rätt stor utsträckning.

I tabell 9 har vi redovisat dels antalet vårdavdelningar vid varje sjukhus, dels antalet lugna avdelningar i procent av hela antalet vårdavdelningar vid resp. sjukhus.

Tabell 9. Vårdavdelningarnas art

Sjukhus	Antal avd.	därav % lugna
A-sjukhus.....	22	50
B- » .....	40	50
C- » .....	27	44
D- » .....	21	43
E- » .....	35	66
F- » .....	39	51
G- » .....	23	57
Summa	207	
<i>Medeltal:</i>		
Statliga sjukhus.....		52
Kommunala sjukhus.....		53

En annan fråga gick ut på att ta reda på antalet öppna avdelningar vid respektive sjukhus. Som framgår av tabell 10 varierar detta i rätt betydande grad. Vid ett sjukhus är endast 17 % av avdelningarna öppna, medan vid ett annat sjukhus inemot 63 % av alla avdelningar är öppna. Man kan naturligtvis fråga sig, om inte antalet öppna avdelningar sammanhänger med vården av patienter, som är straffriförklarade eller O-fall, och som behöver vård på slutna avdelningar. Av tabellen framgår även antalet straffriförklarade patienter i procent av det totala antalet patienter vid respektive sjukhus. Det finns inget samband mellan antalet öppna avdelningar vid ett sjukhus och procentsatsen straffriförklarade patienter eller

O-fall. Det visar sig också därav att det på A-, B- och D-sjukhusen finns fler manliga öppna avdelningar än kvinnliga, fastän antalet manliga straffri-förklarade resp. O-fall är högre. Detta tyder på att antalet öppna avdelningar vid ett sjukhus i mindre utsträckning beror på antalet straffriförklarade och antalet O-fall än på andra orsaker. Det kan bl. a. bero på antalet geriatriska fall, men även på sådana faktorer som överläkarens och den övriga personalens inställning att vilja ha avdelningarna öppna eller ej.

Tabell 10. Antal öppna avdelningar m. m. vid respektive sjukhus

Sjukhus	Antal avdelningar på olika sjukhus					% straffriförklarade			% straffriförklarade och O-fall		
	totalt	öppna	% öppna	% öppna manliga	% öppna kvinnliga	totalt	manliga	kvinnliga	totalt	manliga	kvinnliga
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
A-sjukhus . .	22	9	41	45	36	5	9	1	14	22	4
B- » ..	40	25	63	67	58	7	10	2	11	20	3
C- » ..	27	9	33	31	36	4	7	1	11	18	4
D- » ..	21	5	24	36	10	11	22	1	22	38	5
E- » ..	35	6	17	11	25	6	10	1	9	16	1
F- » ..	39	22	56	61	46	—	—	—	2	3	2
G- » ..	35	12	34	53	17	—	1	—	2	3	1
<i>Medelvården:</i>											
Statliga sjukhus	29	11	37	39	36	7	13	1	13	22	3
Kommunala sjukhus	37	17	46	56	36	—	—	—	2	2	1

### Bakgrundsdata om läkarna och sjukvårdspersonalen

Vi skall ge några bakgrundsdata om de intervjuade. I tabell nr 11 har vi gjort en sammanställning av de intervjuades ålder och tjänsteställning.

Tabell 11. Ålder och tjänsteställning

Åldersgrupp	Överläkare och bitr. överläkare	Underordnad läkare	Psykolog, kurator	Arbets- resp. socio- terapeut	Före- ståndar- rinna, uppsynings- man	Över- skö- tare	Förste skö- tare	Skö- tare	To- talt	%
29 och yngre	—	8	3	6	3	8	2	19	49	14
30—39 . . . . .	1	20	5	9	4	4	5	27	75	21
40—49 . . . . .	2	14	4	13	13	15	14	31	106	30
50—59 . . . . .	15	6	—	15	24	15	15	17	107	30
60 och äldre	4	2	—	—	4	—	—	1	11	3
Okänt . . . . .	—	—	1	2	1	—	—	1	5	1
Medelålder .	54,5	39,8	35,8	43,6	49,4	43,8	46,7	40,1	43,7	



Medelåldern har räknats fram genom att ta klassmedelvärden, d. v. s. 25 år, 35 år etc. för varje åldersgrupp med undantag för sista åldersgruppen, där 62,5 använts som klassmitt, eftersom pensionsåldern ligger vid 65 år.

Den relativt låga åldern bland underordnade läkare beror till en viss del på, att icke färdigutbildade medicinare tjänstgör såsom läkare vid en del sjukhus.

Av intresse är också den relativt låga åldern för överskötare. Detta har sin förklaring däri, att tjänsterna som överskötare vid de kommunala sjukhusen innehas — i motsats till vad fallet i regel är vid de statliga sjukhusen — av sjuksköterskor och att dessa får sina befattningar relativt snart efter utbildningens slut.

De anställdas tjänsteställning och kön återger vi i följande tabell 12.

Tabell 12. Tjänsteställning och kön

Sjukhus	Överläkare + bitr. överläk.		Underordnad läkare		Psykolog, kurator		Arbets- resp. socioterapeut		Förständigarinna, uppsyningsman		Överskötare		Förste skötare		Skötare		Summa		Totalt
	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	
Statliga sjukhus . . . . .	11	3	17	6	1	1	15	7	12	21	5	13	5	12	18	31	84	94	178
Kommunala sjukhus . . . . .	8	—	18	9	—	11	7	16	2	14	1	23	5	14	14	33	55	120	175
Samtliga sjukhus	19	3	35	15	1	12	22	23	14	35	6	36	10	26	32	64	139	214	353

Den väsentligaste skillnaden mellan statliga och kommunala sjukhus avser kategorin arbetsterapeuter och socioterapeuter, där proportionen mellan könen är sådan, att på de statliga är männen i majoritet (68 %) och på de kommunala sjukhusen kvinnorna (70 %).

Vid en jämförelse mellan manliga och kvinnliga överskötare och förste skötare — varvid vi slagit hop dessa två befattningar<sup>1</sup> — visar det sig att endast 16 utav 78 överskötare eller förste skötare är män, d. v. s. 21 %.

Detta beror i första hand på att alla intervjuade överskötare vid de två kommunala sjukhusen på ett undantag när är sjuksköterskor. Utgår man endast från de statliga sjukhusen, så är 29 % av nyssnämnda befattningshavare män.

Bland den obefordrade personalen utgör däremot männen 33 % eller 32 utav 96. Eftersom sjuksköterskor relativt snabbt kan bli överskötare vid de kommunala sjukhusen och övrig personal ej kan befordras till överskötare, medan personalen vid de statliga sjukhusen får gå en längre tid i en under-

<sup>1</sup> På ett av de kommunala sjukhusen är första skötaretjänsten en beföringstjänst och medför inga andra arbetsuppgifter än för skötare. På det andra kommunala sjukhuset samt på de statliga sjukhusen är förste skötaren nästansvarig.

ordnad befattning, återspeglas detta i de befordrades ålder, vilken i genomsnitt är 51,7 år bland männen, bland kvinnorna 43,6. Bland de obefordrade däremot är skillnaden liten. Genomsnittsåldern bland männen är här 42,1 och bland kvinnorna 39,2. Vi vet dock ingenting om åldern vid anställningens början. Inte heller vet vi, om männen innehar sina befattningar under längre tid än kvinnorna.

Vi återger i nästa tabell 13 personalens anställningstider.

Tabell 13. Tjänsteställning och anställningstid på sjukhuset

	Överläkare och bitr. överläkare	Underordnade läkare	Psyko-log, kurator	Arbets-resp. socio-terapeut	Före-ståndar-inna, uppsyns-nings-man	Över-skö-tare	Förste skö-tare	Skö-tare	S:a	%
Ej besvarat	—	—	—	2	—	—	—	—	2	—
Mindre än 1 år . . . . .	—	12	2	1	3	6	3	3	30	9
1—3 år . . . . .	3	15	6	12	3	13	11	28	91	26
4—5 år . . . . .	2	7	1	3	10	3	—	6	32	9
6—10 år . . . . .	4	9	2	3	8	4	4	18	52	15
11—15 år . . . . .	7	6	2	5	4	2	2	8	36	10
16 år—	6	1	—	19	21	14	16	33	110	31
Summa	22	50	13	45	49	42	36	96	353	100

Tabell 14. Tjänsteställning och tidigare anställning

	Överläkare och bitr. överläkare	Underordnad läkare	Psyko-log, kurator	Arbets-resp. socio-terapeut	Före-ståndar-inna, uppsyns-nings-man	Över-skö-tare	1:e skö-tare	Skö-tare	S:a	%
Ej besvarat.	—	—	—	2	—	—	—	—	2	—
Tjänstgjort på:										
Endast detta sjukhus . . . . .	—	9	3	20	6	13	11	36	98	28
Andra mentalsjukhus eller psyk. klinik . . . . .	9	14	1	14	21	15	14	24	112	32
Mentalsjukhus och andra sjukhus eller sjukvårdsinrättningar . . . . .	10	17	1	3	8	2	3	17	61	17
Endast andra sjukvårdsinrättningar	3	10	4	4	12	10	7	18	68	20
Osäker . . . . .	—	—	4	2	2	2	1	1	12	3

Av tabellen framgår, att över 40 % av de intervjuade hade en anställningstid på sjukhuset (alltså ej totalt i mentalsjukvård) av mer än 10 år; inemot hälften hade varit anställda i minst 5 år; en tredjedel hade en anställningstid av 3 år och mindre.

Slutligen har vi gjort en sammanställning över de anställdas tidigare tjänstgöring och uppgifter härom återfinnes i tabell 14.

Majoriteten av de intervjuade, ca 60 %, har tjänstgjort endast inom mentalsjukvård och ungefär hälften av dessa endast på ett och samma sjukhus.

Bland de 72 intervjuade läkarna var tre — alla överläkare — medicine doktorer; 16 av de tillfrågade hade utländska examina och övriga 53 hade svensk medicine licentiatexamen.

Kuratorerna har som väntat genomgått socialinstitut och en del har därjämte genomgått mentalhygieniska kursen vid socialinstitutet i Stockholm och/eller bedrivit akademiska studier.

Båda de intervjuade psykologerna har filosofie licentiatexamen.

Nästa personalkategori är föreståndarinnor och uppsyningsmän. Deras utbildning återges i tabell 15.

Tabell 15. Föreståndarinnornas och uppsyningsmännens utbildning

Utbildning	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
Sjuksköterskeutbildning. ....	20	15	35
Högre o. lägre kursen. ....	13	1	14

Bland kvinnorna har — med undantag för 2 på statliga sjukhus — alla sjuksköterskeutbildning.

Nästa grupp omfattas av arbetsterapeuter och socioterapeuter. Det fanns vid de statliga sjukhusen 15 arbetsterapeuter, vilka alla genomgått någon specialkurs. Vid de kommunala sjukhusen intervjuades 21 i samma befattning, av vilka 5 inte hade något slag av specialutbildning; det var här utslutande fråga om vårdavdelningspersonal, som hade sin tjänstgöring förlagd till arbetsterapin.

Socioterapeuterna är, som tidigare framhållits, en grupp med heterogena arbetsuppgifter. Vid de statliga sjukhusen intervjuades 7 sådana befattningshavare; samtliga dessa hade skötarutbildning varjämte 1 hade gymnastikledarutbildning. Vid de kommunala sjukhusen fanns det 2 befattningshavare med motsvarande arbetsuppgifter; båda fungerade som studieledare. En av dem hade socionomutbildning.

Vad slutligen beträffar vårdavdelningspersonalens utbildning så återfinnes vissa uppgifter härom i tabell 16.

Nära hälften av alla 42 intervjuade överskötare har sjuksköterskeexamen men dessa finns praktiskt taget utslutande vid de kommunala sjukhusen.

Tabell 16. Vårdavdelningspersonalens utbildning

Befattningshavare	Sjuksköterskeexamen		Högre + lägre kursen		Lägre kursen		Grundutbildning	
	statl. sjukhus	komm. sjukhus	statl. sjukhus	komm. sjukhus	statl. sjukhus	komm. sjukhus	statl. sjukhus	komm. sjukhus
Överskötare . . .	1	19	17	5	—	—	—	—
Förste skötare .	—	2	15	13	—	1	2	3
Skötare <sup>1</sup> . . . . .	—	—	17	2	16	31	16	13
Summa	1	21	49	20	16	32	18	16

<sup>1</sup> Från 1 skötare erhöles ej någon uppgift.

Bland de 96 skötarna finns betydligt fler på de statliga sjukhusen än på de kommunala, som genomgått såväl lägre som högre kurs eller motsvarande.

Den nya grundutbildningen har ännu ej pågått så länge men något mera än var fjärde skötare har fått denna utbildning. Bland de 16 skötare vid statliga sjukhus, som genomgått grundutbildning, har 7 även genomgått högre och lägre kurs.

Slutligen försökte vi även ta reda på motiven för vårdavdelningspersonalens val av yrke. Dessa återges i tabell 17.

Tabell 17. Motiv för anställning inom mentalsjukvården

	Statl. sjukhus	Komm. sjukhus	Samtliga sjukhus	%
0. Obesvarad . . . . .	—	2	2	1
1. Tidigare arbete inom kroppssjukvården . . . . .	8	8	16	9
2. Brist på andra arbetstillfällen . . . . .	15	11	26	15
3. Personlig påverkan . . . . .	22	31	53	30
4. Utbildnings- och avancemangsmöjligheter samt arbetsförhållandena inom mentalsjukvården .	10	7	17	10
5. Mentalsjukhus i hemortskommunen . . . . .	5	8	13	8
6. Intresse för socialt arbete och/eller mentalsjukvård . . . . .	18	21	39	22
7. Övrigt . . . . .	6	2	8	5
Summa	84	90	174	100

Cirka 10 % hade haft anställning inom kroppssjukvården, och hade därifrån sökt sig till mentalsjukvården. Nästa motiv är brist på andra arbetstillfällen. Den tredje motivgruppen omfattar alla, som angivit, att en släkting eller god vän övertalat dem att söka anställning inom mentalsjukvården; den utgör den numerärt största gruppen. Bland dem, som kategoriserades i den fjärde gruppen, återfinnes de, som anger statlig anställning eller snabba befordringsmöjligheter som huvudskäl. I den femte gruppen finns de, som växt upp i närheten av ett mentalsjukhus och där i vissa fall även föräldrarna tjänstgjort inom denna sjukvårdsgren. Den sjätte

gruppen består bl. a. av sådana personer för vilka tjänstgöring vid mentalsjukhus ingått i yrkesutbildningen, varvid de blivit så intresserade av arbetet, att de beslutat att efter utbildningens slut söka sig till denna gren av sjukvården. Här finns även en grupp män, som under sin militärtjänstgöring utbildades som sjukvårdare och därvid fattade intresse för ett människovårdande yrke. Den sjunde gruppen slutligen omfattar bl. a. de, som anger att de mera genom slumpen kommit in på denna levnadsbana. Den procentuellt sett största motivgruppen är nr 3 Personlig påverkan (30 %), därefter följer nr 6 Intresse för socialt arbete etc. (22 %) och nr 2 Brist på andra arbetstillfällen (15 %). Dessa grupper omfattar tillhopa 67 % av de angivna motiven.

### Lokaler och utrustning. Skrivhjälp

I kapitel 2 framhölls hur de materiella resurserna på ett sjukhus påverkar den sociala strukturen och därmed relationerna mellan de personer, som ingår i organisationen.

För att utröna eventuella önskemål angående lokalerna, vad beträffar såväl personalens (inklusive läkarnas) expeditioner som vårdavdelningarna och utrustningen, ställde vi en serie frågor till samtliga berörda befattningshavare. Svaren redovisas i följande avsnitt.

Vi vill i anslutning härtill framhålla, att de sjukhus, som var föremål för undersökningen utgjorde en blandning av moderna och omoderna enheter. Den bild, som i det följande ges av sjukhusen innebär i vissa hänseenden en stark kritik av rådande byggnads- och utrustningsmässiga förhållanden. Men genom det upprustningsarbete, som under ett flertal år pågått vid mentalsjukhusen, har förhållandena sanerats i betydande grad, och detta arbete pågår alltjämt med oförminskad styrka.

Tabell 18. Tillgång till expedition och undersökningslokal

(Fråga I<sub>1</sub> 147, I<sub>2</sub> 109, I<sub>3</sub> 61)<sup>1</sup>

	Statliga sjukhus		Kommunala sjukhus		Samtliga sjukhus	
	Läkare	Övriga	Läkare	Övriga	Läkare	Övriga
Obesvarad.....	1	—	—	1	1	1
Egen expedition och eget eller delat undersökningsrum.....	15	36	8	37	23	73
Egen expedition men ej undersökningsrum.....	12	—	26	—	38	—
Varken egen expedition eller undersökningsrum.....	9	21	1	12	10	33
Summa	37	57	35	50	72	107

<sup>1</sup> Siffrorna inom parentes hänför sig till frågornas nummer i frågeformuläret. Beteckningarna I<sub>1</sub>, I<sub>2</sub>, I<sub>3</sub> hänför sig till de olika frågeformulärstyperna.

Den första frågan berörde tillgång till expedition och undersökningslokaler och ställdes till läkare och övriga intervjuade utom vårdavdelningspersonalen.

En fjärdedel av läkarna på de statliga mentalsjukhusen har varken egen expedition eller eget undersökningsrum utan delar den förra med en kollega och undersökningsrummet med flera andra befattningshavare. Dessa läkare befinner sig visserligen på två ur byggnadssynpunkt gammalmodiga sjukhus, men man kan inte bortse ifrån, att avsaknaden av egna expeditioner måste försvåra arbetet, exempelvis vid enskilda samtal med patienterna.

Läkarexpeditionerna är praktiskt taget alltid belägna i administrationsbyggnaderna. Detta har naturligtvis sina fördelar, men det medför givetvis också att kontaktmöjligheterna mellan läkare och patient minskar. Läkarna befinner sig vanligtvis — vilket vi skall visa senare — endast en begränsad tid av dagen på vårdavdelningarna. Att uppsöka läkaren på hans expedition kan stöta på svårigheter. Om patienten önskar det, så måste i en del fall någon av vårdpersonalen åtfölja honom, vilket innebär olägenhet både för patienten och för vårdpersonalen till förfång för övriga arbetsuppgifter. Därtill kommer, att det på vårdavdelningarna vid de flesta sjukhus, som ingick i undersökningen, saknas samtals- och undersökningsrum. Samtalen med patienterna sker oftast på överskötarexpeditionen, där telefonen finns, ibland avdelningens enda. Sådana arrangemang måste givetvis ytterligare försvåra kontakten med patienten samt undersöknings- och terapimöjligheterna. När de gamla sjukhusen planerades, var terapimöjligheterna begränsade, och man var i stort sett hänvisad till att använda mentalsjukhusen som förvaringsanstalter. Att med så avpassade resurser bedriva en aktiv terapi är inte alltid lätt.

På ett av de gamla sjukhusen genomfördes en intervju med en av läkarna på en sjuksal i en vårdavdelning. Vederbörande läkare övervakade insulinbehandlingen. Han hade ingen egen expedition att vistas i. Det fanns överhuvudtaget ingen läkarexpedition på avdelningen. Som undersökningsrum användes ett förrådsrum. Mottagnings- och samtalsrum för besökande fanns icke heller. Detta ger en bild av hur förhållandena på ett gammalt mentalsjukhus kan te sig även i dagens läge.

Nästa fråga avsåg önskemål med avseende på expedition och undersökningsrum. Majoriteten av önskemålen hänför sig som väntat när det gäller läkare till större och bättre lokaler, speciellt undersökningsrum.

Vi frågade även om utrustningen på läkarexpeditioner och på de övriga befattningshavarnas expeditioner. Av de tillfrågade läkarna saknade 9 diktafon, 12 av dem hade inte tillräckligt med instrument och 3 hade inte ens en undersökningsbrits på sin mottagning. Önskemålen med avseende på expeditionens utrustning gällde förutom instrument och diktafon även möblering, mattor, gardiner och tavlor etc.

I en annan fråga underrättade vi oss om tillgången på skrivhjälp. Resultaten redovisas i tabell 19.

Tabell 19. Tillgång på skrivhjälp

(Fråga I<sub>1</sub> 151, I<sub>2</sub> 113, I<sub>3</sub> 63)

	Statliga sjukhus			Kommunala sjukhus			Samtliga sjukhus		
	Läk.	Kurator Psykolog Arbets- terapeut	Förest.	Läk.	Kurator Psykolog Arbets- terapeut	Förest.	Läk.	Kurator Psykolog Arbets- terapeut	Förest.
Egen sekreterare.....	4	—	—	6	—	—	10	—	—
Delat skrivbiträde....	32	—	28	—	10	7	32	10	35
Skrivcentral	—	—	—	29	2	—	29	2	—
Ingen skrivhjälp.....	1	24	5	—	20	9	1	44	14
Obesvarade..	—	—	—	—	2	—	—	2	—
Summa	37	24	33	35	34	16	72	58	49

Läkarna har antingen egen sekreterare — det gäller dock endast överläkare — eller också har de gemensamt skrivbiträde (vid de kommunala sjukhusen finns skrivcentral).

Bland den övriga personalen saknar arbetsterapeuterna och socioterapeuterna skrivhjälp. De är väl också i minst behov av sådan. De flesta av föreståndarinnorna vid de statliga sjukhusen har skrivhjälp, medan däremot så inte alltid är fallet med uppsyningsmännen. Vid de kommunala sjukhusen har majoriteten av föreståndarinnorna ingen skrivhjälp.

I intervjuerna framkommer det, att den skrivhjälp som finns, i de flesta fall inte är tillräcklig. Vid ett kommunalt sjukhus anser man, att skrivcentralen är så underbemannad, att journalskrivningen ofta ligger efter i veckor. Även vid de statliga sjukhusen önskar man mera skrivhjälp. Tillräcklig sådan skulle naturligtvis kunna avlasta läkarna och frigöra dem i större utsträckning för direkt sjukvårdande uppgifter.

Inredningen av vårdavdelningarna kan i viss utsträckning bero på den inställning läkarna och personalen har till patienterna och de initiativ de tar för att sanera eventuellt existerande brister, men även här finns vissa begränsningar som dikteras av byggnadernas plantekniska utförande. Har man stora, öppna sovsalar förlorar de knappast sin anstaltsprägel, hur man än försöker möblera dem.

Till läkare, uppsyningsmän och föreståndarinnor, dock ej hjälpverksamhetsföreståndarinnor, ställdes följande fråga.

»Vad anser Ni om standarden beträffande avdelningens(-arnas) lokaler?»

Svarsfördelningen framgår av tabell 20.

Tabell 20. Lokalernas standard

(Fråga I<sub>1</sub> 154, I<sub>3</sub> 66)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
0. Obesvarat.....	4	3	7
1. Dålig.....	15	14	29
2. Både bra och dålig.....	26	15	41
3. Bra.....	13	16	29
4. Övrigt.....	5	3	8
Summa	63	51	114

Av alla svar från dem, som arbetar på statliga sjukhus, är 65 % av typen »dålig» eller »både bra och dålig». Motsvarande siffra för de kommunala sjukhusen är 57 och totalt är det 61 % av de svarande, som anmärker på lokalernas standard.

I följande tabell 21 återger vi en sammanställning av det först nämnda svaret, som berör önskemål rörande lokalernas standard.

Tabell 21. Önskemål ifråga om lokalernas standard

(Fråga I<sub>1</sub> 155, I<sub>3</sub> 67)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
0. Obesvarat.....	4	2	6
1. Inga.....	21	9	30
2. Bättre och/eller mindre lokaler.....	7	8	15
3. Fler enkelrum.....	3	2	5
4. Mindre avdelningar.....	1	8	9
5. Bättre exp. lokaler.....	1	1	2
6. Bättre toalett, bad, sköljrum.....	2	3	5
7. Övrigt.....	17	12	29
8. Kombination.....	7	6	13
Summa	63	51	114

En mera konkret bild av förhållandena än vad tabellen utvisar får man genom att presentera några citat. De flesta av nedanstående citat tillhör svaren i kategorin »Övrigt».

Först ett allmänt uttalande:

Det finns mycket att anmärka på. Flera av avdelningarna är under all kritik, de motsvarar inte tidens krav.

I fråga om behandlingsmöjligheterna skall vi presentera två citat. En läkare framhåller:

När denna vårdavdelning byggdes, så tänkte ingen på elbehandling. Därför måste ett källarrum inrättas utan rinnande vatten och med dålig belysning.

En annan läkare säger:



Lokalerna är dåliga, insulinavdelningen ligger mitt på en vårdavdelning, dagrummet ligger vid behandlingsrummet och skrik hörs ofta.

I andra svar påpekas den felaktiga konstruktionen av vårdavdelningarna:

Vissa avdelningar har inte matsal och alldeles för små dagrum. De är konstruerade för sängliggande patienter. På kroniska avdelningar finns det skandalöst små dagrum.

I flera fall framhålles nödvändigheten av samtalsrum på vårdavdelningarna. Vid ett relativt nybyggt sjukhus säger en läkare att behovet av samtalsrum är stort:

För nu springer folk på expeditionen och telefonerna ringer hela tiden.

En annan läkare framhåller:

Det behövs minst två expeditiionslokaler på varje avdelning, så att man hade samtalsrum.

En tredje anser:

Samtalsrum behövs på varje avdelning. Dessutom bättre sköterskeexpeditioner för dessa är ofta nu förrådsrum. Flera dagrum behövs det också.

Ett annat svar avser isoleringsrum:

Det borde finnas flera isoleringsrum. På en vårdavdelning finns det inga alls. Om någon patient är döende så kan han inte läggas på enkelrum.

En annan läkare konstaterar kort och gott:

Det är bedrövt så som det är ordnat för personalen.

Även om citaten naturligtvis här utgör ett urval, så ger de en bild av avdelningar med brister, som måste verka deprimerande på personalen och även påverka patienterna.

De två följande frågorna gäller de tillfrågades uppfattning om standarden ifråga om avdelningarnas inredning och önskemål med avseende på denna. I tabellen 22 a återfinnes läkarnas samt föreståndarinnornas och uppsyningsmännens svar, i tabellen 22 b vårdavdelningspersonalens.

Tabell 22 a. Standarden ifråga om vårdavdelningarnas inredning

(Fråga I<sub>1</sub> 156, I<sub>3</sub> 68)

(Läkarnas och föreståndarnas synpunkter)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
0. Obesvarat.....	9	6	15
1. Bra.....	14	26	40
2. Bra med anmärkning.....	13	5	18
3. Bättre än förr.....	5	—	5
4. Dåligt men förbättring planeras.....	9	—	9
5. Dåligt.....	13	14	27
Summa	63	51	114

Tabell 22 b. Standarden ifråga om vårdavdelningarnas inredning

(Fråga I<sub>4</sub> 55)

(Vårdavdelningspersonalens synpunkter)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
0. Obesvarat.....	—	—	—
1. Bra.....	40	37	77
2. Bra med anmärkning.....	11	15	26
3. Bättre än förr.....	12	9	21
4. Dåligt men förbättring planeras.....	5	8	13
5. Dåligt.....	16	21	37
Summa	84	90	174

Av de läkare, föreståndarinnor och uppsyningsmän som besvarade frågan, anser 37 % att inredningen är dålig under det att 29 % av vårdavdelningspersonalen har samma uppfattning.

Det kan måhända påstås, att patienterna är så störda, att de överhuvudtaget inte lägger märke till den omgivning de befinner sig i. Med största säkerhet är det emellertid inte så. Den omgivning, som patienterna befinner sig i, påverkar deras tillstånd. Ju mera man ändrar och förbättrar omgivningen — gör den hemlik, introducerar bekväma möbler, TV och bruksföremål, som liknar dem man använder i hemmen — desto mera gör man också patienterna medvetna om att det ej är fråga om förvaring på en anstalt, och desto större är möjligheten att resocialisera dem. En sådan uppfattning kommer också till uttryck i en rapport från Dikemarks sjukhus i Norge (Ytrehus<sup>30</sup>).

I följande tabell 23 a presenterar vi en svarsfördelning av de önskemål, som läkare och föreståndare hade beträffande inredningen.

Tabell 23 a. Önskemål angående inredningen (Läkare och föreståndare)

(Fråga I<sub>1</sub> 157, I<sub>3</sub> 69)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
1. Expedition.....	—	1	1
2. Möbler.....	27	21	48
3. Sängar.....	8	11	19
4. Tavlor, mattor, gardiner, TV, telefon.....	8	11	19
5. Bad, toalett.....	5	2	7
6. Övrigt.....	6	1	7
Summa	54	47	101

<sup>30</sup> Aagot Ytrehus: Environmental therapy of chronic schizophrenic patients; Acta psychiatrica et neurologica scandinavica, Vol 34, fasc. 1, 1958.

Vid de statliga sjukhusen var det 16 personer och vid de kommunala 4, som inte hade några önskemål eller som inte besvarade frågan. I tabell 23 b presenteras de svar, som avgavs av vårdavdelningspersonalen på samma fråga. Eftersom svarens innehåll skiljer sig från dem, som de andra tillfrågade avgav, är kategorierna i tabell 23 b ej desamma som i tabell 23 a. Om fler än ett svar avgavs kodades de första två. I tabellen finns sålunda ibland två svar registrerade.

Tabell 23 b. Önskemål angående inredningen (Vårdavdelningspersonal)

(Fråga I<sub>4</sub> 56)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
1. Personalrum.....	1	9	10
2. Modernisering av matsal, kök och dagrum, utbyte av porslin.....	13	1	14
3. Ombyggnad, modernisering av lokaler och detaljer (t.ex. hiss, bättre fönster etc.)	7	4	11
4. Mindre salar, enkelrum....	8	7	15
5. Möbler, belysning.....	30	17	47
6. Sängar, rullstolar etc. ....	2	17	19
7. Tavlor, mattor, gardiner, TV, grammofon, telefon.	10	9	19
8. Bad o. toalett.....	16	28	44
9. Förvaringsskåp och andra förvaringsutrymmen....	6	10	16
10. Övrigt.....	1	10	11
Summa	94	112	206

I flera svar påpekas behovet av telefon. På en del avdelningar finns det endast lokaltelefon. Vill man ringa samtal utanför sjukhuset, så måste personal och patienter — de senare ibland åtföljda av personal — bege sig till administrationsbyggnaden. Även när det finns rikstelefon på avdelningarna, så saknas särskild patienttelefon. I stort sett torde förhållandena i detta hänseende vara något bättre vid de kommunala än vid de statliga sjukhusen.

Avsaknaden av telefon försvårar givetvis personalens arbete, och kan även tolkas som resultat av en inställning att inte betrakta patienterna som ansvariga.

Ytterligare en av bristerna synes ha samband med den inställning man har till patienten. Det gäller avsaknaden av tillräckliga förvaringsutrymmen, vilket decimerar patientens möjligheter att ha privata ägodelar eller att kunna förvara sådana på ett betryggande sätt. Detta i sin tur kan också utgöra ett argument mot att låta patienterna ha hand om egna pengar annat än i en mycket begränsad utsträckning. Effekten blir, att patienten hålles i en beroendeställning.

Det har framhållits, att individens själv-upplevelse påverkas av de ägodelar han har.<sup>31</sup> Detta gäller bl. a. kläderna. Genom att ej ge patienten möjlighet att ha egna kläder, så minskar man, enligt den citerade författaren, hans möjligheter till själv-identifiering.

Ett bland de svar som kategoriserats som »övrigt» skall citeras här. På ett tämligen nybyggt sjukhus framhåller en skötare bl. a. följande.

»Det är ont om tvätt, när man byter. Man kan inte heller få tag i den. Det händer, att man måste lägga patienterna, eftersom man inte har gångkläder att byta med.»

Orsaken till dessa svårigheter beror antagligen på att tvätten ombesörjes av en centraltvätt.

Vi skall även citera några andra svar:

Särskilt tvättrum finns ej. Inga fack för toalettartiklar. Vi behöver egen matsal. Nu delar vi den med en kronisk avdelning med snaskiga patienter. Ett besöksrum och personalrum behövs. Vidare skulle man ha toalettskåp till varje patient i badrummet.

Nya möbler och bättre lyse på sjuksalarna, så att sängliggande patienter kan läsa. Matsalen eller köket bör utrustas med kylskåp och diskbänk. För närvarande har personalen, som delar ut maten och sköter matsalen, ingen möjlighet att tvätta händerna under arbetet där. För dåligt med ombyten. Bomullskläderna är ett sorgligt kapitel.

Det behövs ett personalrum. Personalen har ingenstans att klä om.

Lättare och ljusare möbler. Trevligare porslin.

Exemplen kan mångfaldigas. I stort sett får man intryck av att det ej göres tillräckligt för att bryta atmosfären och isoleringen i en från omvärlden skild institution, så t. ex. det förhållandet att patienterna på åtskilliga vårdavdelningar går klädda i uniformlika och trista sjukhuskläder. Att byta ut sjukhuskläderna mot egna eller mot sjukhuskläder med mera modernt snitt skulle antagligen påverka atmosfären så, att avdelningen mindre upplevs som en institution för förvaring.

Detsamma gäller möblerna. Gamla och tråkiga möbler ger ett intryck av tristess, moderna och bekväma möbler kan däremot vara ett led i en aktivering av patienterna, verka stimulerande. De kan också utnyttjas i rehabiliteringssyfte, om man vill lära patienterna att vara aktsamma och bete sig på det sätt, som vuxna människor beter sig i möblerade rum. Om man ställer krav och förväntningar på patienterna i detta avseende, kan man alltså med stor sannolikhet påverka deras beteende och därvid även deras uppfattning av sig själva.

I det tidigare citerade arbetet av Yttrhus påpekas det, att antagligen ingenting påverkade patienternas beteende under måltiderna mera än trevligt porslin, dukade bord och en trevlig uppläggning av maten.

<sup>31</sup> E. Goffman Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates. New York 1961.

## Arbetsuppgifter

I detta avsnitt skall vi diskutera vissa av de frågor, som hade anknytning till de olika personalkategoriernas arbetsuppgifter.

## Läkare: Ronder m. m.

I läkarens arbete intar rondan en central ställning; det är via den, han får kontakt med patienterna. Rondan är oftast även den viktigaste och inte sällan enda möjligheten att kommunicera med vårdpersonalen genom att själv få information och genom att ge order och instruktioner om behandlingen av patienterna.

Den första frågan i denna del av formuläret hade följande lydelse: Hinner Ni gå rond varje dag? Svaren har vi delat upp, dels med hänsyn till den position läkaren har, och dels med avseende på de olika sjukhusen. Svartsfördelningen presenteras i tabell 24 a och 24 b (4 läkare, som sköter den öppna vården, går inte rond och har därför ej tillfrågats.)

Tabell 24 a. och b. Antal ronder

(Fråga I, 33)

	Två ronder (för- och eftermid- dagen)	Två ronder men ej dag- ligen	En rond dagligen	En rond men ej varje dag
	1	2	3	4
a				
Överläkare och bitr. överläkare . . . . .	1	—	13	5
Övriga läkare . . . . .	9	23	16	—
Totalt . . . . .	10	23	29	5
% . . . . .	15	34	43	8
b				
A-sjukhus . . . . .	1	—	5	1
B- » . . . . .	—	4	4	1
C- » . . . . .	—	3	2	1
D- » . . . . .	—	4	1	1
E- » . . . . .	—	3	1	1
F- » . . . . .	4	—	12	—
G- » . . . . .	5	9	4	—
Statliga sjukhus . . . . .	1	14	13	5
Kommunala sjukhus . . . . .	9	9	16	—

Av tabell 24 a framgår, att systemet med 1 rond om dagen är det vanligast förekommande, 43 % av alla läkare tillämpar detta system; 15 % av de intervjuade läkarna går två ronder på dagen. Såsom framgår av tabellen finns alla dessa sistnämnda — utom en — vid de två kommunala sjukhusen. På ett av dem har dessutom två läkare, som förts till kategori i »en rond om dagen», uttryckligen påpekat, att de använder eftermiddags-

dagarna för psykoterapi och till samtal med patienter från avdelningen, vilka patienter då kommer till deras expedition.

En överläkare påpekar, att han ej går vanlig rond, d. v. s. med en »svans», utan att läkarna befinner sig på sina avdelningar och tar emot honom när han kommer.

Slutligen påpekar en läkare (ej medtagen i ovanstående tabell) vid ett kommunalt sjukhus, att han inte går rond alls, utan att han ser som sin uppgift att tillbringa sin tid på avdelningen.

De läkare, som svarar, att de går två ronder, gör det vanligtvis ej regelbundet, utan deras arbete är förlagt till sådana sjukhus, där man har jour-system, d. v. s. någon av klinikens läkare går en rutinmässig eftermiddags-rond.

De, som ej går rond varje dag, är med ett undantag styresmännen vid resp. sjukhus, som använder en dag i veckan för administrativa göromål.

Nästa fråga hade följande lydelse: Hinner Ni gå rond på alla Edra vård-avdelningar varje dag? Svarsfördelningen finns i tabell 25.

Tabell 25. Hinner Ni gå rond på alla Edra avdelningar varje dag?

(Fråga I<sub>1</sub> 34)

	Ja	Nej	Totalt
Överläkare och bitr. överläkare.....	3	16	19
Övriga läkare.....	44	3	47
Totalt.....	47	19	66
%.....	71	29	100
	N %	N %	
Statliga sjukhus.....	21 (66)	11 (34)	
Kommunala sjukhus.....	26 (77)	8 (23)	

Av denna tabell framgår, att svaren i stor utsträckning beror på vederbörandes tjänsteställning. Överläkarna hinner ej besöka alla sina vårdavdelningar varje dag. Delar man upp de svarande i statligt och kommunalt anställda, så framträder en liten skillnad. På de statliga sjukhusen besvarade 66 % av läkarna frågan med ja och på de kommunala sjukhusen 77 %. Detta kan dock tillskrivas en urvalseffekt, eftersom 10 överläkare intervjuades vid de 5 statliga sjukhusen men endast 5 vid de 2 kommunala sjukhusen.

I fyra fall framhålls, att man går rond varje dag på alla akutavdelningar, däremot ej på geriatriska avdelningar och på avdelningar för långvarigt sjuka; 1 läkare har ej besvarat frågan.

Nästa fråga hade följande formulering: Hur lång tid kan Ni avsätta för varje rond?

Svaren på frågan avser endast en rond (morgonronden) och för under-

Tabell 26. Tid som avsättes för ronden

(Fråga I<sub>1</sub> 35)

	Mindre än 1 tim.	Mellan 1—2 tim.	Mellan 2—3 tim.	Mellan 3—4 tim.
Överläkare och bitr. överläkare . . .	—	2	15	2
Övriga läkare . . . . .	2	13	23	10
	2	15	38	12
Statliga sjukhus . . . . .	—	4	27	1
Kommunala sjukhus . . . . .	2	11	11	11

ordnade läkare endast deras egen rond, ej överläkarronden. För de läkare, som går två ronder, blir den tid de tillbringa på rond givetvis betydligt längre.

De två läkare, som angivit att de använder mindre än en timme för ronden, har lämnat den kommentaren, att de går en vanlig rond endast pro forma, men att de i stället ägnar sig åt patienterna genom att vistas på sina avdelningar hela dagarna och att där bl. a. bedriva individual- och grupp-psykoterapi.

Mellan de statliga och kommunala sjukhusen finns ej någon skillnad med avseende på den genomsnittliga rondtiden. På de kommunala sjukhusen föreligger emellertid en betydligt större spridning.

Det är inte helt entydigt vad som avses med »rond». Vi har därför bitt de intervjuade att beskriva, hur en rond vanligtvis går till, vilket vi skall återkomma till sedan vi presenterat ytterligare några frågor. En av dessa hade denna lydelse: Hur många personer följer vanligen med på Er rond? Svarsfördelningen återfinns i tabell 27 a och b.

Tabell 27 a. Antal personalkategorier, som deltar i ronden

(Fråga I<sub>1</sub> 36)

	Antal kategorier						
	0	1	2	3	4	5	6
Överläkare och biträdande överläkare . . . . .	—	2	1	7	5	1	3
Övriga läkare . . . . .	4	15	14	12	2	1	—
A-sjukhus . . . . .	—	3	—	1	3	—	—
B- » . . . . .	—	5	—	4	—	—	—
C- » . . . . .	1	—	1	2	2	—	—
D- » . . . . .	1	1	1	3	—	—	—
E- » . . . . .	1	1	2	—	1	—	—
F- » . . . . .	1	2	4	6	1	—	2
G- » . . . . .	—	5	7	3	—	2	1
Statliga sjukhus . . . . .	3	10	4	10	6	—	—
Kommunala sjukhus . . . . .	1	7	11	9	1	2	3

Tabell 27 b. Personalkategorier som deltar i ronden

(Fråga I<sub>1</sub> 36)

	Läkare	Förestånd., uppsynings- man	Över- skötare	Skötare	Kandi- dater, elever	Psyko- log	Kurator
Överläkare och bitr. över- läkare.....	17	17	17	1	5	2	—
Övriga läkare.....	—	16	39	7	19	—	2

I tabell 27 a refererar »antal» ej till personer, som deltar i ronden utan till antalet *kategorier* av personal. Vilka dessa kategorier är framgår av tabell 27 b. Det är tydligt, att ju högre tjänsteställning en läkare har desto flera personalkategorier åtföljer honom på hans rond. En överläkare framhåller emellertid, att han endast tar med sig föreståndarinnan, som han betecknar som sin högra hand. Han tycker, som tidigare påpekats, inte om »svansar» och läkarna tar därför emot honom på respektive avdelningar.

Genom nästa fråga sökte vi utröna om vederbörande läkare ansåg, att det var fördelaktigt att ha med andra befattningshavare på ronderna än de som vanligtvis följer med.

Tabell 28. Personalkategorier, som nu ej följer med på ronderna men som vore av fördel att ha med

(Fråga I<sub>1</sub> 37)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
Arbetsterapeut.....	—	4	4
Föreståndarinna.....	5	2	7
Internmedicinare.....	—	3	3
Kurator.....	7	11	18
Psykolog.....	2	6	8
Sjukgymnast.....	—	1	1
Skötare.....	—	1	1
Summa	14	28	42

De som besvarade ovannämnda fråga med »nej» framhöll bl. a., att läkaren får intimare kontakt med patienten, när han är ensam med denne, att det hela är en tidsfråga för personalen etc.

Nästa fråga »Finns det någon, som nu följer med på ronden, men som ej behöver vara med?» besvarades genomgående med »nej».

Hur går det då vanligtvis till på en rond? För det första finns det en skillnad mellan överläkarrond och den rond som underordnad läkare går. För det andra finns det givetvis en skillnad mellan personer tillhörande samma läkarkategori ifråga om det sätt på vilket rondens verkställes.

Vi skall ge några exempel på överläkarronder, återgivna i telegramstil.



### 1. *En överläkare på ett kommunalt sjukhus:*

Går först till EEG.

8.30: läser journaler, går igenom de patienter som skall utskrivas.

Går igenom posten.

Under tiden går underordnade läkare en snabb rond på sina avdelningar.

9.15: konferens med underordnade läkare, som varar en halvtimme.

Sedan rond på avdelningen.

Skulle vara slut kl. 12, men som vanligtvis inte är slut förrän 12.30.

Avdelningsläkaren måste vara med på denna rond.

Andra läkare kan gå med om de önskar.

Oftast är fyra av sex läkare med.

Ronden får ej inkräkta på deras avdelningsarbete.

Den sker lika ofta på kronikeravdelningar som på akutavdelningar, men denna princip går ej alltid att hålla.

Kanske riktigare att ägna mera tid åt de akuta fallen.

I genomsnitt hinner jag med ett samtal om året bland kronikerklientelet.

Elever är med på rondan.

### 2. *En överläkare på ett kommunalt sjukhus:*

Börjar på varje avdelning med nyintagna patienter.

Genomgång av journaler.

Diskussion med avdelningsläkaren angående hans undersökningar.

Får hans upplysningar.

Sedan samtal med patienten.

Sedan diskussion.

Diskussion och terapeutiska samtal med inläggande patienter.

Det är av vikt att alltid aktivt engagera avdelningssköterskan i diskussionen.

Därefter rond, hälsar på patienterna.

Går även regelbundet till arbetsterapiverkstäderna.

Viktigt att personalen känner, att man uppskattar deras terapi.

### 3. *En överläkare på ett kommunalt sjukhus:*

Börjar kl. 9, slutar kl. 12. Går till en avdelnings undersökningsrum.

Tar in de patienter, som har bett att få tala med mig.

Talar med nya patienter och de patienter, som underläkaren vill att jag skall tala med.

Har endast enskilda samtal.

Sedan kallar jag in sköterskan och överlägger med henne.

Efter detta går jag i långsam takt genom avdelningen.

Rondsystem är viktigt, om patienten skall få tillfälle till kontakt.

Viktigt att tala med kroniska patienter och då och då t. ex. göra en ny utredning.

### 4. *En överläkare på ett kommunalt sjukhus:*

Börjar med en konferens med underläkarna samt med föreståndarinnan och kuratorn.

Översikt över nyinskrivna, förslag till utskrivning och diskussion om aktuella problem.

På varje avdelning är sköterskorna med och går igenom det som är aktuellt.

Försöker växla några ord med alla patienter.

Sedan samtal på expeditionen.

Underläkarna samlar in anamnesen.

Överläkaren går igenom journalen och kompletterar den.  
Särskilt krångliga fall tas ned till läkarexpeditionen för förnyad undersökning.

5. *En överläkare på ett statligt sjukhus:*

Man frågar om det är något särskilt.  
Tittar på observations- och feberlistor.  
Medicinering diskuteras.  
Tittar på de somatiskt sjuka.  
Sedan samtal.  
Hinner ej att småprata med så många man önskar.

6. *En överläkare på ett statligt sjukhus:*

Börjar med att gå igenom rapporterna.  
Planlägger samtal.  
Börjar på de avdelningar, som i första hand måste arbetas igenom.  
Träffar de ansvariga, som lämnar rapport.  
Diskuterar helt allmänt behandlingar och förändringar, även sysselsättning, frigång, permission och förflyttning till bättre eller sämre avdelningar.  
Patienter, som så önskar, tas in för samtal.  
Efter detta rond.  
Man försöker åtminstone fånga alla med blicken.  
Hinner ej med alla samtal, som patienterna vill; underläkare kan få hålla ytterligare samtal.  
Från rondens delegeras uppgifter.  
Samtidigt talas med de ansvariga om avdelningens skötsel.

7. *En överläkare på ett statligt sjukhus:*

Man går till dagrummet och sysselsättningsrummet och hälsar på patienterna.  
Säger ett eller annat ord, någon har kanske något att fråga om.  
Om någon har några problem att resonera om, får han komma in på expeditionen.  
Sedan talar man med nyinskrivna och med dem som skall utskrivas.  
På avdelningar, där det finns sängliggande patienter, talar man med dem, hälsar, muntrar upp dem.

8. *En överläkare på ett statligt sjukhus:*

Går omkring på avdelningen och åtminstone på de lugna avdelningarna frågar man varje patient om hans tillstånd.  
Talar med överskötdaren, som kommer med eventuella förslag.  
På de oroliga och kroniska avdelningarna hinner man ej tala med varje patient.  
Samtal med nyinskrivna och utskrivningsfall.

9. *En överläkare på ett statligt sjukhus:*

Uppsyningsmannen lämnar rapport.  
Skriver ut dagsedlarna.  
Uppsyningsmannen har planerat ordningen för samtalen.  
Först nyintagna, sedan de som skall skrivas ut.  
Slutligen samtal med sådana patienter, som begärt samtal, och beträffande vilka personalen vill ha besked.  
Går om möjligt sedan även på andra avdelningar i samma hus.  
På »inskrivnings- och utskrivningsavdelningar» går man igenom patientlistorna med personalen.

Efter dessa exempel på överläkarronder ska vi nu övergå till att ge några exempel på hur underordnad läkare brukar verkställa sin rond.

10. *En underordnad läkare på ett kommunalt sjukhus:*

Man hälsar och »luktar» sig till hur patienterna mår.

De patienter, som man har i regelbunden psykoterapi hoppar man över.

Håller ett öga på det somatiska.

Tycker rondan är till för att få ett grepp om hur det »ligger till» på avdelningen.

11. *En underordnad läkare på kommunalt sjukhus:*

Tittar i nattvaktsboken.

Diskuterar med avdelningssköterskan.

Sköter det kontorsmässiga.

Innan jag går rond, så har jag fått läget klargjort av sköterskan.

Tittar på de som legat inne. Sist talar jag med de nyinskrivna patienterna.

Avslutar eller börjar med behandling (elchock etc.).

12. *En underordnad läkare på kommunalt sjukhus:*

Pratar med avdelningssköterskan, tittar i nattvaktsboken.

Går rond och talar med varenda en och säger något stereotypt.

På kroniska avdelningarna är man bara vänlig, men det uppskattas mycket.

Somatiska undersökningar.

Bra att ha mycket kontakt med patienterna.

På avdelningar, där det finns akuta fall, stannar man längre och talar med patienterna.

En del tas ned till läkarexpeditionen.

13. *En underordnad läkare på kommunalt sjukhus.*

Går ej rond, är på vårdavdelningarna en timme i taget.

Talar med patienterna i enskilt rum.

Gör somatiska undersökningar.

Ju längre tid man vistas på avdelningen, desto fler patienter »vaknar» och märker att man är där och vill tala med läkaren.

Har en grupp av mutistiska patienter i samtal.

Deras associationer är färgade av inspärningstanken och tanke om brott. De har en upplevelse av att de hålls fångslade.

Många vårdare har den inställningen att patienter skall bestraffas.

14. *En underordnad läkare på kommunalt sjukhus:*

Talar först med avdelningssköterskan på hennes expedition, går igenom alla patienter.

En gång i veckan personalkonferens med all personal.

»Drar» journaler för dem.

Diskuterar nya patienter med dem; väldigt viktigt att man gör det.

Efter en stund går man rond och pratar med alla patienter.

En gång i månaden rond på verkstäderna, där det finns patienter från avdelningen.

15. *En underordnad läkare på kommunalt sjukhus:*

Går igenom journalerna med sköterskan.

Där finns temperaturkurva, behandlings- och laboratorielista. Alla somatiska data finns där samlade. Det tar knappt en timme.

Går sedan från rum till rum precis som en verklig medicinrond. Tar ungefär en och en halv timme; sedan får de patienter, som vill eller som plockas ut, prata med läkaren.

När behandlingar ges på morgonen blir rondens kortare.

16. *En underordnad läkare på kommunalt sjukhus:*

Konferens med sköterskan, ibland biträdande sköterskan och annan personal.

Går igenom vad som hänt, observationer och laboratorieresultat.

Går rond och hälsar på alla.

Sedan samtal på avdelningen eller efter lunchen på min expedition.

Efteråt åter diskussion med sköterskan, och så går man till nästa avdelning.

Ibland elchock och insulincoma, försöker vara med när patienten vaknar.

17. *En underordnad läkare på statligt sjukhus:*

Organisationen inte ändamålsenlig.

Läkarna utnyttjas på fel sätt.

Borde ej gå rond varje dag.

Vederbörande borde gå till sin avdelning och syssla med sina patienter; i stället för att gå tre timmar rond, då överläkaren dominerar.

Man hinner ej att använda psykoterapi.

I stället rusar man som ett snälltåg genom avdelningarna.

Läkaren borde vara mera på sin avdelning för att kunna lära känna patienterna.

Nu är han så upptagen av skrivelser, att han inte hinner med patienterna.

Man hinner ej umgås med patienterna, trösta dem etc.

Överläkaren är förmyndare, underläkaren kan knappast göra en behandling på egen hand.

18. *En underordnad läkare på ett statligt sjukhus:*

Börjar med de samtal som skall hållas, överläkaren bestämmer. Översköterskan går igenom frågorna, sedan kallas patienten in för samtal. Överläkaren talar, underläkaren skriver, föreståndarinnan och övrig personal är med. I vissa fall enskilda samtal.

Efteråt börjar den effektiva rondens.

Man åtminstone ser på patienterna, hälsar och utbyter några ord med 75 % av patienterna på akutavdelningarna och 25 % av de kroniskt sjuka.

Det är av flera skäl, vi så utförligt har citerat beskrivningarna på hur en rond går till. För det första ville vi ge en bild av den rika variation, som förekommer i intervjuvären; för det andra ville vi belysa några av de punkter, som vi i fortsättningen kommer att diskutera; för det tredje intar rondens en så central plats i läkarens dagliga arbete, att det syntes oss rimligt att utförligt beskriva, hur denna del av arbetet utföres. Vi har tidigare påpekat, att det är en skillnad mellan överläkarrond och underläkarrond. Detta beror på dessa båda kategoriers olika arbetsuppgifter. En överläkare svarar för en hel serie vårdavdelningar. Antalet patienter på en överläkareavdelning varierar i vårt material mellan 225 och 694, vilket framgår av tabell 3. Vid de statliga sjukhus, som ingår i vår undersökning, är medeltalet patienter på överläkareavdelning 457, på de kommunala sjukhusen är motsvarande siffra 319. Det är givetvis omöjligt att en överläkare varje dag kan

besöka alla sina avdelningar eller att han kan ha mera än en yttlig kontakt med de flesta av sina patienter.

I överläkarens arbetsuppgifter ingår det att undersöka nyinskrivna patienter. Han är i förekommande fall förpliktad, att göra detta inom föreskriven tid och fastställa diagnosen för att bedöma om patienten behöver hållas kvar på sjukhuset eller ej. En stor del av hans tid åtgår därför till diagnostiska samtal med nyinskrivna patienter, om han inte delegerar denna uppgift till underordnad läkare.

Vilka andra funktioner skall då en rond fylla? Rondsystemet har, såvitt man kan se, övertagits från kroppssjukhusen. Den dagliga rondan där har i stort sett att fylla följande funktioner:

1. Inhämtande av kunskap om patientens tillstånd.
2. Ordination av medicinering och annan behandling.
3. Kontroll av effekten av redan insatt behandling.
4. Kontroll av vårdpersonalens sätt att genomföra läkarens ordinationer och intentioner.
5. Kontakt och kommunikation mellan läkare och patienter.
6. Undervisning och information.

Det antal patienter en läkare har ansvar för och som han skall behandla är på ett kroppssjukhus betydligt mindre än på ett mentalsjukhus. Rondan kan därför på kroppssjukhusen i stor utsträckning anses vara ändamålsenlig för nyssnämnda funktioner — kanske med undantag för kontakt och kommunikation. Hur är det däremot med rondan på ett mentalsjukhus? För det första måste den såsom tidigare påpekats i stor utsträckning användas för diagnostiska uppgifter. Därtill kommer det stora antal patienter, som såväl överläkare som underläkare har att ansvara för. Detta måste försvåra möjligheterna att effektivt uppfylla de nyssnämnda funktionerna.

Det torde vara ytterligt svårt och i vissa fall omöjligt för en överläkare att dagligen inhämta tillräcklig kunskap om tillståndet hos patienterna på hans överläkareavdelning. För det första är det som regel inte möjligt för honom att varje dag besöka alla avdelningar. För det andra är han också tvungen att på de avdelningar, han besöker, inhämta kunskap om patienternas beteende med hjälp av de uppgifter, underläkarna och framförallt vårdpersonalen lämnar. Det är ju vårdpersonalen, som har mest kontakt med och erfarenhet av patienterna. Vilka informationer, som läkaren kan erhålla, beror därför i stor utsträckning på personalens utbildning och dess förmåga att göra observationer samt den kommunikation som finns mellan läkare och vårdpersonal.

Det stora antalet patienter leder till att såväl över- som underordnade läkare koncentrerar sig på akuta fall, och långtidsvårdade patienter kommer därför i skymundan. Detta framgår av ett flertal av de citerade intervjuvaren.

När det gäller möjligheterna att via rondan bestämma medicinering och

effekten av tidigare medicinering, så gäller ungefär samma sak. Utvecklingen inom psykofarmakologin har visserligen givit psykiatern en arsenal av verksamma mediciner, men en kontroll av dessas effekt kan ofta endast göras med hjälp av systematiska observationer över en viss tidsperiod.

Hela den aspekt, som vi i kapitel 3 kallade för inter-personella problem, framträder på vårdavdelningen kanske starkast i patienternas kontakter med vårdavdelningspersonalen och i kontakterna patienterna emellan. Det är därför som diskussioner och konferenser med den vårdande personalen blir en central arbetsuppgift, annars riskerar man att förbise nämnda aspekter eller att inte beakta dem i tillräcklig utsträckning.

Ju flera patienter läkaren har att sköta, desto mindre tid står till hans förfogande för diskussion med personalen och handledning av denna. Men detta har ytterligare en effekt. Den arbetsfördelning, som nu vanligtvis förekommer mellan läkare och vårdpersonal, innebär, att läkarna har hand om sjukdomens intra-personella aspekter och dessutom kontrollerar det somatiska tillståndet. Vårdavdelningspersonalen däremot kommer i större utsträckning än läkarna i kontakt med de inter-personella problemen. Vi har i kapitel 3 påpekat, att brist på kommunikation samt en hierarkisk strukturering av de sociala relationerna ofta leder till att arbetsfördelningen ej uppfattas såsom rationell. I det här fallet kan det innebära, att läkarens arbete, d. v. s. sysslandet med intra-personella aspekter, anses »finare» eller »viktigare». De inter-personella problemen får spela en undanskymd roll, och sysslandet med dem kanske värderas lägre. Detta kan innebära, att det arbete som avser rehabilitering och resocialisering värderas lägre och inte utföres med den motivation, som det skulle kräva.

Slutligen har vi rondens möjligheter att fylla funktionen av kontakt och kommunikation med patienterna. Det finns många skäl som talar för att det kan vara viktigare för patienterna på ett mentalsjukhus än på ett kroppssjukhus att få tala ut med läkarna. Ett är, att problemen ofta är av sådan art, att de behöver ventileras, ett annat, att patienten i en del fall inte befinner sig på sjukhuset på eget initiativ och därför ej kan lämna det. Läkaren blir då den person, i vars hand det ligger att fatta centrala avgöranden. Om han inte har tid att tala med alla de patienter, som så önskar, så måste det ske ett urval. Vårdpersonalen kan då kontrollera kommunikationen mellan läkaren och patienten genom att framföra önskemål om samtal. Denna möjlighet att kontrollera kommunikation kan leda till motsättningar mellan patient och vårdpersonal, till krav på patienten att underordna sig och till selektivitet, när det gäller förmedling av samtal, så att sådana patienter, som uppfattas som »välanpassade», har lättare att få tala med läkaren än sådana, som är »besvärliga».<sup>32</sup>

Det framgår tydligt av en del av de citerade intervjuvaren, att läkarna

<sup>32</sup> Detta problem belyses utförligt i I. Belknap, »Human problems in the state mental hospital». New York 1956.

själva upplever de möjligheter de har till kontakt och kommunikation som bristfälliga. Detta gäller speciellt kontakten med långvarigt sjuka patienter: »på kroniska avdelningar är man bara vänlig», »på de oroliga och kroniska avdelningarna hinner man ej tala med varje patient», »talar med varenda en och säger något stereotypt». Detta framgår även av svaren på frågan 44 i frågeformuläret »Hinner Ni samtala med såväl nya patienter som med gamla 'kroniska' fall?», vilka presenteras i tabell 29.

Tabell 29. Samtal med olika patientkategorier  
(Fråga I<sub>1</sub> 44)

	Med båda nya och gamla patienter		Huvudsakligen med nya		Enbart med nya	
	överläk. + bitr. överläk.	övr. läk.	överläk. + bitr. överläk.	övr. läk.	överläk. + bitr. överläk.	övr. läk.
Statliga sjukhus. ....	6	4	3	11	2	3
Kommunala sjukhus. ....	4	11	4	11	—	5
Summa	10	15	7	22	2	8

Det kan diskuteras om det vanliga rondsystemet över huvud taget är ändamålsenligt och om det innebär en effektiv användning av läkarnas arbetstid, speciellt i fråga om de underordnade läkarna. Såsom det nu är synes en stor del av dessa läkares tid gå åt till rent skrivbordsarbete. Ofta användes de till att föra anteckningar under överläkarens samtal med patienten. Deras möjlighet att på egen hand ta sig an patienterna blir därmed begränsad, likaså deras möjligheter att undervisa personalen. Såsom påpekats i kapitel 2 innebär en aktivering av patienterna, att det ställs ökade krav på personalen, vars egna problem ej sällan aktualiseras. Detta kan kompenseras genom ökad kommunikation och kontakt mellan läkarna och vårdpersonalen.

Ett alternativ skall här i korthet skisseras. I ett av de citerade svaren från överläkarna framhåller vederbörande, att han ej går en vanlig rond med sina underordnade läkare utan föredrar att dessa befinner sig på sina avdelningar. Även bland svaren från de underordnade läkarna finns ett enligt vilket läkaren säger, att han inte går rond utan att han största delen av sin tid befinner sig på avdelningen. En dylik ordning förutsätter dock, att antalet läkartjänster ökas, och att det finns större tillgång till sådan personal, som kan avlasta honom från uppgifter, som ej erfordrar läkarkompetens. Ett dylikt system skulle innebära, att de underordnade läkarna under huvuddelen av sin arbetstid befinner sig på sina avdelningar för att utföra den medicinska och psykologiska behandlingen. Genom deras närvaro på avdelningen skulle patienternas möjligheter för kommunikation med dem ökas och framförallt den selektiva kontrollen över vem som skall

få tala med läkaren undanröjas. Såsom det framgår av en del intervju svar består kommunikation mellan läkare och patient i en del fall endast däri, att läkaren yttrar några vänliga, stereotypa ord, att han nickar till patienten etc. Det omvittnas även i svaren, att detta förhållande uppfattas av de intervjuade som otillfredsställande.

Genom att de underordnade läkarna vistas en stor del av sin tid på avdelningen, kan de undervisa personalen för att effektivisera rehabiliteringen och resocialiseringen av patienterna. Man skulle då också kunna ägna mera tid åt avdelningar med långvarigt sjuka och förvandla dessa från uppsamlings- och förvaringsavdelningar till sådana avdelningar, där man i största möjliga utsträckning aktiverar patienterna och försöker rehabilitera dem på ett systematiskt sätt.

En förutsättning för en effektiv terapi, som koncentreras både på de intra- och de inter-personella aspekterna, är en tillfredsställande diagnostik. Därvid kunde anamnesinsamlandet kompletteras med standardiserade undersökningar, utförda av kliniskt tränade psykologer.

För planeringen av behandlingen och kontrollen över dess förlopp är slutligen fortlöpande konferenser — i vilka läkare, kuratorer, psykologer, föreståndarinnor, arbetsterapeuter och vårdavdelningspersonalen deltar — önskvärda. Inte alla av ovannämnda personalkategorier behöver delta i samtliga konferenser, men ökad kommunikation mellan de olika personalkategorierna skulle vara av stor hjälp för behandlingen och vården och minska effekten av den tidigare omnämnda värderingen av arbetsuppgifterna och arbetsfördelningen.

Överläkarnas ronder skulle — om underläkarna frigjordes för att stanna och arbeta på avdelningarna — kunna användas till att i första hand skaffa information om patienten, diagnos och tillstånd, för att planera behandling och fatta beslut om denna och andra åtgärder såsom utskrivning etc. Dessa ronder skulle då framförallt få en informativ, beslutsfattande och samordnande uppgift.

En arbetsuppgift, som inte ingår i rondens, men som kan påverka den terapi läkaren bedriver, är journalläsning. Vi frågade våra intervju personer, om de hann sätta sig in i patienternas journaler i den utsträckning de önskade. Svaren på denna fråga ger inte enbart faktiska upplysningar, utan också något av vederbörandes principiella inställning. I tabell 30 ger vi fördelningen på svaren.

Tabell 30. *Hinner Ni sätta Er in i journalerna i den utsträckning ni önskar?*<sup>1</sup>  
(Fråga I<sub>1</sub> 23)

	Obesvarat	Ja	Nej
Statliga sjukhus.....	1	12	20
Kommunala sjukhus.....	—	14	21
Samtliga.....	1	26	41

<sup>1</sup> Frågan ställdes ej till fyra överläkare för hjälpversamhet och familjevård.



Cirka 60 procent av alla tillfrågade läkare besvarade frågan nekande. Mellan de kommunala och de statliga sjukhusen finns ingen skillnad, ehuru läkarna på de kommunala sjukhusen i allmänhet har mindre antal patienter att sköta och därför har rikligare tillfällen att sätta sig in i journalerna.

Vi frågade dem också, om de hann med följande undersökningar, nämligen att ta kroppsstatus, att göra neurologiska undersökningar och att göra psykodiagnostiska undersökningar. Det är viktigt att beakta, att överläkarna i allmänhet ej gör rutinundersökningar för att fastställa kroppsstatus. De gör inte heller neurologiska rutinundersökningar. Ytterligare ett förhållande skall framhållas. När vi frågade, om psykodiagnostiska undersökningar uppfattades detta på två sätt. Delvis avsåg de svarande standardiserade undersökningar, d. v. s. tests, och delvis anamnestiska samtal. Svaren avser sålunda båda dessa typer av undersökningar. I tabell 31 ger vi en sammanställning av svaren.

Tabell 31. Möjlighet att hinna med undersökningar<sup>1</sup>

(Fråga I<sub>1</sub> 25)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
Obesvarat .....	1	—	1
Hinner med alla tre typer av undersökningar .....	10	7	17
Hinner med kroppsstatus + neurologiska undersökningar .....	10	22	32
Endast psykodiagnostiska undersökningar	4	1	5
Inga undersökningar .....	8	5	13

<sup>1</sup> Se fotnot till tabell 30.

Nästa fråga (se tabell 32) hade följande lydelse: »Finns det några undersökningar som Ni nu inte hinner med (d. v. s. utöver de i tabell 31 nämnda), och om ja vilka?»

Tabell 32. Undersökningar, som ej hinns med<sup>1</sup>

(Fråga I<sub>1</sub> 26)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
Inga .....	22	21	43
Psykologiska/Psykodiagnostiska .....	3	2	5
Somatiska .....	3	2	5
Anamnestiska samtal .....	1	5	6
Övrigt .....	4	5	9

<sup>1</sup> Se fotnot till tabell 30.

Majoriteten av läkarna framhåller, att det inte finns några undersökningar, som de ej hinner med. Inga skillnader finns mellan de kommunala och de statliga sjukhusen.

Den sista frågan på detta område avsåg önskemål rörande såväl somatiska som psykodiagnostiska undersökningar (tabell 33).

Tabell 33. Önskemål rörande somatiska och psykodiagnostiska undersökningar<sup>1</sup>  
(Fråga I<sub>1</sub> 27)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
1. Tillgång till psykolog .....	6	7	13
2. Tillgång till internist + annan konsult.....	5	10	15
3. Bättre eller mer apparatur, lab. ....	2	7	9
4. Komb. 1—3.....	1	1	2
5. Övrigt.....	10	4	14
6. Inga önskemål.....	7	6	13
7. Obesvarat .....	2	—	2
Summa	33	35	68

<sup>1</sup> Se fotnot till tabell 30.

I denna svarsfördelning återfinnes de två först angivna önskemålen i svaren. De huvudsakliga önskemålen visar sig vara bättre tillgång till psykolog samt till internist och andra konsulter.

#### Läkare: Den öppna vården

Den öppna vården omfattar hjälpverksamhet samt i begränsad omfattning annan öppen vård i form av mottagning på sjukhuset eller privatpraktik.

En stor del av den öppna vården ägnas de försöksutskrivna. Vi frågade samtliga överläkare, på vilket sätt de upprätthöll kontakten med dessa. Svaren presenteras i tabell 34. Mera än ett svar kan förekomma.

Tabell 34. Kontakten med de försöksutskrivna  
(Fråga I<sub>1</sub> 17)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
Hjälpverksamhet.....	10	—	10
Återbesök och direkt kontakt.....	9	7	16
Uppmaning att kontakta sjukhuset brevledes eller per telefon.....	5	1	6
Speciella övervakare, kuratorer.....	4	3	7

Vid de statliga sjukhusen sker kontakten i stor utsträckning genom hjälpverksamheten och för denna speciellt inrättade läkar- och föreståndarinnetjänster. Vid de kommunala sjukhusen förekommer inga hjälpverksamhetsläkare. I stället uppmanas patienterna att återkomma för kontroll till sjukhusen.

I nästa fråga försökte vi utröna om överläkarna ansåg, att den möjlighet till kontakt och kontroll över försöksutskrivna, som var för handen, var tillräcklig. Resultaten presenteras i tabell 35.

Tabell 35. Är möjligheterna till kontakt och kontroll av försöksutskrivna tillräckliga?<sup>1</sup>

(Fråga I<sub>1</sub> 18)

	Ja	Nej
A-sjukhus . . . . .	1	1
B- » . . . . .	2	2
C- » . . . . .	2	—
D- » . . . . .	2	—
E- » . . . . .	2	—
F- » . . . . .	1	2
G- » . . . . .	1	2
<i>Summa:</i>		
Statliga sjukhus . . . . .	9	3
Kommunala sjukhus . . . . .	2	4
Totalt . . . . .	11	7

<sup>1</sup> Frågan ställdes ej till bitr. överläkare

Det visar sig, att man vid de statliga sjukhusen i större utsträckning än vid de kommunala är nöjd med den möjlighet till kontakt och kontroll som f. n. finns.

I fråga om speciella önskemål med avseende på kontakt och kontroll över försöksutskrivna framkommer det, att man på de kommunala sjukhusen önskar mottagningar, som kan motta dessa patienter. Ett annat önskemål, även detta framfört på ett kommunalt sjukhus, är att kuratorsinstitutionen bör utbyggas. Vid ett statligt sjukhus önskar överläkaren flera läkartjänster, så att man kunde få möjlighet att i större utsträckning även kontakta patienternas anhöriga. Ett annat önskemål är ständig kontakt med distrikts-sköterskor och provinsialläkare i de områden, inom vilka försöksutskrivna patienter eller patienter i familjevård befinner sig.<sup>33</sup>

En serie frågor ställdes till de läkare, som arbetar inom familjevård och hjälpverksamhet. I vårt material finns det endast fyra sådana läkare, och därför skall vi ej presentera deras synpunkter i tabellform, utan mera informellt. Vi frågade först, om de hade mottagning utanför sjukhuset. Endast en av dem hade sådan. En annan av dessa läkare påpekade, att hans verksamhet visserligen kallades hjälpverksamhet, men att hans arbete i själva verket var ett slags remissinstans (intyg till medicinalstyrelsen, pensionsintyg, konsult åt nykterhetsnämnd, socialnämnd etc.).

Genom en annan fråga tog vi reda på, om det fanns några uppgifter, som hjälpverksamhetsläkaren själv utförde men som han ansåg att någon an-

<sup>33</sup> Jfr mentalsjukvårdsdelegationens tidigare citerade huvudbetänkande, s. 367 o. följ.

nan kunde överta. Alla fyra läkarna besvarade frågan med ja. En av dem ansåg, att hans uppgift att besöka två sekundäravdelningar skulle kunna övertagas av annan läkare, så att han kunde ägna mera tid åt sin egentliga uppgift ute på fältet. En annan läkare framhöll, att tjänsten som kurator inte är tillsatt och att hans föreståndarinna var alldeles överlastad med arbete; en tredje, att hans distrikt var alldeles för stort och att det borde delas upp varvid ytterligare en läkartjänst borde inrättas.

På frågan, om det fanns några uppgifter, som vederbörande läkare nu inte utförde, men som han ansåg att han borde överta, så besvarade två av de tillfrågade frågan med ja. Den ena av dessa ansåg, att hjälpverksamhetsläkaren alltid borde konsulteras, innan patienterna skrevs ut så att lämpliga åtgärder kunde vidtagas efter utskrivningen. Han påpekade emellertid, att detta icke gick att utföra med nuvarande resurser. Den andra läkaren ansåg, att han borde ha mottagning även på annan ort inom sjukhusets upptagningsområde.

Andra önskemål, som framfördes rörande hjälpverksamheten var följande.

En läkare ansåg, att all verksamhet rörande vårdhemmen och vården av de psykiskt efterblivna borde föras samman med hjälpverksamheten. Dessutom ansåg en läkare, att ordet hjälpverksamhet borde ersättas med »psykiatrisk dispensärverksamhet».

Nästa grupp av frågor berörde familjevården. En av läkarna framhöll, att han ej hade någon familjevård i sitt distrikt, därför att han inte var i stånd att med nuvarande resurser kontrollera hemmen. Två av de övriga hade 2 familjevårdshem och en hade 4. Antalet patienter, som befann sig i varje hem varierade mellan 2 och 5. En gång i månaden hann de besöka varje patient. Föreståndarinnan besökte däremot varje patient en gång i veckan. Det må här tilläggas, att enligt gällande bestämmelser skall läkaren och föreståndarinnan besöka patient i familjevård en gång i månaden respektive en gång i veckan.

Nästa fråga var formulerad på följande sätt: »Vad anser Ni om familjevården som terapiform?» En läkare ansåg, att det var svårt att få tag i hem, som passade för de patienter, som skulle placeras ut. Han ansåg dessutom, att familjevården ofta blir ett sätt att utnyttja patienten för att få en billig arbetskraft. En annan läkare däremot ansåg, att själva vårdformen var utmärkt för patienter, som inte kunde klara sig på egen hand, men som inte behövde vistas på sjukhus. Han tillade emellertid, att om patienten kunde arbeta och klara sig själv, så borde han principiellt sett inte placeras i familjevård. Den tredje läkaren ansåg, att vårdformen var utmärkt som övergång till ett »vanligt liv»; patienten vänjer sig till en normal miljö och lär sig social anpassning. En läkare framhöll, att han trots att han energiskt hade försökt att få tag i lämpliga hem, så hade han endast lyckats att få tag i 2; han önskade många fler lämpliga familjevårdshem. Han hade försökt intressera kommunalmän och präster, men utan

större framgång. En annan läkare ansåg, att verksamheten behövde utvidgas men att detta inte kunde ske utan kommunernas stöd.

Vi frågade även, vilken som var den längsta sträckan, som de behövde resa till respektive hem. En läkare behövde resa 3, en annan 12 och en tredje 42 mil tur och retur. Slutligen frågade vi dem, om de ansåg, att den hjälp de fick av hjälpverksamhetsföreståndarinnan var tillräcklig. Alla läkare var eniga om, att de hade ett utmärkt samarbete med hjälpverksamhetsföreståndarinnan, men yrkade på ökat antal sådana befattningshavare.

En annan sida av den öppna vården avser den privata mottagning, som läkarna vid mentalsjukhusen i några fall har. Vi frågade dem om de över huvud taget hade privat mottagning. Svaret på denna fråga presenteras i nästa tabell.

Tabell 36. Privatmottagning

(Fråga I<sub>1</sub> 127—128)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
1. Varje dag.....	9	2	11
2. Upp till 4 ggr per vecka.....	10	2	12
3. Upp till 2 ggr per vecka.....	5	5	10
4. Mindre än 1 gång per vecka.....	1	1	2
5. Ingen.....	12	22	34
6. Obesvarat.....	—	3	3

Nästan hälften av de 69 läkare, som besvarade frågan hade ingen privat mottagning. Vid de statliga sjukhusen är det 32 % av läkarna, som inte har någon sådan mottagning, vid de kommunala inemot 70 %. Skillnaden beror emellertid i viss utsträckning på att vi på de statliga sjukhusen intervjuade 14 överläkare och bitr. överläkare, medan på de kommunala endast 8 sådana läkare intervjuades. Det är i allmänhet endast överläkarna som har privat mottagning.

Vi frågade även, hur många timmar de använde per dag i sin privata mottagning. Resultaten redovisas i tabell 37.

Tabell 37. Antal timmar per dag för privatmottagning

(Fråga I<sub>1</sub> 129)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
1. Mera än 4.....	2	1	3
2. 3—4.....	2	1	3
3. 2—3.....	11	4	15
4. Mindre än 2.....	7	1	8
Summa	22	7	29

Endast 29 av de 35 läkare, som har privat mottagning, besvarade denna fråga, vilket innebär ett rätt stort bortfall. I viss mån kan svaren också vara osäkra i vad de avser det timantal, som uppgivits för privat mottagning.

Bland svaren på frågan om det fanns några önskemål rörande privat mottagning kunde i stort sett två typer urskiljas. Den ena gick ut på att man hade svårighet att få tiden att räcka till att ägna sig åt privat mottagning utan att detta skedde på bekostnad av skötseln av patienterna i den slutna vården. Den andra typen av svar gick ut på att man ansåg privatmottagning som en positiv företeelse. Den ger läkaren möjlighet att se och behandla en annan typ av klientel än den han vanligtvis tar hand om på sjukhuset, och detta i sin tur ger andra perspektiv och ökar hans erfarenhet.

#### Föreståndarinnor och uppsyningsmän

Enligt av medicinalstyrelsen den 8 april 1922 fastställda »Förhållningsregler för befattningshavare, tillhörande sjukvårds- och ekonomipersonalen vid statens sinnessjukhus» åligger det uppsyningsman och föreståndarinna bl. a. följande<sup>1</sup>:

»1) att övervaka, att dem underordnad personal iakttagert ett gott uppförande, samt att förskaffa sig noggrann kännedom om det intresse och den fallenhet för sjukvårdskallet, som var och en visar;

2) att övervaka, att förhållningsregler och andra givna föreskrifter noggrant effektueras av personalen samt att fastställda tjänstgöringstider följas;

3) att i den utsträckning, som vederbörande läkare finner skäligt, och under iakttagande av gällande föreskrifter bestämma om personalens tjänstgöring på olika sjukvårdsavdelningar, att månatligen uppgöra tjänstgörings- och ledighetslista samt att uppsätta förslag till semesterlista;

4) att tilldela den till sin befattning nykomna personalen de i § 14 av allmänna förhållningsregler omtalade skrifterna och dessutom kortfattat instruera den i tjänstegöromålen; samt

5) att utöva tillsyn, att personalen är förtrogen med användandet av brandberedskapen ävensom med sjukhusets livräddningsanordningar;

-----  
 Beträffande sjukvården åligger det dem:

1) att övervaka, att de sjuka ansvarsfullt vårdas och med mildhet, efter människokärlekens fordringar, behandlas samt att läkarnas föreskrifter och strävanden i avseende å vården och behandlingen av de sjuka förverkligas;

2) att med takt och finkänslighet söka, i den mån det är dem möjligt, göra sig **bekanta med sjukdomens yttringar** hos de sjuka, vid ronder eller eljest lämna vederbörande läkare uppgifter därom samt kontrollera och fullständiga den övriga personalens meddelanden i dessa avseenden;

3) att ofördröjligen till vederbörande läkare anmäla viktigare tilldragelser inom avdelningen såsom förändringar i de sjukas tillstånd, olycksfall, avvikanden och dylikt;

<sup>1</sup> Bestämmelserna återges här med hänsyn till att föreståndarpersonalens arbetsuppgifter relativt detaljerat regleras genom dem.

4) att i mån av behov deltaga i och undervisa personalen i förekommande sjukvårdsgöromål;

5) att övervaka, att användandet av skyddsåtgärder, som innebära mekaniskt tvång å de sjuka, endast sker efter föreskrift samt på lämpligaste och humanaste sätt; samt

6) att övervaka, att de sjuka och deras klädedräkt hållas snygga och rena.

---

Vidare åligger det dem:

1) att övervaka, att ordning och snygghet äro rådande på avdelningen samt att luftväxlingen är tillfredsställande ordnad;

2) att tillse, att avdelningens byggnadsinredning och kliniska utrustning omsorgsfullt handhaves samt att dörr- och fönsterlås, apparater för vaktkontroll, ringledning, brandredskap samt eventuellt förefintliga andra skyddsanordningar äro i fullgott skick;

3) att, för såvitt sådant icke åligger verkstadsföreståndare, var å sin avdelning handhava och utlämna materialier för tillverkning av kläder och andra persedlar och att kontrollera dessa materialiers användning samt att attestera månadsredogörelserna över å verkstäderna utförda arbeten, allt i enlighet med av medicinalstyrelsen utfärdade bestämmelser;

4) att handhava och ansvara för dem anförtrodda förråd, kontrollera värden av avdelningens inventarier, vare sig dessa äro i bruk eller befinna sig å de särskilda sjukvårdsavdelningarnas förråd, samt att i vid sjukhuset närmare föreskrivna ordning ombesörja utbyte av förbrukade inventarier mot nya, varvid noga tillses, att största sparsamhet iakttages;

5) att förrätta inventeringar av de särskilda sjukvårdsavdelningarnas förråd och inventarier;

6) att under överläkarens kontroll för de sjukas räkning mottaga och förvalta föremål eller smärre penningmedel samt att förmedla av läkaren medgivna inköp åt de sjuka; samt

7) att i enlighet med lämnade föreskrifter utskrivna utspisningslista.

---

Uppsyningsman och förestånderska skola, såvitt icke annorlunda bestämts, på sina respektive avdelningar åtfölja läkarna på deras ronder. Dessutom skola de under dagens lopp göra upprepade besök å sjukavdelningarna, vilka besök esomoftast böra förläggas till tiderna för de sjukas uppstigning, sänggående och måltider. Då och då böra de ock göra nattronder på obestämda tider.

---

På uppsyningsmannens och förestånderskans expedition skola föras:

1) namnrulla över de sjuka i nummerföljd med anteckning av jämväl födelseår och -dag, hemvist samt datum för intagning och utskrivning;

2) personalrulla;

3) månatliga sammandrag av de å de särskilda sjukvårdsavdelningarna förda förteckningarna över använda skyddsåtgärder, som innebära mekaniskt tvång å de sjuka, samt över osnygga sjuka, vilka sammandrag jämte förteckningarna efter varje månads slut överlämnas till överläkaren;

4) dagsverkslängder, arbetskort och förteckning över utbetalade fickpenningar, allt i enlighet med särskilda av medicinalstyrelsen utfärdade bestämmelser; samt

5) inventarieförteckning enligt formulär.»

Som framgår av arbetsredogörelserna (kap. 6) intar handhavandet av patienternas privata medel en mycket dominerande plats. Även i inter-

vjuerna frågade vi föreståndarinnorna och uppsyningsmännen, hur lång tid per dag de ägnade åt dessa göromål. Resultaten redovisas i tabell 38.

Tabell 38. Tid per dag för skötsel av patienternas egna medel  
(Fråga I<sub>3</sub> 20)

	0 tim	Varierar	— 1 tim.	1—2 tim.	3—4 tim.	4 tim.—	Samtl.
Statliga sjukhus.	1	1	—	4	6	3	15
Komm. » . . .	—	—	3	2	3	2	10
Summa	1	1	3	6	9	5	25

De 5 uppsyningsmän, som har hand om utarbetet med patienterna tillfrågades givetvis inte i berörda spörsmål. Av de 25 föreståndarinnor och uppsyningsmän, som återstår, är det inte mindre än 16, som ägnar mer än 3 timmar av sin dagliga arbetstid åt skötseln av patienternas privata medel. Endast 6 av de tillfrågade sade sig ha fått utbildning i bokföringsgöromål. Man kan starkt ifrågasätta, om skötseln av patienternas privata medel bör omhänderhas av personer, som har sjukvårdsutbildning men däremot ej någon speciell utbildning i bokföringsgöromål. Det borde vara möjligt att ordna denna del av arbetet på ett annat sätt. På ett av de undersökta kommunala sjukhusen hade intendentskontoret övertagit denna arbetsuppgift. Vi vill också framhålla, att en försöksverksamhet efter dessa principer numera pågår vid några statliga sjukhus.

I detta sammanhang bör framhållas, att enligt av medicinalstyrelsen den 21 september 1957 utfärdad cirkulär åligger det förste uppsyningsman och första föreståndarinna att för å överläkaravdelningen vårdade patienters räkning mottaga, förvalta och handhava penningmedel samt att förmedla av sjukvårdsläkaren medgivna inköp åt patienterna ävensom att under lås förvara sådana patient tillhöriga värdeföremål, som denne ej själv bör handha och som bör eller måste förvaras å sjukhuset. Det tillägges emellertid, att »då sjukvårdsläkaren så finner lämpligt, må patient själv omhänderha sina penningmedel».

Vi frågade även, om vederbörande hade någon biträdeshjälp vid bokföringen. I 11 fall besvarades frågan jakande. Vi frågade dem även, om de ansåg, att handhavande av patienternas medel kunde skötas av andra. Sjutton av de tillfrågade ansåg, att så kunde vara fallet. Flertalet föreståndarinnor och uppsyningsmän anser sålunda själva, att denna uppgift inte bör ingå i deras arbete.

En annan aspekt på problemet är, i vilken utsträckning patienterna själva bör kunna ha hand om sina pengar. Svaret på denna fråga torde i viss utsträckning påverkas av den inställning den intervjuade har. Är man övertygad om, att patienterna är infantila, oförmögna att ta ansvar, då är man också mera benägen att anse, att de inte kan ta hand om sina egna medel.



På frågan »Har Ni några synpunkter för övrigt, när det gäller handhavande av patienternas medel?» svarade 15 av de tillfrågade, att en viss del av dessa borde patienterna själva förfoga över. En av dem ansåg, att man borde använda sig av mera individuell bedömning. En var av den meningen att om patienterna själva skulle få hand om sina pengar så skulle de rymma; två ansåg, att på oroliga avdelningar skulle de bli frånlurade pengarna; en annan ansåg, att »kroniker» inte kunde handha sina pengar, därför att de var omdömeslösa, medan en annan framhöll, att de patienter, som utskrivs och som har stora penningmedel till sitt förfogande, borde ha förmyndare. I stort sett framgår emellertid av svarsfördelningen, att man bör tillämpa en mera generös bedömning, när det gäller tilldelning av penningmedel till patienterna, än vad man hittills gjort.

En annan fråga avsåg ombesörjande av inköp till patienterna. Endast två av de tillfrågade sade sig ombesörja alla dessa inköp själv. Ingen däremot distribuerade de inköpta varorna till patienterna.

Slutligen bad vi de tillfrågade att uppskatta, hur lång tid per dag de tillbringade med expeditjonsarbete för övrigt. Fördelningen ges i tabell 39.

Tabell 39. Tid per dag för expeditjonsarbete i övrigt<sup>1</sup>

(Fråga I, 29)

	1 tim.	2 tim.	3 tim.	4 tim.	5 tim.	6 tim.	8 tim.	Obesvarat	Samtl.
Statliga sjukhus. . . .	3	4	4	4	1	1	7	1	25
Kommunala sjukhus	2	—	2	1	2	1	2	—	10
Summa	5	4	6	5	3	2	9	1	35

<sup>1</sup> 6 av förståndarinnorna vid de kommunala sjukhusen blev genom en intervjuares förbiseende ej ombedda att besvara denna fråga.

Föreståndarinnorna eller uppsyningsmännen använder i genomsnitt 4,4 timmar per dag för expeditjonsarbete i övrigt. Det är anmärkningsvärt, att inte mindre än 9 av de 35 som svarade på frågan (26 %) tillbringar 8 timmar, d. v. s. största delen av arbetsdagen på expeditionen. Två av de tillfrågade påpekade, att de inte kunde klara av alla kontorsgöromål utan att ständigt ta till övertid. Vi frågade dem också, vilka göromål som utfördes under den tid de befann sig på sin expedition. I tabell 40 redovisas detta. (Det bör påpekas, att en person kunde ange flera göromål.)

Det framgår av denna tabell, att de göromål som är mest förekommande är förande av listor och journaler. Vi frågade även, om det var några av ifrågavarande göromål, som lämpligen kunde övertagas av någon annan befattningshavare. Av de tillfrågade svarade 19 ja, medan 16 svarade nej. Av dem som svarade ja vill ett tiotal ha mera skrivhjälp för att själva slippa ifrån en del rutinskrivgöromål, t. ex. förande av listor. Sju ansåg, att ekonomiska angelägenheter borde skötas av intendentkontoret, och en befatt-

Tabell 40. Göromål under expeditionstiden

(Fråga I<sub>3</sub> 30)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
Antal personer . . . . .	25	10	35
In- och utskrivning . . . . .	14	8	22
Telefonförfrågningar . . . . .	17	3	20
Genomgång av och fördelning av post . . . . .	8	3	11
Förande av listor och journaler (t. ex. flitlistor, matlistor, journaler, privata medel) . . . . .	25	7	32
Rekvitioner, inköp etc. . . . .	11	2	13
Kurativa åtgärder . . . . .	4	—	4
Kontakt med personalen . . . . .	1	—	1
Övrigt . . . . .	2	4	6

ningshavare ansåg, att en del av de administrativa göromålen kunde skötas direkt på avdelningen.

I nästa fråga tog vi reda på, hur lång tid de ägnade sig åt telefonkontakt och för besök av de anhöriga. Svaren presenteras i tabell 41.

Tabell 41. Tid per dag för telefonkontakt och besök

(Fråga I<sub>3</sub> 33)

	½ tim.	1 tim.	2 tim.	3 tim.	4 tim.	Går ej att beräkna	Samtliga sjukhus
Statliga sjukhus . . . . .	—	4	7	2	1	1	15
Kommunala sjukhus . . . . .	1	1	6	1	1	—	10
Summa	1	5	13	3	2	1	25

<sup>1</sup> 5 uppsyningsmän för yttre arbeten tillfrågades ej.

Vi frågade även om de hade några önskemål i fråga om kontakten med de anhöriga. Följande framkom därvid. Några ville, att de underordnade läkarna i större utsträckning borde finnas tillgängliga för besök och telefonkontakt. Ett vanligt önskemål var, att det borde finnas direkta telefonlinjer till avdelningarna, så att man kunde överflytta samtalen dit; som det nu är måste föreståndarinnan ofta ringa på den lokala telefonen och förhöra sig hos överskötare och sedan ringa tillbaka till de anhöriga. Någon ansåg också, att överskötarna själva kunde svara för kontakten med de anhöriga, eftersom de visste mest om patienterna. Vidare framfördes önskemål om ökade möjligheter till besök och kontakt med de anhöriga, innan patienterna skrevs ut. Detta är särskilt viktigt. Hemkomsten innebär ofta stora påfrestningar för patienten själv och för hans familj och en väl förberedd överflyttning till hemmet skulle underlätta anpassningen och även minska risken för konflikter och därmed för återfall.

Slutligen frågade vi dem, om det var några uppgifter, som de nu inte hann med, men som de ansåg att de borde sköta. Inte mindre än 18 av de tillfrågade framhöll, att de ville ha mera kontakt med patienterna genom egna ronder och besök på avdelningarna; detta önskemål dominerar framför alla andra. Det tyder också på att med den arbetsfördelning, som nu råder vid de flesta mentalsjukhus, så har föreståndarna inte möjlighet att i den utsträckning, de själva önskar, ta kontakt med patienterna och med personalen på avdelningarna.

Möjligheten till kontakt med patienterna och med personalen på avdelningarna beror ju också på det antal avdelningar och det antal patienter, som varje föreståndarinna resp. uppsyningsman ansvarar för. I tabell 42 ger vi en sammanställning av uppgifter, som vi erhöll härom.

Tabell 42. Antal avdelningar och patienter per föreståndarinna resp. uppsyningsman (Fråga I<sub>3</sub> 9—10)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
Obesvarat .....	1	—	1
1—14 vårdavdelningar .....	5	5	10
15— » .....	13	6	19
	19	11	30
Obesvarat .....	2	—	2
—250 patienter .....	—	3	3
251—350 » .....	1	1	2
351—450 » .....	6	4	10
451—550 » .....	9	3	12
551— » .....	1	—	1
Summa	19	11	30

Som väntat är antalet patienter, som föreståndarna ansvarar för på statliga sjukhus betydligt större, än vad fallet är för föreståndarna vid kommunala sjukhus. Vi frågade dem också om deras åsikt om antalet patienter, de hade att ansvara för. Hälften eller 15 föreståndare ansåg, att patientantalet var för stort, medan hälften ansåg att det var lagom.

#### Arbetsterapeuter och socioterapeuter

Arbetsterapi bedrivs dels inom särskilda verkstäder, dels på vårdavdelningarna. För att få en uppfattning om var arbets- och socioterapeuterna utövar sin verksamhet ställde vi en fråga till dem härom. I tabell 43 återger vi fördelningen av svaren.

Skillnader mellan de statliga och de kommunala sjukhusen framträder på så sätt att man på de kommunala sjukhusen i något högre grad bedriver terapi på vårdavdelningarna.

Tabell 43. Var bedriver arbets- och sysselsättningsterapeuterna sin verksamhet?

(Fråga I<sub>2</sub> 11)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
1. I speciella terapilokaler o. på vårdavd..	9	6	15
2. I speciella terapilokaler enbart.....	10	10	20
3. På vårdavd. enbart.....	2	6	8
4. Övrigt.....	1	1	2
Summa	22	23	45

Vi ville även ta reda på, hur många avdelningar som betjänades av varje arbetsterapeut. Svaren återges i tabell 44. Det stora antalet personer, som inte besvarade frågan, beror på att socioterapeuternas verksamhet avser hela sjukhuset. Av de 12 personerna, som inte besvarade frågan, hänför sig 9 till socioterapeuterna.

Tabell 44. Antal vårdavdelningar som varje arbetsterapeut resp. socioterapeut tjänstgjorde på

(Fråga I<sub>2</sub> 12)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
Obesvarat.....	8	4	12
1.....	1	—	1
2—4.....	1	1	2
5—7.....	2	7	9
8—10.....	4	2	6
11—19.....	3	5	8
20—.....	3	4	7
Summa	22	23	45

Inga större skillnader framträder mellan de statliga och de kommunala sjukhusen. Om man beräknar medelvärdet genom att ta klassmitten så visar det sig, att i båda fallen ligger medeltalet något över 11 vårdavdelningar.

Nästa fråga avsåg att belysa den typ av sysselsättningar, som förekommer i arbets- och sysselsättningsterapin. I tabell 45 ges en översikt över dessa. Siffrorna anger där det antal gånger, som respektive sysselsättningar nämndes.

I allt kategoriserade vi ett tjugotal olika sysselsättningar, något så när lika fördelade på de statliga och kommunala sjukhusen. Det som kanske är anmärkningsvärt är, att de flesta sysselsättningarna är av typen slöjd.

Vi frågade även socioterapeuterna, vad de sysslade med. En stor del av verksamheten ägnar de åt gymnastik, sport och idrott, bl. a. förekommer fotboll, golf, friidrott och skidåkning. En annan del av socioterapeuternas arbete avser anordnandet av fritidsverksamhet såsom föredrag, underhållning, teater och film. På vissa sjukhus tar man även patienterna med ut till

Tabell 45. Sysselsättningar som förekommer i arbets- och sysselsättningsterapi

(Fråga I<sub>2</sub> 15)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
Vävning.....	9	10	19
Ryaknytning.....	1	7	8
Sömnad.....	6	8	14
Stickning och virkning.....	6	8	14
Brodering.....	4	5	9
Knyppling.....	6	4	10
Träslöjd.....	8	10	18
Metallslöjd.....	5	4	9
Pappslöjd och bokbinderi.....	9	1	10
Plast-, horn- och benarbeten.....	9	3	12
Korgarbeten.....	12	3	15
Bastarbeten.....	5	4	9
Skinnarbeten.....	3	6	9
Keramik.....	8	5	13
Mosalk- och pärlarbeten.....	4	9	13
Prydnadsslöjd.....	2	4	6
Ritning och målning.....	2	5	7
Övrigt.....	6	—	6
Summa	105	96	201

samhället, där man besöker biografer, teatrar etc. Ytterligare en typ av verksamhet avser ordnandet av studiecirkel och kurser, vidare göres utflykter och ordnas andra kontakter med samhället t. ex. kyrkbesök.

Vi frågade även i vilken utsträckning arbetsterapeuterna ansåg, att det förekom en differentiering av patienterna i arbetsterapin, och om frågan besvarades jakande, i vilken utsträckning de ansåg att differentieringen var tillfredsställande. I tabell 46 återges svaren.

Tabell 46. Är patientdifferentieringen i arbetsterapin tillfredsställande?

(Fråga I<sub>2</sub> 16)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
Obesvarat.....	—	7	7
Differentiering förekommer ej.....	7	7	14
Förekommer men är ej tillfredsställande.....	5	1	6
Är tillfredsställande.....	10	8	18
Summa	22	23	45

Av dem, som besvarade frågan, ansåg 14 att någon differentiering av patienterna inte förekom. Bland de 24 som svarade, att det förekom differentiering var det 6 som ansåg den vara otillfredsställande. I själva verket får man intryck av att man inte vet särskilt mycket om vilken typ av arbete eller sysselsättning, som passar för en bestämd typ av patienter. Det

synes angeläget, att man på detta område ägnar sig åt forskning för att ta reda på vilken sort av sysselsättning, som kan ge största effekt vid rehabilitering. Den allmänna tendensen nu tycks vara att ha många olika slag av verksamhet i gång för att kunna erbjuda patienterna omväxling. Antalet sysselsättningar, man kan erbjuda, beror emellertid inte bara på resurserna utan också på den utbildning arbetsterapeuterna har erhållit.

Vi frågade även vilka förbättringar de önskade i arbetsterapin. Svaren redovisas i tabell 47.

Tabell 47. Vilka förbättringar av arbetsterapin skulle Ni önska?

(Fråga I<sub>2</sub> 19)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
Obesvarat.....	2	1	3
Mera personal.....	5	9	14
Bättre utrustning och materiel.....	1	3	4
Bättre lokaler.....	—	2	2
Terapi på varje vårdavdelning.....	1	1	2
Större variation.....	1	1	2
Kombination av dessa svar.....	4	2	6
Övrigt.....	8	4	12
Summa	22	23	45

En fråga berörde standarden på terapilokalerna. Fördelningen av svaren ges i tabell 48.

Tabell 48. Standarden på terapilokalerna

(Fråga I<sub>2</sub> 21)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
Obesvarat.....	—	3	3
Dålig.....	4	4	8
Både bra och dålig.....	6	5	11
Bra.....	9	10	19
Övrigt.....	3	1	4
Summa	22	23	45

Av de 42 personer, som besvarade frågan anser 19, att standarden är bra. En fråga rörande standarden av inredningen ger liknande resultat. Uppgifterna återges i tabell 49.

Bland önskemålen må nämnas köp av flera maskiner, tillgång till kokmöjligheter o. s. v. Man nämnde också i det sammanhanget flera terapeuter, mera varierande sysselsättningsmöjligheter etc.

En socioterapeut önskade, att socioterapin, mera än vad som nu sker, infogades i den totala behandlingen. En arbetsterapeut framhöll, att det vore

Tabell 49. Standarden på inredningen

(Fråga I<sub>2</sub> 23)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
Obesvarat .....	6	2	8
Dålig .....	1	4	5
Både bra och dålig .....	7	5	12
Bra .....	4	8	12
Övrigt .....	4	4	8
Summa	22	23	45

bra, om det fanns vårdpersonal inom arbetsterapilokalerna för att ta sig an enstaka patienter, som behöver »drivas på», särskilt i fråga om långtids-sjuka, schizofrena patienter. En annan arbetsterapeut ansåg, att vad som framförallt behövdes var en ordnad, ständigt pågående terapi på långtids-avdelningarna, eftersom det inte alltid var lätt att förmå långtidssjuka patienter att komma ned till arbetsterapilokalerna. En annan terapeut ville, att arbetsterapeuterna skulle få arbeta mera självständigt och därmed tilldelas större ansvar. Ett ökat och mera intensivt samarbete med psykiatrerna för att kunna diskutera och få hjälp med patientproblemen var också ett önskemål.

Man kan inte undgå att vid en genomgång av önskemålen få intryck av att arbetsterapeuterna ibland känner sin verksamhet alltför isolerad. De upplever inte, att den är en del av den totala behandlingen. När det gäller samordningen mellan arbetsterapin och behandlingen i övrigt så finns det tydligen många olösta problem. Tanken att integrera all verksamhet för att åstadkomma en »terapeutisk miljö» är angelägen att förverkliga.

#### Psykologer och kuratorer

Endast 2 psykologtjänster fanns vid de 7 sjukhus, som ingick i undersökningen. Kuratorernas antal var 11, därav 10 vid de 2 kommunala sjukhusen och 1 vid de 5 statliga sjukhusen. Antalet tjänster för kuratorer var på de sistnämnda sjukhusen betydligt större men de flesta var obesatta. En del av kuratorernas åligganden skötes på dessa sjukhus av föreståndarinorna.

Kuratorernas arbetsuppgifter avser vanligtvis sociala och ekonomiska frågor såsom arbetsanskaffning, kontakt med olika myndigheter, t. ex. sjuk-kassor och socialnämnder, samt kontakt med anhöriga och att framskaffa lämpliga övervakare och förmyndare. I vissa fall är de även övervakare och förmyndare.

Liksom beträffande övriga personalkategorier frågade vi kuratorerna, om det fanns några arbetsuppgifter, som de nu hade men som lämpligen kunde skötas av andra. Sex av dem ville ha mera skrivhjälp än de har nu. Andra

önskemål som framkom var, att testning borde skötas av en psykolog och att man borde ha olika kuratorer för öppen respektive slutna vård.

Bland de uppgifter, som kuratorerna inte hade nu, men som de ansåg att de borde ha, nämndes mera kontakt med patienterna och dessas anhöriga, önskemål om att delta i överläkarnas ronder, större möjligheter till stödjande terapi, vilket enligt de intervjuade f. n. ofta möter motstånd från läkarna. Av de 10 kuratorerna vid de kommunala sjukhusen ansåg 9, att antalet kuratorer relativt sett var för litet, medan den enda kuratorn inom den statliga sjukvården ansåg att det var tillräckligt. En av kuratorerna ville ha särskild personal för skötseln av förmyndarärenden och ytterligare ett önskemål var ett bättre samarbete mellan arbetsterapeuter och kuratorer.

De båda psykologerna arbetade med såväl diagnostiskt arbete som med utredningar. En av dem sysslade även med gruppterapi och individuella samtal och hade dessutom på sitt arbetsprogram undervisning av mentalsjukvårdselever. Bland de uppgifter, som de ansåg borde skötas av andra befattningshavare, nämndes rutintestningar, vilka lämpligen kunde övertagas av assistenter. De önskade också ha mera skrivhjälp.

Bland de uppgifter, som psykologerna nu inte sköter, men som eventuellt kunde övertagas av dem, omnämndes gruppterapi dels med personalgrupper och dels med patienter. Därjämte önskade de mera individuella samtal med patienterna. En av psykologerna framhöll, att han inte var nöjd med endast diagnostiska uppgifter, han hade inte en känsla av att vara med i ett team. Han påpekade visserligen, att samarbetet var bra, men det existerade inget teamwork i den bemärkelsen, att man tillsammans diskuterade patienternas problem och lade upp en gemensam plan för behandlingen; ibland hade man ställt diagnos, innan psykologen framkommit med resultaten av testningarna. Möjlighet till forskning var också ett av önskemålen.

Vi frågade även hur många patienter, som psykologerna vanligtvis tar hand om. Den ena av dem hann med cirka 250 per år, d. v. s. en fjärdedel av de intagna, och den andra 160—180. Bland de tests, som de använde, var vanliga intelligenstest, ordassociationstest, projektiva tests m. fl.

Vi frågade även vad de ansåg om läkarnas intresse för psykologens arbete och fick därvid följande uppgifter.

Den ene av dem ansåg, att läkarna i stort sett var positivt inställda och att det existerade ett bra samarbete. Den andre sade, att i stort sett betraktar man de psykologiska undersökningarna som ett bra hjälpmedel för bedömning av sjukdomsfallen, men å andra sidan så händer det, att patienter skrivs ut utan att begärt utlåtande föreligger. Båda ansåg, att de tilläts arbeta självständigt och att välja de tests de ansåg vara riktiga.

Vi vill slutligen framhålla, att på de 2 sjukhus, där det fanns psykolog, var läkarens inställning till psykologer i allmänhet mycket mera positiv än vid de sjukhus, där det inte fanns någon sådan befattningshavare.



## Vårdavdelningspersonalen

I detta avsnitt skall vi diskutera vårdavdelningspersonalens arbetsuppgifter. Först några data om det antal patienter, som fanns på de intervjuades avdelningar.

Tabell 50. Antalet patienter på de vårdavdelningar där de intervjuade tjänstgjorde  
(Fråga I<sub>4</sub> 11)

Antal pat. på varje vårdavd.	C-sjukh.	D-sjukh.	F-sjukh. <sup>1</sup>	G-sjukh.	Summa		Samtliga sjukhus
					statl. sjukhus	komm. sjukhus	
—20.....	2	—	2	6	2	8	10
20—29.....	33	3	23	14	36	37	73
30—49.....	8	10	15	24	18	39	57
50—.....	—	28	1	4	28	5	33
Summa	43	41	41	48	84	89	173

<sup>1</sup> En intervjuperson var avbytare på olika avdelningar.

De 4 sjukhusen erbjuder en skiftande bild. Bl. a. finns det en stor skillnad mellan de 2 statliga sjukhusen. Det ena är nybyggt och där arbetar majoriteten av de intervjuade på avdelningar med ett patientantal som varierar mellan 20 och 30. Vid det andra statliga mentalsjukhuset, som är gammalt, fanns det 50 patienter och därutöver på de avdelningar där flertalet av de intervjuade arbetade. Även mellan de 2 kommunala sjukhusen finns det en skillnad såtillvida att på det ena majoriteten av de utfrågade arbetade på avdelningar med mellan 20 och 30 patienter, medan på det andra det vanliga antalet varierade mellan 30 och 40.

Nästa fråga avsåg att ta reda på den intervjuade personalens åsikter om antalet patienter. Svarsfördelningen redovisas i tabell 51.

Tabell 51. Vad anser Ni om patientantalet på Eder vårdavdelning?  
(Fråga I<sub>4</sub> 12)

	C-sjukh.		D-sjukh.		F-sjukh.		G-sjukh.		Statl. sjukh.		Komm. sjukh.		Samtliga sjukh.	
	abs. tal	%	abs. tal	%	abs. tal	%	abs. tal	%	abs. tal	%	abs. tal	%	abs. tal	%
För många ..	15	35	34	83	20	49	24	50	49	58	44	49	93	54
Lagom.....	27	63	7	17	21	51	23	49	34	41	44	49	78	45
För få.....	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	2	1

Av de intervjuade anser 93 eller 54 %, att antalet patienter på de avdelningar där de tjänstgör, är för många, medan 78 eller 45 % anser antalet vara lagom. Svaren påverkas tydligt av det faktiska antalet patienter vederbörande har att sköta.

Vi bad även våra intervjupersoner att motivera sina svar och inemot var fjärde av de tillfrågade ansåg, att det stora patientantalet utgjorde ett hinder för kontakten mellan patienterna och personalen.

På frågan om även vårdavdelningspersonalen deltog i ronderna, svarade alla överskötare ja. Av de 36 förste skötarna besvarade 9 frågan med nej och 63 av de 96 skötarna besvarade också frågan med nej.

Nästa fråga tog sikte på vårdpersonalens uppfattning om värdet av att delta i ronderna. Majoriteten av dem som besvarade frågan ansåg, att denna utgjorde en bra informationskälla.

Vi ställde en serie frågor rörande personalens arbetsuppgifter. En av frågorna hade följande lydelse: »Vill Ni i korthet redogöra för de arbetsuppgifter som åvilar Er?» Vi kodade de första 3 svaren, som avgavs, och dessa redovisas i tabell 52. (Alla gav dock ej 3 svar.)

Tabell 52. Vårdavdelningspersonalens arbetsuppgifter

(Fråga I<sub>4</sub> 16)

Arbetsuppgift	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
1. Skrivbordsarbete.....	20	28	48
2. Medicinutdelning.....	27	28	55
3. Patientvård, tillsyn etc. ....	66	71	137
4. Patientkontakter.....	1	7	8
5. Sysselsättning.....	22	20	42
6. Städning.....	35	47	82
7. Klädvård.....	2	8	10
8. Gruppterapi.....	—	3	3
Summa	173	212	385

Som framgår av tabellen tog vi bl. a. reda på hur ofta de tillfrågade spontant nämnde patientkontakter som en arbetsuppgift. Av tabellen framgår, att bland de 3 först kodade svaren förekommer detta endast 8 gånger. Bland övriga svar var det ytterligare 5 personer, som nämnde denna arbetsuppgift, d. v. s. utav inalles 173 personer var det 13, som spontant betecknade kontakten med patienterna som en av sina arbetsuppgifter. Detta innebär givetvis inte, att personalen inte sysslar med patienterna; bland de kategoriserade svaren förekommer sådant som patientvård, tillsyn, sysselsättning etc., vilket också medför patientkontakt.

Nästa fråga var formulerad på följande sätt. »Vilken arbetsuppgift tar mest tid?» Svaren redovisas i tabell 53.

Under »Obesvarat» har 18 personer hänförts. De flesta av dessa har emellertid framhållit, att alla arbeten tar lika lång tid eller att det är svårt att skilja ut någon särskild arbetsuppgift. Städning och klädvård är de uppgifter, som nämns oftast. Av de 156, som besvarat frågan, anger 45, d. v. s. 29 %, städning i första hand. Även bland de svar, som kategoriseras un-

Tabell 53. Arbetsuppgift som tar mest tid

(Fråga I<sub>4</sub> 17)

Arbetsuppgift	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
0. Obesvarat.....	11	7	18
1. Skrivbordsarbete.....	9	7	16
2. Medicinutdelning.....	—	3	3
3. Patientvård, tillsyn etc. ....	20	11	31
4. Sysselsättning.....	10	1	11
5. Städning samt klädvård.....	14	31	45
6. Gruppterapi, patientkontakter i övrigt	2	5	7
7. Komb. 1—6.....	10	11	21
8. Övrigt.....	8	14	22
Summa	84	90	174

der »Kombination 1—6», förekommer i de flesta fall städning. Dubbelt så många bland personalen vid de kommunala sjukhusen, d. v. s. 31 av 83 eller 37 %, mot 14 av 73 eller 19 % vid de statliga sjukhusen anger städningsarbete som den arbetsuppgift, som tar mest tid. Patientvård och tillsyn kommer i andra hand; det är 31, som nämner denna arbetsgrupp som mest tidskrävande.

Bland de svar, som kategoriserats under »Övrigt» återfinnes en del som berör lokala förhållanden, samt sådana som beror på den personalkategori vederbörande tillhör. Vi skall ge några exempel. En överskötare anser, att inköpen till patienterna och skötseln av dessas penningmedel tar mest tid. En annan säger, att arbetsledningen tar mest tid. Enligt denne bör överskötaren framförallt vara en god arbetsledare. En tredje säger, att handledning av eleverna tar mest tid. Bland förste skötarna anser en, att ronderna tar mycket tid, eftersom man på hans avdelning har många nya patienter och förste skötaren oftast är med vid samtalen med patienterna under ronderna. Även bland förste skötarna finns det en, som nämner personalledning som den uppgift, som tar mest tid. Av skötarna får man sådana svar som »det beror på vilken tur man är indelad på»; en annan säger, att »den längsta tiden tar det att gå till arbetsterapin för att hämta material, för att där får man alltid stå och vänta en lång stund». En annan skötare ger ett exempel på lokala förhållanden; han anser att det tar mest tid att flytta patienternas kläder och tillhörigheter, eftersom dessa skall transporteras upp till vinden. När patienterna flyttas från en avdelning till en annan eller utskrives, blir det rätt mycket spring för att hämta kläder och andra patienttillhörigheter.

Det förvånar inte, att städningsarbetet intar en så framträdande plats bland de arbetsuppgifter, som tar mest tid. Det fanns utan tvivel en viss tendens bland personalen att koncentrera sig på sådant arbete. Detta har olika orsaker. För det första har det tidigare ansetts, att städning är en av de viktigare arbetsuppgifterna; för det andra är städning ett arbete som ger »synligt» resultat; för det tredje är städning ett arbete, där man lätt kan kontrol-

lera vederbörandes arbetsinsats. Att t. ex. sitta vid en säng och prata med en patient ger inte samma möjlighet att »visa upp» att man verkligen arbetar. Det har funnits och finns alltså en ganska utbredd inställning att betrakta just denna sorts patientkontakter som ett försök att slippa »arbetet» och därför har dessa kontakter ej heller alltid betraktats som en viktig insats. Det håller dock på att ske en förändring, vilket svaren på nästa fråga utvisar.

Ytterligare ett skäl för städningens dominans bör nämnas. Det betraktas av en del befattningshavare som en svårare arbetsuppgift att fullgöra de mera direkta patientkontakterna. Städningen är vanligtvis en »neutral» sysselsättning, där man kan undgå att engagera sig i patienterna och deras problem. Vi har också tidigare påpekat, att en aktivering av patienterna kräver större engagemang av personalen, och att detta kan leda till att deras egna problem aktualiseras.

En viktig omständighet skall emellertid här framhållas. På många avdelningar deltar patienterna i städningsarbete tillsammans med någon av vårdpersonalen. I dessa fall utgör alltså städningsarbetet en del av den aktiveringsterapi, som man bedriver och den får därmed en helt annan innebörd. I detta fall kan man inte heller tala om att städning utgör en »neutral» sysselsättning.

Nästa fråga vi ställde hade följande lydelse: »Vilken arbetsuppgift anser Ni själv vara viktigast?» I tabell 54 ger vi en fördelning av svaren.

Tabell 54. Viktigaste arbetsuppgift

(Fråga I<sub>4</sub> 18)

Arbetsuppgift	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
0. Obesvarat.....	3	3	6
1. Skrivbordsarbete.....	—	—	—
2. Medicinutdelning.....	3	6	9
3. Patientvård, tillsyn etc. ....	30	38	68
4. Sysselsättning av pat. ....	17	6	23
5. Städning samt klädvård.....	—	—	—
6. Gruppterapi samt patientkontakter i övrigt.....	24	31	55
7. Komb. 1—6.....	7	3	10
8. Övrigt.....	—	3	3
Summa	84	90	174

Det intressanta här är att städning och klädvård inte av någon har betecknats som den viktigaste arbetsuppgiften. Däremot har patientvård och tillsyn blivit den uppgift, som i första hand omnämnts. Inte mindre än 68 av 168, som besvarade denna fråga, sätter den som viktigaste uppgift. I andra hand kommer gruppterapi och patientkontakter i övrigt; den har av 55 personer betecknats som viktigast. (Gruppterapi nämns dock endast i 2 av dessa 55 svar såsom viktigast.) Svaren på frågan visar, att det är en utbredd upp-

fattning bland den tillfrågade vårdpersonalen, att patientkontakter och vården av patienterna i övrigt är den viktigaste uppgiften.

Vi har även delat upp svaren på denna fråga med utgångspunkt från vederbörandes befattning. Svarsfördelningen presenteras i tabell 55.

Tabell 55. Viktigaste arbetsuppgift

(Fråga I<sub>4</sub> 18)

Arbetsuppgift	Överskötare	Förste skötare	Skötare	Totalt
0. Obesvarat.....	2	1	3	6
1. Skrivbordsarbete.....	—	—	—	—
2. Medicinutdelning.....	4	4	1	9
3. Patientvård, tillsyn etc. ....	7	11	50	68
4. Sysselsättning.....	1	3	19	23
5. Städning samt klädvård.....	—	—	—	—
6. Gruppterapi och patientkontakter i övrigt.....	22	14	19	55
7. Komb. 1—6.....	6	—	4	10
8. Övrigt.....	—	3	—	3
Summa	42	36	96	174

Siffrorna visar, att det huvudsakligen är den befordrade personalen, som anser patientkontakten vara den viktigaste arbetsuppgiften.

Genom nästa fråga avsåg vi att ta reda på om de intervjuade ansåg, att det fanns någon arbetsuppgift, som de själva utförde, men som kunde övertagas av någon annan. Svarsfördelningen ges i tabell 56.

Tabell 56. Arbetsuppgifter, som lämpligen kunde överlåtas på andra befattningshavare

(Fråga I<sub>4</sub> 19)

	Överskötare	Förste skötare	Skötare	Totalt
0. Obesvarat.....	—	1	1	2
1. Inga.....	16	9	35	60
2. Skrivarbete.....	6	—	—	6
3. Handhavande av patienternas pengar samt inköp.....	9	1	—	10
4. Städning samt klädvård.....	3	21	52	76
5. Köksarbete.....	2	—	6	8
6. Övrigt.....	6	4	2	12
Summa	42	36	96	174

Det framgår av denna tabell, att de arbetsuppgifter man helst vill »flytta över» är städning och lagning av kläder. Detta gäller framförallt förste skötarna och skötarna. Överskötarna däremot skulle i viss utsträckning vilja slippa skrivarbete, handhavande av patienternas egna medel samt inköp.

Vi frågade även om det fanns uppgifter, som de inte utförde nu men som de ansåg att de borde övertaga. Svarsfördelningen återfinns i tabell 57.

Tabell 57. Arbetsuppgifter som lämpligen kunde övertagas från andra befattningshavare  
(Fråga I<sub>4</sub> 20)

Arbetsuppgift	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
0. Obesvarat.....	1	2	3
1. Inga.....	56	70	126
2. Patientkontakter.....	14	2	16
3. Terapeutiska uppgifter.....	5	4	9
4. Tekniskt-sjukvårdande uppgifter.....	2	3	5
5. Övrigt.....	6	9	15
Summa	84	90	174

Majoriteten eller 126 av de 171 som besvarade frågan, anser att det inte finns några sådana uppgifter; 16 anser att patientkontakt är en sådan uppgift; 9 nämner terapi och anser därvid huvudsakligen arbets- och annan aktiveringsterapi; 5 talar om tekniskt-sjukvårdande uppgifter, d. v. s. att dela ut medicin, att ge injektioner etc. Bland de svar som kodats under »Övrigt» skall vi ge några exempel. En överskötare framhöll, att på ett sjukhus där han tidigare arbetade, fick han själv bestämma sådana saker som t. ex. frigång. Han ansåg, att överskötarna borde delegeras mera självständiga arbetsuppgifter än vad hittills varit fallet, eftersom de har mest kontakt med patienterna. En kvinnlig överskötare ansåg, att föreståndarinneinstitutionen är mindre ändamålsenlig; hon kände sig kontrollerad. Mottagandet av samtal utifrån, från t. ex. patienternas anhöriga behövde enligt hennes mening ej gå via föreståndarinnan. »Allt detta gör att man inte känner sig ha förtroendet att kunna sköta avdelningen själv» säger hon. En annan kvinnlig överskötare säger, att hade hon mera tid skulle hon velat sysselsätta patienterna mera med arbetsterapi på avdelningen. En av skötarna framhåller, att på den avdelning där hon arbetar finns det förutom överskötaren en assistentsköterska samt därjämte sjuksköterskeelever. »Därigenom blir det litet sjukvårdande uppgifter över för dem som har genomgått grundutbildningen.»

Det sista svaret är intressant därför att det tyder på en tendens att värdera olika patientvårdande uppgifter på olika sätt. Det tycks vara på en del håll så att det anses »finare» att syssla med sjukvårdande uppgifter, d. v. s. det som ovan kallats »tekniskt-sjukvårdande» uppgifter, än att syssla med de psykologiska och de inter-personella aspekterna av sjukvården.

## Patientkontakter och terapi

### Inledning

En del av vårt frågeformulär behandlade kontakten mellan personal, inklusive läkare, och patienterna. Dessa frågor syftade ej enbart till att undersöka faktiska förhållanden och att få reda på existerande önskemål, utan

att i viss utsträckning även belysa de intervjuades inställning till de berörda problemen. Därför fanns det här även en del attitydfrågor.

Utgångspunkten vid konstruktionen av frågorna var de resonemang, som framförts i kapitel 3. Vi utgick därvid ifrån distinktionen mellan interpersonella och intra-personella aspekter av mentala sjukdomar. Vi hävdade också, att de intra-personella problemen i första hand skulle behandlas via kemoterapin jämte den övriga medicinska terapin och i andra hand genom psykoterapi.

Eftersom vi ansåg, att det bland psykiatrer antagligen inte fanns någon större variation i uppfattningen om kemoterapins och den övriga medicinska terapins betydelse, så koncentrerade vi oss i detta avsnitt av frågeformuläret huvudsakligen på psykoterapi och sådana frågor som berör rehabiliteringen, d. v. s. den del av behandlingen, som syftar till att lösa de interpersonella problemen. Vi förutsåg, att det var där man kunde hitta varierande åsikter bland intervjupersonerna.

#### Samtal med patienter

Den första frågan i denna del av undersökningen gällde de intervjuades åsikter om värdet av samtal med patienterna. Frågan ställdes till läkare, psykologer, kuratorer, arbetsterapeuter och socioterapeuter. I följande tabell 58 presenterar vi resultaten.

Tabell 58. Värdet av samtal med patienterna

(Fråga I<sub>1</sub> 45, I<sub>2</sub> 43)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
0. Obesvarat.....	6	2	8
1. Positiv utan kommentar.....	7	22	29
2. Positiv ur terapeutiska eller diagnostiska synpunkter eller i kontaktsyfte	46	35	81
3. Positiv med inskränkning.....	2	7	9
4. Negativ.....	—	1	1
5. Övrigt.....	—	2	2
Summa	61	69	130

Såsom framgår av tabellen är praktiskt taget alla de tillfrågade positivt inställda till samtal. En del är allmänt positiva utan att kommentera det, andra lämnar kommentarer och framhåller, att samtal har terapeutiskt eller diagnostiskt värde eller är värdefulla ur kontaktsynpunkt.

Vi skall citera en del av svaren. En överläkare säger, att »värdet av samtal med patienterna är större än folk tror. Samtalen är värdefulla både för en själv och för patienterna. Om man håller kontinuiteten, så blir det så småningom kontakt.» En annan överläkare gör vissa invändningar och framhåller, att värdet av samtal beror på individerna. »Man måste känna sig för.

En del av patienterna vill hålla en i hand och då gäller det att bromsa.» Den läkare vars svar kodades som negativt framhöll att »ibland kan samtal vara nödvändigt, men samtal med patienter är lika nödvändiga inom all medicin, och den är inte större inom psykiatrin». En annan läkare säger, att man bygger hela terapin på samtal. En läkare, som gör vissa inskränkningar framhåller, att »i många fall är de nödvändiga. Men en hel del t. ex. psykopater samt neurosklientelet har alldeles för stora pretentioner på samtal». Vi frågade även om de intervjuade hade enskilda samtal med patienterna. Svaren framgår av tabell 59.

Tabell 59. Har Ni enskilda samtal med patienterna?

(Fråga I, 46, I, 44)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
0. Obesvarat.....	9	—	9
1. Ja.....	39	51	90
2. Ja om pat. önskar.....	3	1	4
3. Nej.....	10	17	27
Summa	61	69	130

Intressant är, att inte mindre än 27 av de 121, som besvarade frågan, uppger att de ej har enskilda samtal, d. v. s. samtal där ingen annan än den intervjuade och patienten är närvarande. Detta beror på det förhållandet att vid samtal med patienter är ofta, utöver överläkare, även underläkare, föreståndarinna eller överskötare närvarande. Vi frågade även om dessa samtals diagnostiska värde; 72 ansåg att de hade ett sådant värde, 23 ansåg, att de inte hade det, 33 var tveksamma, medan 32 inte besvarade frågan. Nästa fråga gällde, om dessa enskilda samtal hade terapeutiskt värde, och här var 104 av 109, som besvarade frågan, eniga om, att de enskilda samtalen hade ett sådant värde.

Vi bad även de tillfrågade att kommentera vari det diagnostiska och det terapeutiska värdet låg. När det gäller det diagnostiska värdet, så framhölls det bl. a. att detta låg i ökad kunskap om patienten. De kommentarer, som gavs på frågan om enskilda samtals terapeutiska värde, har sammanfattats i tabell 60.

Av de tillfrågade gav 23 inga kommentarer. De övriga kommentarerna delade vi upp efter den effekt, som vederbörande ansåg, att samtalen hade ur terapeutisk synpunkt; 7 nämnde, att dessa hade en katarsisk (= avreagerande, utlösande) effekt, d. v. s. att de gav patienten tillfälle att avreagera sig känslomässigt, 13 ansåg att de förmedlade större insikt i de egna problemen, 22 ansåg, att de hade en lugnande effekt, medan 31 — d. v. s. den största gruppen — tyckte, att dessa samtal framförallt var betydelsefulla genom att de skapade kontakt mellan patienten och psykiatern.



Tabell 60. Vilket terapeutiskt värde har samtal med patienterna?

(Fråga I<sub>1</sub> 50, I<sub>2</sub> 47)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
0. Obesvarat.....	10	13	23
1. Avreagering.....	3	4	7
2. Insikt.....	3	10	13
3. Övertalning.....	—	1	1
4. Lugnande.....	12	10	22
5. Kontaktskapande.....	20	11	31
6. Tvivel på värde.....	5	1	6
7. Kombination.....	3	5	8
8. Övrigt.....	5	14	19
Summa	61	69	130

Vi skall ge några exempel på de kommentarer som lämnades. Ett svar, som hänfördes under »insikt», hade följande lydelse. »Man friskar upp de psykologiska mekanismer, som lett till symtomen, och gör dem medvetna för patienten. Symtomen kan sedan vara som bortblåsta, när man hållit på ett tag.» Ett svar som kodades under »kombination» hade följande lydelse. »Patienten kan känna behov att tala ut, att känna inre trygghet. Han kan också behöva få klarläggande synpunkter. Överhuvudtaget detta, att man vill ägna sig åt dem kan ha en terapeutisk effekt. En del patienter är det dock svårt att få kontakt med.» Ett annat svar, som kodades inom samma kategori, hade följande lydelse. »Dessa samtal kan nedbringa förbrukningen av sedativ medicin. Det gäller speciellt insufficienstillstånd. Tror ej på terapeutisk effekt, när det gäller psykoserna.» Ett svar som kodades under »övrigt» hade följande lydelse. »Det beror på vem som har samtalen. Om det är en läkare som har en bra attityd så kan det göra mycket nytta likaväl som en annan läkare kan ställa till med skador genom att ha samtal.»

Två svar, som kodades under kategorin, »tvivel på samtalens värde» må här citeras: »Jag anser inte att man genom ihållande samtal kan förbättra en patient. Man kan lika litet prata bort en psykisk sjukdom som en appendicit. Samtalens värde är att det har en humanitär prägel.»

Ett annat svar har följande karaktär:

»Jag vägrar aldrig samtal men jag är tveksam. Samtalet kan verka försämrande. Man kan komma att välja ut patienter, och det skapar olust hos de andra. Man kan också påminna om och riva upp patientens problem och inte få dem lösta. Jag själv anser inte, att jag har tid eller kompetens till att genomföra en analys.»

Som framgår varierar åsikterna om den terapeutiska nyttan av samtal. Det kan, som i det ena fallet, bero på att man inte anser sig genom samtal kunna lösa några av patientens intra-personella problem, det kan också bero på att vederbörande — som i det andra svaret — inte anser sig vara kompetent, och slutligen kan man — som det gjordes i ett av de tidigare citerade

svaren — ifrågasätta, om samtal har ett terapeutiskt värde speciellt när det gäller psykosor.

Vi frågade även vårdpersonalen om de hann med alla samtal de skulle vilja ha med patienterna. I tabell 61 ger vi svarsfördelningen på denna fråga.

Tabell 61. Vårdpersonalens möjlighet att hinna med samtal med patienterna

(Fråga I<sub>4</sub> 22)

	Överskötare		Förste skötare		Skötare		Totalt	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Obesvarat.....	—	—	—	—	1	—	1	—
Ja.....	13	31	7	19	17	18	37	21
Nej.....	29	69	29	81	78	82	136	78
Summa	42	100	36	100	96	100	174	99

Av samtliga tillfrågade anser 78 %, att de inte hinner med samtal i den utsträckning som de skulle önska. Överskötare är den kategori, som har lägsta procenten nejsvar, vilken dock uppgår till 69 %.

Vi frågade även vårdpersonalen om de ansåg, att samtalen med patienterna hade ett terapeutiskt värde, och vilken typ av terapi de i så fall avsåg. Svaren kodades på samma sätt, som de svar, som redovisats i tabell 60. I tabell 62 ger vi en fördelning av dem. I denna har vi angivit de två först kodade svaren. Om vi jämför med tabell 60, där dock endast ett svar har kodats, så framträder en stor övervikt beträffande kategorin »lugnande». Det är emellertid tre kategorier som dominerar svaren; utöver »lugnande» anser många, att det är »kontakt» och »katarsis», som ger samtalen dess terapeutiska värde.

Tabell 62. Vilket terapeutiskt värde har samtal med patienterna?

(Fråga I<sub>4</sub> 24)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
1. Avreagering.....	10	13	23
2. Insikt.....	5	5	10
3. Övertalning.....	—	2	2
4. Lugnande.....	24	29	53
5. Förklara behandling.....	3	3	6
6. Kontaktsökande.....	18	16	34
7. Kombination och övrigt.....	28	31	59
Summa	88	99	187

Ytterligare ett par frågor handlade om kontakten med patienterna. Den första av dessa hade följande lydelse: »Vad anser Ni om att ta kontakt med patienterna utan att dessa har kallat på Er?» Svaren kodades i två kategorier,

dels de som sade, att man borde ta kontakt med patienterna utan förbehåll, dels de som hade vissa förbehåll. Resultaten presenteras i tabell 63.

Tabell 63. Vårdpersonalens uppfattning om att ta kontakt med patienterna utan att dessa kallat på den

(Fråga I<sub>4</sub> 25)

	Överskötare	Förste skötare	Skötare	Totalt
Med förbehåll.....	13	8	18	39
Utan » .....	29	28	78	135
Summa	42	36	96	174

Majoriteten av de tillfrågade, eller 135 utav 174, svarade att man borde ta kontakt utan förbehåll. Man kan tolka detta på två sätt. Många av de tillfrågade, som arbetar på avdelningar för långvarigt sjuka, vet att dessa patienter ofta inte själva tar tillräckligt initiativ för att kontakta personalen. I dessa fall har det säkerligen stor aktiverande betydelse, att vårdpersonalen själv tar initiativet. Å andra sidan kan det i vissa fall vara så att patienten befinner sig i ett akut tillstånd av »kontakt-rädsla», varvid det kanske är befogat, att man är avvaktande i kontaktsökandet.

Vi bad de intervjuade att kommentera, varför man borde ta kontakt respektive inte göra det. Bland de svar vi fick var bl. a. sådana som att »passiva kroniska patienter tar inte initiativ», att »patienterna bör känna att någon bryr sig om dem». Slutligen fanns det även en grupp, som ansåg att det var nödvändigt, att man tog kontakt just när patienterna visade motstånd. Av de tillfrågade ansåg emellertid 25, att man borde visa försiktighet. I tabell 64 har vi gjort en fördelning av de olika motiven för kontakttagande.

Tabell 64. Vårdpersonalens motiv till att ta kontakt med patienterna

(Fråga I<sub>4</sub> 25)

	Överskötare	Förste skötare	Skötare	Totalt
Obesvarat.....	3	9	7	19
Passiva långtidssjuka, tar ej initiativ själva .....	11	10	30	51
Patienterna behöver känna att personalen bryr sig om dem.....	6	5	17	28
Man bör ta kontakt även om patienterna visar motstånd.....	12	4	17	33
Man bör visa försiktighet.....	8	3	14	25
Kombination av olika motiv.....	2	5	11	18
Summa	42	36	96	174

Nästa fråga vi ställde var »På vilket sätt yttrar sig kontaktbehovet hos patienterna?» Frågan ställdes för att ta reda på, hur vårdpersonalen uppfattade kontaktbehovet och på vilket sätt de uppfattade olika försök hos patienterna att få kontakt. Vi har delat upp svaren på så sätt, att vi sammanfattat alla svar där man säger, att patienterna söker kontakt genom att tala till personalen, vidare genom gester och ansiktsuttryck, genom att de direkt kommer och ber om hjälp, genom att de tyr sig till en viss person eller försöker väcka uppmärksamhet på annat sätt. I tabell 65 ger vi en fördelning av svaren på nu angivna alternativ.

Tabell 65. Patienternas yttringar i fråga om kontaktbehovet

(Fråga I<sub>4</sub> 28)

	Överskötare	Förste skötare	Skötare	Totalt
Obesvarat.....	1	—	1	2
Söker verbal kontakt.....	10	16	21	47
Genom gester och ansiktsuttryck...	2	3	15	20
Ber om hjälp.....	8	5	14	27
Tyr sig till viss person.....	2	2	7	11
Försöker väcka uppmärksamhet....	4	3	5	12
Andra sätt.....	15	4	28	47
Kombination.....	—	3	5	8
Summa	42	36	96	174

I stort sett visar denna tabell, att vårdpersonalen inte bara uppfattar direkta öppna kontaktförsök genom verbalt beteende utan även mera subtila kontaktförsök genom gester eller att patienten på annat sätt försöker väcka uppmärksamhet. Resultaten kan tolkas så att det bland personalen i stort sett tycks finnas en psykologisk känslighet och förmåga att på ett korrekt sätt tolka ett mera subtilt beteende hos patienten.

Vi frågade även om personalen hade möjlighet att tillfredsställa patienternas kontaktbehov. De olika svarsalternativen har fördelats i tabell 66.

Tabell 66. Personalens möjlighet att tillfredsställa patienternas kontaktbehov

(Fråga I<sub>4</sub> 29)

	Överskötare	Förste skötare	Skötare	Totalt
Ja.....	14	8	13	35
I viss mån.....	26	25	66	117
Nej.....	2	3	17	22
Summa	42	36	96	174

Kommentarerna till denna fråga ger i viss mån en bild av det sätt på vilket man får tillfälle att kontakta patienterna. En överskötare framhåller:

»Det finns mycket arbete på avdelningen, som medgiver, att man har kontakt med patienter. Man kan utföra olika småsysslor, som patienter får hjälpa till med. Man pratar med dem, spelar olika spel, tar med dem på bilturer, patienter får följa med till affären och handla, och på sommaren brukar vi ta med dem och åka ut och bada. Ibland låter vi dem följa med till någon av vårdpersonalens sommarställen etc.»

Men det finns även en del kritiska röster. Någon säger:

»Det har varit så mycket arbete här. Man hinner inte med. Trots att vi håller igen måste den dagliga städningen genomföras. Det är dessutom för många vikarier, för att man skall kunna arbeta upp avdelningen.»

En annan överskötare säger:

»Personalen är för mycket engagerad med städning etc. för att hinna med att tillgodose patienternas kontaktbehov.»

En tredje uttrycker det på följande sätt:

»Man skulle säkert kunna tillfredsställa patienternas kontaktbehov i full utsträckning om vårdpersonalen tog sig tid och inte ansåg, att andra arbetsuppgifter var viktigare.»

Vi vill här än en gång understryka det vi sagt tidigare, nämligen att kontakten med patienterna inte bara är en fråga om tid utan även om emotionellt engagemang. Detta kan ofta vara mycket påfrestande, varför det är förståeligt, att man söker sig till arbeten, som inte engagerar på samma sätt som den direkta kontakten med patienterna. Detta gäller speciellt om man ej får stöd genom konferenser etc.

### Psykotering

Som inledning till en serie frågor om psykotering frågade vi läkarna, psykologerna och kuratorerna om psykotering användes på sjukhuset. Då vi intervjuade 72 läkare, 11 kuratorer och 2 psykologer fick vi tillhoppa 85 svar. Fördelningen av dessa återfinnes i tabell 67.

Tabell 67. Bedrives psykotering?

(Fråga I<sub>1</sub> 91, I<sub>2</sub> 62)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
1. Ja.....	22	41	63
2. Nej.....	17	4	21
3. Vet ej.....	—	1	1
Summa	39	46	85

Tre fjärdedelar eller 63 av 85 besvarade frågan jakande, vilken användes som inledning till nästa fråga, nämligen vad man avsåg med psykotering. De svar, som därvid erhöles kan indelas i två grupper, nämligen antingen »Psykotering i inskränkt bemärkelse», d. v. s. psykoteringin hänfördes till

en bestämd teknik, psykoanalys, viss typ av samtal etc., eller »Psykotera-  
pi i vidsträckt bemärkelse», d. v. s. psykotera-  
pi innefattande all kontakt mel-  
lan personalen inklusive läkare, psykologer och kuratorer samt patienter.  
Ungefär lika många befattningshavare använde sig av den första som av  
den andra definitionen (36 mot 37; 12 avgav svar som inte passade in på  
någon av definitionerna, t. ex. »allt vi gör är psykotera-  
pi»). Bland dem,  
som använder sig av den första definitionen, finner man svar som psyko-  
analys, försök att övertala patienten till ett annat beteende, möjligheten för  
patienten att avreagera emotionella problem etc. Bland dem, som använde  
sig av den andra definitionen, talas det i svaren huvudsakligen om samtal  
och kontakt.

### Grupptera- pi

På samma sätt som vi frågade om psykotera-  
pi, försökte vi även ta reda på  
våra intervjupersoners definition av begreppet grupptera-  
pi, utsträckningen  
i vilka de själva använde sådan och den uppfattning de hade om grupptera-  
pis värde.

Vi frågade läkarna, om de själva tillämpade grupptera-  
pi och de övriga  
två kategorierna, om det användes grupptera-  
pi på det sjukhus där de ar-  
betade. Svaren ges i tabell 68.

Tabell 68. Användes grupptera-  
pi?

(Fråga I<sub>1</sub> 95, I<sub>2</sub> 66)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
1. Ja.....	13	13	26
2. Nej.....	26	32	58
3. Vet ej.....	—	1	1
Summa	39	46	85

Av våra intervjupersoner framhåller 68 %, att grupptera-  
pi inte används.  
Några egentliga skillnader mellan statliga och kommunala sjukhus före-  
ligger inte.

Vi frågade dem också, vad de avsåg med grupptera-  
pi. Av de tillfrågade  
besvarade 10 ej frågan. Bland de övriga talade majoriteten allmänt om grupp-  
samtal utan att närmare specificera, vad de avsåg, 18 talade om grupptera-  
pi i inskränkt bemärkelse, d. v. s. de refererade till den typ av grupptera-  
pi, där  
en läkare eller psykolog samtalar med en utvald grupp av personer för att  
diskutera speciella problem och bedriva denna tera-  
pi på grundval av psyko-  
analytiska teorier. I övrigt förekom sådana definitioner som sysselsättning  
och lek i grupp, metoden att uppdelas i smågrupper etc.

Med tanke på att definitionerna varierar så mycket och inkluderar så  
många olika typer av aktivitet — från grupptera-  
pi i dess trängre bemärkelse

till uppdelning av avdelningarna i smågrupper — så blir procenten av de personer som säger, att de inte bedriver gruppterapi tämligen hög. Om man däremot med gruppterapi endast avsett på psykoanalytisk teori grundad gruppterapi så skulle en hög procent av nejsvar i den förra tabellen kunnat vara mera förstälilig.

Med tanke på att gruppterapi eller kanske gruppverksamhet i en vidare bemärkelse kan spela en viktig roll för rehabiliteringsverksamheten tycks oss här föreligga en brist. Kanske denna brist delvis hänger ihop med de föreställningar och de värderingar våra intervjupersoner har om effekten av gruppterapi. Vi frågade dem vad de ansåg om värdet av gruppterapi. Svaren återfinnes i tabell 69.

Tabell 69. *Inställning till gruppterapi*

(Fråga I<sub>1</sub> 97, I<sub>2</sub> 68)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
0. Obesvarat.....	4	—	4
1. Positiv i allmänhet.....	13	18	31
2. Positiv betr. vissa kategorier av patienter.....	9	7	16
3. Tveksam.....	2	1	3
4. Negativ.....	1	2	3
5. Övrigt.....	4	3	7
6. Vet ej.....	6	15	21
Summa	39	46	85

Cirka en fjärdedel eller 21 av 85 besvarade frågan med »vet inte». Av de övriga var 31 positiva i allmänhet och 16 positiva i fråga om vissa kategorier av patienter. Direkt negativa var endast 3 personer. Man kan därför inte säga, att det förhållandet att gruppterapi tillämpas i så liten utsträckning, beror på en negativ värdering av densamma. Antagligen är det så, att många av de tillfrågade inte anser sig ha förutsättningar eller utbildning för att kunna bedriva denna typ av terapi. Detta gäller speciellt, när den intervjuade med gruppterapi avser en psykoanalytiskt orienterad form av gruppverksamhet.

#### Socioterapi och reaktivering

Med begreppet socioterapi, som är relativt nytt inom mentalsjukvården, avser vi den verksamhet, som syftar till beredande av sådan sysselsättning, som också ökar möjligheterna för den sjukes återanpassning i samhällslivet. Socioterapi ingår som en del i den totala rehabiliteringen. Dess uppgift beror naturligtvis på vad man menar med den och på vilket sätt man tillämpar den. Vår första fråga var »Använder Ni socioterapi?»

Tabell 70. Används socioterapi?

(Fråga I<sub>1</sub> 99, I<sub>2</sub> 70)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
0. Obesvarat.....	—	2	2
1. Ja.....	21	26	47
2. Nej.....	17	14	31
3. Vet ej.....	1	4	5
Summa	39	46	85

Av de tillfrågade besvarade 47 eller 55 % frågan med »ja». Några egentliga skillnader mellan de kommunala och de statliga sjukhusen föreligger inte.

Definitionen av begreppet socioterapi uppvisar en stor variation. I stället för att återge svaren i tabellarisk form skall vi citera några av dem.

En av de tillfrågade framhåller: »Socioterapin har till uppgift att öka kontakten med omgivningen och underlätta patientens anpassning i samhället». En annan av de tillfrågade talar också om kontakt med samhället och tillfogar dessutom, att »genom detta kan kroniska patienter övervinna sin isolering, vilket i sin tur leder till, att tillvaron blir lättare för dem». En annan befattningshavare säger, att »med socioterapi menas alla åtgärder som syftar till att återanpassa individen till samhället och möjliggöra för patienten att återgå till ett normalt liv». Andra talar om studieverksamhet och om organiserande av fritiden, t. ex. bioföreläsningar och dans.

Av svaren framgår, att man med socioterapi avser en mycket vid skala från mera preciserade till allmänna åtgärder, som främjar patientens återanpassning till samhället. Däremot sägs sällan, att socioterapin är en integrerad del av hela rehabiliteringsprocessen. Det är givetvis troligt, att man menar detta, fastän det inte utsägs.

Nästa fråga, som även den hade anknytning till socioterapin, hade följande lydelse: »Vad anser Ni om reaktiveringens terapeutiska effekt?» Frågan ställdes till alla de personalkategorier, som intervjuades. Av alla, som besvarade frågan, var 88 % positivt inställda. Några större skillnader mellan de olika personalgrupperna föreligger knappast. Kanske kan man säga, att den positiva inställningen till reaktiveringen är något mera markant bland läkare, kuratorer, psykologer och arbetsterapeuter än bland vårdavdelningspersonalen.

Vi frågade även våra intervjupersoner, på vilket sätt man försökte aktivera eller reaktivera patienterna på vederbörandes avdelning. I tabell 71 ger vi en fördelning av de svar, som vi därvid erhöi.

Tabellen visar, att man i övervägande grad betraktar arbetsterapi och sysselsättningsterapi som det vanligaste sättet för reaktivering. Fritidssysselsättning, studiecirklar, gymnastik och promenader är det, som kom-



Tabell 71. På vilket sätt försöker man aktivera eller reaktivera patienterna?

(Fråga I<sub>1</sub> 102, I<sub>2</sub> 73, I<sub>3</sub> 36, I<sub>4</sub> 31)

Reaktiveringssätt	Överläk. och bitr. överläk.		Övriga läkare		Kurator, psykolog		Arbets-terapeut, socio-terapeut		Före-stånd:a, uppsynings-man		Över-skötare		Förste skötare		Skötare		Totalt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Arbets- och sysselsättningsterapi	18	51	38	46	12	50	41	55	40	51	40	41	32	42	89	42	310	46
Arbete på avdelning .	5	14	11	13	1	4	4	5	7	9	15	15	9	12	37	18	89	13
Fritidssyssels.; studier, gymnastik, promenader ..	10	29	20	24	8	33	18	24	21	27	19	19	12	16	40	19	148	22
Kontakt med yttervärlden ...	2	6	3	4	—	—	—	—	1	1	2	2	1	1	—	—	9	1
Habit training.....	—	—	5	6	—	—	—	—	1	1	3	3	1	1	5	2	15	2
Samtals- och medicamentell terapi	—	—	5	6	3	13	11	15	9	11	19	19	22	29	40	19	109	16
Summa	35	100	82	100	24	100	74	100	79	100	98	100	77	100	211	100	680	100

mer närmast, och därefter följer arbetet på vårdavdelningarna. Sådan verksamhet som kontakt med yttvärlden nämnes bara av ett fåtal befattningshavare. Samma sak gäller »habit-training» för långtidspatienter. Denna verksamhet, som syftar till att träna upp patientens elementära beteendemönster såsom hygien, matvanor och enkla sociala kontakter, har vid försök på utländska och svenska sjukhus visat en gynnsam effekt på patienterna och även på personalen, vars arbete härigenom blir lättare. När man har tränat upp patienterna att själva sköta sin hygien, att äta på egen hand m. m., kan man ägna sig åt mera konstruktiva uppgifter. Att denna viktiga aspekt av rehabiliteringsverksamheten bland långtidssjuka nämns av så få, kan bero på att den är föga känd. Intressant är att i 16 % av svaren nämnes samtals- och medicinsk terapi som rehabiliteringsåtgärder. Bland vårdavdelningspersonalen är procentsatsen ännu högre. Detta kan tolkas som en tendens att underskatta den egna insatsen eftersom medicinsk terapi endast indirekt påverkar rehabiliteringen, medan arbetet på vårdavdelningen skulle kunna tänkas som systematisk rehabilitering.

Två av de målsättningar, som man finner i litteraturen över rehabiliteringsverksamheten, är för det första att anpassa hela avdelningens beteendemönster och levnadssätt till vad som råder utanför sjukhuset och för det

andra att betrakta sjukhuset som ett övergångsstadium till den mindre skyddade yttervärlden. Dessa båda målsättningar förekommer sällan i svaren. Om vi ser på tabellen så är det väl endast kontakt med yttervärlden och habit-training, som syftar på dessa 2 målsättningar.<sup>34</sup>

Det finns undersökningar som pekar på att långtidspatienters passivitet, vilken ofta uppfattats som följd av demens, i själva verket kan vara ett hospitaliseringsfenomen, d. v. s. en pseudo-demens.<sup>35</sup> Vi frågade därför läkarna, kuratorerna och psykologerna om de ansåg, att demensen i viss utsträckning kunde betraktas som ett dylikt fenomen. Av de 85, som besvarade frågan, svarade 72 ja, vilket tyder på att man är väl medveten om förekomsten av hospitaliseringsfenomenen. Som skäl angavs bl. a., att sjukhusmiljön, t. ex. rutinen på en vårdavdelning, kan framkalla passivitet hos patienten.

Andra skäl, som uppgavs, var att terapi och speciellt arbetsterapi visade, att s. k. dementa patienter kunde aktiveras, vilket ej skulle kunna vara fallet, om det vore frågan om just en »äkta» demens. I flera svar försökte man även skilja mellan »äkta» och pseudo-demens.

Endast 11 av dem, som besvarade frågan, försökte bortse från betydelsen av hospitaliseringsfenomenen för utveckling av s. k. demens.

Vi skall citera tre svar som exemplifierar det nyss sagda. »Man kan slöa till, om man blir sittande i en stol hela dagen.» — »Jag tror, att patienterna sköts om alltför väl så att deras egen initiativförmåga helt förtvinar.» — »Patienterna har blivit ganska försummade. Hade man hållit dem i gång och aktiverat dem, så hade de kanske ej fått någon demens.»

Nästa fråga, som ställdes till alla våra intervjupersoner, löd på följande sätt. »Anser Ni, att som medel i återanpassningen arbetsterapi för vissa patienter kan övergå i mera regelbundet arbete, t. ex. masstillverkning av en viss artikel?»

Tabell 72. Regelbundet arbete som återanpassning?

(Fråga I<sub>1</sub> 105, I<sub>2</sub> 76, I<sub>3</sub> 38, I<sub>4</sub> 33)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
Ej besvarat.....	7	2	9
Ja.....	116	125	241
Nej eller tveksam.....	38	38	76
Vet ej.....	17	10	27
Summa	178	175	353

<sup>34</sup> Miller D. H. The rehabilitation of chronic open - ward neuropsychiatric patients. *Psychiatry* 1954, 17 s. 347—358.

<sup>35</sup> Miller D. H. and Clancy J. »An approach to the social rehabilitation of chronic psychotic patients». *Psychiatry* 1952, 15, s. 435—443.

Cirka 68 % av de tillfrågade besvarade frågan med ja. I svaren förekommer en motsatt uppfattning om värdet av regelbundet arbete. Den ena uppfattningen, som är positiv i fråga om sådant arbete, hävdar att innan patienterna skall »slussas ut» i samhället är det nödvändigt med något slag av arbetsträning. Därför vore det nyttigt, om man övergick från sedvanlig sysselsättningsterapi till ett enkelt arbete, som tränade upp arbetstakt och lärde patienterna arbetsvanor. Detta i sin tur skulle underlätta anpassningen i samhället och infogandet i arbetsprocessen.

Den andra uppfattningen hävdar, att arbetsterapi inte är en fråga om endast sysselsättning utan även om terapi. Därför bör man inte försöka få patienterna att arbeta på ett sådant sätt, som sker i samhället. Tempoarbetet kan lätt bli monotont och kan då motverka den aktiverande effekt, som arbetsterapi bör ha.

Det torde vara riktigt, att ett arbete, kanske i skyddade verkstäder, kan vara en fas i återanpassningen och underlätta återgången till ett normalt samhällsliv. Dylikt arbete bör dock begränsas till de patienter, som har nått det stadium i tillfrisknandet, att de snart kan utskrivas. Man måste alltså vara försiktig och inte pressa in patienterna i ett arbete, som de ännu inte är mogna för.

Vi frågade även, om våra intervjupersoner ansåg, att man för regelbundet arbete på sjukhuset borde betala viss lön. Med lön avser vi ej sådan lön, som tillämpas i öppna marknaden, utan exempelvis ett system, som är avpassat med hänsyn även till de naturaförmåner, som patienterna kommer i åtnjutande av under sjukhusvistelsen. Såsom det nu är, får patienterna s. k. »flitpengar». Om man vill anpassa patienterna till ett liv, som motsvarar samhällets, så gäller det att skapa *motivation* för att bete sig så som man gör i samhället. En av våra viktigaste motivationskällor är att få ekonomiskt utbyte för det arbete, man utför. Det kan tänkas, att man genom det flitpenningssystem, som användes på mentalsjukhusen, håller patienterna inte bara i en beroendeställning utan även minskar möjligheterna för dem att bli motiverade till att arbeta.

På nästa fråga, om de intervjuade tror, att lön kan ha en terapeutisk effekt, är det 76 % som svarar ja (på de statliga sjukhusen är det 80 och på de kommunala 71 %). Den sistnämnda frågan användes som inledning till följande fråga, enligt vilken vi bad dem att motivera, huruvida lön kunde ha en sådan effekt. Ungefär 75 % ansåg, att lön påverkade patienternas motivation i gynnsam riktning; 3 % motiverar sitt svar om lön för patienterna med en kritisk inställning till flitpenningssystemet; av dem, som var negativa mot lön var det 7 % som ansåg, att patienternas motivation påver-

*Anm.* Enligt medicinalstyrelsens cirkulär till direktionerna för statens mentalsjukhus den 10 februari 1948 må flitpenning utbetalas till patient med 10, 20, 30 eller undantagsvis högst 40—80 öre per dag. Sedermera har emellertid styrelsen år 1952 med ändring av nämnda cirkulär be- myndigat direktionerna att meddela beslut i de särskilda fall, då flitpenning anses böra utgå med högre belopp.

kas i en ogynnsam riktning; medan 5 % var av den meningen att patienten inte önskar få lön. Den övervägande majoriteten, cirka 80 %, anser alltså, att man borde betala lön.

Nästa fråga avser en central punkt i rehabiliteringsverksamheten. Enligt vissa forskningsrön, för vilka redogjorts i kapitel 3, torde en uppdelning av patienterna i smågrupper underlätta deras återanpassning, öka deras möjligheter att söka kontakt med andra människor och aktivera dem i högre grad, än om man har patienterna samlade i stora grupper. Erfarenheter från svenska sjukhus stödjer denna uppfattning. Vi frågade därför våra intervjupersoner om de ansåg, att uppdelning av patienterna i smågrupper hade terapeutisk effekt. Av dem, som besvarade frågan, svarade 78 % »ja», medan 7 % var tveksamma eller svarade »nej» och 12 % svarade »vet inte».

Av kommentarerna framgår, att man anser att gruppeffekten kan påverka såväl patienterna som personalen. Vi skall citera några svar. »Gruppen skall ledas av samma skötare. Patienten har behov av kontinuitet och skötaren lär känna patienten. Patienter på samma nivå kommer tillsammans och det blir mera reda i miljön på avdelningen.»

En annan säger: »Jag har en sådan grupp själv. Jag började för tre år sedan med 5 svårt sjuka patienter. Fyra av dessa är nu förflyttade till en sekundäravdelning, en är definitivt utskrivet från sjukhuset. Det skulle vara bra, om hela avdelningen delades upp på detta sätt.» En tredje säger: »Gruppen lär dem att få kontakt med andra människor. Den lär dem att överhuvudtaget titta på varandra. De upptäcker, att flera gör samma sak, och de känner, att de hör ihop.» Ytterligare ett positivt svar skall citeras: »Det är värdefullt att ett fåtal patienter hela dagen är tillsammans med en vårdare och att det skapas en samhörighet inom gruppen. Patienterna blir mera aktiva, mera intresserade, mera sysselsatta. Vårdarens intresse blir större, om han ser resultatet av sitt arbete och blir bekant med patienterna.»

Vi skall även citera några svar som uttrycker en negativ inställning till smågruppssystemet: »Smågrupper kan ha stor betydelse för patienternas välbefinnande, men ej för deras tillfrisknande. De kan vara värdefulla ur humanitär, men ej ur terapeutisk synpunkt.» En annan säger: »Jag tror inte att den lilla gruppen skulle göra mer, än vad vi gör nu. Det finns stora risker att patienterna då tvingas att umgås med sådana, de inte kan komma överens med.» En tredje säger: »Systemet är säkert inte bra. Först och främst byter personalen så ofta. Dessutom kan det lätt bli 'mina' och 'dina' patienter. Det är bättre med 'våra' patienter.»

En fråga, som indirekt har med aktiveringsprocessen att göra, berörde patienternas tider för sänggående. Vi frågade, när patienterna vanligtvis skall lägga sig på kvällarna. Vi vill emellertid framhålla, att ett tidigt sänggående kan ha samband med ett tidigt uppstigande. Som regel väckes patienterna före kl. 7 på morgonen. I vår undersökning fann vi enstaka av-

delningar, där man började lägga patienterna så tidigt som kl. 6 på eftermiddagen. Det kan tänkas, att patienterna på geriatriska avdelningar inte vill vara uppe alltför länge, men i övrigt torde det vara så att om man vill skapa en miljö som liknar världen utanför sjukhuset, så är tidiga »lägg-tider» inte befrämjande ur återanpassningssynpunkt. Av svaren på vår fråga framgick, att dessa tider varierar mycket, och att de intervjuade i många fall — såväl läkare som vårdpersonal — ansåg, att patienterna borde lägga sig mycket senare, än vad vanligtvis nu sker. Av många svar framgick det också, att TV har lett till en förändring, eftersom patienterna gärna sitter uppe och ser TV. Det tycks också vara så, att för passiva och tillbakadragna patienter spelar TV en aktiverande roll.

Vi skall citera några av de svar, som vi fick på vår fråga. En skötare säger: »Några kan vara uppe och se TV, men i regel vill de ej själva. Om de vill vara uppe, så brukar vi koka kaffe åt dem.» En annan framhåller: »Sedan TV kom är det mycket bättre, patienterna får sitta uppe till TV-programmets slut, om det inte är för sent, men många går frivilligt och lägger sig tidigare.» En förste skötare säger: »Patienterna borde inte gå och lägga sig före kl. 8.30, annars blir natten så lång. De kan inte sova så länge, och i stället får vi då ge sömnmedel.» Och ytterligare en säger: »TV borde finnas på alla avdelningar för att hålla patienterna uppe något längre».

Några av läkarnas svar skall citeras. En överläkare säger: »Det är inte bra att de gamla lägger sig så tidigt. En del är numera uppe till halv elva. TV har haft stor betydelse, den väcker de gamla patienterna. En del går först och lägger sig men går upp igen för att se programmen. De har blivit mycket mer intresserade av omvärlden, sedan de fått TV. Deras intressen har blivit väckta och de klär sig även bättre.» En annan överläkare ger följande svar: »Det är olika på olika avdelningar. På vissa finns det ingen sängläggningstid, utan patienterna sköter sig själva. På en orolig avdelning måste dagpersonalen hjälpa dem att lägga sig. Det är inte lyckligt, men det går inte att ändra.» En annan läkare framhåller: »Patienterna måste lägga sig, för att personalens arbetstider skall kunna klara det. På de kroniska avdelningarna är det hårdast. På de akuta avdelningarna är det nog bättre.»

Nästa fråga har att göra såväl med patienternas rehabilitering som med läkarnas och personalens inställning. Vi frågade, om man ansåg, att patienterna kunde vara med om att fatta beslut i saker som rörde dem själva. Svaren presenteras i tabell 73.

Det föreligger här en skillnad mellan de statliga och kommunala sjukhusen. Vid de kommunala sjukhusen är man mera positivt inställd till att patienterna kan vara med att fatta beslut än på de statliga, där man är mera tveksam.

Vi kodade också kommentarerna till denna fråga. Först kodade vi de sätt, som föreslogs för fattande av beslut. Dessa presenteras i tabell 74.

Tabell 73. Bör patienterna själva få fatta vissa beslut?

(Fråga I<sub>1</sub> 117, I<sub>2</sub> 86, I<sub>3</sub> 50, I<sub>4</sub> 45)

	Statliga sjukhus		Kommunala sjukhus		Samtliga sjukhus	
	N	%	N	%	N	%
Obesvarat.....	6	3	2	1	8	2
Ja.....	48	27	83	47	131	37
I viss mån.....	107	60	71	41	178	50
Nej.....	15	8	17	10	32	9
Vet ej.....	2	1	2	1	4	1
Summa	178	100	175	100	353	100

Tabell 74. Sätt för patienternas medbestämmande

(Fråga I<sub>1</sub> 118, I<sub>2</sub> 87, I<sub>3</sub> 51, I<sub>4</sub> 46)

	Statliga sjukhus		Kommunala sjukhus		Samtliga sjukhus	
	N	%	N	%	N	%
0. Obesvarat.....	22	12	11	6	33	9
1. Ja, individuellt.....	47	26	57	33	104	29
2. Ja, genom patientorganisation med självstyrelse.	7	4	20	10	27	8
3. Nej, man kan endast diskutera med patienterna.	40	22	35	20	75	21
4. Nej, andra måste bestämma.....	21	12	15	9	36	10
5. Ja och nej.....	25	14	22	13	47	13
6. Obestämt.....	16	10	15	9	31	10
Summa	178	100	175	100	353	100

I de två första kategorierna återfinnas de svar, enligt vilka man är positiv till patienternas medbestämmanderätt. I kategori 1 finns de, som menar, att patienterna individuellt kan vara med och bestämma. I kategori 2 talas det om patientorganisation med självstyrelse. I kategori 3 och 4 finns de svar, som uttrycker en negativ inställning. I kategori 5 återfinnes slutligen de svar, där man säger både ja och nej, t. ex. av typen »i allmänhet kan de vara med och bestämma, men på vår avdelning går det inte». Det visar sig, att totalt är det cirka 40 % av svaren enligt vilka man säger »ja», 35 % där man säger »nej» och cirka 15 % där man säger både »ja» och »nej». Endast i 8 % av fallen talar man om möjligheten att ha ett patientråd och något slag av självstyrelse på vårdavdelningen. Det framgår alltså, att man endast i liten utsträckning är inställd på detta slag av medbestämmanderätt, vilket kan bero på att tanken härpå aldrig aktualiserats.

Slutligen kodade vi även svaren, så att vi fick fram de områden inom vilka man kunde tänka sig medbestämmande för patienterna. De två först angivna svaren kodades. Resultaten redovisas i tabell 75.

Tabell 75. Områden för patienternas medbestämmande

(Fråga I<sub>1</sub> 118, I<sub>2</sub> 87, I<sub>3</sub> 51, I<sub>4</sub> 46)

	Statliga sjukhus		Kommunala sjukhus		Samtliga sjukhus	
	N	%	N	%	N	%
Behandling.....	18	8	14	7	32	7
Arbetsterapi + sysselsättning	52	23	31	15	83	19
Fritid.....	30	13	28	13	58	13
Placering inom sjukhuset....	9	4	2	1	11	3
Utskrivning.....	14	6	8	4	22	5
Privilegier, regler, bestämmelser.....	18	8	23	11	41	10
Privata angelägenheter.....	19	9	15	7	34	8
Val av kläder o. andra inköp..	38	17	26	12	64	15
Obestämt (t. ex. »på så många områden som möjligt»)..	13	6	51	24	64	15
Övrigt.....	13	6	11	5	24	5
Summa	224	100	209	100	433	100

Här förekommer vissa skillnader mellan statliga och kommunala sjukhus och svaren fördelar sig som framgår av tabellen på ett stort antal av områden.

#### Förbättringar rörande terapi och sysselsättning

Vi ställde en serie frågor om de förbättringar man önskade beträffande terapin i allmänhet samt beträffande patienternas sysselsättning och fritid. Först skall vi citera några svar, som lämnats av läkare och som avser mera speciella terapiproblem. En läkare säger, att »man bör inrätta en speciell insulinavdelning med en särskilt avdelad läkare, som även kunde tala med patienterna när de vaknar ur koma». En annan läkare kritiserar det förhållandet, att man på hans sjukhus ej använder muskelavslappande medel vid elchock. »Detta berör en illa och ser kusligt ut.» En annan läkare hänvisar till själva sjukhusstrukturen. Han säger: »När en patient blir bättre, så flyttas han till en lugn avdelning. Detta kan innebära press speciellt för äldre patienter, som är vana vid en rutin. Ofta sker det en försämring efter en flyttning. Patienten saknar kontakt med patienterna på den nya avdelningen, likaså med dess skötare och känner sig ofta isolerad.» En annan läkare önskar, att man inrättar en särskild tjänst för forskning, vars innehavare skulle följa litteraturen och ge råd åt de övriga läkarna.

Bland personalen fick vi svar av t. ex. följande typ: »Det vore önskvärt, att patienterna fick samtala med överläkarna i lugn och ro utan andra åhörare». — »Det vore önskvärt, att läkaren hade mera tid att ägna sig åt varje patient. Nu finns det många ronder, då läkaren bara går igenom avdelningen. Patienterna kanske har suttit uppsträckta i flera timmar och väntat. Patienterna är påtagligt oroligare efter en sådan rond, som leder till besvikelse.» — »Mera samtal med läkaren, eller också borde en psykolog ha

terapeutiska samtal med patienterna. Dessa klagar ofta över, att de inte har någon att tala med.»

Med avseende på arbets- och sysselsättningsterapi önskar man i allmänhet fler arbetsterapeuter, större lokaler och mera omväxlande sysselsättningsmöjligheter. Man önskar även mera gymnastik, större resurser till socioterapin, exempelvis för utflykter, besök på dansbanor, bad, kafébesök och besök på museum. En av läkarna understryker önskvärdheten av en skyddad verkstad för partiellt arbetsföra. En sådan verkstad skulle kunna läggas i anslutning till sjukhuset. En annan läkare föreslår mera variation i patientarbetet och vill ta bort alla meningslösa sysselsättningar. En tredje önskar, att alla avdelningar hade en befattningshavare, som bara sysslade med arbetsterapi.

Vad beträffar fritiden anser en del, att det är bra ordnat. Andra däremot föreslår sådana saker som sportstuga för weekendresor eller anordnande av ett konditori eller kafé, där både manliga och kvinnliga patienter kunde träffas.

#### Differentieringen av patienterna

Vi frågade läkarna, vad de ansåg om den nuvarande differentieringen av patienterna. Av de 72 läkare, som besvarade frågan, ansåg 27 att differentieringen inte var tillfredsställande. Bland de önskemål, som framfördes, var, att man borde inrätta geriatriska specialavdelningar samt specialavdelningar för alkoholskadade och straffriförklarade. Det ansågs var en brist, att patienter med akuta förvirringstillstånd f. n. i många fall måste tagas in på avdelningar för svårt långtidssjuka. När förvirringstillstånden efter några dagar har upphört, är man ofta tvungen att hålla dem kvar på dessa avdelningar. En läkare anser emellertid, att man bör blanda de »kroniska» och »akuta» patienterna med varandra för att »få i gång» de förstnämnda och därmed hindra att de bara »förvaras». En annan läkare säger: »Ibland kan det vara bra med blandning, men man kan inte ha mera än en psykopat på avdelningen.»

En annan fråga berörde spørsmålet om att ha speciella avdelningar eller speciella sjukhus för straffriförklarade. I allmänhet ville man ha speciella sjukhus för denna patientkategori i stället för speciella avdelningar vid de vanliga mentalsjukhusen. Några av läkarna påpekade dock, att i den mån straffriförklarade hade psykotiska åkommor, så borde de naturligtvis placeras på vanliga mentalsjukhus.

Ytterligare ett spørsmål, som har samband med differentieringen, gällde frågan om att ha barn under 18 år på de vanliga mentalsjukhusens vårdavdelningar. Av 65 läkare, som besvarade denna fråga, ansåg 39, att detta är absolut olämpligt; 13 ansåg att man i viss utsträckning kan ha det, och att det går bättre än man från början tror; 3 ansåg att de enbart hade goda erfarenheter av att ha barn på avdelningarna. Vi skall citera några



svar: »Haft en flicka sedan hon var 12 år. Jag anser det är fördärligt. Hon måste bli miljöskadad. När hon kom, var hon på orolig avdelning, där hon blev sämre. Hon har talat om för mig hur rädd hon var.» En annan läkare framhåller: »Det är inte lyckat, eftersom det finns alkoholister på avdelningarna och patienter med egendomligt beteende». En tredje läkare uttalar sig på följande sätt: »Förut var jag mycket tveksam, men för ett år sedan ändrade jag mig. På en avdelning med äldre klientel hade jag en pojke. Det gick anmärkningsvärt bra. Personalen var mycket förtjust i honom. Nu har jag inga betänkligheter.» En annan säger: »Om differentieringen är väl genomförd, som här på vårt sjukhus, så tar barnen ingen skada. Men detta gäller endast under den nyssnämnda förutsättningen.»

### Kommunikation och information

Vi har tidigare framhållit betydelsen av kommunikation mellan de olika personalgrupperna för att åstadkomma »en terapeutisk miljö». Några av de frågor vi ställde berörde också kommunikationsproblem. Den första frågan avsåg värdet av personalkonferenser. Resultaten presenteras i tabell 76. Av de tillfrågade besvarade 17 ej frågan.

Tabell 76. Värdet av personalkonferenser

(Fråga I<sub>1</sub> 122, I<sub>2</sub> 91, I<sub>3</sub> 54, I<sub>4</sub> 50)

	Statliga sjukhus		Kommunala sjukhus		Samtliga sjukhus	
	N	%	N	%	N	%
Värdefullt.....	144	85	140	84	284	85
Ej värdefullt.....	18	11	24	14	42	13
Värdet varierar beroende på omfattningen av sådana konferenser.....	7	4	3	2	10	3
Summa	169	100	167	100	336	100

Inga större skillnader föreligger mellan statliga och kommunala sjukhus. Vi frågade även, vilken omfattning konferenserna borde ha och återger svaren i tabell 77. Bortfallet utgör 34.

Tabell 77. Omfattningen av personalkonferenser

(Fråga I<sub>1</sub> 122, I<sub>2</sub> 91, I<sub>3</sub> 54, I<sub>4</sub> 50)

	Statliga sjukhus		Kommunala sjukhus		Samtliga sjukhus	
	N	%	N	%	N	%
1. Hela sjukhuset eller en överläkaravdelning.....	12	8	17	11	29	9
2. Vårdavdelningen.....	21	13	66	41	87	27
3. Alt. 1 + Alt. 2.....	4	2	20	13	24	8
4. Ej specificerat.....	123	77	56	35	179	56
Summa	160	100	159	100	319	100

Det visar sig här, att det finns en markant skillnad mellan de statliga och de kommunala sjukhusen. På de statliga sjukhusen är man mera inställd på att ha konferenser med hela sjukhuset eller med hela överläkaravdelningen eller också — vilket är det vanligaste svaret — specificerar man ej konferensens omfattning. På de kommunala sjukhusen däremot önskar man i större utsträckning ha vårdavdelningskonferenser.

Ur kommunikationssynpunkt torde avdelningskonferenser vara mera effektiva. Det är i första hand genom sådana, som läkaren kan förmedla sina intentioner till personalen, vilken därigenom blir i tillfälle att diskutera vård- och behandlingsproblem. Däremot blir konferenser, i vilka sjukhuspersonalen i dess helhet deltar, mer eller mindre av sådan art, att det förmedlas information från en person till åhörarna, utan att någon diskussion kommer till stånd. Svaren på en fråga, vilka som bör delta i personalkonferenserna, utformades på sätt som framgår av tabell 78.

Tabell 78. Vilka bör delta i personalkonferenser?

(Fråga I<sub>1</sub> 123, I<sub>2</sub> 92, I<sub>3</sub> 55, I<sub>4</sub> 51)

Personalkategori	Statliga sjukhus		Kommunala sjukhus		Samtliga sjukhus	
	N	%	N	%	N	%
1. All vårdpersonal.....	14	9	29	19	43	14
2. Ansvarig personal el. representeranter för vårdavd.....	20	12	14	9	34	11
3. Läkare.....	2	1	—	—	2	1
4. 3 + andra pers.—kategorier ...	57	36	65	42	122	39
5. Hela sjukhusets personal.....	18	11	23	15	41	13
6. Övriga svar .....	49	31	23	15	72	22
Summa	160	100	154	100	314	100

Endast i 9 % av de svar, som avgavs vid de statliga sjukhusen, anser man att all vårdpersonal bör vara med; vid de kommunala sjukhusen är det 19 %. Detta hänger delvis ihop med, såsom tabell 78 utvisar, att man på de statliga sjukhusen kanske inte i samma utsträckning som på de kommunala tänker sig personalkonferenser som ett tillfälle där läkarna och personalen i övrigt träffas för att diskutera behandlingen. Antalet som ej svarade är 39.

Vi tog också reda på, hur ofta man ville ha personalkonferenser. Svartsfördelningen återges i tabell 79.

Återigen får vi fram en skillnad mellan de statliga och de kommunala sjukhusen. På de statliga sjukhusen är det endast 18 %, som vill ha konferens en gång i månaden eller oftare, medan motsvarande procenttal för kommunala sjukhusen är 47.

En annan fråga var formulerad på följande sätt. »Anser Ni att konferenser med falldiskussioner, i vilken vårdavdelningspersonalen deltar, är bra ur ut-

Tabell 79. Hur ofta bör personalkonferenser hållas?

(Fråga I<sub>1</sub> 124, I<sub>2</sub> 93, I<sub>3</sub> 56, I<sub>4</sub> 52)

	Statliga sjukhus		Kommunala sjukhus		Santliga sjukhus	
	N	%	N	%	N	%
Mer än 1 gång i veckan.....	3	2	15	9	18	6
Endast 1 gång i veckan.....	6	4	27	17	33	11
Mer än 1 gång i månaden, men ej varje vecka.....	17	12	28	18	45	15
Endast en gång i månaden.....	61	41	52	33	113	37
Mer än 1 gång per år, men ej varje månad.....	56	38	37	23	93	30
Endast 1 gång per år.....	4	3	—	—	4	1
Summa	147	100	159	100	306	100

bildningssynpunkt? Skulle sådana konferenser underlätta Edert eget arbete? (Nyssnämnda delfråga var endast ställd till läkarna.) Skulle de väcka intresse hos personalen? Skulle de öka deras ansvarskänsla? Skulle de öka deras intresse för patienterna?»

Många av de tillfrågade läkarna svarade, att detta skulle vara bra ur alla synpunkter. Flera ansåg, att dessa konferenser ej skulle underlätta utan öka deras arbetsbörda. Ett sådant svar kan tagas som uttryck för att vederbörande inte anser, att han genom de ökade kunskaper, han kan förmedla till personalen via sådana falldiskussioner, kan få sina egna intentioner lättare genomförda. Indirekt borde emellertid genom sådana diskussioner läkarens arbetsbörda minska.

Vi frågade även vilka skäl, som talar för och emot att vårdpersonalen informeras om patienternas anamnes. Skälen »för» kategoriserades på tre sätt: att begränsad information är önskvärd, att information är bra i allmänhet samt att den är viktig för förståelsen och vården av patienterna. När det gällde skälen »emot», använde vi oss av fem kategorier, nämligen att patienten inte tycker om det, att tystnadsplikten utgör ett hinder, att en del av personalen — speciellt den vikarierande personalen — kan vara omogen, att allmänt sett vissa kategorier av personalen inte skall få information, och slutligen att inga skäl talar emot att ge informationer om anamnesen. Vi presenterar fördelningen av svaren i tabell 80 a och b.

Vi har i det här fallet delat upp svaren efter vederbörandes tjänsteställning, eftersom vi därvid fann större skillnader än mellan sjukhusen.

Slutligen hade vi några frågor om information m. m. Vi frågade om man ansåg, att läkaren bör samråda med vårdpersonalen, när det gäller vissa åtgärder ifråga om patienternas vård. I 93 % av svaren säger man »ja». Även på en fråga, huruvida vårdpersonalen har sådan information om patienten, som kan vara värdefull för läkaren att få reda på, så får vi praktiskt taget enhälliga »ja»-svar. Ett av undantagen är en läkare, som säger:

Tabell 80 a och b. Vilka skäl talar för eller emot att personalen informeras om patienternas anamnes?

(Fråga I<sub>1</sub> 125, I<sub>3</sub> 57, I<sub>4</sub> 53)

	Tjänsteställning						
	Överläk. + bitr. överläk.	Övriga läkare	Förest:a, uppsyns- man	Över- sköt.	1:e skötare	Skötare	Totalt
<b>a</b>							
Skäl för							
Begränsad informa- tion är önskvärd .	7	16	16	11	5	3	58
Bra i allmänhet. . . .	1	6	7	5	9	20	48
Viktig för förståel- sen och vården av pat. . . . .	10	21	24	26	21	67	169
Övrigt. . . . .	2	5	—	—	—	1	8
	20	48	47	42	35	91	283
<b>b</b>							
Skäl emot							
Pat. tycker ej om det	4	8	2	3	1	6	24
Tystnadsplikten. . . .	9	16	27	21	15	33	121
Omogenhet hos pers.	1	5	5	2	8	14	35
Vissa kategorier skall ej få information	3	9	7	5	4	11	39
Inga skäl talar emot	3	7	4	7	6	22	49
Summa	20	45	45	38	34	86	268

»Personalen har ofta iakttagelser att komma med, men jag kan bara befatta mig med vad jag själv ser.»

En annan fråga var formulerad på följande sätt: »Anser Ni, att relationerna mellan läkare och vårdpersonal kan påverka patienternas tillstånd?» Här får vi fram en liten skillnad mellan de kommunala och de statliga sjukhusen, vilket framgår av tabell 81. Vid de kommunala sjukhusen synes man vara något mera benägen att svara ja på dessa frågor.

Tabell 81. Relationen läkare — personal, kan den påverka patienternas tillstånd?

(Fråga I<sub>1</sub> 181, I<sub>2</sub> 123, I<sub>3</sub> 77, I<sub>4</sub> 65)

	Statliga sjukhus		Kommunala sjukhus		Samtliga sjukhus	
	N	%	N	%	N	%
	Obesvarat . . . . .	5	3	3	2	8
Ja . . . . .	135	76	148	85	283	80
Nej eller tveksam . . . . .	23	13	15	8	38	11
Vet ej . . . . .	15	8	9	5	24	7
Summa	178	100	175	100	353	100

Slutligen hade vi två utpräglade attitydfrågor i denna avdelning av frågeformuläret. Den första hade följande lydelse: »De flesta patienter på våra

mentalsjukhus behöver samma sorts kontroll och disciplin som ett ouppfostrat barn. Vad anser Ni om detta påstående?» Även här får vi vissa skillnader mellan de statliga och de kommunala sjukhusen, 60 % av svaren på de statliga sjukhusen men 74 % på de kommunala är sålunda avböjande.

Tabell 82. Behöver patienterna samma sorts kontroll och disciplin som ouppfostrade barn?

(Fråga I<sub>1</sub> 178, I<sub>2</sub> 120, I<sub>3</sub> 74, I<sub>4</sub> 61)

	Statliga sjukhus		Kommunala sjukhus		Samtliga sjukhus	
	N	%	N	%	N	%
Avböjande.....	104	59	129	74	233	66
Både avböjande och instämmande .	49	28	34	20	83	24
Instämmande.....	23	13	11	6	34	10
Summa	176	100	174	100	350	100

Vi bad även de intervjuade personerna att motivera sina svar. Vi uppdelade dessa svar på sätt framgår av tabell 83.

Tabell 83. Motiv för patientkontroll

(Fråga I<sub>1</sub> 178, I<sub>2</sub> 120, I<sub>3</sub> 74, I<sub>4</sub> 61)

	Statliga sjukhus		Kommunala sjukhus		Samtliga sjukhus	
	N	%	N	%	N	%
Behovet av disciplin betonas.....	22	24	13	12	35	17
Regler behövs men ej auktoritär disciplin.....	9	10	9	8	18	9
Ej disciplin utan frihet och »normal» behandling.....	8	9	9	8	17	8
Pat. är ouppfostrade — det är deras sjukdom.....	14	16	9	8	23	11
Pat. är ej ouppfostrade utan sjuka..	33	37	71	63	104	52
Kombination .....	4	4	1	1	5	3
Summa	90	100	112	100	202	100

Det är intressant att ta del av dessa motiveringar. Flera av våra intervjupersoner, som avböjer påståendet, motiverar sedan sina svar så, att de dock indirekt instämmer i det. Inte mindre än var fjärde person bland dem som motiverat sina svar på de statliga mentalsjukhusen betonar vikten av disciplin. En annan svarstyp innebär, att det behövs regler, men att det inte skall råda någon auktoritär disciplin. Sammanlagt 8 % av svaren hänvisar till att disciplin som sådan inte är önskvärd utan att det bör råda frihet och en normal behandling av de intagna patienterna. Slutligen har vi två kategorier där man fäster sig just för uttrycket »ouppfostrade». Inte mindre än 16 % av dem, som svarade på de statliga sjukhusen, säger att patienterna är ouppfostrade, men att detta är en del i sjukdomsbilden. En

annan grupp säger, att de inte är ouppfostrade utan sjuka. Man gör alltså här å ena sidan en distinktion mellan att vara ouppfostrad och sjuk, å andra sidan anser man, att sjukdomen yttrar sig i ett ouppfostrat beteende.

Det andra påståendet hade följande formulering:

»Vårdpersonalens främsta uppgift är att se till att det råder lugn och ordning på avdelningen.» Denna fråga var direkt hämtad ur den i kapitel 2 citerade attitydskalan om custodialism. I svaren på denna fråga får vi också fram en skillnad mellan de statliga och de kommunala sjukhusen, vilket framgår av tabell 84.

Tabell 84. Vårdpersonalens främsta uppgift är att se till att det råder lugn och ordning på avdelningen

(Fråga I<sub>1</sub> 185, I<sub>2</sub> 127, I<sub>3</sub> 81, I<sub>4</sub> 67)

	Statliga sjukhus		Kommunala sjukhus		Samtliga sjukhus	
	N	%	N	%	N	%
Avböjande.....	78	44	113	65	191	55
Både avböjande och instämmande.	50	28	38	22	88	25
Instämmande.....	48	27	23	13	71	20
Summa	176	100	174	100	350	100

På de statliga sjukhusen är 44 % av svaren direkt avböjande mot 65 % på de kommunala sjukhusen; 27 % av svaren på de statliga sjukhusen är instämmande i detta påstående, men endast 13 % på de kommunala. Ett instämmande innebär en inställning, som är svår att förena med tanken på vårdavdelningen som en terapeutisk miljö.

#### Inställning till speciella personalkategorier

En rad frågor gällde på vilket sätt man borde kunna använda sig av psykologer på mentalsjukhusen. Den första frågan var formulerad på följande sätt: »Anser Ni, att någon annan än en läkarutbildad person, t. ex. en psykolog, skulle kunna ha enskilda samtal med patienter?» Av 110, som besvarade frågan, svarade 90 »ja». I kommentarerna angav man ibland, att det kunde gälla endast för vissa patienter eller för behandling av vissa problem. I 39 fall ansåg man, att psykologen hade en bra utbildning för just sådan typ av verksamhet. Ytterligare några kommentarer gick ut på, att det inte var själva utbildningen utan personliga egenskaper, som var avgörande, om man borde ha terapeutiska samtal med patienterna.

Till läkarna ställde vi en fråga: »Som bekant är det brist på psykiatrer. Om man bildade ett team av läkare och psykologer, anser Ni då, att psykologen kunde övertaga vissa terapeutiska uppgifter?» Svarsfördelningen ges i tabell 85.

Tabell 85. Kan psykologer övertaga vissa terapeutiska uppgifter?

(Fråga I<sub>1</sub> 163)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
0. Obesvarat.....	1	—	1
1. Nej.....	7	10	17
2. Ja, utan inskränkning.....	6	4	10
3. Ja, med inskränkning.....	4	6	10
4. Ja, under psykiaters ledning.....	6	1	7
5. Ja, men beror på vederbörandes läggning och skicklighet.....	2	7	9
6. Ja, men begränsning till vissa områden.....	5	4	9
7. Övrigt.....	—	—	—
8. Vet ej.....	6	3	9
Summa	37	35	72

Av de tillfrågade svarade 17 nej. Resten angav vissa förutsättningar, under vilka man kunde tänka sig att psykologer övertog terapeutiska uppgifter.

Nästa fråga, som ställdes till läkarna, tog sikte på att utröna om psykologerna borde ge personalen utbildning i observationsteknik.

Tabell 86. Bör psykologer ge vårdpersonalen utbildning i observationsteknik?

(Fråga I<sub>1</sub> 166)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
0. Obesvarat.....	1	1	2
1. Ja.....	27	22	49
2. Nej.....	5	6	11
3. Tveksam eller vet ej.....	4	6	10
Summa	37	35	72

Av de 72 läkarna anser 49, att detta vore ett sätt att utnyttja psykologens kunskap. Ytterligare en fråga handlade om behovet av psykologisk utbildning för vårdpersonal, och om man i så fall borde anlita psykolog till detta.

Tabell 87. Finns det ett behov av psykologisk utbildning för vårdpersonalen?

(Fråga I<sub>1</sub> 167—168)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
0. Obesvarat.....	1	1	2
1. Nej.....	9	10	19
2. Ja, behov finns och psykologer kan anlitas.....	23	20	43
3. Ja, behov finns men psykologer skall ej anlitas.....	—	1	1
4. Vet ej.....	4	3	7
Summa	37	35	72

Av de 72 tillfrågade anser 43 att man kan anlita psykologer för detta ändamål.

En fråga tog sikte på att utröna, huruvida man borde anlita psykologer vid undersökningar om effekten av terapin på patienternas beteende. Svarsfördelningen framgår av tabell 88.

Tabell 88. Effektundersökningar genom psykologer

(Fråga I<sub>1</sub> 169)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
0. Obesvarat.....	1	1	2
1. Ej önskvärt el. behövt.....	8	9	17
2. Antagligen bra eller värt att pröva...	6	5	11
3. Bra i den utsträckning det är möjligt..	3	4	7
4. Helt positiv.....	13	11	24
5. Övrigt.....	1	—	1
6. Vet ej.....	5	5	10
Summa	37	35	72

Som framgår av tabellen är var tredje läkare positivt inställd till en dylik anordning.

En annan fråga gällde behov av kuratorer och svarsfördelningen ges i tabell 89.

Tabell 89. Behovet av kuratorer

(Fråga I<sub>1</sub> 170)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
0. Obesvarat.....	1	1	2
1. Behövs.....	19	9	28
2. Behövs fler.....	7	17	24
3. Tveksamt om de behövs.....	4	—	4
4. Behövs ej.....	2	—	2
5. Behovet tillgodosett.....	3	7	10
6. Övrigt.....	1	1	2
Summa	37	35	72

Av tabellen framgår, att de flesta är positivt inställda till kuratorsinstitutionen. I stort sett fick vi samma svar, när vi frågade om behovet av arbetsterapeuter och av sjukgymnaster. Svaren framgår av tabell 90—91.

#### Forskning m. m.

På de statliga sjukhus, som ingick i studien, bedrevs forskning endast vid ett; däremot bedrevs det på de båda kommunala sjukhusen forskning. I avslutning härtil bör emellertid framhållas, att det inte är fullt klart vad våra



Tabell 90. Behov av arbetsterapeuter

(Fråga I<sub>1</sub> 172)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
0. Obesvarat.....	3	6	9
1. Behövs.....	4	7	11
2. Behövs fler.....	18	16	34
3. Tveksamt om de behövs.....	1	—	1
4. Behövs ej.....	—	—	—
5. Behovet tillgodosett.....	10	5	15
6. Övrigt.....	1	1	2
Summa	37	35	72

Tabell 91. Behov av sjukgymnaster

(Fråga I<sub>1</sub> 173)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
0. Obesvarat.....	4	1	5
1. Behövs.....	13	10	23
2. Behövs fler.....	8	20	28
3. Tveksamt om de behövs.....	4	—	4
4. Behövs ej.....	3	—	3
5. Behovet tillgodosett.....	5	4	9
6. Övrigt.....	—	—	—
Summa	37	35	72

intervjupersoner inlagt i begreppet forskning, varför svaren kanske bör bedömas med en viss försiktighet. Sammanlagt var det 2 överläkare och 2 underordnade läkare på de statliga sjukhusen, som deltog i forskningsarbete, vilket motsvarar 11 % av samtliga intervjuade läkare på statliga sjukhus. På de kommunala sjukhusen var det 3 överläkare och 6 underordnade läkare, som bedrev forskning, vilket motsvarar 26 % av de tillfrågade vid dessa sjukhus. Vi frågade även, vilka forskningsobjekt man hade, och svaren framgår av tabell 92.

Tabell 92. Forskningsobjekt

(Fråga I<sub>1</sub> 134)

Psykofarmaca.....	5
Endokrinologi.....	2
Frekvensundersökningar.....	2
Geriatrik.....	1
Förlossningspsykosor.....	1
EEG.....	1
Psykoterapi.....	1
Psykosomatiska problem.....	1
Konstitution-miljöproblem.....	1

Av de läkare, som ägnade sig åt forskning, kunde 6 ägna 2 timmar per dag och mera åt den, 2 mindre än 2 timmar per dag, medan 1 var helt tjänstledig för forskning. De flesta av dem som forskade angav, att de gjorde det utanför den ordinarie arbetstiden. Endast 3 av de tillfrågade hade särskilda forskningsanslag. Hjälp med forskning hade 4; 10 av de 13 tillfrågade ville ha mera tid för forskning.

Vi frågade även, vilka problem de ansåg vara viktigast att utforska. Därvid nämndes bl. a. schizofreni i allmänhet, geriatriska problem, depressionstillstånd, neurosforskning, farmakologisk forskning, alkoholforskning, forskning rörande pseudodemens, endokrinologi, det centrala nervsystemets metabolism och kontroll av terapieffekter. Bland de uttalade önskemålen återfanns bl. a. flera forskningstjänster, större möjligheter till tjänstledighet, mera biträdeshjälp samt bättre lokaler och bättre utrustning. Dessutom ville en läkare inrätta ett speciellt forskningsinstitut för schizofreni, en annan föreslog inrättande av en klinisk laboratur, och några betonade, att man överhuvud taget borde stimulera forskningsintresset på mentalsjukhusen.

En fråga, som hade visst samband med forskningen, hade följande lydelse: »Såsom det är nu sköter överläkarna ganska självständigt sin avdelning. I USA har man ibland en clinical director, som samordnar terapin och utfärdar riktlinjer rörande den. Anser Ni det önskvärt, att det inrättas sådana tjänster vid svenska mentalsjukhus?» Svaren framgår av tabell 93.

Tabell 93. Önskvärdheten av en »clinical director»

(Fråga I<sub>1</sub> 88)

	Statliga sjukhus				Kommunala sjukhus				Samtliga sjukhus			
	önsk-värd	ej önsk-värd	tveksam	ej besv.	önsk-värd	ej önsk-värd	tveksam	ej besv.	önsk-värd	ej önsk-värd	tveksam	ej besv.
Överläk. och bitr. överläk.	6	11	2	—	1	5	2	—	7	17	10	3
Övr.läk.	1	6	8	3	4	20	3	—	5	25	5	—
Summa	7	17	10	3	5	25	5	—	12	42	15	3

Av de tillfrågade läkarna ansåg 12, att det var önskvärt med en »clinical director», 42 fann det ej önskvärt, och 15 var tveksamma. Procenten nej-svar är på de statliga sjukhusen 70 och på de kommunala 53, bland överläkare och biträdande överläkare 70 och bland övriga läkare 61. Om man undersöker de underordnade läkarnas svar och skiljer mellan sådana med svensk och sådana med utländsk läkarexamen, får man följande fördelning. Av underordnade läkare med svensk läkarexamen är det 71 %, som säger nej, av sådana med utländsk läkarexamen är det endast 17; läkare med utländsk examen är m. a. o. i större utsträckning positivt inställda till att man har en »clinical director» på våra mentalsjukhus än svenska läkare.

### Utbildning och undervisning

Vi frågade läkare, kuratorer och psykologer om de läste några facktidskrifter. I tabell 94 anger vi antalet sådana tidskrifter, vilka läses av dem, som besvarade frågan.

Tabell 94. Antal facktidskrifter som läses av läkare, psykologer och kuratorer

(Fråga I<sub>1</sub> 144, I<sub>2</sub> 106)

Antal	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
0	3	11	14
1	8	4	12
2	10	8	18
3	7	8	15
4	8	8	16
5	—	2	2
6	3	1	4
7	—	1	1
8	—	—	—
9	—	3	3
Summa	39	46	85

Bland de 11 som återfinnes på kommunala sjukhus och inte läser några facktidskrifter, är huvudparten kuratorer. I tabell 95 har vi lämnat en förteckning på olika typer av tidskrifter, som läses.

Tabell 95. Facktidskrifter, som läses av läkare, psykologer och kuratorer

(Fråga I<sub>1</sub> 144)

	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Samtliga sjukhus
0. Obesvarat.....	3	11	14
1. Svenska läkartidningen endast.....	7	3	10
2. Flera svenska o. skandinaviska tidskrifter.....	13	12	25
3. Svenska och utl. (inkl. skandinaviska) tidskrifter.....	12	16	28
4. Endast utländska tidskrifter.....	4	4	8
Summa	39	46	85

Vi frågade även läkarna vad de ansåg om möjligheterna att med jämna mellanrum kunna tjänstgöra en viss tid, omfattande t. ex. tre månader, på ett kroppssjukhus för att inte förlora kontakten med kroppssjukvården. Av de tillfrågade 72 läkarna var 34 negativt inställda och de skäl, som anfördes var bl. a., att psykiatrin var ett specialområde, och att man inte behövde speciella kunskaper i kroppssjukvård. Ett annat skäl var, att om man skulle byta och tjänstgöra på ett kroppssjukhus, så skulle det innebära bristande kontinuitet i den egna verksamheten. Någon läkare ansåg, att det var bättre att anställa internister som konsulter på mentalsjukhus och att etablera ett samarbete mellan dem och psykiatrerna.

## KAPITEL 5

### Rapport över frekvensundersökningen

#### *I. Provundersökningen vid Ulleråkers sjukhus m. m.*

Sedan det i kap. 1 beskrivna planeringsarbetet slutförts ansågs det lämpligt att pröva det system som skulle användas genom en provundersökning vid Ulleråkers sjukhus i Uppsala. Denna gjordes under mars månad 1960. För utförandet av frekvensstudierna hade på förhand blanketter uppgjorts å vilka observationerna skulle antecknas, varjämte ett »promenadschema» upprättats enligt vilket ett antal vägar slumpmässigt utvalts mellan de vårdavdelningar, som skulle studeras. Vidare hade en kod utarbetats över de arbetsuppgifter, som förmodades möta observatörerna under studierna. Efter provundersökningen befanns det lämpligt att i en del hänseenden ändra denna kod, vilken slutgiltigt fick det utseende, som framgår å sid. 130.

I det följande skall vi närmast lämna en redogörelse för konstruktionen av denna kod.

Vid utarbetandet av densamma hade de arbetsuppgifter, som kunde tänkas förekomma, indelats i nedanstående huvudgrupper:

	Kod nr
1. Administration och organisation	1— 23, 114
2. Sjukvård	24— 76
3. Övervakning	77— 78
4. Desinfektion och sterilisering	79— 81
5. Materialvård	82— 84
6. Städningsarbete o. dyl.	85— 92
7. Transporter o. dyl.	93— 95, 115
8. Undervisning och information	96—100
9. Övrigt	101—113, 116

#### *1. Administration och organisation*

De arbetsuppgifter, som hänfördes under rubriken »Administration och organisation», skulle ha med avdelningens drift att göra, t. ex. arbetsledning, övervakning av arbete och kontroll, förande av olika böcker och handlingar samt telefonsamtal. Vissa uppgifter, som i och för sig icke direkt räknas till administration och organisation var t. ex. »Upptagen av studien». Det visade sig nämligen, att när observatören kom till en avdelning, så var ibland någon av personalen upptagen med ifyllande av något formulär för utredningen eller hade överläggningar med någon av de i utredningsteamet ingående personerna.

## Kod till frekvensstudierna

Kod	Arbetsuppgift	Kod	Arbetsuppgift	Kod	Arbetsuppgift	Kod	Arbetsuppgift	
1	Tjänstgöringsschema	31	Bäddning	64	Blodtransfusion	89	Blomvård	
	Arbetsordning. Tjänstgörings-	32	Lavemang	65	Medicintudning	90	Disk av porslin/servis	
	listor. Personalplacering.	33	Bäcken, uringlas, hink	66	Skötsel av medicinskåp	91	Rengöring av sjukvårdsuten-	
2	Rond med läkare	34	Hjälper patient till och från	67	Iordningställande av rondbord/	92	silier	
3	» » uppsyningspersonal	W.C.			brickor för undersökning och		Dito av smutsigt linne, pati-	
4	Egen rond	35	För- och efterarbeten vid måltid		behandling		entkläder	
5	Telefon	36	Servering av måltid	68	Iordningställande av förband		Följer patienter till	
6	Rapport, muntlig	37	Matning	69	Skyddsmedel, sätta/ta bort	93	annan avdelning	
7	» » skriftlig	38	Sondmatning	70	Omhändertagande av död	94	annat sjukhus	
8	In- och utskrivning av patient					95	Ärenden angående läkemedel,	
9	Tillvaratagande av patienters	39	Mätning och vägning	71	Samtal med patienter		m. m.	
	tillhörigheter	40	Puls- och temperaturkontroll	72	Deltar i arbeten med patienter			
10	Förande av diverse listor	41	Blodtryckskontroll	73	Förströelse inom avdelningen			
11	Daganteckningar	42	Andningskontroll		med patienter	96	Ger information till personal	
12	Rekvitioner av mat, inventa-	43	Venprov	74	Förströelse utom avdelningen		och elever	
	rier, tvätt, läkemedel	44	Kapillärprov		med patienter	97	Erhåller information eller un-	
13	Bokföringsarbete	45	Urinprov, mätning av urin/	75	Hjälper patienter med diverse		dervisning	
14	Diverse övriga expeditiönsar-	sputum		76	Smyckar avdelningen	98	Ger upplysning till anhöriga	
	beten	46	Urinprov, tappat			99	Lektion utom avdelningen	
15	Uppackning av läkemedel	47	Provfrukost	77	Övervakning av sjuka	100	Konferenser	
16	Uppackning av inventarier och	48	Vattenprov	78	» » utan särskild in-			
	patienternas varor, utdelning		Assistans och passning vid:		sats	101	Väntetid	
	av post	49 a)	insulinbehandling			102	Sysslös i allmänhet	
17	Inventering	50 b)	el. behandling	79	Kokning	103	Letande efter föremål	
18	Räkning av linne	51 c)	lumbalpunktion	80	Autoklivering	104	Eget klädbyte	
19	Sortering av ren tvätt	52 d)	andra punktioner	81	Torrsterilisering	105	Privat konversation	
20	» » smutsig tvätt	53 e)	» undersökningar			106	Personlig hygien	
21	Öppnar/stänger dörrar och fön-	54	Omläggning		Materialvård av	107	Rast	
	ster	55	Sköljning: blås-, vaginal-, mag-		82	sjukvårdstensilier	108	Kan ej anträffas
22	»Gör natt»	och tarm-			83	linne, patienternas kläder	109	Ledig (gått för dagen, »tar
23	Upptagen av studien	56	Syrgasbehandling		84	möbler/sängkläder	igen» tid)	
		57	Andningsövning				110	Sjuk — ersättare saknas
		58	Gångövning	85	Städning av patientrum		111	Yttre arbeten
		59	Värmelampa/båge-dyna/,	86	» » matsal,	112	Deltar i arbeten på hobbysal	
		kvartslampor			dagrum, kök, korridor, expedi-	113	Avlöser på annan avdelning	
24	Av-/påklädning av patienter	60	Intravenöst dropp		tioner, bilokaler	114	Omplacering av patienter in-	
25	Morgon/aftontoalett	61	Subcutan infusion	87	Städning av lokaler utom av-		om avdelningen	
26	Bad	62	Injektion, intravenös		delningen	115	Letar efter avviken patient	
27	Räkning	63	» » , subcutan intramus-	88	Tvättar fönster	116	Kaffeaus	
28	Hår-, fot- och nagelvård	kulär						
29	Tvättar »osnygga» patienter							
30	Förebyggande av ligsår							

## 2. Sjukvård

De sjukvårdande uppgifterna hänfördes under huvudrubriken »Sjukvård», vilken i sin tur indelades i 3 undergrupper, nämligen elementär, teknisk och psykologisk sjukvård.

Till *den elementära sjukvården* hänfördes sådana arbetsuppgifter, som avsåg att tillgodose patienternas behov av personlig hygien, sömn, kläder och föda. Till *teknisk sjukvård* hänfördes övriga vårdtekniska arbetsuppgifter i samband med undersökningar och behandlingar, medicinadministrering och liknande.

Arbetsuppgifter, som innebar sysselsättning av patienter, samtal med patienter samt olika slag av resocialiserande åtgärder för enstaka patienter eller grupper av patienter, då personalen genom ett aktivt deltagande direkt engagerade sig, hänfördes till *psykologisk sjukvård*. Hit hörde också sådana uppgifter, som var inriktade på att skapa en trivsamt miljö.

I detta sammanhang måste emellertid betonas, att delegationen redan före provundersökningen var medveten om att en viss »överlapping» inom de tre områdena, elementär, teknisk och psykologisk sjukvård, var ofrånkomlig. Personalens sätt mot patienter vid t. ex. bäddning kunde således inrymma mycket av psykologisk sjukvård.

## 3. Övervakning

Under rubriken »Övervakning» fördes dels övervakning av sängliggande svårt sjuka patienter dels annan övervakning av patienter, vare sig dessa var sysselsatta eller ej.

## 4. Desinfektion och sterilisering

Rubriken »Desinfektion och sterilisering» omfattade kokning, autoklavering och torrsterilisering.

## 5. Materialvård

Under rubriken »Materialvård» upptogs arbetsuppgifter, som avsåg underhåll av inventarier och av patienternas privata kläder.

## 6. Städningsarbete och dylikt

Under denna rubrik hänfördes städning, diskning, annat rengöringsarbete och blomvård. I den mån patienter deltog och personalen höll en aktiv kontakt med dem bedömdes situationen som »psykologisk sjukvård».

## 7. Transporter

Transport eller ledsagande av patienter till behandling utom avdelningen, exempelvis till medicinskt centrum eller till annat sjukhus, samt transport av förnödenheter m. m. till och från avdelningen upptogs under denna rubrik.

## 8. Undervisning och information

Här sammanfördes undervisning och handledning av personal, information av nyanställd personal, deltagande i föreläsningar, lektioner och konferenser samt instruktion och upplysning till anhöriga.

## 9. Övrigt

Under rubriken »Övrigt» sammanfördes sådana situationer, som avsåg bl. a. väntetid, då någon egentlig arbetsuppgift ej fullgjordes, eller då personalen ej kunde anträffas.

Delegationen diskuterade före provundersökningen, hur observatören skulle förfara, när någon befattningshavare ej kunde anträffas. Man var därvid överens om, att observatören då i första hand skulle fråga den ansvariga personalen på avdelningen för att få upplysningar om var icke anträffad personal kunde tänkas befinna sig. Om besked kunde lämnas, t. ex. att vederbörande följt en patient till behandling utom avdelningen skulle dessa informationer gälla, och observatören notera det kodnummer som gällde för denna arbetsuppgift.

Det beslöts också, att vid de tillfällen observatören mötte någon personal gående i korridorer eller på sjuksal, varvid observatören ej kunde avgöra vad vederbörande sysslade med, denne skulle tillfrågas, vad han just då avsåg att göra, vilket skulle noteras.

Provundersökningen pågick under sammanlagt 8 dagar på 4 vårdavdelningar, 3 kvinnliga och 1 manlig, samt under 2 dagar på medicinskt centrum och utfördes av Gerd Zetterström Lagervall. Det visade sig emellertid knappast görligt att bedriva frekvensstudier å medicinskt centrum. Det bör t. ex. nämnas, att apotekspersonalen av hänsyn till sitt arbete med läkemedel måste arbeta bakom låst dörr, varför inga direkta observationer kunde göras beträffande deras arbete. Ej heller kunde observationer göras under pågående röntgen- och eegundersökningar. På grund av dessa svårigheter avbröts studien vid medicinskt centrum efter två dagar. Det knapphändiga material, som därvid erhöles, bearbetades icke.

Under de 8 dagar, som studien pågick vid vårdavdelningarna, företogs sammanlagt 39 besök inom varje observationsenhet (vårdavdelning), d. v. s. i runt tal 5 per dag. Ett 40-tal personer berördes av studien. Sammanlagt gjordes 1 365 observationer. En promenadväg, omfattande 1 besök på var och en av de 4 vårdavdelningarna, avverkades som regel på 1 à 2 timmar. Tidsvariationen stod i direkt samband med möjligheten att snabbt finna befattningshavarna. I början ägnades också viss tid åt förklaringar och upplysningar samt åt att skaffa lokalkännedom.

## *II. Tillvägagångssätt och resultat*

Det vid provundersökningen tillämpade systemet visade sig i stort sett ändamålsenligt och lämpligt. Vissa ändringar ansågs emellertid, som tidigare framhållits, vara påkallade i det uppgjorda kodsystemet. Vidare ansågs det lämpligt, att i de fortsatta undersökningarna studera 6 vårdavdelningar — 3 manliga och 3 kvinnliga — vid vart och ett av sjukhusen i stället för 4, som studerats i provundersökningen.

### *Valet av vårdavdelningar*

Hur valet av sjukhus gjordes har beskrivits i kapitel 1.

Valet av vårdavdelningar borde enligt delegationen ske dels på ett sådant sätt, att man fick fram ett genomsnitt av respektive sjukhus, dels ock så att man i möjligaste mån erhöles likartade typer av vårdavdelningar vid de olika

sjukhusen — detta för att möjliggöra en sammanslagning av de siffermässiga resultaten för varje vårdavdelningstyp.

De vårdavdelningar, som efter dessa principer utvaldes, kan indelas i följande fem typer:

1. Öppen intagnings- och behandlingsavdelning
2. Låst intagnings- och behandlingsavdelning
3. Öppen avdelning för långvarigt sjuka, övervägande uppegående
4. Låst avdelning för långvarigt sjuka, övervägande uppegående
5. Avdelning för övervägande geriatriskt och sängliggande klientel.

I följande tabell 96 återfinnes en del allmänna uppgifter rörande de vårdavdelningar, som berördes av frekvensstudierna.

#### Bearbetningen av frekvensstudiematerialet

Observationerna gjordes vid två sjukhus av Gerd Zetterström Lagervall med biträde av Gun Zacharias, vilken senare även medverkade i studien vid ett tredje sjukhus. I övrigt utfördes studien vid detta sjukhus samt vid övriga sjukhus av Gertrud Olsson.

Vid varje vårdavdelning gjordes ett 50-tal besök. Sammanlagt gjordes på de sju sjukhusen drygt 16 000 observationer.

Det omfattande material, som erhöles genom undersökningarna, kodifierades på delegationens kansli med ledning av ett uppgjort schema. Några särskilda stansblanketter behövde ej komma till användning, då de olika kodbeteckningarna direkt kunde anges på de formulär å vilka observationerna gjorts. De i koden upptagna 116 olika arbetsmomenten sammanfördes vid bearbetningen i nedanstående 20 grupper:

Grupp	Kod nr	
I	1—20, 23, 114	Administration och organisation
II	24—38	Elementär sjukvård
III	39—70	Teknisk sjukvård
IV	71—76	Psykologisk sjukvård
V	77	Övervakning av sjuka
VI	78	» utan särskild insats
VII	79—81	Desinfektion och sterilisering
VIII	82—84	Materialvård
IX	85—92	Städningsarbete o. dyl.
X	93—95, 115	Ärenden av olika slag
XI	96—100	Undervisning och information
XII	101	Väntetid
XIII	102, 105	Sysslolös, privat konversation
XIV	107, 116	Rast
XV	108	Kan ej anträffas
XVI	109	Ledig för dagen, tar igen tid
XVII	111	Yttre arbeten
XVIII	112	Deltar i arbete på hobbyisal
XIX	113	Avlöser på annan avdelning
XX	21, 22, 103, 104, 106, 110	Övrigt



Tabell 96. Uppgifter rörande de vårdavdelningar, där frekvens-

Sjukhus/ avdelning	Manlig eller kvinn- lig av- delning	Antal perso- nal i daglig tjänst	Avdel- ning- ens karak- tär <sup>1</sup>	Antal god- kända vård- platser	Antal belagda vård- platser	Antal be- lagda vård- platser i % av antalet godkända vårdplatser	Antal patienter > 70 år i % av be- läggningen	Antal år 1959 på resp. avd. nyintagna patienter i % av an- talet god- kända vårdplatser	% av
									högst 31 dagar
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>A-sjukhus</i>									
Avd. 1....	m	8	2	31	40	129	3	865	42
2....	m	7	4	40	54	135	26	23	2
3....	m	7	4	40	48	120	6	3	—
4....	kv	7	5	39	39	100	62	15	5
5....	kv	7 <sup>2</sup>	1	41	40	98	3	449	70
6....	kv	6	3	39	39	100	13	5	—
<i>B-sjukhus</i>									
Avd. 1....	m	10	4	51	52	102	6	—	—
2....	m	7	2	28	25	89	12	646	36
3....	m	7	1	29	19	66	—	621	16
4....	kv	6	1	29	27	93	11	386	52
5....	kv	6	2	27	27	100	15	25	26
6....	kv	7	5	38	49	129	51	21	—
<i>C-sjukhus</i>									
Avd. 1....	m	7	2	24	22	92	—	4	18
2....	m	7	4	24	24	100	4	—	—
3....	m	9	5	42	41	98	61	19	—
4....	kv	7 <sup>2</sup>	1	28	28	100	4	318	25
5....	kv	8 <sup>2</sup>	4	24	24	100	—	100	8
6....	kv	9 <sup>2</sup>	5	24	24	100	58	21	17
<i>D-sjukhus</i>									
Avd. 1....	m	7	1	46	50	109	10	20	30
2....	m	8	2	46	56	122	9	152	11
3....	m	7	5	36	47	131	19	11	2
4....	kv	12	4	45	63	140	2	122	8
5....	kv	6	1	45	45	100	4	64	16
6....	kv	9	5	45	61	136	33	87	7
<i>E-sjukhus</i>									
Avd. 1....	m	7	4	51	51	100	4	—	—
2....	m	14	2	66	62	94	13	174	13
3....	m	6	2	28	22	79	—	157	77
4....	kv	9	5	34	45	132	62	—	—
5....	kv	5	1	28	26	93	4	32	31
6....	kv	7	4	35	56	160	7	—	—
<i>F-sjukhus</i>									
Avd. 1....	m	9 <sup>2</sup>	2	32	29	91	21	—	34
2....	m	5	1	29	28	97	7	—	32
3....	m	5	4	28	27	96	26	—	4
4....	kv	7	5	35	35	100	49	—	—
5....	kv	7 <sup>2</sup>	1	27	27	100	7	137	52
6....	kv	9 <sup>2</sup>	2	32	30	94	20	434	33
<i>G-sjukhus</i>									
Avd. 1....	m	10	4	41	41	100	20	—	2
2....	m	6	3	47	49	104	14	—	4
3....	m	8 <sup>2</sup>	1	29	23	79	22	—	77
4....	kv	8	5	37	37	100	89	14	8
5....	kv	9	2	43	52	121	8	611	19
6....	kv	7	2	41	34	83	—	168	12

<sup>1</sup>Avdelningens karaktär

1 = Öppen int.- och beh.-avd.

2 = Låst » » » » »

3 = Öppen avd. för långvarigt sjuka, övervägande uppegående.

4 = Låst avd. för långvarigt sjuka, övervägande uppegående

5 = Avd. för övervägande geriatriskt och sängliggande klientel.

<sup>2</sup> Varav 1 sjuksköterskelev ej ingående på tur.

» » 2 » » -er » » » » »

studier bedrivits (vårdplatsantal, beläggning, vårdtider m. m.)

Vårdtider				Antal uppegående patienter i % av hela patient- antalet på avdel- ningen	Hygien			% av patient- antalet som matas
pat.-antalet, som vårdats å sjukhuset					% av pat.-antalet, som sköter sin personliga hygien			
mellan 31—90 dagar	mellan 91 dagar— 1 år	mellan 1—5 år	mer än 5 år		helt	delvis	inte alls	
11	12	13	14	15	16	17	18	19
15	30	13	—	60	77	18	5	8
9	9	13	67	59	—	52	48	24
—	2	6	92	100	23	64	13	—
13	13	43	26	82	5	31	63	38
30	—	—	—	90	100	—	—	—
3	5	15	77	100	36	56	8	—
4	6	17	73	100	48	29	23	4
20	4	12	28	48	88	8	4	8
31	26	11	16	79	95	5	—	—
30	11	7	—	78	96	4	7	—
15	30	7	22	78	74	19	27	—
8	8	18	66	86	55	18	9	12
9	32	41	—	91	91	—	9	5
—	—	100	—	100	50	50	—	—
12	15	83	—	88	12	15	73	15
50	14	11	—	86	86	14	—	—
13	4	75	—	92	52	31	17	21
8	25	50	—	67	4	21	75	33
18	24	16	12	98	80	20	—	—
7	14	39	29	96	55	38	7	5
2	34	17	45	81	15	53	32	11
5	3	24	60	63	32	16	52	52
27	27	18	13	100	84	—	16	—
7	16	26	44	67	16	—	84	67
—	—	6	94	100	69	14	18	—
10	16	27	34	87	52	32	16	6
5	18	—	—	100	100	—	—	—
2	7	24	67	53	16	20	64	31
42	4	15	8	93	92	8	—	—
—	2	4	94	100	2	82	16	—
21	7	14	24	93	69	21	10	14
21	11	25	11	100	93	7	—	—
—	15	22	59	96	55	19	26	7
6	6	20	68	83	34	14	52	49
44	4	—	—	100	74	19	7	11
10	—	10	47	90	33	23	44	3
—	10	29	59	85	39	17	44	17
2	14	20	58	100	78	22	—	—
23	—	—	—	100	92	—	8	4
8	38	35	11	97	—	11	89	46
12	12	6	51	79	46	29	25	12
9	6	9	64	100	67	18	15	3

De kodifierade undersökningsformulären överlämnades till statistiska centralbyråns maskincentral, där hålkortsbearbetning gjordes. En bearbetning av det därvid erhållna tabellmaterialet har därefter företagits på delegationens kansli och som resultat härav har den såsom särskild bilaga till detta betänkande intagna tabellsamlingen erhållits (tab. B1—B13).

I det följande skall vi redogöra för dessa resultat. De skillnader mellan olika variabler, som visat sig föreligga, skall vi emellertid först analysera för att söka belysa i vad mån skillnaderna kan bero på olikheter i fråga om de avdelningar, som ingick i undersökningen, personalens sammansättning etc.

### Standardberäkningar

Som redan framhållits har frekvensstudierna utförts vid 7 olika sjukhus, därav 5 statliga och 2 kommunala. Observationerna omfattar *tid på dagen* från kl. 7 till kl. 19, men fördelningen på de olika timmarna däremellan är inte lika vid samtliga sjukhus. Med avseende på *veckodag* omfattar observationerna vardagar men däremot inte söndagar. Vid ett av sjukhusen gjordes inga observationer på måndag och lördag och vid ett annat sjukhus inga observationer på lördag; även i övrigt är observationernas fördelning på veckodag olika vid de olika sjukhusen. Vidare har de studerade vårdavdelningarna vid de olika sjukhusen inte samma fördelning i fråga om *kön* (manliga respektive kvinnliga avdelningar), *vårdavdelningens karaktär* samt *personalkategori*.

Det är därför nödvändigt att analysera materialets homogenitet. Detta göres i det följande genom vissa standardberäkningar.

Hela antalet observationer utgör 16 122. Av dessa kommer 2 956 på *rast* (grupp XIV, kod 107, 116), 65 på *kan ej anträffas* (XV, 108) samt 572 på *ledig* (XVI, 109). Dessa observationer avser inte »spilltid» utan huvudsakligen fritid; det bör nämligen hållas i minnet att observationer gjordes under sammanlagt tio till tolv timmar per dag (från 7—8 på morgonen till 18—19 på kvällen). Vid de flesta sjukhusen omfattade arbetstidsschemat tiden från kl. 7.00 till kl. 18.00, vid ett sjukhus från kl. 7.30 till kl. 17.30. Rasterna omfattade 1,5 à 2 tim. per dag, vilket tämligen väl överensstämmer med det erhållna resultatet.

Med en viss schematisering kan det således sägas, att av de 16 122 observationerna, vilka gäller *totaltid*, 3 593 eller 22,3 % avser *fritid* och 12 529 eller 77,7 % egentlig *arbetstid*.

Vid redovisningen av materialet ställes man inför problemet, huruvida observationerna beträffande de olika arbetsuppgifterna bör uttryckas i relation till totaltid eller i relation till arbetstid. I de efterföljande avsnitten har det förstnämnda förfaringssättet valts; det är bekvämare, och det torde även i andra avseenden vara mera ändamålsenligt. Man måste emellertid då hela tiden beakta, att det finns en viss kvantitet legitim fritid.

De utförda standardberäkningarna avser följande arbetsuppgifter (observationsgrupper):

Arbetsuppgift (Observationsgrupp)	Grupp	Kod	Antal observationer
Administration, organisation.....	I	1—20, 23, 114	1 458
Elementär sjukvård.....	II	24—38	3 334
Teknisk sjukvård.....	III	39—70	799
Psykologisk sjukvård.....	IV	71—76	1 940
Städningsarbete.....	IX	85—92	2 083
Fritid.....	XIV, XV, XVI	107, 116; 108; 109	3 593
därav ledig.....	XVI	109	572

Frekvensen av en viss arbetsuppgift, exempelvis elementär sjukvård, är inte densamma vid de olika sjukhusen. Emellertid gäller också, att frekvensen av elementär sjukvård inte är densamma under alla timmar på dagen (tvärtom finns det härvidlag mycket stora variationer), inte densamma under de olika veckodagarna, etc. I första hand har vi då anledning att undersöka i vad mån skillnaderna mellan de olika sjukhusen med avseende på elementär sjukvård kan bero på att observationerna är olika fördelade efter tid på dagen, veckodag, etc. Det kan naturligtvis också förhålla sig så, att verkliga skillnader mellan sjukhusen »döljes» genom att observationerna har olika fördelning efter tid på dagen, veckodag, etc. Vi antar nu, att de frekvenssiffror som gäller inom hela materialet för de olika timmarna är tillämpliga generellt, och räknar ut hur många observationer av elementär sjukvård som vi skulle vänta med hänsyn till hur observationerna vid de olika sjukhusen fördelar sig efter tid på dagen. Detta väntade antal (Exp) kan sedan jämföras med det verkliga antalet (Obs). På samma sätt kan vi förfara beträffande andra »oberoende» variabler — veckodag, kön, vårdavdelningens karaktär, personalkategori.

Vi kan sedan gå ett steg vidare och anta, att de nämnda »oberoende» variablerna är oberoende av varandra, och se efter, vilket väntat antal observationer av elementär sjukvård som skulle ha erhållits vid de olika sjukhusen, om skillnaderna mellan sjukhusen enbart betingades av olikheter med avseende på observationernas fördelning efter tid på dagen, veckodag, kön, vårdavdelningens karaktär samt personalkategori.

Hur totalantalet observationer vid de olika sjukhusen fördelar sig efter de »oberoende» variablerna tid på dagen, veckodag, kön, vårdavdelningens karaktär samt personalkategori framgår av tabell 97.

Tabell 98 redovisar antalet observationer av totaltid, fritid och arbetstid samt antalet observationer av elementär sjukvård, dels i absoluta tal, dels med vissa procentrelationer (fritid i procent av totaltid, elementär sjukvård i procent av totaltid samt i procent av arbetstid). Redovisningen avser dels de »oberoende» variablerna (hela materialet), dels de olika sjukhusen.

Tabell 97. Antal observationer vid olika sjukhus

	Summa	Sjukhus						
		A	B	C	D	E	F	G
<b>Totalt.....</b>	16 122	2 058	2 150	2 361	2 452	2 476	2 178	2 447
<b>Tid på dagen</b>								
7—8.....	1 057	146	143	166	210	187	47	158
8—9.....	1 304	139	185	189	181	179	228	203
9—10.....	1 373	199	155	183	200	233	190	213
10—11.....	1 504	173	241	236	232	213	196	213
11—12.....	1 499	189	177	223	217	227	244	222
12—13.....	1 463	157	200	213	264	202	208	219
13—14.....	1 311	196	192	204	167	189	195	168
14—15.....	1 548	203	188	210	197	258	214	278
15—16.....	1 347	121	148	193	257	200	224	204
16—17.....	1 430	222	168	273	175	216	169	207
17—18.....	1 449	206	199	197	163	217	219	248
18—19.....	837	107	154	74	189	155	44	114
<b>Veckodag</b>								
Må.....	2 435	252	559	422	392	—	210	600
Ti.....	3 535	302	408	470	499	629	601	626
O.....	2 895	196	208	494	489	735	393	380
To.....	2 799	453	313	333	388	578	392	342
Fr.....	3 398	721	404	437	437	534	366	499
Lö.....	1 060	134	258	205	247	—	216	—
<b>Kön (manliga respektive kvinnliga vårdavdelningar)</b>								
M.....	8 156	1 080	1 200	1 162	1 111	1 384	988	1 231
K.....	7 966	978	950	1 199	1 341	1 092	1 190	1 216
<b>Vårdavdelningen karaktär<sup>1</sup></b>								
Ö int.....	3 329	341	650	343	663	288	624	420
L int.....	4 543	392	650	356	398	1 002	936	809
Ö lång.....	612	294	—	—	—	—	—	318
L lång.....	3 687	338	500	766	591	739	260	493
Geriatr.....	3 951	693	350	896	800	447	358	407
<b>Personalkategori<sup>2</sup></b>								
Översköt.....	2 172	295	302	306	300	357	312	300
1:e sköt.....	1 919	295	300	306	300	306	312	100
Sal, dag.....	7 701	1 032	1 050	927	1 012	1 048	1 034	1 598
Kök.....	1 415	245	250	306	300	306	5	3
Städ.....	1 047	101	248	—	349	204	52	93
Bitr.....	1 379	44	—	285	191	255	307	297
Elev.....	489	46	—	231	—	—	156	56

<sup>1</sup> Vårdavdelningens karaktär

Ö int = öppen intagnings- och behandlingsavd.

L int = låst » » » » » » » » » »

Ö lång = öppen avd. för långvarigt sjuka, övervägande uppegående

L lång = låst » » » » » » » » » »

Geriatr = avd. för övervägande geriatriskt och sängliggande klientel

<sup>2</sup> Personalkategori

Sal, dag = skötare på sal- eller dagtur

Kök = » » kökstur

Städ = » » städtur

Tabell 98. Observationer av totaltid, fritid, arbetstid och elementär sjukvård

	Totaltid	Fritid	Arbetstid	Elementär sjukvård	Fritid i % av totaltid	Elementär sjukvård i % av	
						totaltid	arbetstid
<b>Totalt</b> .....	16 122	3 593	12 529	3 334	22,3	20,7	26,6
<b>Tid på dagen</b>							
7—8.....	1 057	55	1 002	553	5,2	52,3	55,2
8—9.....	1 304	352	952	312	27,0	23,8	32,8
9—10.....	1 373	230	1 143	254	16,8	18,5	22,2
10—11.....	1 504	198	1 306	248	13,2	16,5	19,0
11—12.....	1 499	187	1 312	378	12,5	25,2	28,8
12—13.....	1 463	582	881	238	39,8	16,3	27,0
13—14.....	1 311	542	769	111	41,3	8,4	14,4
14—15.....	1 548	446	1 102	264	28,8	17,1	24,0
15—16.....	1 347	267	1 080	240	19,8	17,8	22,2
16—17.....	1 430	201	1 229	300	14,1	21,0	24,4
17—18.....	1 449	238	1 211	370	16,4	25,5	30,6
18—19.....	837	295	542	66	35,2	7,9	12,2
<b>Veckodag</b>							
Må.....	2 435	585	1 850	469	24,0	19,3	25,4
Ti.....	3 535	796	2 739	718	22,5	20,3	26,2
O.....	2 895	641	2 254	599	22,1	20,7	26,6
To.....	2 799	577	2 222	593	20,6	21,2	26,7
Fr.....	3 398	832	2 566	656	24,5	19,3	25,6
Lö.....	1 060	162	898	299	15,3	28,2	33,3
<b>Kön</b>							
M.....	8 156	1 851	6 305	1 455	22,7	17,8	23,1
K.....	7 966	1 742	6 224	1 879	21,9	23,7	30,2
<b>Vårdavdelning</b>							
Ö int.....	3 329	767	2 562	473	23,0	14,2	18,5
L int.....	4 543	1 042	3 501	806	22,9	17,7	24,7
Ö lång.....	612	140	472	124	22,9	20,3	26,3
L lång.....	3 687	775	2 912	690	21,0	18,7	23,7
Geriatr.....	3 951	869	3 082	1 241	22,0	31,4	40,3
<b>Personalkategori</b>							
Översköt.....	2 172	439	1 733	73	20,2	3,4	4,2
1:e sköt.....	1 919	408	1 511	391	21,3	20,4	25,9
Sal, dag.....	7 701	1 706	5 995	1 907	22,2	25,0	31,8
Kök.....	1 415	317	1 098	483	22,4	34,3	44,0
Städ.....	1 047	215	832	255	20,5	24,4	30,6
Bitr.....	1 379	351	1 028	204	25,5	14,8	19,8
Elev.....	489	157	332	21	32,1	4,3	6,3
<b>Sjukhus</b>							
A.....	2 058	473	1 585	429	23,0	20,8	27,1
B.....	2 150	524	1 626	424	24,4	19,7	26,1
C.....	2 361	490	1 871	433	20,8	18,4	23,1
D.....	2 452	481	1 971	503	19,6	20,5	25,5
E.....	2 476	525	1 951	515	21,2	20,8	26,4
F.....	2 178	570	1 608	433	26,2	19,9	26,9
G.....	2 447	530	1 917	597	21,7	24,4	31,1

I tabell 99 jämföres de verkliga observationerna vid de olika sjukhusen beträffande fritid (i absoluta tal) med motsvarande Exp-siffror efter standardisering för var och en av de »oberoende» variablerna. Om materialet hade varit homogent (så att alltså fritiden genomgående hade utgjort 22,3 % av totaltiden), får man de Exp-siffror som anges i tabellens sista kolumn.

Tabell 99. Observationer vid de olika sjukhusen av fritid  
Standardisering för enskilda »oberoende» variabler

Sjukhus	Obs	Exp vid standardisering för					
		Tid på dagen	Veckodag	Kön	Vårdavdelning	Personalkategori	Homogent
Samtliga . . . . .	3 593	3 593	3 593	3 593	3 593	3 593	3 593
A. . . . .	473	454	462	459	459	454	459
B. . . . .	524	490	475	480	480	466	479
C. . . . .	490	514	523	526	518	545	526
D. . . . .	481	551	539	546	545	534	546
E. . . . .	525	546	555	552	550	547	552
F. . . . .	570	496	477	484	492	496	485
G. . . . .	530	542	562	546	549	551	546

I tabell 100 jämföres de verkliga observationerna vid de olika sjukhusen beträffande fritid (i absoluta tal och i procent av totaltid) med motsvarande Exp-siffror efter standardisering för de fem »oberoende» variablerna tid på dagen, veckodag, kön, vårdavdelningens karaktär samt personalkategori.

Tabell 100. Observationer vid de olika sjukhusen av fritid  
Standardisering för samtliga »oberoende» variabler

Sjukhus	Antal totaltid	Antal fritid		Fritid i % av totaltid	
		Obs	Exp	Obs	Exp
		Samtliga . . . . .	16 122	3 593	3 593
A. . . . .	2 058	473	452	23,0	22,0
B. . . . .	2 150	524	475	24,4	22,1
C. . . . .	2 361	490	522	20,8	22,1
D. . . . .	2 452	481	531	19,6	21,7
E. . . . .	2 476	525	542	21,2	21,9
F. . . . .	2 178	570	505	26,2	23,2
G. . . . .	2 447	530	566	21,7	23,1

I tabell 101 har på liknande sätt som i tabell 99 en beräkning genomförts beträffande observationer av elementär sjukvård; beräkningen har gjorts med utgångspunkt från elementär sjukvård i procent av totaltid.

Tabell 101. Observationer vid de olika sjukhusen av elementär sjukvård  
Standardisering för enskilda »oberoende» variabler

Sjukhus	Obs	Exp vid standardisering för					
		Tid på dagen	Veckodag	Kön	Vårdavdelning	Personalkategori	Homogent
Samtliga.....	3 334	3 334	3 334	3 334	3 334	3 334	3 334
A.....	429	427	425	424	459	443	426
B.....	424	436	450	438	411	475	445
C.....	433	494	492	490	537	458	488
D.....	503	511	513	515	526	538	507
E.....	515	515	506	504	497	525	512
F.....	433	428	458	457	416	395	450
G.....	597	523	490	506	488	500	506

I tabell 102 anges för elementär sjukvård siffror motsvarande tabell 100. Härjämte har Exp-siffrorna omräknats till att avse även elementär sjukvård i procent av arbetstid.

Tabell 102. Observationer vid de olika sjukhusen av elementär sjukvård  
Standardisering för samtliga »oberoende» variabler

Sjukhus	Antal		Antal elementär sjukvård		Elementär sjukvård i % av totaltid		Elementär sjukvård i % av arbetstid	
	Totaltid	Arbetstid	Obs	Exp	Obs	Exp	Obs	Exp
Samtliga.....	16 122	12 529	3 334	3 334	20,7	20,7	26,6	26,6
A.....	2 058	1 585	429	474	20,8	23,0	27,1	29,5
B.....	2 150	1 626	424	434	19,7	20,2	26,1	25,9
C.....	2 361	1 871	433	519	18,4	22,0	23,1	28,2
D.....	2 452	1 971	503	575	20,5	23,5	25,5	30,0
E.....	2 476	1 951	515	499	20,8	20,2	26,4	25,9
F.....	2 178	1 608	433	354	19,9	16,3	26,9	21,2
G.....	2 447	1 917	597	479	24,4	19,6	31,1	25,5

Tabell 103 redovisar antalet observationer av administration och organisation, teknisk sjukvård, psykologisk sjukvård, städningsarbete samt ledig (för dagen, tar igen tid), dels i absoluta tal, dels i procent av totaltid.

I tabell 104 jämföres de verkliga observationerna vid de olika sjukhusen beträffande dessa arbetsuppgifter (i procent av totaltid och i procent av arbetstid) med motsvarande Exp-siffror efter standardisering för de fem »oberoende» variablerna tid på dagen, veckodag, kön, vårdavdelningens karaktär samt personalkategori.



Tabell 103. Observationer av administration och organisation, teknisk sjukvård, psykologisk sjukvård, städningsarbete samt ledig

	Antal observationer					I % av totaltid				
	Adm. org.	Tekn. sjukv.	Psykol. sjukv.	Städn.	Ledig	Adm. org.	Tekn. sjukv.	Psykol. sjukv.	Städn.	Ledig
<b>Totalt</b> .....	1 458	799	1 940	2 083	572	9,0	5,0	12,0	12,9	3,5
<b>Tid på dagen</b>										
7—8.....	68	97	53	131	32	6,4	9,2	5,0	12,4	3,0
8—9.....	64	98	81	260	7	4,9	7,5	6,2	19,9	0,5
9—10.....	120	66	133	310	4	8,7	4,8	9,7	22,6	0,3
10—11.....	171	68	216	307	5	11,4	4,5	14,4	20,4	0,3
11—12.....	164	67	208	204	11	10,9	4,5	13,9	13,6	0,7
12—13.....	123	59	137	133	10	8,4	4,0	9,4	9,1	0,7
13—14.....	117	37	144	89	16	8,9	2,8	11,0	6,8	1,2
14—15.....	117	47	200	137	21	7,6	3,0	12,9	8,9	1,4
15—16.....	134	50	218	119	27	9,9	3,7	16,2	8,8	2,0
16—17.....	173	71	208	144	49	12,1	5,0	14,5	10,1	3,4
17—18.....	125	109	212	196	169	8,6	7,5	14,6	13,5	11,7
18—19.....	82	30	130	53	221	9,8	3,6	15,5	6,3	26,4
<b>Veckodag</b>										
Må.....	225	124	271	328	69	9,2	5,1	11,1	13,5	2,8
Ti.....	327	165	469	393	147	9,3	4,7	13,3	11,1	4,2
O.....	257	130	375	384	132	8,9	4,5	13,0	13,3	4,6
To.....	264	163	345	354	73	9,4	5,8	12,3	12,6	2,6
Fr.....	284	154	370	449	144	8,4	4,5	10,9	13,2	4,2
Lö.....	101	63	110	175	7	9,5	5,9	10,4	16,5	0,7
<b>Kön</b>										
M.....	739	405	985	1 059	283	9,1	5,0	12,1	13,0	3,5
K.....	719	394	955	1 024	289	9,0	4,9	12,0	12,9	3,6
<b>Vårdavdelning</b>										
Ö int.....	360	209	368	518	144	10,8	6,3	11,1	15,6	4,3
L int.....	477	265	616	542	186	10,5	5,8	13,6	11,9	4,1
Ö lång.....	54	18	69	85	9	8,8	2,9	11,3	13,9	1,5
L lång.....	248	141	596	403	98	6,7	3,8	16,2	10,9	2,7
Geriatr.....	319	166	291	535	135	8,1	4,2	7,4	13,5	3,4
<b>Personal-kategori</b>										
Översköt...	783	371	202	31	92	36,0	17,1	9,3	1,4	4,2
1:e sköt....	229	125	276	150	47	11,9	6,5	14,4	7,8	2,4
Sal, dag....	300	217	1 162	834	180	3,9	2,8	15,1	10,8	2,3
Kök.....	17	6	104	285	20	1,2	0,4	7,3	20,1	1,4
Städ.....	63	23	100	204	19	6,0	2,2	9,6	19,5	1,8
Bitr.....	38	1	38	559	133	2,8	0,1	2,8	40,5	9,6
Elev.....	28	56	58	20	81	5,7	11,5	11,9	4,1	16,6
<b>Sjukhus</b>										
A.....	228	89	187	163	70	11,1	4,3	9,1	7,9	3,4
B.....	148	116	217	303	29	6,9	5,4	10,1	14,1	1,3
C.....	227	142	289	370	101	9,6	6,0	12,2	15,7	4,3
D.....	271	90	281	357	78	11,1	3,7	11,5	14,6	3,2
E.....	168	122	430	317	82	6,8	4,9	17,4	12,8	3,3
F.....	205	109	237	225	187	9,4	5,0	10,9	10,3	8,6
G.....	211	131	299	348	25	8,6	5,4	12,2	14,2	1,0

Tabell 104. Observationer vid de olika sjukhusen av administration och organisation, teknisk sjukvård, psykologisk sjukvård, städningsarbete samt ledig

Sjukhus	Adm., org.		Tekn. sjukv.		Psykol. sjukv.		Städning		Ledig	
	Obs	Exp	Obs	Exp	Obs	Exp	Obs	Exp	Obs	Exp
I % av totaltid										
Samtliga.....	9,0	9,0	5,0	5,0	12,0	12,0	12,9	12,9	3,5	3,5
A.....	11,1	9,3	4,3	4,9	9,1	11,5	7,9	11,4	3,4	2,8
B.....	6,9	9,8	5,4	5,4	10,1	12,7	14,1	11,6	1,3	2,8
C.....	9,6	8,3	6,0	5,0	12,2	11,0	15,7	13,3	4,3	4,0
D.....	11,1	8,6	3,7	4,4	11,5	11,0	14,6	14,2	3,2	3,3
E.....	6,8	9,1	4,9	4,6	17,4	12,8	12,8	13,0	3,3	3,9
F.....	9,4	10,4	5,0	6,0	10,9	12,4	10,3	13,4	8,6	4,1
G.....	8,6	8,2	5,4	4,4	12,2	12,9	14,2	13,1	1,0	3,7
I % av arbetstid										
Samtliga.....	11,6	11,6	6,4	6,4	15,5	15,5	16,6	16,6		
A.....	14,4	12,1	5,6	6,4	11,8	14,9	10,3	14,7		
B.....	9,1	13,0	7,1	7,1	13,3	16,8	18,6	15,3		
C.....	12,1	10,4	7,6	6,4	15,4	13,9	19,8	16,8		
D.....	13,7	10,6	4,6	5,5	14,3	13,6	18,1	17,7		
E.....	8,6	11,6	6,3	5,9	22,0	16,2	16,2	16,6		
F.....	12,7	14,1	6,8	8,1	14,7	16,8	14,0	18,2		
G.....	11,0	10,5	6,8	5,6	15,6	16,5	18,2	16,7		

Slutligen har i tabell 105 gjorts en sammanställning av hur procentsiffrorna vid de olika sjukhusen avviker från dels det observerade genomsnittet, dels det efter standardisering för de fem »oberoende» variablerna erhållna Exp-värdet. Den sistnämnda serien av differenser ger alltså — under förutsättning att fördelningarna av observationerna efter de fem »oberoende» variablerna är *oberoende av varandra* — ett uttryck för de olikheter mellan sjukhusen som betingas av slumpvariationer samt förekomst av skillnader med avseende på eventuella andra »oberoende» variabler (vårdavdelningarnas storlek; patientomsättning i relation till antalet vårdplatser; frekvensen av åldringar, patienter som inte sköter sin personliga hygien och patienter som matas), arbetsmetoder, speciella arbetsuppgifter (t. ex. särskild utbildningsverksamhet), organisation (t. ex. att vissa arbetsuppgifter utföres av annan personalkategori än vid de övriga undersökta sjukhusen) samt eventuella systematiska skillnader mellan de tre observationernas sätt att klassificera arbetsuppgifterna.

På det hela taget kan det konstateras, att avvikelserna inte är sådana att materialet måste bedömas som inhomogent. Det ligger i sakens natur, att det i vissa avseenden finns skillnader mellan exempelvis nybyggda och äldre sjukhus, och även i övrigt kan förekommande avvikelser till en del förklaras genom speciella omständigheter av liknande art. Det väsentliga är emellertid mera de siffermässiga överensstämmelserna mellan sjukhusen än skillnaderna. Det synes därför berättigat att fastslå, att frekvensstudierna ger en i tillfredsställande grad representativ bild av förhållandena med avseende på arbetsuppgifternas struktur och fördelning vid de olika sjukhu-

Tabell 105. Avvikelserna av observationerna vid de olika sjukhusen från genomsnittet

o = observerad avvikelse från genomsnittet

s = avvikelse från det värde som erhållits efter standardisering för hur observationerna vid sjukhuset fördelar sig i fråga om tid på dagen, veckodag, kön, vårdavdelningens karaktär samt personalkategori

Sjukhus	Antal observationer	Arbetstid							Fritid		
		Totalt	Adm. org.	Elementär sjukv.	Tekn. sjukv.	Psyk. sjukv.	Städning	Övrigt	Totalt	Rast, kan ej anträffas	Ledig
<b>I % av totaltid</b>											
Samtliga...	16 122	77,7	9,0	20,7	5,0	12,0	12,9	18,1	22,3	18,8	3,5
A o...	2 058	-0,7	+2,1	+0,1	-0,7	-2,9	-5,0	+5,7	+0,7	+0,8	-0,1
s...		-1,0	+1,8	-2,2	-0,6	-2,4	-3,5	+5,9	+1,0	+0,4	+0,6
B o...	2 150	-2,1	-2,1	-1,0	+0,4	-1,9	+1,2	+1,3	+2,1	+4,3	-2,2
s...		-2,3	-2,9	-0,5	0,0	-2,6	+2,5	+1,2	+2,3	+4,8	-1,5
C o...	2 361	+1,5	+0,6	-2,3	+1,0	+0,2	+2,8	-0,8	-1,5	-2,3	+0,8
s...		+1,3	+1,3	-3,6	+1,0	+1,2	+2,4	-1,0	-1,3	-1,6	+0,3
D o...	2 452	+2,7	+2,1	-0,2	-1,3	-0,5	+1,7	+0,9	-2,7	-2,4	-0,3
s...		+2,1	+2,5	-3,0	-0,7	+0,5	+0,4	+2,4	-2,1	-2,0	-0,1
E o...	2 476	+1,1	-2,2	+0,1	-0,1	+5,4	-0,1	-2,0	-1,1	-0,9	-0,2
s...		+0,7	-2,3	+0,6	+0,3	+4,6	-0,2	-2,3	-0,7	-0,1	-0,6
F o...	2 178	-3,9	+0,4	-0,8	0,0	-1,1	-2,6	+0,2	+3,9	-1,2	+5,1
s...		-3,0	-1,0	+3,6	-1,0	-1,5	-3,1	0,0	+3,0	-1,5	+4,5
G o...	2 447	+0,5	-0,4	+3,7	+0,4	+0,2	+1,3	-4,7	-0,5	+2,0	-2,5
s...		+1,4	+0,4	+4,8	+1,0	-0,7	+1,1	-5,2	-1,4	+1,3	-2,7
<b>I % av arbetstid</b>											
Samtliga...	12 529	100,0	11,6	26,6	6,4	15,5	16,6	23,3			
A o...	1 585	—	+2,8	+0,5	-0,8	-3,7	-6,3	+7,5			
s...		—	+2,3	-2,4	-0,8	-3,1	-4,4	+8,4			
B o...	1 626	—	-2,5	-0,5	+0,7	-2,2	+2,0	+2,5			
s...		—	-3,9	+0,2	0,0	-3,5	+3,3	+3,9			
C o...	1 871	—	+0,5	-3,5	+1,2	-0,1	+3,2	-1,3			
s...		—	+1,7	-5,1	+1,2	+1,5	+3,0	-2,3			
D o...	1 971	—	+2,1	-1,1	-1,8	-1,2	+1,5	+0,5			
s...		—	+3,1	-4,5	-0,9	+0,7	+0,4	+1,2			
E o...	1 951	—	-3,0	-0,2	-0,1	+6,5	-0,4	-2,8			
s...		—	-3,0	+0,5	+0,4	+5,8	-0,4	-3,3			
F o...	1 608	—	+1,1	+0,3	+0,4	-0,8	-2,6	+1,6			
s...		—	-1,4	+5,7	-1,3	-2,1	-4,2	+3,3			
G o...	1 917	—	-0,6	+4,5	+0,4	+0,1	+1,6	-6,0			
s...		—	+0,5	+5,6	+1,2	-0,9	+1,5	-7,9			

sen och — med hänsyn till urvalet av sjukhus för undersökningen — vid de svenska mentalsjukhusen över huvud taget.

### Beskrivning av tabellmaterialet

Som redan i inledningen nämnts har de sjukhus vid vilka undersökningarna företagits utvalts på ett sådant sätt, att de skulle ge en genomsnittlig bild av de svenska mentalsjukhusen av i dag. Vid valet av vårdavdelningar har liknande synpunkter gjort sig gällande, i det att man avsåg att få en så god

bild som möjligt av arbetet i dess helhet. Det är givetvis svårt att avgöra om de gjorda observationerna är representativa för arbetsinsatserna vid de sju undersökta mentalsjukhusen.

Det totala antalet observationer möjliggör en uppdelning i rätt många undergrupper och jämförelser mellan olika kategorier av sjukhus och sjukvårdspersonal, av avdelningar med olika karaktär m. m. Materialets storlek medger också en diskussion om fördelningen av de olika kategorierna av arbetsuppgifter totalt sett.

#### Fördelning av de olika grupperna av observationer

Av sammanställningarna i *tabell B 1* (diagram 3) framgår, att de arbetsuppgifter, som berör administration och organisation, upptar omkring 9 % av observationstiden. Den sammanlagda arbetsinsatsen för rent sjukvårdande åtgärder upptar omkring 38 % av observationstiden, fördelad med 21 % på elementär sjukvård, 5 % på teknisk sjukvård och 12 % på psykologisk sjukvård. De administrativa och sjukvårdande åtgärderna upptar sålunda nära 50 % av observationerna. Samtliga dessa arbetsuppgifter innebär aktiva insatser från personalens sida. De övervakande åtgärderna intar ett mycket undanskymt utrymme. Övervakningen av sängliggande svårt sjuka patienter upptar 0,2 % av observationerna, medan de passiva övervakande insatserna uppgår till 2 %. Desinfektion, sterilisering och materialvård har likaledes en blygsam omfattning och uppgår tillsammans till 1,5 % av observationstiden. Städningsarbetet utgör en mera omfattande grupp av insatser och uppgår totalt till 13 %. Gruppen ärenden av olika slag utgör nära 4 %. Det är i viss mån anmärkningsvärt, att undervisning och information endast upptar 2,2 % av det totala antalet observationer. Väntetid, sysslolöshet och privat konversation intar ett lika stort utrymme.

I sammanställningen följer därefter grupper av observationer, som icke hör till den egentliga arbetstiden. Dessa grupper är rast, kan ej anträffas och ledig för dagen, och upptar tillsammans 22,3 % av observationerna. Slutligen följer 3 grupper av åtgärder, som innebär tjänstgöring utanför den egna avdelningen, nämligen yttre arbeten, arbeten i hobbyisal och avlösning på annan avdelning, vilka uppgår till sammanlagt 2,5 % av observationstiden. Till sist kommer gruppen övrigt med 3,7 %.

#### Observationernas fördelning på manliga och kvinnliga vårdavdelningar samt på statliga och kommunala sjukhus

Av *tabell B 1* (diagram 3) framgår även, att det föreligger vissa olikheter beträffande manliga och kvinnliga avdelningar samt beträffande statliga och kommunala mentalsjukhus. (Siffrorna i nedanstående rubriker anger observationsgruppens nummer i koden, sid. 130).

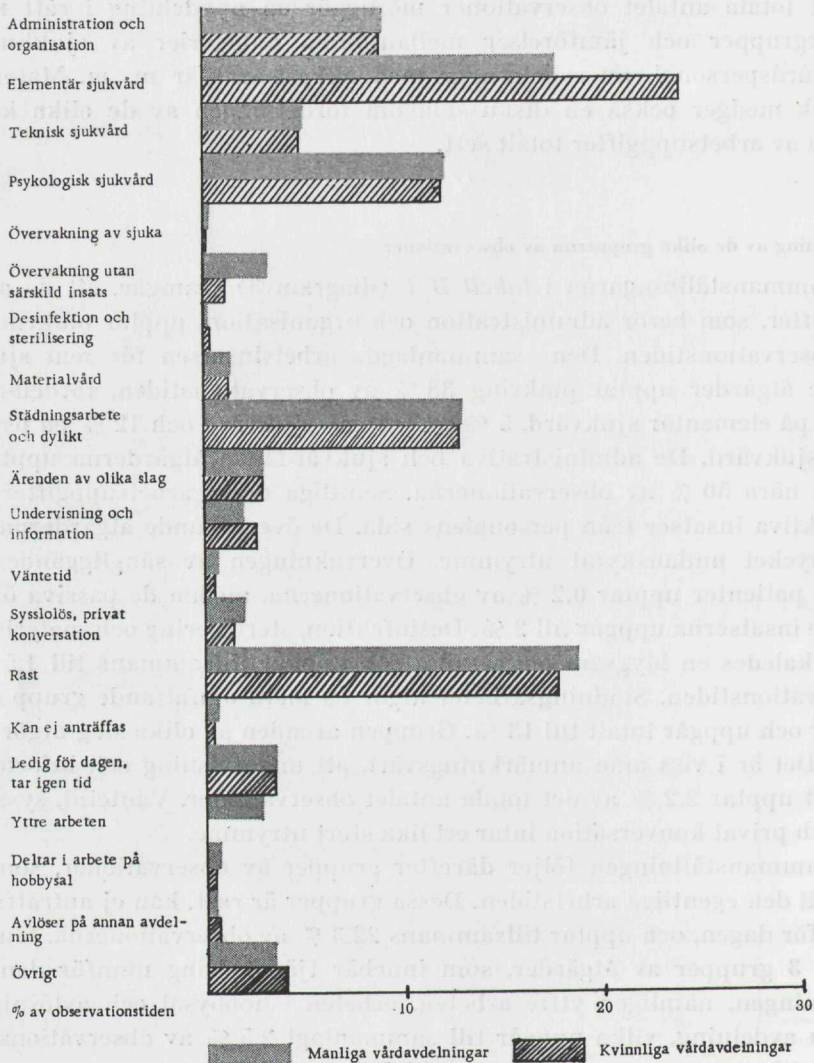


Diagram 3. Observationerna fördelade på manliga respektive kvinnliga vårdavdelningar (samtliga sjukhus)

## I. Administration och organisation

Arbetsuppgifter av denna karaktär är totalt sett lika omfattande på manliga som på kvinnliga avdelningar. På de statliga sjukhusen förekommer sådana uppgifter emellertid något mer på manliga än på kvinnliga avdelningar, på de kommunala sjukhusen är förhållandet motsatt. Olikheterna är emellertid så små, att de icke kan tillmätas någon betydelse. Totalt sett föreligger heller inga olikheter mellan statliga och kommunala sjukhus. Den mycket jämna fördelningen får tagas som ett uttryck för att de administrativa uppgifterna kräver en insats, som omfattar omkring 10 % av observationstiden, uträknad som ett genomsnitt för samtliga befattningshavare.

## II—IV. Sjukvård

Här föreligger det betydande skillnader mellan manliga och kvinnliga avdelningar. På de manliga avdelningarna upptar gruppen sjukvård 34,9 % av observationerna, medan den på de kvinnliga upptar 40,6 %. På de statliga sjukhusen upptar denna grupp 37,1 % av observationerna, medan den på de kommunala upptar 39,1 %. Olikheten mellan manliga och kvinnliga avdelningar föreligger lika markerad på såväl statliga som kommunala sjukhus.

Det framgår av tabellen, att grupperna teknisk och psykologisk sjukvård företer mycket små variationer såväl mellan manliga och kvinnliga avdelningar som mellan statliga och kommunala sjukhus. Olikheten i sjukvårdande insatser ligger sålunda helt inom gruppen elementär sjukvård. Denna grupp upptar en större andel av observationerna på de kvinnliga avdelningarna än på de manliga (skillnaden är 5,9 %) och en större andel av observationerna på de kommunala sjukhusen än på de statliga (skillnaden är 2,3 %).

## V—VI. Övervakning

Övervakningen av svårt sjuka patienter är siffermässigt så liten, att några jämförelser knappast kan göras. Övervakning utan särskild insats intar ett större utrymme på de manliga avdelningarna än på de kvinnliga (3,3 respektive 1,0 %). Det föreligger också en skillnad mellan statliga och kommunala sjukhus. På de statliga sjukhusen uppgår arbetsuppgifter av hithörande karaktär till 2,6 % och på de kommunala till 0,9 %. Det föreligger vidare en övervikt för de manliga avdelningarna av observationer av denna karaktär såväl på kommunala som på statliga sjukhus. På de kommunala är emellertid skillnaden mellan manliga och kvinnliga avdelningar så pass liten, att den saknar betydelse, medan skillnaden på de statliga sjukhusen är påtaglig (4,1 respektive 1,1 %).

### VII—VIII. *Desinfektion och sterilisering samt materialvård*

Här föreligger inga säkra skillnader mellan manliga och kvinnliga avdelningar och ej heller mellan statliga och kommunala sjukhus.

### IX. *Städningsarbete och dylikt*

Även inom denna grupp är fördelningen på de olika kategorierna av avdelningar och sjukhus påfallande jämn. Det föreligger sålunda inga större skillnader mellan manliga och kvinnliga avdelningar; vid de statliga sjukhusens kvinnliga vårdavdelningar är städningsarbetet något mera omfattande än vid de manliga avdelningarna, vid de kommunala sjukhusen är förhållandet motsatt. På de statliga sjukhusen intar städningsarbetet totalt sett ett något större utrymme än på de kommunala (13,2 respektive 12,4 %).

### X. *Ärenden av olika slag*

Också här föreligger en relativt jämn fördelning på de olika kategorierna av avdelningar och sjukhus. Den största skillnaden mellan manliga och kvinnliga avdelningar finnes på de kommunala sjukhusen där den uppgår till 1 %.

### XI. *Undervisning och information*

Dessa grupper av arbetsinsatser är något större på de kommunala sjukhusen än på de statliga. Även mellan manliga och kvinnliga avdelningar föreligger en viss skillnad. Totalt sett är gruppen mera representerad på de kvinnliga avdelningarna än på de manliga. På de kommunala sjukhusen är emellertid siffran för de manliga avdelningarna något högre än för de kvinnliga, medan på de statliga sjukhusen motsatt förhållande råder.

### XII—XIII. *Väntetid, sysslolös, privat konversation*

Också inom denna grupp föreligger relativt små olikheter. Den är något högre representerad på de manliga avdelningarna än på de kvinnliga. Den största skillnaden föreligger mellan manliga och kvinnliga avdelningar på de kommunala sjukhusen, där den uppgår till 1 %.

### XIV—XV—XVI. *Rast, kan ej anträffas, ledig för dagen*

Dessa grupper tillhör som framhållits inte den egentliga arbetstiden. Det är emellertid tydligt, att det föreligger vissa skillnader mellan manliga och kvinnliga avdelningar. Grupperna är procentuellt större på de manliga avdelningarna än på de kvinnliga (22,8 respektive 21,7 %). Skillnaden ligger så gott som helt på gruppen rast. Även mellan statliga och kommunala sjukhus föreligger en viss olikhet. Gruppen intar sålunda ett större utrymme på

de kommunala sjukhusen än på de statliga. Den största andelen av den observerade tiden, som upptages av dessa grupper, finnes på de kommunala sjukhusens manliga avdelningar, där den utgör 24,1 % av de gjorda observationerna, medan på de kvinnliga avdelningarna motsvarande siffra är 23,4. På de statliga sjukhusen uppgår skillnaden till 1 % (22,1 på de manliga avdelningarna och 21,1 på de kvinnliga).

#### XVII—XVIII—XIX. *Yttre arbeten, deltar i arbete på hobbyisal, avlöser på annan avdelning*

Yttre arbeten förekommer endast på de manliga avdelningarna, där dessa åtgärder upptar drygt 3 % av observationstiden på de statliga sjukhusens manliga avdelningar och drygt 1 % på de kommunala sjukhusens manliga avdelningar. Deltagande i arbete på hobbyisal förekommer ej heller på de kvinnliga avdelningarna. Gruppen avlösning på annan avdelning är någorlunda jämnt fördelad på de olika grupperna av avdelningar och sjukhus.

#### XX. *Övrigt*

Även beträffande denna grupp föreligger en relativt jämn fördelning.

#### **Observationernas fördelning på olika personalkategorier**

Ett närmare studium av *tabell B 2* (diagram 4) ger viktiga hållpunkter för hur arbetsuppgifterna är fördelade på olika kategorier av befattningshavare. Innan vi beskriver de siffermässiga resultaten i denna tabell, skall vi nämna något om anställnings- och utbildningsförhållandena beträffande den personal, som berördes av frekvensstudierna.

Vad först beträffar *personalens anställningsförhållanden* har i tabell 106 lämnats vissa uppgifter härom. Därav framgår, att antalet patienter per befattningshavare vid de olika vårdavdelningarna varierar vid de statliga sjukhusen mellan 3,5—6,4 och vid de kommunala sjukhusen mellan 4,2—4,3. Det bör emellertid observeras att dessa uppgifter endast avser den vid undersökningstillfället dagtjänstgörande personalen; antalet patienter per sjukvårdstjänst uppgår totalt till knappt 3 vid såväl de statliga som de kommunala sjukhusens vårdavdelningar.

Av tabell 106 framgår vidare, att i vår undersökning av sammanlagt 230 befattningshavare vid de statliga sjukhusens vårdavdelningar är 86 eller 37 % män och 144 eller 63 % kvinnor. Av de 90 kommunala befattningshavarna är 25 eller 28 % män och 65 eller 72 % kvinnor. Vidare framgår, att av samtliga 207 skötare är inte mindre än 79 eller 38,7 % vikarier (44,0 % på statliga, 22,8 % på kommunala sjukhus). Det stora antalet vakanta tjänster, uppehållna av vikarier, sammanhänger delvis med den ordning, som gäller i fråga om grundutbildning av skötarpersonal.

Vid de 5 statliga sjukhusens vårdavdelningar finns sammanlagt 16 av-



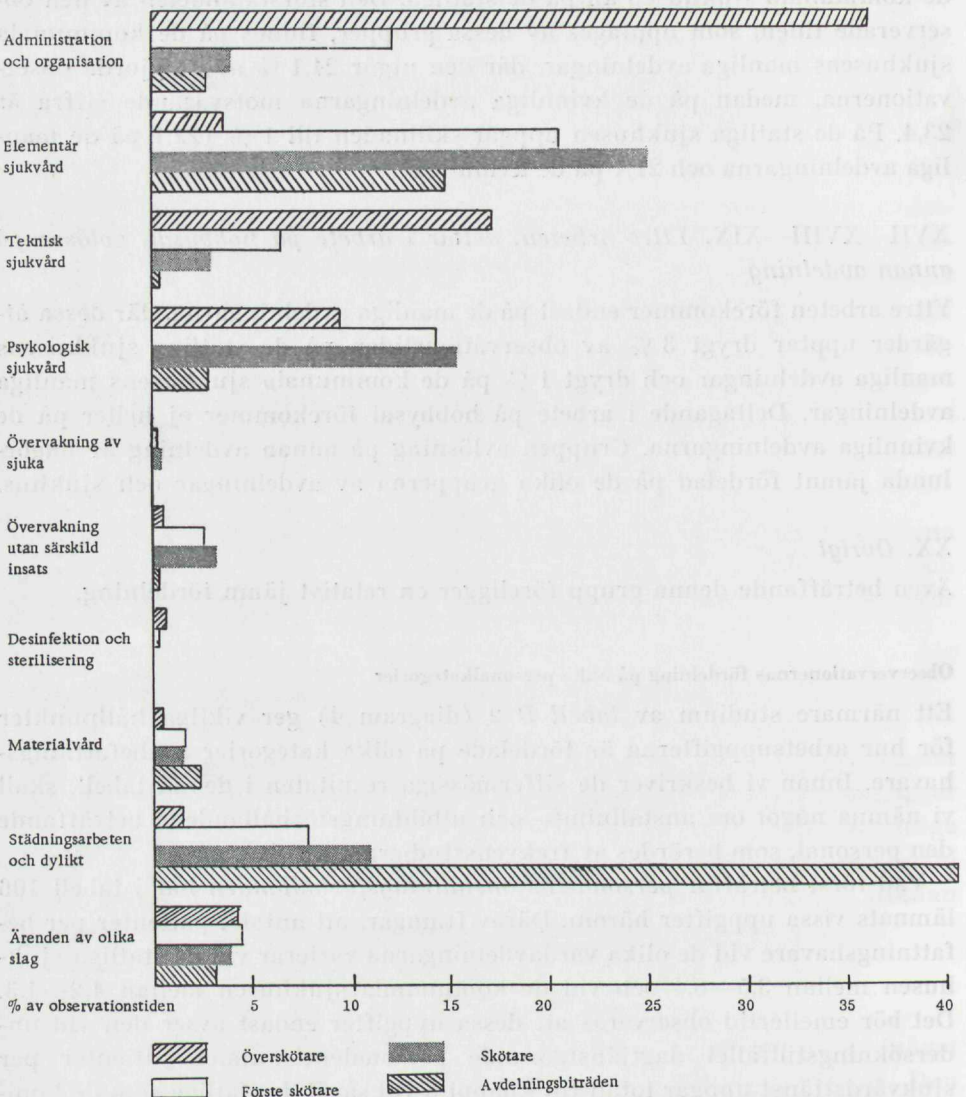
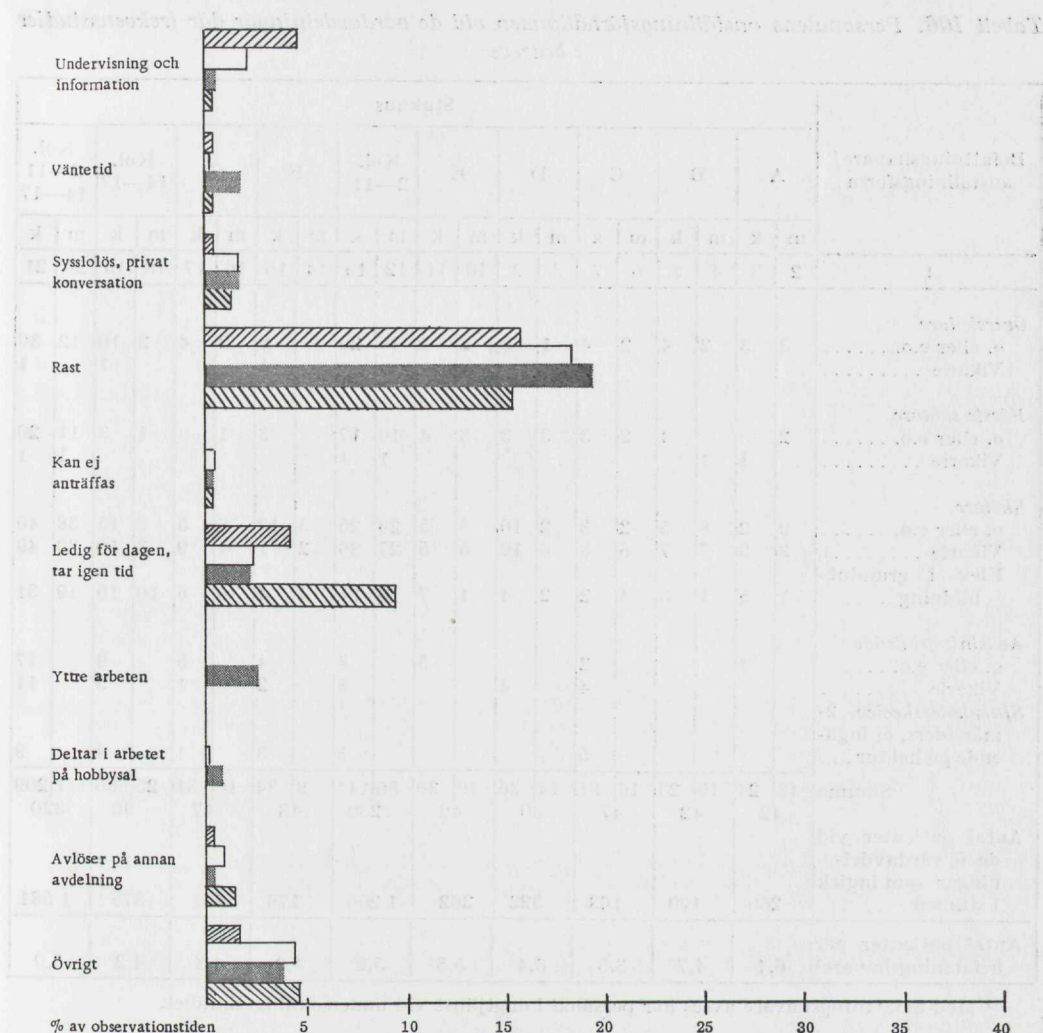


Diagram 4. Fördelningen i procent av de observationer som gjorts å över-

delningsbiträden (på 30 avdelningar) och vid de båda kommunala sjukhusen 12 avdelningsbiträden (på 12 avdelningar).

Vad därefter beträffar *personalens utbildning* har i tabell 107 lämnats vissa uppgifter härom. Som framgår av nämnda tabell finns för samtliga vårdavdelningar 10 legitimerade sjuksköterskor — alla kvinnliga överskötare, därav endast 2 vid de statliga sjukhusens 30 vårdavdelningar mot 8 vid de kommunala sjukhusens 12 vårdavdelningar. Grundutbildning har genom-



*skötare, förste skötare, skötare och avdelningsbiträden (samtliga sjukhus)*

gått av 1 manlig överskötare vid ett av de båda kommunala sjukhusen, samtliga övriga har den s. k. högre kursen.

Sammanlagt 6 förste skötare har genomgått grundutbildning, 17 har högre kursen, 8 lägre kurs, varjämte 2 vikarierande förste skötare saknar utbildning.

Bland skötarna har 31 grundutbildning, 5 högre kurs, 47 lägre kurs, varjämte inte mindre än 74 saknar utbildning (vikarier).

Tabell 106. Personalens anställningsförhållanden vid de vårdavdelningar där frekvensstudier bedrevs

Befattningshavare/ anställningsform	Sjukhus																			
	A		B		C		D		E		Kol. 2—11		F		G		Kol. 14—17		Kol. 2—11 14—17	
	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
<i>Överskötare</i>																				
o. eller e.o. ....	3	3	2	4	2	4	1	5	2	4	10	20		6	2	4	2	10	12	30
Vikarie .....														1				1		1
<i>Förste skötare</i>																				
o. eller e.o. ....	2	3		4	2	3	3	3	3	4	10	17		3	1		1	3	11	20
Vikarie .....		1	1								1	1							1	1
<i>Skötare</i>																				
o. eller e.o. ....	9	2	8	5	2	3	2	10	8	5	29	25	3	10	6	5	9	15	38	40
Vikarie .....	3	9	7	7	6	8	6	10	5	5	27	39	2	1	1	9	3	10	30	49
Elev i grundut- bildning. ....	1	5	1	3	4	2	2	4	1	7	9	21	4	4	6	6	10	10	19	31
<i>Avdelningsbiträde</i>																				
o. eller e.o. ....		1				2				5		8		4		5		9		17
Vikarie .....						4		4				8		2		1		3		11
<i>Sjuksköterskelev 2- månaders, ej ingå- ende på hel tur...</i>							5					5		3		1		4		9
Summa	18	24	19	23	16	31	14	36	19	30	86	144	9	34	16	31	25	65	111	209
	42		42		47		50		49		230		43		47		90		320	
Antal patienter vid de 6 vårdavdel- ningar som ingick i studien .....		260		199		163		322		262		1 206		176		201		375		1 581
Antal patienter per befattningshavare <sup>1</sup>		6,4		4,7		3,5		6,4		5,5		5,2		4,2		4,3		4,2		5,0

<sup>1</sup> Med befattningshavare avses här personal i dagtjänst vid undersökningstillfället.

I anslutning till vad ovan anförts må nämnas, att de uppgifter som vi erhöi om vårdavdelningspersonalens utbildning avsåg situationen vid undersökningstillfället, och att därför exempelvis tillförordnad förste skötare — som egentligen saknade behörighet att inneha tjänst som förste skötare — uppgavs såsom förste skötare, enär han vid undersökningstillfället tjänstgjorde som sådan.

Vi övergår till en beskrivning av de uppgifter som lämnats i tabell B 2. De relativa talen har beräknats på två sätt: 1. För varje personalkategori har uträknats hur stor andel varje observationsgrupp har i denna kategoris totala observationstid. 2. För varje observationsgrupp har uträknats hur stor andel varje personalkategori har i utförande av ett visst göromål.

Tabell 107. Utbildningsförhållanden beträffande personalen vid de vårdavdelningar där frekvensstudierna bedrevs

Befattningshavare/ utbildning	Sjukhus																			
	A		B		C		D		E		Kol. 2—11		F		G		Kol. 14—17		Kol. 2—11; 14—17	
	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
<i>Överskötare</i>																				
Sjuksköterskeskola .				1		1						2		6		2		8		10
Grundutbildning . . .															1		1		1	
Högre kurs . . . . .	3	3	2	3	2	3	1	5	2	4	10	18			1	2	1	2	11	20
<i>Förste skötare</i>																				
Grundutbildning . . .	1	1			2	2	3	2	1	1	2	3			1		1		3	3
Högre kurs . . . . .	1						1	1	2	1	7	7		3				3	7	10
Lägre kurs . . . . .		2		2			1	1		2	1	7							1	7
Utän utbildning . . .		1	1								1	1							1	1
<i>Skötare<sup>1</sup></i>																				
Grundutbildning . . .		1	2	3	1	2	2	4	2	1	7	11		3	4	6	4	9	11	20
Högre kurs . . . . .	1		1	1					1		3	1		1				1	3	2
Lägre kurs . . . . .	8	2	5	2	2	1		6	5	4	20	15	3	7	2		5	7	25	22
Utän utbildning . . .	3	8	7	6	5	8	6	10	5	5	26	37	2		1	8	3	8	29	45
Summa	17	18	18	20	12	18	12	28	18	18	77	102	5	20	10	18	15	38	92	140

<sup>1</sup> Vikarier men ej elever inräknade här.

### Administration och organisation

Det framgår, att dessa arbetsuppgifter huvudsakligen utföres av överskötare, för vilka de upptar 36 % av observationstiden, och 53,7 % av totalantalet observationer inom denna observationsgrupp. Även förste skötare ägnar en relativt stor del åt administration, nämligen 12 %. Av skötarnas observationstid ägnas knappt 4 % åt dessa arbetsuppgifter och av avdelningsbiträdenas 2,8 %. Ett studium av förhållandena på de enskilda sjukhusen utvisar vissa olikheter. Det förefinnes en variation, när det gäller överskötarens arbetsuppgifter av administrativ karaktär, från 25,2 % på sjukhus E till 44,0 % på sjukhus D. Skillnaderna är så stora, att de inte kan vara betingade av en slump. Även på de båda kommunala sjukhusen föreligger olikheter, nämligen en variation från 28,8 % på sjukhus F till 39,8 % på sjukhus G. Motsvarande variationer föreligger, när det gäller förste skötarens arbetsuppgifter av administrativ karaktär. Dessa varierar sålunda mellan 7,7 % på sjukhus B och 19,3 % på sjukhus A samt mellan 7,4 % på sjukhus F och 20,8 % på sjukhus G.

### Sjukvård

Överskötarens engagemang i den elementära sjukvården är av relativt ringa omfattning. Den uppgår till 3,4 % av den för dem observerade tiden. För

första skötarna är omkring en femtedel (20,4 %) och för skötarna är drygt en fjärdedel (26,0 %) av den observerade tiden upptagen av elementär sjukvård. Av all elementär sjukvård faller enligt undersökningen 57,2 % på gruppen skötare på sal eller dagrum.

I den tekniska sjukvården är överskötarna mest engagerade, nämligen under 17,1 % av den observerade tiden för dem, 46,4 % av denna observationsgrupp faller på överskötarna. Även förste skötarna deltar i den tekniska sjukvården, som uppgår till 6,5 % av det totala antalet observationer för dem. För gruppen skötare utgör dessa arbetsuppgifter en tämligen liten belastning (2,4 %) men de utför trots detta — på grund av sin större andel i det totala antalet observationer — 30,8 % av hithörande arbetsuppgifter.

I den psykologiska sjukvården är förste skötarna mest engagerade, nämligen under 14,4 % av observationstiden. Även skötarna har en relativt stor del av sina observationer inom psykologisk sjukvård, nämligen 13,4 % och totalt sett fullgör skötarna på sal- och dagrum 59,9 % av alla hithörande observationer. Överskötarna har den lägsta andelen, nämligen 9,3 %, om man bortser från avdelningsbiträdena. För denna sistnämnda grupp av befattningshavare utgör elementär sjukvård 14,8 % av observationerna och den tekniska och psykologiska sjukvården 0,1 resp. 2,8 %. Det föreligger vissa olikheter de olika statliga sjukhusen emellan, men dessa är inte av någon mera framträdande natur. Relativt betydande skillnader föreligger däremot mellan de kommunala sjukhusen å ena sidan samt de statliga å den andra.

### *Övervakning*

Övervakning av svårt sjuka är som tidigare nämnts av så liten omfattning, att några jämförelser knappast kan göras. Övervakning utan särskild insats är siffermässigt något högre; bland överskötarna upptar den dock endast 0,5 % av observationstiden, bland förste skötare och skötare drygt 2,5 %.

### *Desinfektion och sterilisering samt materialvård*

Även observationsgruppen desinfektion och sterilisering är alltför liten för att tåla några jämförelser mellan de olika kategorierna av befattningshavare, 23 observationer, som fördelas mellan överskötare (10), förste skötare (4), skötare på sal och dagrum (6) och sjuksköterskelever (3).

Materialvården upptar 2,3 % av avdelningsbiträdenas och likaså av skötarnas (städturerna) observationstid. Även förste skötare sysslar en del med materialvård (1,6 %). Ser man på fördelningen av materialvården på de olika personalkategorierna kommer trots allt största andelen, 52,5 %, på skötare på sal och dagrum.

### *Städningsarbete o. dyl*

Som väntat är omfattningen av denna observationsgrupp högst olika mellan olika slag av befattningshavare. Den varierar från 1,4 % bland överskö-

tare upp till 40,5 % bland avdelningsbiträden. Av observationstiden för skötarna är detta en relativt stor observationsgrupp, som upptar 13 % av totala antalet observationer för dem (skötare sal och dagrum 10,8 %, skötare kökstur och städtur i runt tal 20 %). Anmärkningsvärt är också att inemot 8 % av observationerna för förste skötarna avser städningsarbete.

#### *Ärenden av olika slag*

Uppgifter av detta slag är relativt jämnt fördelade, omkring 4 % av observationstiden för respektive personalkategorier åtgår härför, dock med undantag för sjuksköterskeelever, vilka är upptagna härmed under 7 % av observationstiden.

#### *Undervisning och information*

Sådana arbetsuppgifter är som väntat mest omfattande bland överskötare (4 %) och bland sjuksköterskeelever (12,3 %). Undervisningen meddelas till stor del av de förstnämnda och »emottages» av bl. a. sistnämnda kategori. Även förste skötarna deltar i handledningsarbetet; något mer än 2 % av observationstiden för dem användes härför.

#### *Väntetid, sysslolös, privat konversation*

Antalet observationer är för dessa observationsgrupper alltför litet för, att några säkra jämförelser skall kunna göras.

#### *Rast, kan ej anträffas, ledig för dagen*

Dessa grupper representerar tillsammans inemot en fjärdedel av den totala observationstiden per dag. Gruppen »Rast» dominerar, den omfattar 18,3 % av observationstiden. Observationerna avseende Rast är ojämnt fördelade bland de olika personalkategorierna, de varierar från drygt 15 % bland överskötare, sjuksköterskeelever och avdelningsbiträden till 20,2 % för skötare med kökstur.

#### *Yttre arbeten, deltar i arbete på hobbyisal, avlöser på annan avdelning*

I yttre arbeten deltagar endast skötare med sal- och dagrumstur, och arbetet upptar totalt sett 2,3 % av observationstiden för dessa. Så är i stort sett även fallet med gruppen »deltar i arbete på hobbyisal», vilken representerar knappt 1 % av observationerna för skötarna med sals- och dagrumstur.

#### *Övrigt*

Gruppen upptar 1,6 % av överskötarnas arbetstid, är jämnt fördelad bland övriga personalkategorier och upptar omkring 4 % av observationerna för dessa.

### Avdelningsbiträdernas arbetsuppgifter

Som framgår av tabell 106 sid. 152, fanns vid de observerade avdelningarna på 4 av de 5 statliga mentalsjukhusen sammanlagt 16 avdelningsbiträden; vid de båda kommunala sjukhusen fanns däremot 12 avdelnings- eller köksbiträden, d. v. s. 1 vid varje undersökt vårdavdelning.

I *tabell B 3* har vi närmare specificerat de arbetsuppgifter, som åvilar avdelningsbiträdena. Därav framgår, att vissa olikheter föreligger mellan statliga och kommunala mentalsjukhus. Följande exempel härpå må anföras:

För de under gruppen Administration och organisation upptagna arbetsuppgifterna Sortering av ren och smutsig tvätt anlitas biträdena vid de statliga sjukhusen 3,8 % av observationstiden, vid de kommunala sjukhusen däremot endast 0,4 %.

Elementära sjukvårdsuppgifter åvilar biträdena vid de kommunala sjukhusen betydligt mera än biträdena vid de statliga sjukhusen (30,7 resp. 2,4 % av observationstiden) beroende på att för- och efterarbeten vid måltid synes vara en av huvuduppgifterna för biträdena vid förstnämnda sjukhus (28,7 % av observationstiden mot 1,4 % för biträdena vid de statliga sjukhusen).

Sådana arbetsuppgifter som faller under gruppen Städningsarbete o. dyl. är i relativt betydande utsträckning mera omfattande för biträdena vid de statliga sjukhusen än för biträdena vid de kommunala sjukhusen (46,4 resp. 32,9 % av observationstiden).

Ovan angivna differenser sammanhänger med att avdelningsbiträdena vid de statliga sjukhusen är anställda för huvudsakligen städuppgifter, medan de på de kommunala sjukhusen tjänstgör i vårdavdelningarnas serveringskök.

En fråga av stort intresse är i vad mån inrättandet av tjänster såsom avdelningsbiträden avlastat den övriga personalen — i första hand skötarna — från städningsarbete o. dyl. och till viss del även elementär sjukvård. Av nedanstående sammanställning (tabell 108) framgår, att vid de vårdavdelningar där det finns avdelningsbiträden ombesörjer skötarna 78 % av den elementära sjukvården och 55 % av städningsarbetet. Vad beträffar avdelningar utan avdelningsbiträden är motsvarande uppgifter 83 respektive 89 %. Tillkomsten av avdelningsbiträdena har sålunda i väsentlig utsträckning avlastat skötarna, vilka härigenom kunnat ägna mera tid åt mera kvalificerat sjukvårdsarbete. Avdelningsbiträdena fullgör på sina vårdavdelningar 36 % av allt där förekommande städningsarbete och 9 % av den elementära sjukvården.

### Observationernas fördelning på vårdavdelningar av olika karaktär

Det siffermaterial, som vi erhöll vid undersökningarna, uppdelades vid bearbetningen även med hänsyn taget till följande fem olika vårdavdelningstyper (*tabell B 4*, diagram 5) nämligen

1. öppna intagnings- och behandlingsavdelningar,
2. låsta intagnings- och behandlingsavdelningar,

Tabell 108. Vissa observationer fördelade på skötare och avdelningsbiträden

	Totalantal observationer avseende		Antal observationer avseende			
	elementär sjukvård	städningsarbete o. dyl.	skötare		avdelningsbiträden	
			elementär sjukvård	städningsarbete o. dyl.	elementär sjukvård	städningsarbete o. dyl.
Vårdavdelningar med avdelningsbiträden (28 st)	2 342	1 534	1 820 (78%)	837 (55%)	204 (9%)	599 (36%)
Vårdavdelningar utan avdelningsbiträden (14 st)	992	549	825 (83%)	486 (89%)	—	—
Summa	3 334	2 083	2 645	1 323	204	559

3. öppna avdelningar för långvarigt sjuka, övervägande uppegående,
4. låsta avdelningar för långvarigt sjuka, övervägande uppegående, samt
5. avdelningar för övervägande geriatriskt och sängliggande klientel.

Hur många vårdavdelningar, representerande var och en av dessa typer, som undersöktes vid de olika sjukhusen, framgår av följande sammanställning (tabell 109).

#### Administration och organisation

Vad först beträffar administration och organisation omfattar arbetsuppgifter av sådan art en större del av observationstiden vid öppna och låsta intagnings- och behandlingsavdelningar (10,8 resp. 10,5 %) än vid övriga, och är minst omfattande vid låsta avdelningar för långvarigt sjuka, övervägande

Tabell 109. Antal vårdavdelningar av olika typer

Sjukhus	Antal avdelningar av följande typer:					Totalt
	Öppna intagnings- och behandlingsavdelningar	Låsta intagnings- och behandlingsavdelningar	Öppna avdelningar för långvarigt sjuka, övervägande uppegående	Låsta avdelningar för långvarigt sjuka, övervägande uppegående	Avd. för övervägande geriatriskt och sängliggande klientel	
A.....	1	1	1	1	2	6
B.....	2	2	—	1	1	6
C.....	1	1	—	2	2	6
D.....	2	1	—	1	2	6
E.....	1	2	—	2	1	6
F.....	2	2	—	1	1	6
G.....	1	2	1	1	1	6
Summa	10	11	2	9	10	42
	21		11			



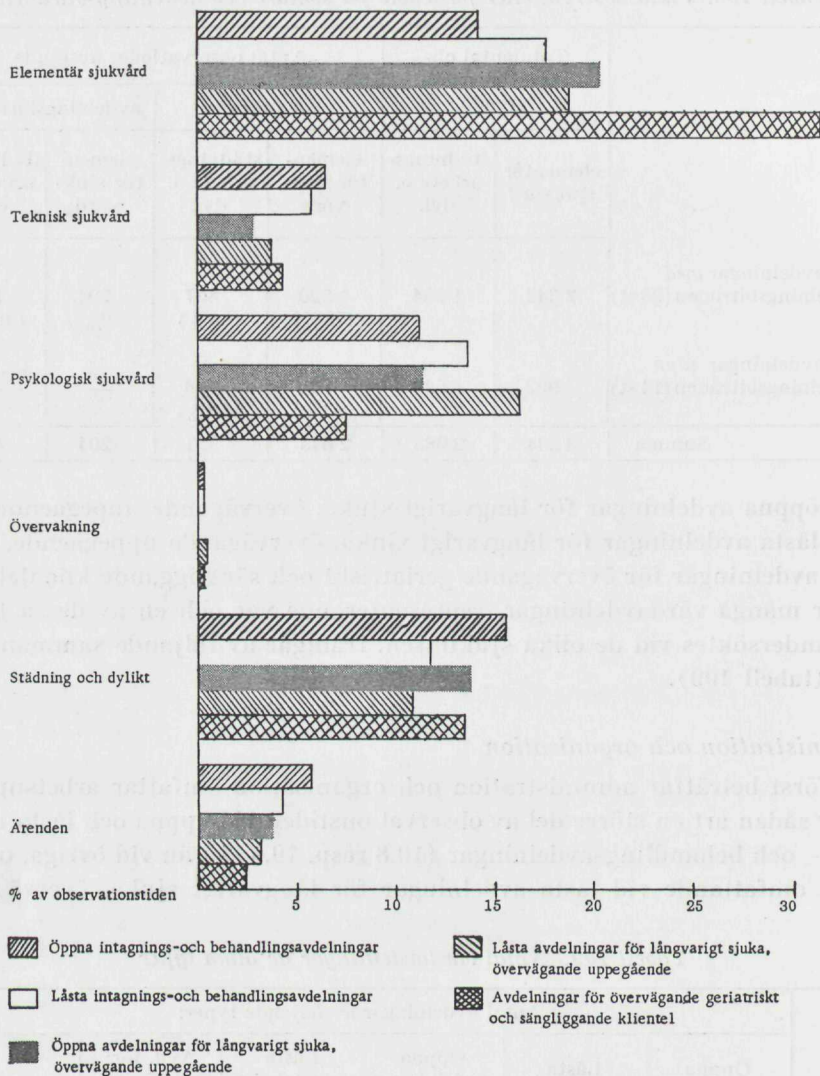


Diagram 5. Observationerna fördelade med hänsyn till vårdavdelningarnas karaktär på vissa arbetsgrupper (samtliga sjukhus)

uppegående patienter (6,7 %). Vid öppna avdelningar för långvarigt sjuka, övervägande uppegående patienter samt vid avdelningar för övervägande geriatriskt och sängliggande klientel omfattar de 8,8 resp. 8,1 % av observationstiden.

### Elementär sjukvård

Den elementära sjukvården är, som man kan förvänta, mest omfattande vid avdelningar för övervägande geriatriskt och sängliggande klientel, den om-

fattar vid dessa inemot en tredjedel av arbetstiden (31,5 %). Vid öppna och låsta avdelningar för långvarigt sjuka, övervägande uppegående patienter samt vid låsta intagnings- och behandlingsavdelningar omfattar den omkring en femtedel av observationstiden (20,3—18,7—17,7 %) och är minst omfattande vid öppna intagnings- och behandlingsavdelningar (14,2 %).

#### *Teknisk sjukvård*

Omfattningen av den tekniska sjukvården varierar mellan 2,9—6,3 %; den är lägst vid öppna avdelningar för långvarigt sjuka, övervägande uppegående patienter och högst vid öppna intagnings- och behandlingsavdelningar.

#### *Psykologisk sjukvård*

Även beträffande den psykologiska sjukvården föreligger betydande variationer, från 7,4 % av observationerna vid avdelningar för övervägande geriatrikt och sängliggande klientel upp till 16,2 % vid låsta avdelningar för långvarigt sjuka, övervägande uppegående patienter. Vid övriga avdelningstyper omfattar den omkring 12 % av observationerna.

#### *Övervakning utan särskild insats*

Denna grupp av observationer är av relativt lika omfattning vid flertalet avdelningstyper. Vid låsta avdelningar för långvarigt sjuka, övervägande uppegående patienter omfattar den emellertid 4,7 % av observationstiden (högst 2,4 % vid övriga typer av vårdavdelningar).

#### *Materialvård*

Vid öppna avdelningar för långvarigt sjuka, övervägande uppegående patienter, är denna observationsgrupp mest omfattande, och utgör där 4,4 % av observationstiden. Vid övriga avdelningstyper varierar omfattningen av materialvård mellan 1,0—1,7 %.

#### *Städningsarbete o. dyl.*

Städningsarbete o. dyl. varierar från 10,9 % vid låsta avdelningar för långvarigt sjuka, övervägande uppegående patienter upp till 15,6 % vid öppna intagnings- och behandlingsavdelningar.

#### *Ärenden av olika slag*

Denna observationsgrupp omfattar 5,6 % av observationstiden vid öppna intagnings- och behandlingsavdelningar och minskar därefter successivt till 4,2 % vid låsta intagnings- och behandlingsavdelningar, 3,9 % vid öppna avdelningar för långvarigt sjuka, övervägande uppegående patienter, 3,1 % vid

låsta dito och 2,4 % vid avdelningar för övervägande geriatriskt och sängliggande klientel.

### *Undervisning och information*

Även observationsgruppen Undervisning och information är störst vid öppna intagnings- och behandlingsavdelningar (3,4 %). Minst omfattande är den vid låsta avdelningar för långvarigt sjuka, övervägande uppegående patienter, där den omfattar 1,6 % av observationstiden.

### *Deltar i arbete på hobbyisal*

Observationsgruppen Deltar i arbete på hobbyisal förekommer i stort sett endast vid öppna avdelningar för långvarigt sjuka, övervägande uppegående patienter (3,1 %), vilket torde förklaras av att patienterna där ofta deltar i utearbete eller i arbets- och sysselsättningsterapi inom särskilda lokaler på sjukhusområdet. En del av vårdavdelningspersonalen följer då med patienterna till dessa arbeten utanför vårdavdelningen.

### *Observationernas fördelning på stora och små vårdavdelningar*

Vid bearbetningen av vårt material indelades vårdavdelningarna i följande tre storleksgrupper: 1—30, 31—50 respektive 51—70 patienter (*tabell B 5*). Antalet vårdavdelningar som ingick i undersökningen, representerande var och en av dessa grupper, framgår av följande sammanställning (*tabell 110*).

*Tabell 110. Antalet vårdavdelningar av olika storlek*

Sjukhus	Antal vårdavdelningar med följande antal belagda vårdplatser			Summa
	1—30	31—50	51—70	
A.....	—	5	1	6
B.....	4	1	1	6
C.....	5	1	—	6
D.....	—	3	3	6
E.....	2	1	3	6
F.....	5	1	—	6
G.....	1	4	1	6
Summa	17	16	9	42

Antalet observationer inom den första gruppen var 6 025, inom den andra 5 898 och inom den tredje gruppen 4 199.

### *Administration och organisation*

Observationsgruppen administration och organisation upptar en relativt sett lika stor del av observationstiden vid små och medelstora avdelningar (9,2

respektive 9,3 %) men är av något mindre omfattning vid stora vårdavdelningar (8,4 %).

#### *Elementär sjukvård*

I fråga om denna observationsgrupp föreligger en rätt betydande skillnad mellan de tre storleksgrupperna: vid små avdelningar omfattar sådan sjukvård 16,4 % av observationstiden, vid medelstora avdelningar inte mindre än 25,0 % och vid stora avdelningar 20,7 %.

#### *Den tekniska sjukvården*

Den tekniska sjukvården är däremot mest omfattande vid små avdelningar, 6,4 %, den omfattar 3,8 % vid medelstora avdelningar och 4,3 % vid stora avdelningar.

#### *Den psykologiska sjukvården*

Denna gren av sjukvården är mest omfattande vid stora avdelningar, 14,9 %, därefter kommer små avdelningar, 12,7 %, och vid medelstora avdelningar utgör den endast 9,3 % av observationstiden.

#### *Övervakning utan särskild insats*

Av intresse är att se, att övervakning utan särskild insats upptar en relativt sett betydligt större del av observationstiden vid stora avdelningar (4,9 %), än vid medelstora och små avdelningar (1,1 respektive 1,2 %).

#### *Städningsarbete o. dyl.*

Även dessa slag av arbeten är mest omfattande vid små avdelningar, blir mindre vid medelstora avdelningar och minst vid större avdelningar: 14,1—13,5—10,6 %.

#### *Undervisning och information*

Arbetsuppgifter, som avser undervisning och information, är av anmärkningsvärt liten omfattning vid samtliga vårdavdelningar men är dock av något större omfattning vid små avdelningar (3,4 %) än vid medelstora och stora (1,5 resp. 1,6 %).

#### **Observationernas fördelning på olika veckodagar**

I stort sett uppvisar de olika veckodagarna samma mönster i fråga om arbetsuppgifternas fördelning, dock med undantag för lördagar (*tabell B 6*, diagram 6). Under sistnämnda veckodag är *elementär sjukvård* samt *städ-*

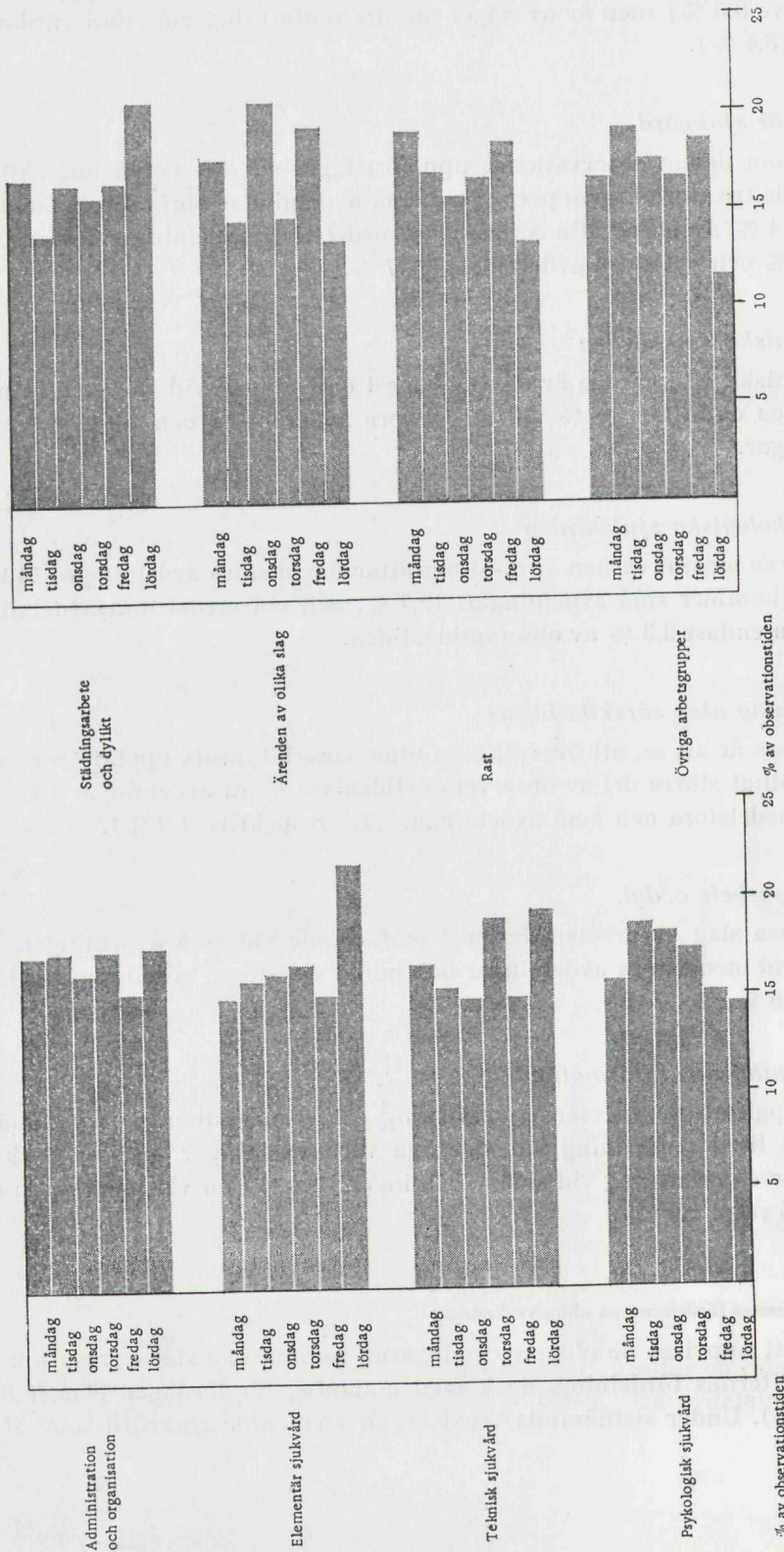


Diagram 6. Observationerna fördelade på olika veckodagar (samtliga sjukhus)

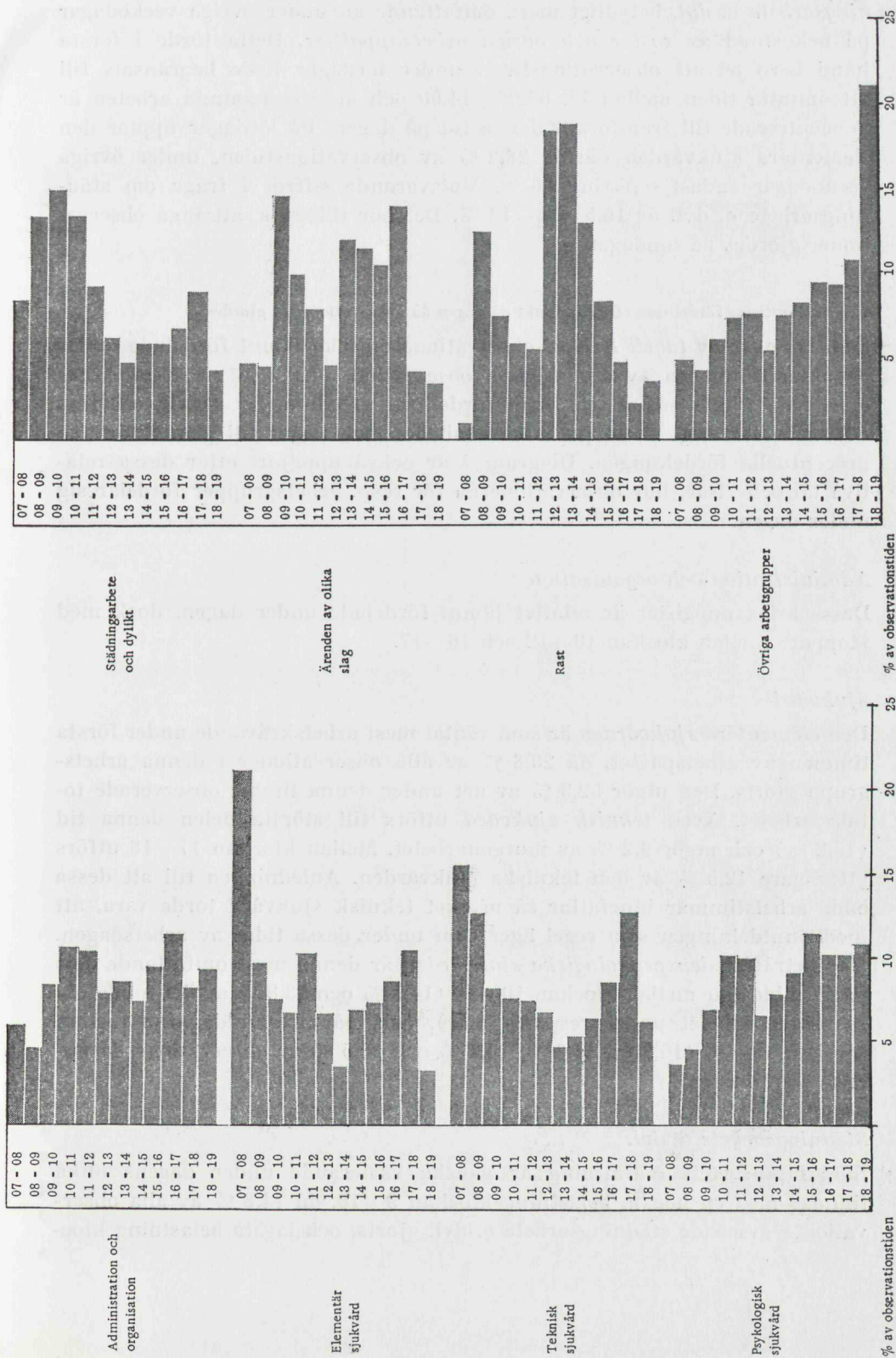


Diagram 7. Observationerna fördelade efter tidpunkt på dagen då observationerna gjorts (samtliga sjukhus)

% av observationstiden

*ningsarbete o. dyl.* betydligt mera omfattande än under övriga veckodagar på bekostnad av *raster och övriga arbetsuppgifter*. Detta torde i första hand bero på att observationstiden under lördagar hade begränsats till att omfatta tiden mellan kl. 07.00—14.00 och att nyssnämnda arbeten är koncentrerade till framförallt denna tid på dagen. På lördagar upptar den elementära sjukvården därför 28,2 % av observationstiden, under övriga veckodagar endast omkring 20 %. Motsvarande siffror i fråga om städningsarbete o. dyl. är 16,5 resp. 13 %. Det bör tilläggas, att inga observationer gjordes på söndagar.

#### Observationernas fördelning efter tidpunkt på dagen då observationerna gjordes

Som framgår av *tabell B 7*, är observationerna icke jämnt fördelade under de olika timmarna av den dagliga observationstiden. En omräkning har emellertid gjorts så, att en jämn fördelning erhållits. De därvid erhållna siffrorna har satts inom parentes i tabellen och ligger till grund för den procentuella fördelningen. Diagram 7 är också uppgjort efter dessa relativa tal och visar, hur observationerna för resp. arbetsgrupper fördelar sig under dagen.

#### Administration och organisation

Dessa arbetsuppgifter är relativt jämnt fördelade under dagen, dock med »toppar» mellan klockan 10—12 och 16—17.

#### Sjukvård

Den *elementära sjukvården* är som väntat mest arbetskrävande under första timmen av arbetspasset, då 20,8 % av alla observationer i denna arbetsgrupp gjorts. Den utgör 52,3 % av det under denna timme observerade totala arbetet. Även *teknisk sjukvård* utförs till största delen denna tid (15,2 %) och utgör 9,2 % av morgonarbetet. Mellan klockan 17—18 utförs ytterligare 12,5 % av den tekniska sjukvården. Anledningen till att dessa båda arbetstimmar innefattar så mycket teknisk sjukvård torde vara, att medicinutdelningen som regel äger rum under dessa tider av arbetsdagen. Vad beträffar *den psykologiska sjukvården* är denna mest omfattande dels på förmiddagar mellan klockan 10—12 (14,3 % och 13,8 % av det totala observerade arbetet under resp. timmar), dels på eftermiddagarna mellan klockan 15—19 (16,2 %, 14,6 %, 14,6 % och 15,5 % av observationerna under resp. timmar).

#### Städningsarbete o. dyl.

Städningsarbetets omfattning är ganska varierande under dagens olika timmar med en högsta belastning klockan 9—10, då 14,8 % av alla observationer avseende städningsarbete o. dyl. gjorts, och lägsta belastning kloc-

kan 13—14, resp. 18—19, med endast 4,5 % och 4,1 % av observationerna i denna arbetsgrupp. I förhållande till övrigt arbete under olika timmar utgör städningen enligt vår undersökning mer än 20 % mellan klockan 8—11 för att sedan sjunka och under eftermiddagen utgöra omkring 8—10 % med en ytterligare topp klockan 17—18, då den upptar 13,5 % av totalantalet observationer.

#### Ärenden av olika slag

Sådana uppdrag utföras mest på förmiddagarna mellan kl. 9—11 då de utgör 6,3 % resp. 4,4 % och på eftermiddagarna mellan kl. 13—17, då de för resp. timme utgör 5,2 %, 5,0 %, 4,6 % och 6,2 % av observationerna. Under motsvarande tider utträttas 24,4 % och 47,6 % av alla ärenden under observationstiden.

#### Observationernas fördelning med hänsyn till patienternas vårdtider

För att få klarhet i huruvida avdelningar med övervägande akut sjuka patienter kräver en annan arbetsfördelning än avdelningar med långtidssjuka patienter uppdelades observationerna även med hänsyn till patienternas vårdtider.

Av nedanstående sammanställning (tabell 111) framgår, hur många vårdavdelningar det fanns bland vårt urval inom vilka mer än en tredjedel av patienterna vårdats högst 30 dagar, 31—90 dagar, 91 dagar—1 år, 1—5 år respektive mer än 5 år.

Tabell 111. Vårdavdelningarna fördelade med hänsyn till patienternas vårdtider

Sjukhus	Antal vårdavdelningar inom vilka mer än en tredjedel av patienterna vårdats				
	högst 30 dgr	31—90 dgr	91 dgr—1 år	1—5 år	> 5 år
A.....	2	—	—	1	3
B.....	2	—	—	—	2
C.....	—	1	—	5	1
D.....	—	—	1	1	3
E.....	1	1	—	—	4
F.....	3	1	—	—	3
G.....	1	—	1	1	4
Summa	9	3	2	8	19

<sup>1</sup> Sjukhuset öppnades 1957, varför inga patienter vårdats mer än 5 år därstädes.

I tabell B 8 har vi sammanfört observationerna dels för de vårdavdelningar, inom vilka mer än 50 % av patienterna vårdats högst 90 dagar vid sjukhusen, dels ock för de vårdavdelningar, inom vilka mer än 50 % av patienterna vårdats mer än 1 år vid sjukhusen. Vi har på så sätt erhållit en uppdelning på akutavdelningar resp. avdelningar för långtidssjuka. En jämförelse mellan dessa båda avdelningstyper ger följande resultat.



### *Administration och organisation*

Vid akutavdelningar upptar dessa arbetsuppgifter 11,7 % av observationstiden, vid avdelningar för långtidssjuka endast 7,3 %. Till viss del torde denna skillnad bero på större antal in- och utskrivningar vid akutavdelningarna.

### *Sjukvård*

*Den elementära sjukvården* är som väntat av mest betydande omfattning vid avdelningar för långtidssjuka, inte mindre än 23,2 % av totalantalet observationer kunde hänföras till detta slag av sjukvård vid nyssnämnda avdelningar. Motsvarande uppgift när det gäller akutavdelningarna är 14,3 %. Beträffande *den tekniska sjukvården* är förhållandet motsatt, 4,1 % vid avdelningar för långtidssjuka och 7,2 % vid akutavdelningar. *Den psykologiska sjukvården* är i stort sett lika omfattande vid båda avdelningstyperna (11,1 % vid akutavdelningar och 13,1 % vid avdelningar för långtidssjuka).

### *Övervakning*

Beträffande *övervakning utan särskild insats* är det absoluta antalet observationer ganska litet, men relativt sett föreligger en skillnad: vid akutavdelningar upptar denna grupp av observationer 0,2 % av totalantalet, vid avdelningar för långtidssjuka 3,0 %.

### *Städningsarbete o. dyl.*

Här föreligger en viss skillnad mellan de båda avdelningstyperna. Vid akutavdelningar upptar ifrågavarande arbetsuppgifter 14,5 % av observationstiden, vid avdelningar för långtidssjuka endast 11,7 %.

### *Ärenden av olika slag*

Mer än dubbelt så stor andel av observationstiden ägnas åt rubricerade göromål vid akutavdelningar (7,0 % av observationstiden), som vid avdelningar för långtidssjuka (3,2 %).

### *Undervisning och information*

Även denna grupp av insatser ges mera utrymme vid akutavdelningar än vid avdelningar för långtidssjuka. Vid de förstnämnda upptar den 3,6 % av observationstiden och vid de sistnämnda 1,5 %.

### *Yttre arbeten*

Sådana arbeten förekommer inte alls för personalen vid akutavdelningar. Vid avdelningar för långtidssjuka upptar de 1,6 % av observationstiden.

Observationernas fördelning med hänsyn till antal under år 1959 nyintagna patienter i procent av antalet godkända vårdplatser vid respektive vårdavdelningar

Vid bearbetningen uppdelades primärmaterialet även med hänsyn till patientomsättningen vid vårdavdelningarna (tabell B 9), vilka därvid indelades i fyra grupper, nämligen avdelningar där antalet nyintagna patienter år 1959 i relation till antalet godkända vårdplatser 1) är 0 %, 2) varierar mellan 0,1—50 %, 3) varierar mellan 50,1—300 % eller 4) är > 300 %.

Antalet avdelningar som fanns inom var och en av dessa grupper framgår av följande sammanställning (tabell 112).

Tabell 112. Vårdavdelningarna fördelade med hänsyn till patientomsättningen

Sjukhus	Antal avdelningar med följande patientomsättning				Uppgift saknas	Totalt
	0 %	0,1—50 %	50,1—300 %	> 300 %		
A.....	—	4	—	2	—	6
B.....	1	2	—	3	—	6
C.....	2	2	2	—	—	6
D.....	—	2	4	—	—	6
E.....	3	1	2	—	—	6
F.....	—	—	1	1	4	6
G.....	—	1	1	1	3	6
Summa	6	12	10	7	7	42
Antal observationer.....	2 038	3 083	4 777	3 359	2 865	16 122

### Administration och organisation

Här föreligger en klar tendens, ju större patientomsättning desto mera omfattande är de administrativa och organisatoriska arbetsuppgifterna, vilket främst torde bero på, att en större patientomsättning medför mera arbete med bl. a. inskrivningar och utskrivningar av patienter. Vid de avdelningar, där icke någon patientomsättning förekom under år 1959, upptog administration och organisation 5,9 % av observationstiden, vid de avdelningar, där antalet nyinskrivna patienter var mer än tre gånger antalet godkända vårdplatser, var motsvarande procenttal 11,7 %.

### Sjukvård

Ifråga om den elementära sjukvården föreligger ett oregelbundet mönster, den är minst omfattande (16,2 %) vid avdelningar, där patientomsättningen är störst, och näst minst omfattande (20,8 %), där icke någon omsättning förekommer. Även ifråga om den psykologiska sjukvården föreligger en viss oregelbundenhet, mest omfattande är den vid avdelningar, där icke någon omsättning förekommer (15,4 %), och minst, där patientomsättningen varierar mellan 0,1—50 % (9,7 %). Bl. a. bedrivs det gruppverksamhet på avdelningar för långvarigt sjuka, som ej har någon

större patientomsättning. Ifråga om *den tekniska sjukvården* är regelbundenheten större. Den ökar allteftersom patientomsättningen stiger eller från 2,8 till 6,5 %.

### *Övervakning*

Anmärkningsvärt är att *övervakning utan särskild insats* i speciellt stor utsträckning förekommer vid avdelningar, där patientomsättningen är lika med 0 (6,2 % av observationstiden). Vid övriga avdelningar varierar den mellan 1—2,1 %.

### *Städningsarbete o. dyl.*

Från avdelningar, där ingen patientomsättning varit för handen, till avdelningar, där denna uppgår till 50,1—300 %, ökar rubricerade arbetsuppgifter från 11,4 till 14,7 % av observationstiden. Vid de avdelningar, som har den högsta patientomsättningen (> 300 %) sjunker städnings- och motsvarande arbetsuppgifter emellertid åter till 11,4 % av observationstiden.

### *Ärenden av olika slag*

Denna grupp av insatser stiger med en ökning av patientomsättningen från 2,7 till 5,7 %.

### *Undervisning och information*

Även denna observationsgrupp visar en stigande tendens eller från 1,2 till 2,9 % av observationstiden.

### **Observationernas fördelning med hänsyn till det relativa antalet åldringar över 70 år vid respektive vårdavdelningar**

Vid bearbetningen indelades vårdavdelningarna med hänsyn till hur många åldringar över 70 år, som fanns å dessa (*tabell B 10*). Avdelningarna indelades därvid i 5 grupper med hänsyn till om 0 %, 0,1—10 %, 10,1—20 %, 20,1—40 % eller mer än 40 % av patienterna utgjordes av åldringar.

### *Administration och organisation*

Omfattningen av administrativa och organisatoriska arbetsuppgifter varierar något med hänsyn till antalet åldringar; mest omfattande är denna observationsgrupp vid avdelningar med högst 10 % åldringar (10,3 % av observationstiden) och minst omfattande vid avdelningar med mer än 40 % åldringar (7,5 % av observationstiden).

### *Elementär sjukvård*

Här är fördelningen betydligt mera ojämn. Som väntat upptar den elementära sjukvården en betydande del av den totala arbetsvolymen vid avdel-

ningar, där ett relativt stort antal åldringar vårdas. Där mer än 40 % består av sådana patienter, omfattar den elementära sjukvården något mer än en tredjedel av observationstiden (33,5 %). Vid avdelningar, där högst 10 % av patienterna utgöres av åldringar, omfattar denna del av sjukvården endast 15,6 % av observationstiden.

#### *Teknisk sjukvård*

Beträffande den tekniska sjukvården är variationerna betydligt mindre, mest omfattande är den vid avdelningar, där icke några åldringar finnes; vid sådana avdelningar utgör den 7,7 % av observationstiden.

#### *Psykologisk sjukvård*

I fråga om detta slag av arbetsuppgifter föreligger rätt betydande variationer. Vid avdelningar, där mer än 40 % av patienterna består av åldringar, representerar den psykologiska sjukvården endast 6,4 % av observationstiden. Mest omfattande är den vid avdelningar, där 10,1—20 % utgöres av åldringar; den upptar där 14,8 % av det totala antalet observationer.

#### *Övervakning*

Övervakning utan särskild insats uppgår till 3,8 % vid avdelningar med 0,1—10 % åldringar; minst omfattande är den vid avdelningar, där mer än 40 % av patienterna utgöres av åldringar (0,5 %). Vid övriga avdelningar upptar gruppen högst 1,5 % av observationstiden.

#### *Städningsarbete o. dyl.*

Även här föreligger rätt betydande variationer eller från 11,6 % vid avdelningar, där åldringarna utgör 10,1—20 % av alla patienter, upp till 17,1 % vid avdelningar, där det icke finns några åldringar över 70 år. Städningens arbetet är relativt omfattande även inom den andra ytterlighetsgruppen, d. v. s. vid avdelningar, där mer än 40 % av patienterna utgöres av åldringar, ifrågavarande arbetsuppgifter upptar där 14,7 % av observationstiden.

#### **Observationernas fördelning med hänsyn till patienternas förmåga att sköta sin personliga hygien vid respektive vårdavdelningar**

Vid bearbetningen fördelades observationerna även med hänsyn till patienternas förmåga att sköta sin personliga hygien (*tabell B 11*).

Antal vårdavdelningar, inom vilka 0 %, 0,1—10 %, 10,1—50 % respektive > 50 % av patienterna sköter sin personliga hygien helt, delvis eller inte alls, framgår av följande sammanställning (*tabell 113*).

Tabell 113. Vårdavdelningarna fördelade med hänsyn till patienternas skötsel av den personliga hygien

Sjukhus	Antal vårdavdelningar inom vilka				
	0 %	0,1—10 %	10,1—50 %	> 50 %	
	sköter sin personliga hygien				
	↓				
A.....	helt.....	1	1	2	2
	delvis.....	1	—	2	3
	inte alls.....	1	2	2	1
B.....	helt.....	—	—	1	5
	delvis.....	—	3	3	—
	inte alls.....	2	2	2	—
C.....	helt.....	—	1	3	2
	delvis.....	1	—	5	—
	inte alls.....	2	2	1	1
D.....	helt.....	—	—	3	3
	delvis.....	2	—	3	1
	inte alls.....	1	1	2	2
E.....	helt.....	—	1	1	4
	delvis.....	1	1	3	1
	inte alls.....	2	—	3	1
F.....	helt.....	—	—	2	4
	delvis.....	—	1	5	—
	inte alls.....	1	2	2	1
G.....	helt.....	1	—	2	3
	delvis.....	1	—	5	—
	inte alls.....	1	1	3	1

#### Administration och organisation

Av tabell B 11 framgår bl. a., att på avdelningar, där de flesta patienterna helt sköter sin personliga hygien, får man ett högsta procental administrativa och organisatoriska arbetsuppgifter. Skillnaderna är emellertid relativt små: vid avdelningar, där icke några patienter helt sköter sin personliga hygien, upptar dylika göromål 7,1 % av observationstiden, vid avdelningar, där mer än 50 % helt sköter sin personliga hygien, är motsvarande siffra 9,7 %.

#### Sjukvård

Vad först beträffar *den elementära sjukvården* medför givetvis ett större antal patienter, som inte sköter sin personliga hygien, att omfattningen av detta slag av sjukvård ökar. Vid avdelningar, där mer än 50 % av patienterna inte alls sköter sin personliga hygien, upptar den elementära sjukvården inte mindre än 30,9 % av observationstiden, och vid avdelningar, där det inte finns några sådana patienter, är omfattningen av sådana uppgifter endast 14,2 %. *Den tekniska sjukvården* företer ett mera oregelbundet mönster, någon säker tendens i viss riktning kan i varje fall inte för-

märkas. Den psykologiska sjukvården varierar i betydande grad, men inte heller här kan någon viss tendens urskiljas. Vid de avdelningar, där inga patienter helt sköter sin personliga hygien, upptar den 7,4 % av observationstiden, vid avdelningar med mellan 0,1—10 % patienter, som sköter sin personliga hygien, är den psykologiska sjukvården mest framträdande, den upptar vid dessa 14,4 % av observationstiden, för att därefter successivt sjunka till 11,7 % vid de avdelningar, där mer än 50 % består av patienter, som helt sköter sin personliga hygien.

### Övervakning

Av tabellen synes framgå, att ju flera patienter det finns på avdelningarna, som helt sköter sin personliga hygien, ju mera tid ägnas åt *övervakning utan särskild insats*, men antalet observationer i denna grupp är som nämnts begränsat (ökar från knappt 1 % till drygt 2 %).

### Städningsarbete o. dyl.

Samma tendens föreligger här; vid avdelningar, där det inte finns några patienter, som helt sköter sin personliga hygien, upptar denna arbetsgrupp 11,1 % av observationstiden för att öka till 14,1 % vid de avdelningar, där mer än 50 % av patienterna sköter sin personliga hygien självständigt.

### Ärenden av olika slag

Motsvarande tendens finnes också beträffande denna observationsgrupp; från avdelningar, där icke några patienter självständigt sköter sin personliga hygien, till avdelningar, där mer än 50 % består av sådana patienter, ökas procenten av observationer för dylika göromål från 2,8 till 4,6.

### Undervisning och information

Här föreligger ett oregelbundet mönster. Vid avdelningar, där icke några patienter helt sköter sin personliga hygien, upptar denna grupp 1,2 % av observationerna, inom de avdelningar, där mellan 0,1—10 % består av sådana patienter, upptar den 3,2 % av observationerna för att därefter sjunka till 1,7 % vid avdelningar med 10,1—50 % patienter, som självständigt sköter sin personliga hygien. Vad slutligen beträffar avdelningar, där mer än 50 % består av sådana patienter stiger ifrågavarande arbetsgrupp till att omfatta 2,6 % av observationerna.

### Observationernas fördelning med hänsyn till antalet patienter som matas i procent av hela antalet patienter vid vårdavdelningarna

Vid bearbetningen indelades observationerna även med hänsyn till antalet patienter som matas i procent av hela antalet patienter inom respektive avdelningar (*tabell B 12*). Antalet avdelningar inom vilka 0, 0,1—10, 10,1—40, resp. > 40 % av patienterna matas framgår av nedanstående sammanställning (*tabell 114*).

Tabell 114. Vårdavdelningarna fördelade med hänsyn till huruvida patienterna matas eller ej

Sjukhus	Antal vårdavdelningar inom vilka följande procent av patienterna matas:				Summa
	0 %	0,1—10 %	10,1—40 %	> 40 %	
A.....	3	1	2	—	6
B.....	3	2	1	—	6
C.....	2	1	3	—	6
D.....	2	1	1	2	6
E.....	4	1	1	—	6
F.....	1	2	2	1	6
G.....	1	2	2	1	6
Summa	16	10	12	4	42
Antal observationer ..	5 888	4 447	3 981	1 806	16 122

### Administration och organisation

Relativt små variationer föreligger här, från 8,5 % (vid avdelningar, där mer än 40 % av patienterna matas) till 9,6 % av observationstiden (vid avdelningar, där det finns mellan 0,1—10 % sådana patienter).

### Sjukvård

Beträffande *den elementära sjukvården* finns betydande variationer, och det föreligger också en klar tendens. Minst omfattande är denna gren av sjukvården vid avdelningar, där icke några patienter matas — den upptar där 15,6 % av observationstiden — för att successivt stiga till 29,8 % vid avdelningar, där mer än 40 % matas. I fråga om *den tekniska sjukvården* är variationerna små, från 4,2 % (vid avdelningar där mer än 40 % matas) till 5,4 % (vid avdelningar, inom vilka mellan 0,1—10 % matas). Någon tendens i viss riktning kan ej urskiljas. Vad beträffar *den psykologiska sjukvården* synes mera tid ägnas åt denna, ju färre patienter det finns, som matas (från 9,3 % av observationerna vid avdelningar, där mellan 10,1—40 % av patienterna matas, till 14,3 % vid avdelningar, där inga patienter matas).

### Övervakning

Ifråga om *övervakning utan särskild insats* är tendensen oklar. Denna grupp av observationer omfattar 2,3 % av totalantalet vid avdelningar, där det inte finns några patienter, som matas, stiger därefter något till 2,7 % vid avdelningar, inom vilka 0,1—10 % matas. Vid avdelningar, där 10,1—40 % av patienterna matas, är övervakning utan särskild insats relativt sett minst omfattande (1,3 % av observationerna) för att därefter stiga till 2,0 % vid avdelningar, där mer än 40 % av patienterna matas.

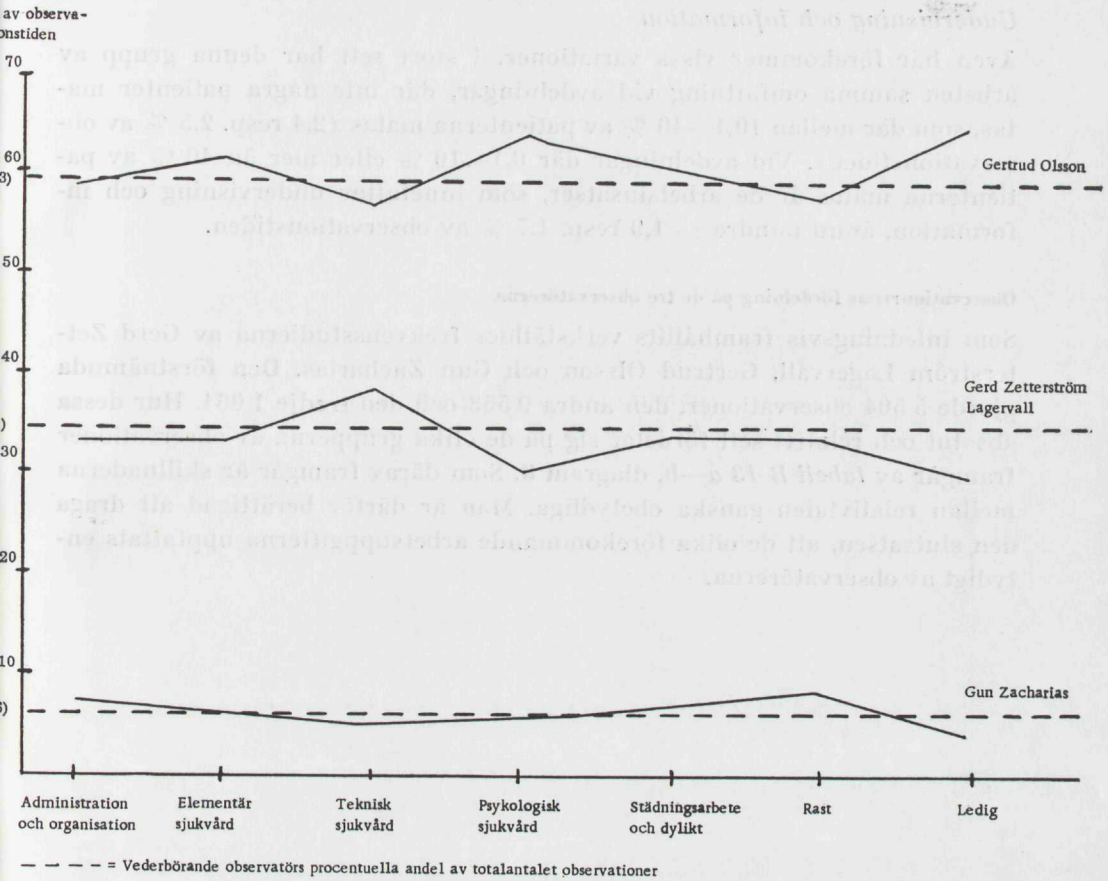


Diagram 8. De tre observatörernas andel av antalet observationer i vissa arbetsgrupper

### Städningsarbete o. dyl.

Mönstret är här oregelbundet, och någon tendens i någon bestämd riktning kan ej urskiljas. Vid avdelningar, där inga patienter, resp. mellan 10,1—40 % av patienterna matas, omfattar dessa arbeten 13,8 % av observationstiden. Vid avdelningar, där 0,1—10 % av patienterna matas, är motsvarande procenttal 11,4 och vid avdelningar, där mer än 40 % matas, 11,9.

### Ärenden av olika slag

Beträffande denna grupp av arbeten är tendensen klar; vid de avdelningar, där inte några patienter matas, upptar dessa arbeten 4,6 % av observationstiden för att därefter successivt sjunka till 1,4 % vid de avdelningar, där mer än 40 % av patienterna matas.



### *Undervisning och information*

Även här förekommer vissa variationer. I stort sett har denna grupp av arbeten samma omfattning vid avdelningar, där inte några patienter matas, som där mellan 10,1—40 % av patienterna matas (2,4 resp. 2,5 % av observationstiden). Vid avdelningar där 0,1—10 % eller mer än 40 % av patienterna matas är de arbetsinsatser, som innefattar undervisning och information, ännu mindre — 1,9 resp. 1,7 % av observationstiden.

### **Observationernas fördelning på de tre observatörerna**

Som inledningsvis framhållits verkställdes frekvensstudierna av Gerd Zetterström Lagervall, Gertrud Olsson och Gun Zacharias. Den förstnämnda gjorde 5 504 observationer, den andra 9 553 och den tredje 1 064. Hur dessa absolut och relativt sett fördelar sig på de olika grupperna av observationer framgår av *tabell B 13 a—b*, diagram 8. Som därav framgår är skillnaderna mellan relativtalen ganska obetydliga. Man är därför berättigad att draga den slutsatsen, att de olika förekommande arbetsuppgifterna uppfattats entydigt av observatörerna.

## KAPITEL 6

## Rapport över arbetsredogörelseundersökningen

*I. Tillvägagångssätt*

Den tredje metoden för analysering av sjukvårdspersonalens arbetsuppgifter genomfördes på så sätt att följande befattningshavare ombads att på ett särskilt formulär anteckna vad deras arbete bestod av för olika uppgifter under loppet av en 4-dagarsperiod (4 nätter i fråga om nattpersonalen).

## Läkare

Överläkare och bitr. överläkare

Övriga läkare i sjukhusvård

Överläkare i familjevård och hjälpverksamhet

Internmedicinare och personalläkare

## Psykologer

## Kuratorer

Personalföreståndare och bitr. personalföreståndare

Föreståndarinnor och uppsyningsmän för inre sjukvård

Föreståndarinnor i hjälpverksamhet och familjevård

## Socioterapeuter

Uppsyningsmän för yttre arbeten

## Apotekssköterskor

Personal i sysselsättnings- och arbetsterapi

## Nattöversköterskor

Kvällvakter på vårdavdelningar<sup>1</sup>

Nattvakter på vårdavdelningar<sup>1</sup>

Formuläret var indelat i halvtimmesintervaller, vilka täckte hela arbetstiden för dag- respektive kvälls- och nattpersonalen.

Följande anvisningar om sättet för formulärens ifyllande delgavs varje befattningshavare, som ombads lämna arbetsredogörelse.

1. Uppgifterna avser att täcka hela Edert arbetspass under fyra dagar (nätter). För varje arbetsdag (natt) användes ny blankett.

2. Edra huvudsakliga sysselsättningar under närmast förflutna halvtimme av arbetspasset antecknas å blanketten. Om Ni under halvtimmen hållit på med flera arbetsuppgifter anges inom parentes det ungefärliga antal minuter, som Ni hållit

<sup>1</sup> Av kvällvakter och nattvakter på vårdavdelningar lämnades arbetsredogörelser vid samma avdelningar som frekvensstudierna gjordes på.

på med olika arbetsuppgifter, t. ex. »medicinutdelning (15 min.)», »golvboning (10 min.)», »förande av journal (5 min.)».

3. Anteckningarna göres så kortfattat och koncentrerat som möjligt. Mera generell hållna anteckningar såsom »skrivgöromål», »tillsyn» bör undvikas; sådan anteckning bör kompletteras med vad skrivgöromålen eller tillsynen avsett, t. ex. »journalanteckning» resp. »tillsyn av utarbetande patienter».

4. Ytterligare anvisningar rörande formulärens ifyllande lämnas av utredningens sekreterare.

5. Sedan undersökningarna avslutats inlämnas de av Eder ifyllda blanketterna till sjukhuschefens (styresmannens) expedition.

I kapitel 1 har vi diskuterat tillförlitligheten av intervju- och arbetsredogörelsemetoderna. Som därav framgår är bortfallet ifråga om arbetsredogörelserna ringa, dock med undantag för läkarna vid de kommunala sjukhusen. En annan faktor, som är av betydelse, är att endast ett fåtal arbetsredogörelser lämnades av vissa personalkategorier beroende på att antalet besatta tjänster av ifrågavarande slag inte var större vid de undersökta sjukhusen. Så var exempelvis fallet med invärtesmedicinare och personalläkare, kuratorer vid statliga sjukhus, socioterapeuter vid kommunala sjukhus etc. Arbetsuppgifterna för dessa kategorier kommer att ytterligare belysas i delegationens kommande huvudbetänkande.

## II. Resultat

### Överläkare och bitr. överläkare (Tabell II 5 a)

Av rubricerade befattningshavare lämnades sammanlagt 24 arbetsredogörelser, därav 16 vid statliga och 8 vid kommunala sjukhus.

Den ojämförligt största arbetsgruppen var Rond (förmiddagsrond), som vid statliga sjukhus upptog 29 % och vid kommunala något mindre eller 24 % av arbetstiden. Vid de kommunala sjukhusen förekom också i mera begränsad utsträckning eftermiddagsrond, vilken dock upptog endast en knapp procent av arbetstiden.

Den näst största gruppen var vid statliga sjukhus Expeditionsarbete med telefonmottagning, som där omfattade 18 % av arbetstiden (10 % vid kommunala sjukhus), och vid kommunala sjukhus Samtal, undersökningar och behandlingar utöver rondan, vilken grupp där upptog 18 % (9 % vid statliga sjukhus).

Gruppen Intyg och skrivelser till myndigheter och institutioner etc. var betydligt mera omfattande vid statliga än vid kommunala sjukhus (11 respektive 4 %). Skillnaden torde till viss del förklaras av det merarbete, som vården av de straffriförklarade medför vid de statliga sjukhusen. Ett motsatt förhållande rådde beträffande gruppen Privatpraktik (3 respektive 7 %) och likaledes vad beträffar gruppen Tjänstgöring utom sjukhuset (5 respektive 8 %).

Tabell 115 a. Överläkare och bitr. överläkare

Arbetsuppgifter	Statliga sjukhus (16 bef.-havare)		Kommunala sjukhus (8 bef.-havare)		Samtliga sjukhus (24 bef.-havare)	
	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%
1	2	3	4	5	6	7
1. Rond (fm). Samtal, undersökningar och behandlingar under rondan. Konferenser i samband med rondan.....	134,5	29,3	50,5	23,7	185,0	27,5
1 a. Eftermiddagsrond.....	—	—	2,0	0,9	2,0	0,3
2. Journalskrivning. Genomgång av journaler.....	34,5	7,6	18,5	8,7	53,0	7,9
3. Intyg och skrivelser till myndigheter och institutioner. Remisser. Styresmannauppgifter.....	50,5	11,0	9,0	4,2	59,5	8,8
4. Samtal, undersökningar och behandlingar utöver rondan (inberäkn. samtal med anhöriga, mottagn. för försöksutskrivna och definitivt utskrivna).....	41,0	8,9	38,0	17,8	79,0	11,7
5. Exp.-arbete med telefonmottagn.: förfrågn. ang. pat., förnyelse av recept etc. Genomgång av post. Arbetsplanering.....	81,0	17,6	22,0	10,3	103,0	15,3
6. Samtal och konferenser med andra befattningshavare och kolleger.....	44,5	9,7	27,5	12,9	72,0	10,7
7. Undervisning, föredrag och föreläsningar. Vetenskapligt arbete. Genomgång av facklitteratur...	39,5	8,6	13,5	6,3	53,0	7,9
8. Privatpraktik.....	12,5	2,7	14,5	6,8	27,0	4,1
9. Tjänstgöring utom sjukhuset, bl. a. mottagn. på alkoholpol., konsult på andra sjukhus etc.	21,0	4,6	18,0	8,4	39,0	5,8
Summa	459,0	100,0	213,5	100,0	672,5	100,0

## Övriga läkare i sjukhusvård (Tabell 115 b)

Även i fråga om dessa läkare utgjorde Rond etc. den ojämförligt största arbetsgruppen (35 % vid statliga och 28 % vid kommunala sjukhus). Eftermiddagsrond förekom vid såväl statliga som kommunala sjukhus och i större omfattning än bland överläkarna, den omfattade 7 à 8 % av arbetstiden.

Den näst största observationsgruppen utgjordes såväl vid statliga som vid kommunala sjukhus av Samtal, undersökningar och behandlingar utöver rondan etc. (17 respektive 19 %). Därefter följde Journalskrivning, som omfattade dubbelt så lång tid för här berörda läkare (16 % vid statliga sjukhus och 14 % vid kommunala) som vad fallet var för överläkare och biträdande överläkare.

Även beträffande rubricerade läkare var gruppen Intyg och skrivelser

till myndigheter och institutioner etc. mera omfattande vid statliga än vid kommunala sjukhus (6 respektive 2 %).

Expeditionsarbete med telefonmottagning etc. upptog vid statliga sjukhus 10 och vid kommunala sjukhus 13 % av arbetstiden.

En betydande skillnad förelåg beträffande gruppen Samtal och konferenser med andra befattningshavare och kolleger. Den omfattade endast 3 % vid statliga sjukhus mot 10 % vid kommunala sjukhus.

Tabell 115 b. Övriga läkare i sjukhusvården

Arbetsuppgifter	Statliga sjukhus (22 bef.-havare)		Kommunala sjukhus (11 bef.-havare)		Samtliga sjukhus (33 bef.-havare)	
	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%
1	2	3	4	5	6	7
1. Rond (fm). Samtal, undersökningar och behandlingar under rondan. Konferenser i samband med rondan.....	215,5	34,7	94,5	27,5	310,0	32,1
1 a. Eftermiddagsrond.....	51,5	8,3	24,5	7,1	76,0	7,9
2. Journalskrivning. Genomgång av journaler.....	96,5	15,5	48,5	14,1	145,0	15,0
3. Intyg och skrivelser till myndigheter och institutioner. Remisser.....	36,5	5,9	7,0	2,0	43,5	4,5
4. Samtal, undersökningar och behandlingar utöver rondan, (inberäkn. samtal med anhöriga, mottagning för försöksutskrivna och definitivt utskrivna.....	106,0	17,1	64,0	18,5	170,0	17,6
5. Exp.-arbete med telefonmottagn.: förfrågn. ang. pat., förnyelse av recept etc. Genomgång av post. Arbetsplanering.....	63,0	10,0	44,5	13,0	107,5	11,1
6. Samtal och konferenser med andra befattningshavare och kolleger.....	21,0	3,4	32,5	9,5	53,5	5,5
7. Undervisning, föredrag och föreläsningar. Vetenskapligt arbete. Genomgång av facklitteratur....	18,5	3,0	11,0	3,2	29,5	3,1
8. Privatpraktik.....	6,0	1,0	5,5	1,6	11,5	1,2
9. Tjänstgöring utom sjukhuset, bl. a. mottagn. på alkoholpol., konsult på andra sjukhus etc....	7,0	1,1	12,0	3,5	19,0	2,0
Summa	621,5	100,0	344,0	100,0	965,5	100,0

#### Överläkare i hjälpverksamhet och familjevård (Tabell 116)

Till sjukhusen anknuten hjälpverksamhet och familjevård förekommer endast inom den statliga mentalsjukvården. Arbetsredogörelser lämnades av 3 överläkare. Den ojämförligt mest omfattande gruppen av arbetsuppgif-

ter för dessa bestod av Resor, som utgjorde 38 % av arbetstiden. Journal-skrivning, Intyg och skrivelser etc., Mottagning på sjukhuset eller på annan ort och Expeditionsarbete upptog vardera cirka 9 % av arbetstiden. Konsultuppdrag såsom tjäntgöring som läkare vid alkoholistanstalt fullgjordes under 14 % av arbetstiden.

Tabell 116. Överläkare i hjälpverksamhet och familjevård

Arbetsuppgifter	Statliga sjukhus (3 bef.-havare)	
	Antal arbetstim.	%
1. Resor i hjälpverksamhet och familjevård: besök hos patienter, anhöriga, tjänsteläkare, lokala myndigheter, vårdhem, arbetsgivare etc.....	38,5	37,9
2. Journalskrivning. Genomgång av journaler.....	9,5	9,4
3. Intyg och skrivelser till myndigheter och institutioner. Remisser.....	10,0	9,9
4. Mottagning på sjukhuset eller på annan ort.....	8,5	8,4
5. Expeditionsarbete, telefonmottagning. Förfrågningar ang. förnyelse av recept etc. Genomgång av post.....	9,0	8,9
6. Samtal och konferenser med andra befattningshavare och kolleger.....	7,5	7,4
7. Undervisning, föredrag och föreläsningar. Vetenskapligt arbete. Genomgång av facklitteratur.....	4,5	4,4
8. Tjänstgöring som läkare vid alkoholistanstalt, konsultverksamhet av olika slag såsom för barnavårdsnämnd.....	14,0	13,7
Summa	101,5	100,0

#### Invärtesmedicinare och personalläkare (Tabell 117)

Vid ett av de statliga sjukhusen lämnades arbetsredogörelse av en överläkare i internmedicin tillika personalläkare.<sup>1</sup> Av redogörelsen framgår, att ungefär en fjärdedel av arbetstiden (26 %) disponerades för Personalläkar-mottagning; nästan lika lång tid (21 %) ägnades åt Sjukbesök hos personalen inom och utom sjukhuset. Mottagning för sjukhusets patienter och besök på vårdavdelningarna upptog 17 % av arbetstiden. Lika tidskrävande var en speciell uppgift, som utfördes vid tiden för våra organisationsundersökningar, nämligen Uppläggning och utförande av poliovaccinering av personalen.

<sup>1</sup> Tjänster för invärtesmedicinare och personalläkare finns sedan flera år tillbaka vid samtliga de sjukhus, som ingick i våra undersökningar. Endast vid 4 av dessa är emellertid tjänsterna besatta (januari 1963). Vid undersökningstillfället var endast 1 tjänst besatt.

Tabell 117. Invärtesmedicinare och personalläkare

Arbetsuppgifter	Statliga sjukhus (1 bef.-havare)	
	Antal arb.tim.	%
1	2	3
1. Personalläkarmottagning på sjukhuset för personalen . . . . .	7,5	25,9
2. Sjukbesök hos personalen inom och utom sjukhuset . . . . .	6,0	20,7
3. Mottagning för sjukhusets pat. och besök på vårdavdelningar . . . . .	5,0	17,2
4. Journalskrivning och andra skrivarbeten . . . . .	1,5	5,3
5. Exp.-arbete och telefonsamtal . . . . .	1,0	3,4
6. Samtal och konferenser med kolleger och andra befattningshavare . . . . .	3,0	10,3
7. Uppläggning och utförande av polio vaccinationer av personalen . . . . .	5,0	17,2
Summa	29,0	100,0

**Psykologer (Tabell 118)**

Arbetsredogörelser lämnades av sammanlagt 4 psykologer, därav 3 vid statliga<sup>1</sup> och 1 vid kommunalt sjukhus.

Som väntat var arbetsgrupperna Testningar och samtal med patienter samt Bearbetning av testmaterial och testprotokoll etc. mest tidskrävande; de omfattade tillsammans 64 % (28 + 36) av arbetstiden vid statliga sjukhus och 82 % (45 + 37) vid det kommunala sjukhuset. Några mera betydande skillnader förelåg inte beträffande övriga arbetsgrupper, dock med undantag för gruppen Undervisning, föredrag och föreläsningar, som endast förekom vid de statliga sjukhusen och där omfattade 15 % av arbetstiden.

**Kuratorer (Tabell 119)**

Sammanlagt 12 kuratorer avgav arbetsredogörelser, därav endast 2 vid statliga sjukhus mot 10 vid kommunala.

Gruppen Expeditionsarbete etc. var för denna personalkategori mest tidskrävande (30 % av arbetstiden) närmast följd av Samtal med patienter etc. och Telefonsamtal med olika myndigheter etc., vilka vid statliga sjukhus omfattade 16 respektive 13 % av arbetstiden mot 14 respektive 17 % vid kommunala sjukhus. Andra grupper, som var relativt tidskrävande, var olika slag av konferenser (punkterna 1—2 i tabellen), som tillhoppa omfattade 23 % av arbetstiden vid statliga sjukhus och 18 % vid kommunala sjukhus. Gruppen Kontakt med patienter i öppen vård omfattade vid kom-

<sup>1</sup> Här har medtagits 2 psykologer vid Ulleråkers sjukhus, som lämnade arbetsredogörelser i provundersökningen.

Tabell 118. Psykologer

Arbetsuppgifter	Statliga sjukhus (3 bef.-havare)		Kommunala sjukhus (1 bef.-havare)		Samtliga sjukhus (4 bef.-havare)	
	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%
1	2	3	4	5	6	7
1. Uppläggning av dagens program. Konferens med medhjälpare...	4,0	4,8	1,0	3,3	5,0	4,4
2. Ronder. Konferens med läkare och andra befattningshavare...	4,5	5,4	2,5	8,3	7,0	6,2
3. Testningar och samtal med pat.	23,5	28,3	13,5	45,0	37,0	32,7
4. Bearbetning av testmaterial och testprotokoll. Utskrivning av resultat och utlåtande.....	29,5	35,5	11,0	36,7	40,5	35,8
5.Handledning av praktikanter...	5,0	6,0	1,5	5,0	6,5	5,8
6. Undervisning, föredrag och före- läsningar. Vetenskapligt arbete. Genomgång av facklitteratur...	12,0	14,6	—	—	12,0	10,7
7. Exp.-arbete.....	4,5	5,4	0,5	1,7	5,0	4,4
Summa	83,0	100,0	30,0	100,0	113,0	100,0

Tabell 119. Kuratorer

Arbetsuppgifter	Statliga sjukhus (2 bef.-havare)		Kommunala sjukhus (10 bef.-havare)		Samtliga sjukhus (12 bef.-havare)	
	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%
1	2	3	4	5	6	7
1. Konferenser och samtal med läkare. Rond.....	7,0	11,2	33,5	10,2	40,5	10,4
2. Konferenser och samtal med kolleger och andra befattnings- havare inom sjukhuset.....	7,5	12,0	25,0	7,6	32,5	8,3
3. Samtal med pat. på exp. Besök hos pat. på avdelningarna....	10,0	16,0	45,5	13,9	55,5	14,2
4. Telefonsamtal med olika myn- digheter och institutioner och enskilda pers. (t. ex. förmynd- dare, övervakare etc.).....	8,0	12,8	56,0	17,2	64,0	16,4
5. Kontakt med anhöriga under mottagning, per telefon eller per brev.....	2,0	3,2	19,0	5,8	21,0	5,4
6. Hembesök.....	—	—	4,0	1,2	4,0	1,0
7. Ärenden med pat. eller för pat. (klädinköp och dylikt).....	4,0	6,4	8,0	2,4	12,0	3,1
8. Kontakt med och åtgärder för försöksutskrivna och definitivt utskrivna.....	0,5	0,8	17,0	5,2	17,5	4,5
9. Exp.-arbete. Uppläggning av dagens arbete. Genomgång av post.....	18,5	29,6	97,5	29,7	116,0	29,7
10. Studiebesök. Undervisning. Handledning.....	1,5	2,4	13,0	4,0	14,5	3,7
11. Diverse.....	—	—	9,5	2,8	9,5	2,4
12. Testning.....	3,5	5,6	—	—	3,5	0,9
Summa	62,5	100,0	328,0	100,0	390,5	100,0



munala sjukhus 5 % av arbetstiden mot endast 1 % vid statliga sjukhus. Det bör här framhållas, att huvudparten av arbetet med försöksutskrivna och definitivt utskrivna patienter ankom vid de statliga sjukhusen på föreståndarinnorna i hjälperksamhet och familjevård.

Som framgår av tabellen utförde en av kuratorerna vid de statliga sjukhusen testning (6 % av arbetstiden).

#### **Personalföreståndare och bitr. personalföreståndare (Tabell 120)**

Sammanlagt 11 personalföreståndare och bitr. personalföreståndare lämnade arbetsredogörelser, därav 7 vid statliga och 4 vid kommunala sjukhus.

Det dagliga arbetet för dessa befattningshavare är mycket omväxlande. Arbetet varierar också under olika tider av månaden, så bl. a. upptar upprättande och kollning av avlöningslistor en icke ringa del av arbetet under sista hälften av månaden.

Såsom framgår av nedanstående tabell var vid undersökningstillfället den största arbetsgruppen vid de statliga sjukhusen Arbete med personalrullan, avlöningslistor etc., som upptog 21 % av arbetstiden. Därefter följde Anställningsärenden, 16 %, och på »delad tredje plats» Sjukärenden och Personalvårdande uppgifter 13 % vardera.

Vid de kommunala sjukhusen var ordningsföljden en annan. Den största gruppen var där Personalvårdande uppgifter, som omfattade inte mindre än 27 % av arbetstiden, närmast följd av Sjukärenden, 23 %, och Arbete med personalrullan, avlöningslistor etc., 20 %. Gruppen Anställningsärenden upptog vid dessa sjukhus 11 %.

Beträffande övriga arbetsgrupper förelåg en mera markant skillnad i fråga om Expeditionsarbete i övrigt, som upptog 10 % av arbetstiden vid statliga sjukhus mot endast 4 % vid kommunala sjukhus.

#### **Föreståndarinnor och uppsyningsmän för inre sjukvård (Tabell 121)**

Arbetsredogörelser lämnades av tillhoppa 22 föreståndarinnor och uppsyningsmän för inre sjukvård, därav 12 vid statliga sjukhus och 10 vid kommunala.

Den ojämförligt största arbetsgruppen för dessa befattningshavare var vid de statliga sjukhusen Arbete med patienternas privata medel och flitpengar, som där upptog inte mindre än 27 % av arbetstiden. Vid de kommunala sjukhusen var denna arbetsgrupp betydligt mindre (11 %), vilket sammanhänge med att intendentskontoret vid det ena kommunala sjukhuset övertagit huvudparten av dessa arbetsuppgifter. Det bör här framhållas, att även vid några statliga sjukhus, varav dock inget ingick i våra undersökningar, pågår en försöksverksamhet med en centralisering till intendentskontoren av de arbetsuppgifter, som berör patienternas privata medel. I statsverkspropositionen till 1963 års riksdag har också föreslagits inrättande fr. o. m. 1 juli 1963 av 27 tjänster som kontorister vid de statliga primärsjukhusen, vilka skulle ombesörja arbetsuppgifter av detta slag. Härigenom har ett

Tabell 120. Personalföreståndare och bitr. personalföreståndare

Arbetsuppgifter	Statliga sjukhus (7 bef.-havare)		Kommunala sjukhus (4 bef.-havare)		Samtliga sjukhus (11 bef.-havare)	
	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%
1	2	3	4	5	6	7
1. Arbete med personalrullan, avlöningslistor, vikarielistor, rapporter etc. ....	46,5	20,9	23,0	20,4	69,5	20,7
2. Semesterärenden, upprättande av semesterlistor etc. ....	12,0	5,4	1,0	0,9	13,0	3,9
3. Anställningsärenden: genomgång av ansökningshandl., inhämta rekommendationer, personliga samtal etc. Betygsskrivning. Ordnannde av vikarier. . . .	36,5	16,4	12,0	10,7	48,5	14,5
4. Befordringsärenden. Omplacering av ansvarig personal etc. . .	4,5	2,0	0,5	0,4	5,0	1,5
5. Sjukärenden: mottagn. av sjukansmälan, meddelanden till sjukkassan. Omplacering av personal. ....	29,5	13,3	25,5	22,7	55,0	16,4
6. Bostadsärenden (placering etc.)	8,0	3,6	3,0	2,7	11,0	3,3
7. Arbete i samband med utbildningen vid sjukhuset (placering och omplacering etc.) . . . . .	15,0	6,8	5,5	4,9	20,5	6,1
8. Konferens med sjukhuschef och andra befattningshavare. Besök på avdelningarna. ....	18,5	8,3	7,0	6,2	25,5	7,6
9. Personalvårdande uppgifter (samtal, rådgivning, ordnande med tjänstledighet etc.) . . . . .	29,0	13,0	30,5	27,1	59,5	17,8
10. Exp.-arbete i övrigt. Ospec. telefonsamtal etc. ....	23,0	10,3	4,5	4,0	27,5	8,2
Summa	222,5	100,0	112,5	100,0	335,0	100,0

sedan ett flertal år framlagt förslag realiserats. Redan i det av mentalsjukvårdsdelegationen år 1958 avlämnade betänkandet föreslogs, att föreståndarinnorna skulle befrias från arbetsuppgifterna med patienternas privata medel.

Gruppen Rond med läkare var mest tidskrävande vid de kommunala sjukhusen, den omfattade där 23 % av arbetstiden. Därefter kom grupperna Expeditionsarbete i övrigt, 14 %, och In- och utskrivningar samt förflyttningar inom sjukhuset av patienter, 12 %.

Vid de statliga sjukhusen var Rond med läkare den näst största arbetsgruppen (22 % av arbetstiden). Gruppen In- och utskrivningar etc. var även vid dessa sjukhus relativt tidskrävande; 10 % av arbetstiden ägnades där enligt vår undersökning åt sådana göromål.

En liten skillnad förelåg i fråga om Samtal och konferenser med läkare och andra befattningshavare, som vid de kommunala sjukhusen omfattade 9 % av arbetstiden mot endast 6 % vid de statliga.

Tabell 121. Föreståndarinnor och uppsyningsmän för inre sjukvård

Arbetsuppgifter	Statliga sjukhus (12 bef.-havare)		Kommunala sjukhus (10 bef.-havare)		Samtliga sjukhus (22 bef.-havare)	
	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%
1	2	3	4	5	6	7
1. Rond med läkare. Samtal och rapporter i samband med ronden.....	96,0	21,8	73,0	22,5	169,0	22,1
1 a. Egen rond på avd. före läkar-ronden på morgonen. Besök på avd.....	22,5	5,1	15,0	4,6	37,5	4,9
2. Mottagande och lämnande av rapporter i övrigt.....	33,0	7,5	29,5	9,1	62,5	8,1
3. In- och utskrivningar samt förflyttningar inom sjukhuset av pat.....	42,0	9,5	39,0	12,0	81,0	10,5
4. Telefonsamtal med avdelningarna och mottagning för avd.-personal.....	13,5	3,1	11,5	3,5	25,0	3,3
5. Arbete med patienternas privata medel och flitpengar (inkl. besök och telefonsamtal i samband med detta).....	120,5	27,4	35,5	10,9	156,0	20,4
6. Telefonsamtal och besök ang. inläggande pat.; förfrågn. ang. intagning och plats etc.....	36,5	8,3	31,5	9,7	68,0	8,9
7. Samtal och konferens med läkare och andra befattningshavare	25,0	5,7	28,0	8,6	53,0	6,9
8. Exp.-arbete i övrigt.....	17,0	3,9	46,5	14,3	63,5	8,4
9. Arbete med post (mottagn., sortering och utlämning).....	21,5	4,9	11,5	3,5	33,0	4,3
10. Kurativa åtgärder. (Kontakt med myndigheter, ordnande av placering etc.).....	12,5	2,8	4,0	1,2	16,5	2,2
Summa	440,0	100,0	325,0	100,0	765,0	100,0

## Föreståndarinnor i hjälpverksamhet och familjevård (Tabell 122)

Som tidigare framhållits förekommer till sjukhusen direkt anknuten hjälpverksamhet och familjevård endast inom den statliga mentalsjukvården. Arbetsredogörelser lämnades av 6 föreståndarinnor för sådan verksamhet. Som väntat upptog gruppen Resor med läkaren etc. en betydande del av arbetstiden (30 %). Därefter följde Arbete med journaler etc. (15 %), Kurativa åtgärder (13 %) och Expeditionsarbete (12 %).

## Socioterapeuter (Tabell 123)

Socioterapeut är icke någon i personalstat vedertagen benämning på befattningshavare inom mentalsjukvården. Benämningen användes emellertid på sjukvårdspersonal med speciella uppgifter inom den resocialise-

Tabell 122. Föreståndarinnor i hjälpverksamhet och familjevård

Arbetsuppgifter	Statliga sjukhus (6 bef.-havare)	
	Antal arb.tim.	%
1	2	3
1. Resor med läkaren; besök hos pat., anhöriga, tjänsteläkare, lokala myndigheter, vårdhem etc. Resor utan läkaren, men på uppdrag av honom.....	68,5	29,7
2. Arbete i samband med hjälpverksamhetsmottagning vid sjukhuset eller på annan ort.....	13,5	5,9
3. Arbete med journaler och pat.-kort, (skrivning, läsning och genomgång). Rapportskrivning.....	35,0	15,2
4. Samtal med pat. Hembesök och egna resor utöver resorna med läkaren.....	20,0	8,7
5. Kurativa åtgärder (vari ingår förberedelser för utskrivning och intagning).....	30,5	13,2
6. Samtal och konferens med läkare och andra befattningshavare.....	15,5	6,7
7. Telefonsamtal.....	19,5	8,5
8. Exp.-arbete.....	28,0	12,1
Summa	230,5	100,0

ringsverksamhet, som bedrivs för patienterna. Verksamheten har hittills utformats efter olika mönster vid de olika sjukhusen. Arbetsredogörelser lämnades av 4 befattningshavare med sådana uppgifter vid statliga sjukhus (1 förste skötare och 3 skötare) och av 1 vid det ena av de båda kommunala sjukhusen (studieledare). Med hänsyn till att den sistnämnda befattningen hade en helt annan karaktär än ifrågavarande tjänster vid de statliga sjukhusen gör vi här ingen direkt jämförelse mellan statliga och kommunala sjukhus.

Den största arbetsgruppen vid de statliga sjukhusen utgjordes av Planering av utflykter, som omfattade 39 % av arbetstiden, därefter följde Instruktion och tillsyn för terapilag i utarbete (34 %), Planering av övningar i gymnastik och idrott (11 %) och Undervisning, föredrag och föreläsningar etc. (6 %).

Studieledaren vid det kommunala sjukhuset var under 35 % av sin arbetstid upptagen med Planering av studie- och hobbykurser; Planering av utflykter var den näst största arbetsgruppen för henne (23 %), följd av Konferenser etc (17 %) och Expeditionsarbete (12 %).

#### Uppsyningsmän för yttre arbeten (Tabell 124)

Arbetsredogörelser lämnades av 5 uppsyningsmän för yttre arbeten, därav 4 vid statliga och 1 vid kommunalt sjukhus.

Gruppen Tillsyn och vägledning av pågående arbeten var mest tidskrä-

Tabell 123. Socioterapeuter (befattningshavare med motsvarande arbetsuppgifter)

Arbetsuppgifter	Statliga sjukhus (4 bef.-havare <sup>1</sup> )		Kommunala sjukhus (1 bef.-havare <sup>2</sup> )		Samtliga sjukhus (5 bef.-havare)	
	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%
1	2	3	4	5	6	7
1. Planering av utflykter.....	47,0	39,3	9,5	22,6	56,5	35,0
2. Planering av studie- och hobbykurser.....	—	—	14,5	34,5	14,5	9,0
3. Planering av (ävensom ledare av) övningar i gymnastik och idrott. Promenader, lekar etc..	13,0	10,9	—	—	13,0	8,0
4. Lärare och handledare vid vissa kurser.....	—	—	3,0	7,1	3,0	1,9
5. Konferenser och samtal med läkare och andra befattningshavare.....	0,5	0,4	7,0	16,8	7,5	4,6
6. Inköp av civila kläder och andra saker för pat. Stadsbesök med och andra uppdrag för enskilda pat.....	3,5	3,0	—	—	3,5	2,2
7. Undervisning, föredrag och föreläsningar. Genomgång av facklitteratur.....	7,5	6,3	3,0	7,1	10,5	6,5
8. Exp.-arbete.....	1,0	0,8	5,0	11,9	6,0	3,7
9. Instruktion och ledning av terapilag i utearbete.....	40,5	33,9	—	—	40,5	25,1
10. Städning.....	6,5	5,4	—	—	6,5	4,0
Summa	119,5	100,0	42,0	100,0	161,5	100,0

<sup>1</sup> Därav 1 förste skötare och 3 skötare

<sup>2</sup> Studieleddare

vande och upptog 33 % av arbetstiden vid statliga sjukhus och 52 % vid det kommunala. Därefter följde grupperna Planering av dagens utearbete etc. (24 respektive 20 %) och Upprättande av dagsverkslängder etc. (14 respektive 27 %).

#### Apotekssköterskor (Tabell 125)

Arbetsredogörelser lämnades av 6 apotekssköterskor, därav 5 vid statliga och 1 vid kommunalt sjukhus.

Den största arbetsgruppen var, vilket framgår av nedanstående tabell, Kollning och utdelning av medicin och apoteksvaror enligt vårdavdelningarnas rekvisitioner, som vid de statliga sjukhusen upptog 41 % av arbetstiden och vid det kommunala sjukhuset 27 %.

En stor arbetsgrupp var också Rekvirering, uppackning av mediciner etc. (26 respektive 13 %).

En vanlig ordning är att någon av sjuksköterskorna vid sjukhusens apotek eller laboratorier biträder personalläkaren i hans mottagning. Vid de

Tabell 124. Uppsyningsmän för yttre arbeten

Arbetsuppgifter	Statliga sjukhus (4 bef.-havare)		Kommunala sjukhus (1 bef.-havare)		Samtliga sjukhus (5 bef.-havare)	
	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%
1	2	3	4	5	6	7
1. Rond (tidig morgonrond innan utarbetet börjar).....	2,5	1,7	—	—	2,5	1,4
2. Upprättande av dagsverkslängder och förteckningar över arbetande pat. Förande av flitkort och flitpenningslistor etc. ....	20,5	14,3	8,0	26,6	28,5	16,4
3. Tillsyn av verktyg och redskap (översyn, inköp och insamling efter dagens slut).....	15,0	10,5	—	—	15,0	8,6
4. Tillsyn av bårhuset (transport dit av avliden, utlämnande till begravningsbyrå etc.).....	3,0	2,1	—	—	3,0	1,7
5. Planerande, iordningställande och fördelning av dagens utarbete. Upprop och utdelning av verktyg och redskap. ....	34,0	23,7	6,0	20,0	40,0	23,3
6. Tillsyn och vägledning av pågående arbeten. Besök och tillsyn av en del verkstäder.....	47,0	32,8	15,5	51,7	62,5	36,0
7. Samtal med läkare och andra befattningshavare.....	4,0	2,9	—	—	4,0	2,3
8. Exp.-arbete med telefonpassning.....	11,5	8,0	0,5	1,7	12,0	6,9
9. Arbete med post (sortering och utdelning).....	3,0	2,1	—	—	3,0	1,7
10. Jourtjänst.....	3,0	2,1	—	—	3,0	1,7
Summa	143,5	100,0	30,0	100,0	173,5	100,0

av våra organisationsundersökningar berörda sjukhusen upptogs 12 % av apotekssköterskornas arbetstid för detta ändamål (13 % vid statliga sjukhus och 6 % vid det kommunala sjukhuset).

De egentliga apoteksgöromålen uppvisar vid det kommunala sjukhuset genomgående lägre procenttal beroende på att den sjuksköterska, som där avlämnade arbetsredogörelse, under drygt 30 % av arbetstiden var sysselsatt med avdelningsarbete eller annat arbete utanför apoteket (s. k. delad tjänst).

#### Laboratoriepersonal (Överskötare, förste skötare och skötare; tabell 126)

Vid sjukhusens laboratorier avlämnades arbetsredogörelser av sammanlagt 25 befattningshavare, därav 16 vid statliga sjukhus och 9 vid kommunala.

Som väntat utgjordes den största arbetsgruppen av Beredning, bearbetning och avläsning av prover, som upptog 39 % av arbetstiden vid statliga och 35 % vid kommunala sjukhus.

Tabell 125. Apotekssköterskor

Arbetsuppgifter	Statliga sjukhus (5 bef.-havare)		Kommunala sjukhus (1 bef.-havare)		Samtliga sjukhus (5 bef.-havare)	
	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%
1	2	3	4	5	6	7
1. Kollning och utdelning av medicin och apoteksvaror enl. avdelningarnas rekvisitioner.....	64,0	41,4	8,5	27,0	72,5	39,0
2. Rekvirering, uppäckning, kontroll, signering etc. av mediciner. Genomgång av medicin- och kylskåp.....	39,5	25,6	4,0	12,7	43,5	23,4
3. Enklare tillverkning (lösningar och tabletter).....	7,5	4,9	1,5	4,8	9,0	4,8
4. Assistens vid personalläkarens mottagning. Polio vacc., öronspolning etc. (inkl. sterilisering av sprutor och tillbehör).....	19,5	12,6	2,0	6,3	21,5	11,5
5. Andra arbetsuppgifter, utöver apotekstjänst (t. ex. tillsyn av personalbostäder etc.).....	5,5	3,6	—	—	5,5	3,0
6. Exp.-arbete; skrivgöromål, telefonsamtal etc.....	10,0	6,4	2,5	7,9	12,5	6,7
7. Arbete med förrådet av sjukvårdsutensilier (utlämning till avd. av sprutor, spetsar etc.)...	8,0	5,2	3,5	11,1	11,5	6,2
8. Städning och rengöring av lokalerna.....	0,5	0,3	—	—	0,5	0,3
9. Avdelningsarbete eller annat arbete utanför apoteket vid delad tjänst.....	—	—	9,5	30,2	9,5	5,1
Summa	154,5	100,0	31,5	100,0	186,0	100,0

Andra tidskrävande arbeten var Ekg-, eeg- och röntgenundersökningar (tillsammans 20 % vid statliga sjukhus och 19 % vid kommunala).

Som framgår av tabellen upptog gruppen Städning av lokalerna 2 % av arbetstiden vid statliga sjukhus mot 14 % vid kommunala sjukhus. Detta berodde på att en skötare vid ett av sistnämnda sjukhus i mycket hög grad var engagerad i sådana göromål.

#### Personal i sysselsättnings- och arbetsterapi (Förmanspersonal; tabell 127 a)

I sjukhusens avdelningar för sysselsättnings- och arbetsterapi lämnades arbetsredogörelser av dels förmanspersonal (arbetsterapeuter, överskötare och förste skötare), dels skötarepersonal. I nedanstående tabell har ett sammandrag gjorts av de redogörelser, som lämnades av förmanspersonalen (10 befattningshavare vid statliga och 9 vid kommunala sjukhus).

De största arbetsgrupperna var Förarbeten, tillsyn etc. samt Handledning och undervisning etc., vilka vid de statliga sjukhusen upptog 29 respektive 28 % av arbetstiden och vid de kommunala sjukhusen 17 respektive 32 %.

Tabell 126. Laboratoriepersonal (överskötare, förste skötare och skötare samt laboratorieassistenter)

Arbetsuppgifter	Statliga sjukhus (16 bef.-havare)		Kommunala sjukhus (9 bef.-havare)		Samtliga sjukhus (25 bef.-havare)	
	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%
1	2	3	4	5	6	7
1. Skrivarbete (svar på remisser, inskrivn. av prov i resp.böcker). Uppkliftring av Ekg-remsor . . .	56,0	10,8	24,5	9,7	80,5	10,5
2. Assistens vid el-behandling. Kortvåg och ljusbehandling . . .	14,5	2,8	11,0	4,4	25,5	3,3
3. Assistens vid vissa med. undersökningar och personalmottagn.	17,0	3,4	1,0	0,4	18,0	2,3
4. Sterilisering och annan rengöring. Ordnat provtagningsbrickskor . . . . .	35,5	6,9	6,5	2,6	42,0	5,5
5. Arbete med förrådet av sjukvårdsutensilier (utdeln. till avd. av sprutor, spetsar etc.) . . . . .	11,5	2,2	1,5	0,6	13,0	1,7
6. Städning av lokalerna . . . . .	10,0	1,9	35,0	13,9	45,0	5,8
7. Telefonsamtal samt konferens med läkare och andra befattningshavare . . . . .	11,0	2,1	—	—	11,0	1,4
8. Provtagningar . . . . .	55,5	10,7	35,5	14,1	91,0	11,8
9. Beredning, bearbetning och avläsning av prover . . . . .	202,0	39,0	89,0	35,4	291,0	37,8
10. Ekg-undersökningar . . . . .	24,0	4,6	13,5	5,4	37,5	4,9
11. Eeg-undersökningar . . . . .	59,0	11,4	34,0	13,5	93,0	12,1
12. Röntgen. (tagning, framkallning etc.) . . . . .	22,0	4,2	—	—	22,0	2,9
Summa	518,0	100,0	251,5	100,0	769,5	100,0

Relativt tidskrävande arbetsgrupper var också Inköp, anskaffande och utlåning av arbetsmaterial etc. samt handhavande av material och färdiga arbeten, vilka båda grupper tillsammans upptog 16 % vid de statliga sjukhusen och 20 % vid de kommunala.

#### Personal i sysselsättnings- och arbetsterapi (Skötare; tabell 127 b)

Arbetsredogörelser lämnades av sammanlagt 13 skötare i avdelningarna för sysselsättnings- och arbetsterapi, därav 7 vid statliga sjukhus och 6 vid kommunala.

I likhet med förmanspersonalen inom dessa avdelningar var arbetsgrupperna Förarbeten, tillsyn etc. ochHandledning och undervisning etc. mest tidskrävande. Den första av dessa upptog 35 % av arbetstiden vid statliga sjukhus och 28 % vid kommunala sjukhus; vad beträffar den sistnämnda gruppen var motsvarande procenttal 28 respektive 21.

En annan stor arbetsgrupp var Inköp, anskaffande och utlämning av arbetsmaterial etc. (15 % vid statliga sjukhus och 11 % vid kommunala).



Tabell 127 a. Personal i arbets- och sysselsättningsterapi (arbetsterapeuter, överskötare och förste skötare)

Arbetsuppgifter	Statliga sjukhus (10 bef.-havare)		Kommunala sjukhus (9 bef.-havare)		Samtliga sjukhus (19 bef.-havare)	
	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%
1	2	3	4	5	6	7
1. Konferens med kolleger och medhjälpare. Planläggning av dagens arbete. Planering av terapiverksamheten.....	14,5	4,2	21,0	6,8	35,5	5,4
2. Inköp, anskaffande och utlämning av arbetsmaterial, verktyg och övrig utrustning.....	31,0	9,1	17,5	5,6	48,5	7,4
3. Utformning och uppläggning av nya modeller och arbeten. (Skapande verksamhet).....	13,0	3,8	14,5	4,7	27,5	4,2
4. Förarbeten, tillsyn, kontroll av och färdigställande av olika pat.-arbeten och verktyg.....	100,5	29,4	51,0	16,5	151,5	23,3
5. Konferens med läkare och andra befattningshavare.....	19,0	5,6	13,0	4,2	32,0	4,9
6.Handledning och undervisning av pat. i olika terapiarbeten. Besök på avd. med förslag, inform. och utdeln. av nya arbeten.....	96,0	28,1	99,5	32,1	195,5	30,0
7. Samtal med enskild pat.....	5,5	1,8	5,5	1,8	11,0	1,7
8. Handhavande av material och färdiga pat.-arbeten. (Försäljning, bokföring, inventering, redovisn. etc.).....	22,5	6,6	46,0	14,8	68,5	10,5
9. Handledning av praktikanter..	3,0	0,8	7,0	2,3	10,0	1,5
10. Undervisning, föredrag och föreläsningar.....	1,5	0,4	2,5	0,8	4,0	0,7
11. Exp.-arbete och div.....	8,0	2,3	17,5	5,6	25,5	3,9
12. Anordnande av utställning....	23,5	6,9	—	—	23,5	3,7
13. Städning. »Plock» efter dagens arbete.....	3,5	1,0	15,0	4,8	18,5	2,8
Summa	341,5	100,0	310,0	100,0	651,5	100,0

#### Nattöversköterskor (Tabell 128)

De av nattöversköterskorna lämnade 23 arbetsredogörelserna (15 vid statliga och 8 vid kommunala sjukhus) avsåg tillsammans 79 nattarbetspass.

Som framgår av nedanstående tabell var arbetsfördelningen påtagligt lika vid de statliga och de kommunala sjukhusen. De enda mera betydande avvikelserna förelåg beträffande grupperna Tillsyn av svårt sjuka patienter och Intagning av patienter. Den förstnämnda gruppen upptog vid de statliga sjukhusen 7 % av arbetstiden mot endast 2 % vid de kommunala; sistnämnda gruppen 3 % vid de statliga och 7 % vid de kommunala.

Den ojämförligt största arbetsgruppen utgjordes emellertid av Telefonpassning, som upptog inemot 48 % av arbetstiden. Därefter följde Rond, 29 %, och Mottagande eller avlämnande av rapporter, 11 %.

Tabell 127 b. Personal i sysselsättnings- och arbetsterapi (skötare)

Arbetsuppgifter	Statliga sjukhus (7 bef.-havare)		Kommunala sjukhus (6 bef.-havare)		Samtliga sjukhus (13 bef.-havare)	
	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%
1	2	3	4	5	6	7
1. Konferens med kolleger och medhjälpare. Planläggning av dagens arbete. Planering av terapiverksamheten.....	10,0	4,6	17,0	10,1	27,0	7,0
2. Inköp, anskaffande och utlämning av arbetsmaterial, verktyg och övrig utrustning.....	33,5	15,4	18,5	11,0	52,0	13,5
3. Utformning och uppläggning av nya modeller och arbeten. (Skapande verksamhet).....	11,0	5,0	2,0	1,2	13,0	3,4
4. Förarbeten, tillsyn, kontroll av och färdigställande av olika pat.-arbeten och verktyg.....	76,5	35,1	46,5	27,8	123,0	31,9
5. Konferens med läkare och andra befattningshavare.....	5,5	2,5	2,5	1,5	8,0	2,1
6.Handledning och undervisning av pat. i olika terapiarbeten. Besök på avd. med förslag, inform. och utdeln. av nya arbeten.....	60,5	27,8	35,0	20,9	95,5	24,8
7. Samtal med enskild pat.....	3,0	1,4	0,5	0,3	3,5	0,9
8. Handhavande av material och färdiga pat.-arbeten. (Försäljning, bokföring, inventering, redovisn. etc.).....	5,0	2,3	18,5	11,0	23,5	6,0
9. Handledning av praktikanter..	—	—	—	—	—	—
10. Undervisning, föredrag och föreläsningar.....	—	—	—	—	—	—
11. Exp.-arbete och div.....	11,0	5,0	20,5	12,2	31,5	8,2
12. Anordnande av utställning....	—	—	—	—	—	—
13. Städning. »Plock» efter dagens arbete.....	2,0	0,9	6,5	3,8	8,5	2,2
Summa	218,0	100,0	167,5	100,0	385,5	100,0

## Kvällvakter på vårdavdelningar (Tabell 129 a)

Till kvällvakter avdelas såväl överskötare, förste skötare som skötare. Den tid de tjänstgör är något olika vid de olika sjukhusen; som regel börjar de kl. 18.30 och slutar sitt pass kl. 20.30.

Redogörelser lämnades för 266 kvällvaktspass. Den största arbetsgruppen var vid både statliga och kommunala sjukhus Rond genom avdelningen, som upptog i runt tal 30 % av arbetstiden. Därefter följde Diverse arbeten, som dock var betydligt mera omfattande vid de kommunala sjukhusen (28 mot 18 %). Så var även fallet beträffande gruppen Skötning av osnygga patienter och renbäddning (15 mot 9 %). Gruppen Samvaro med patienter upptog däremot mera tid vid de statliga sjukhusen (18 mot 11 %).

Tabell 128. Nattöversköterskor

Arbetsuppgifter	Statliga sjukhus (15 <sup>1</sup> bef.-havare)		Kommunala sjukhus (8 <sup>2</sup> bef.havare)		Samtliga sjukhus (23 bef.-havare)	
	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%
1	2	3	4	5	6	7
1. Mottagande eller avlämnande av rapporter.....	60,0	10,7	31,5	11,4	91,5	10,9
2. Rond.....	167,0	29,6	78,0	28,3	245,0	29,2
3. Telefonpassning.....	264,5	47,0	135,5	49,2	400,0	47,8
4. Tillsyn av dåliga patienter.....	37,0	6,5	5,0	1,8	42,0	5,0
5. Injektioner eller annan behandling.....	15,0	2,7	6,5	2,4	21,5	2,6
6. Bestämning av blodsockerhalt eller annan undersökning.....	0,5	0,1	—	—	0,5	—
7. Intagning av patienter.....	17,5	3,1	19,0	6,9	36,5	4,4
8. Överflyttning av patient till annan avdelning.....	0,5	0,1	—	—	0,5	—
9. Omhändertagande av död patient.....	1,0	0,2	—	—	1,0	0,1
Summa	563,0	100,0	275,5	100,0	838,5	100,0

<sup>1</sup> Avser sammanlagt 56 nattarbetspass<sup>2</sup> Avser sammanlagt 23 nattarbetspass

Tabell 129 a. Kvällvakter på vårdavdelningar

Arbetsuppgifter	Statliga sjukhus <sup>1</sup>		Kommunala sjukhus <sup>2</sup>		Samtliga sjukhus	
	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%
1	2	3	4	5	6	7
1. Rond genom avdelningen. Övervakning.....	142,5	31,8	68,5	28,6	211,0	30,7
2. Hjälper pat. med på- och avklädning; toilettbestyr m. m.....	58,5	13,1	25,5	10,6	84,0	12,2
3. Skötning av osnygga pat. Renbäddning.....	38,5	8,6	35,5	14,8	74,0	10,8
4. Tillsyn av svårt sjuka pat.....	18,5	4,1	10,5	4,4	29,0	4,2
5. Samvaro med pat.....	81,0	18,1	25,5	10,6	106,5	15,5
6. Temperatur- och pulstagning...	3,0	0,7	1,0	0,5	4,0	0,6
7. Vädring och städning.....	24,0	5,4	6,5	2,7	30,5	4,4
8. Div. arbeten (skrivning i kontrollur, rapportering, servering av kaffe o. dyl.).....	82,0	18,3	66,5	27,8	148,5	21,6
Summa	448,0	100,0	239,5	100,0	687,5	100,0

<sup>1</sup> Avser sammanlagt 198 arbetspass<sup>2</sup> Avser sammanlagt 68 arbetspass

## Nattvakter på vårdavdelningar (Tabell 129 b)

Arbetet som nattvakt utföres endast av skötare. De börjar som regel sitt pass kl. 20.30 och avslutar detsamma kl. 07.00.

Även beträffande dessa förelåg — som framgår av tabellen — en påtaglig likhet mellan statliga och kommunala sjukhus. Redogörelser lämnades för 270 nattpass.

Som man kan vänta sig var arbetsgruppen Övervakning utan direkt patientkontakt mest tidskrävande, den upptog 52 % av hela arbetspasset. Därefter följde tre ungefärligen lika stora grupper, nämligen Skötsel av osnygga patienter och renbäddning, Diverse arbeten och Rond genom avdelningen (vardera omkring 10 %). Gruppen Hjälper patient med på- och avklädning etc. var också relativt tidskrävande (8 % av arbetstiden).

Tabell 129 b. Nattvakter på vårdavdelningar

Arbetsuppgifter	Statliga sjukhus <sup>1</sup>		Kommunala sjukhus <sup>2</sup>		Samtliga sjukhus	
	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%	Antal arb.tim.	%
1	2	3	4	5	6	7
1. Rond genom avdelningen . . . . .	190,0	9,7	53,5	7,6	243,5	9,1
2. Övervakning utan direkt patientkontakt . . . . .	1 037,5	52,7	355,0	50,1	1 392,5	52,0
3. Hjälper pat. med på- och avklädning; toilettbestyr m. m. . . . .	161,5	8,2	39,5	5,6	201,0	7,5
4. Skötning av osnygga pat. Renbäddning . . . . .	184,5	9,4	103,5	14,6	288,0	10,8
5. Tillsyn av svårt sjuka pat. . . . .	46,0	2,3	22,0	3,2	68,0	2,5
6. Samvaro med pat. . . . .	26,5	1,3	1,5	—	28,0	1,0
7. Temperatur- och pulstagnung . . . . .	47,5	2,4	24,0	3,4	71,5	2,8
8. Vädring och städning . . . . .	83,5	4,3	15,5	2,2	99,0	3,7
9. Div. arbeten (skrivning i kontrollur, rapportering, servering av kaffe, utdelning av medicin o. dyl.) . . . . .	190,5	9,7	94,0	13,3	284,5	10,6
Summa	1 967,5	100,0	708,5	100,0	2 676,0	100,0

<sup>1</sup> Avser sammanlagt 197 arbetspass

<sup>2</sup> Avser sammanlagt 73 arbetspass

## KAPITEL 7

## Sammanfattning

**Inledning**

Personaldelegationen har i organisationsundersökningarna använt tre metoder, nämligen intervjumetoden, frekvensstudiemetoden samt arbetsredogörelsemetoden. Vid valet av de sjukhus, som skulle ingå i undersökningen, togs bl. a. hänsyn till sjukhusens storlek, standard, geografiska belägenhet och personalsammansättning. Dessutom ville vi jämföra personalorganisationen vid statliga mentalsjukhus och storstädernas mentalsjukhus. Följande sjukhus utvaldes, nämligen de statliga Sidsjön, S:ta Maria, Gullberna, Sundby och S:ta Gertrud samt de kommunala Långbro och Lillhagen.

I *intervjuundersökningen* deltog i stort sett samtliga läkare, psykologer, kuratorer, hjälpverksamhetsföreståndarinnor, personalföreståndare och övrig föreståndarpersonal samt arbetsterapeuter och socioterapeuter. Vid två av de statliga och vid de båda kommunala mentalsjukhusen intervjuades även ett representativt urval av vårdavdelningspersonalen.

För genomförandet av *frekvensstudierna* utvaldes vid varje sjukhus 6 vårdavdelningar, därav hälften manliga och hälften kvinnliga. Vidare försökte vi få med de olika huvudtyper av vårdavdelningar, som var representerade vid sjukhusen. Studierna omfattade ca 16 000 observationer.

*Arbetsredogörelsemetoden* innebar att befattningshavarna under loppet av en fyradagarsperiod på särskilda blanketter redogjorde för vad de sysslade med. Denna undersökning tog sikte på att kartlägga arbetsuppgifterna för samtliga läkare, psykologer, kuratorer, central sjukvårdspersonal såsom personal å medicinskt centrum, föreståndarpersonal, hjälpverksamhetsföreståndarinnor, arbetsterapipersonal samt nattpersonal.

Genom att använda tre olika undersökningsmetoder gavs det tillfälle att jämföra och kontrollera erhållna uppgifter, vilket är av vikt med tanke på den varierande graden av tillförlitlighet, som de tillämpade undersökningsmetoderna besitter.

**Intervjuundersökningen**

En förutsättning för planeringen av personalbehovet, personalens utbildning och personalorganisationens utformning i övrigt vid ett mentalsjukhus är

att man klargör sjukhusverksamhetens målsättningar samt kartlägger patientklienteletts sammansättning och de variationer i behandlingen, som denna medför. Den senare aspekten, som i sin tur skulle förutsätta en prognosundersökning av patientklienteletts förändring, har inte tagits upp i denna undersökning. I stället har vi som en generell målsättning angivit, att ett mentalsjukhus skall utformas så, att det utgör en terapeutisk miljö (therapeutic community). Innan vi närmare preciserar, vad som avses därmed, så skall vi i korthet ange den syn på mentala sjukdomar, som ligger till grund för målsättningen.

Mentala sjukdomstillstånd betraktas som såväl *intra*-personella som *inter*-personella fenomen. *Intra*-personella fenomen avser alla de tillstånd inom patientens organism av såväl biologisk som psykologisk art, vilka utgör symtombilden och dess bakgrund. *Inter*-personella fenomen avser störningar i patientens sociala kontakter och sociala relationer. När vi gör denna uppdelning, tar vi ej ståndpunkt i följande frågor, nämligen *om* mentala sjukdomars orsak är att söka i hereditära faktorer eller miljöpåverkan, *om* mentala sjukdomars uppkomst skall förklaras såsom biologiska eller som psykologiska processer, *om* huvudvikten skall läggas på psykoterapi eller medicinsk terapi, eller *om* det är de *intra*-personella rubbningarna, som orsakar de *inter*-personella eller tvärtom. Alla dessa frågeställningar är i förevarande sammanhang av underordnad betydelse.

Däremot innebär uppdelningen i *intra*- och *inter*-personella fenomen, att man differentierar behandlingen. *Intra*-personella problem måste behandlas med den arsenal som står till läkarens förfogande: kemoterapi, elektrochockterapi, psykoterapi — såväl individuell som i grupp — etc. *Inter*-personella problem däremot måste behandlas med hjälp av rehabiliteringsverksamhet: aktivering av patienten, habit-training, arbetsterapi, socioterapi etc. Tillkomsten av psykofarmaka gör det i stor utsträckning redan nu möjligt att bota eller åtminstone att symtombehandla de *intra*-personella aspekterna av mentala sjukdomar. Utvecklingen inom kemoterapien kommer med största sannolikhet att fortsätta och öka läkarens terapeutiska möjligheter. Men samtidigt med de utökade möjligheterna att angripa de *intra*-personella problemen träder de *inter*-personella störningarna mera i förgrunden. Förverkligandet av målsättningen, att mentalsjukhuset borde ombildas till ett »terapeutiskt samhälle», skulle medföra att man på ett effektivt sätt tar sig an de *inter*-personella störningarna genom rehabilitering och resocialisering.

Våra mentalsjukhus genomgår sedan flera år tillbaka stora förändringar. Från att ha varit *asylar med huvudsakligen kustodiella uppgifter*, d. v. s. omhändertagande och förvarande av patienterna, så har de mer och mer närmat sig målet att bli »*terapeutiska samhällen*». Ändå finns det kvar rätt mycket av den kustodiella mentaliteten och av den typ av behandling, som bygger på föreställningen att mentala patienter är oansvariga, otillräkne-

liga, ibland farliga, och att de skall behandlas med frihetsinskränkande och disciplinära metoder.

Att betrakta sjukhuset som ett »terapeutiskt samhälle» innebär, att man använder sig av ett sociologiskt betraktelsesätt.

Mentalsjukhuset kan ses som ett »socialt system». Det innebär, att det mellan de individer, som befinner sig på ett sjukhus — såväl patienter som personal, inklusive läkare — existerar ett nät av sociala relationer. Dessa är ej godtyckliga utan regleras av sociala normer, d. v. s. förväntningar på individens beteende. Man kan även uttrycka det så, att personerna inom en organisation tilldelas bestämda roller. *De sociala relationerna* mellan individerna i organisationen bestämmas även av

A. *Organisationens struktur*, d. v. s. auktoritets- och sociala kommunikationsförhållanden.

B. *Organisationens målsättning*.

C. *Organisationens arbetsprocess*, d. v. s. sättet på vilket man försöker uppnå målsättningarna.

D. *Organisationens materiella resurser*, inkluderande byggnader och utrustning.

Vad beträffar punkt A, så är det ganska vanligt med en auktoritär-hierarkisk strukturering av relationerna mellan befattningshavarna och mellan dessa och patienterna. Denna auktoritära struktur får ofta som konsekvens social distans, bristande samarbete, avsaknad av teamwork samt bristande kommunikation mellan olika befattningshavare.

Inte minst den sista punkten är av betydelse. En terapeutisk miljö på ett sjukhus innebär, att framförallt vårdavdelningspersonalen — i högre grad än på en kustodiell institution — måste engagera sig för patienterna. Detta medför påfrestningar för personalen, vilket i sin tur kan minskas genom ökad kommunikation med läkarna, genom konferenser och diskussioner etc. Bristande kommunikation kan även medföra, att läkarna ej tillräckligt får tillfälle att överföra sina intentioner på vårdpersonalen, och att denna inte i tillräcklig grad kan vidarebefordra upplysningar om och observationer av patienten.

För patientens del är vårdavdelningspersonalens och läkarnas beteende av största vikt. Även med avseende på störda eller avtrubbade patienter torde det gälla, att individens självuppfattning påverkas av den uppfattning andra har om honom. Självuppfattningen i sin tur påverkar beteendet. Om en patient behandlas exempelvis som oansvarig så kommer denna uppfattning just att leda till att han betar sig på ett oansvarigt sätt. Eftersom patienterna ofta är emotionellt bundna till personalen, blir dess inflytande på patienterna stort.

Även byggnadsmässiga förutsättningar och en viss standard vad beträffar inredningen är nödvändiga vid skapandet av en terapeutisk miljö. Stora överbelagda avdelningar försvårar möjligheten till effektiv resocialisering.

Denna underlättas däremot genom att man delar upp patienterna i smågrupper med en vårdare som ledare. Smågrupperna kan lättare etablera sociala kontakter och bidra till resocialiseringen av patienterna. Vad beträffar inredningen, så har den tidigare på många mentalsjukhus varit torftig med ofta institutionsliknande karaktär. Numera har man i större utsträckning övergått till att göra vårdavdelningens lokaler hemliknande med bekväma möbler och vackra textilier, med tavlor på väggarna etc. Det är ställt utom tvivel, att en sådan hemliknande atmosfär påverkar patienten.

I vilken utsträckning är förhållandena på våra svenska mentalsjukhus sådana, att möjligheter förefinnes att skapa en terapeutisk miljö? För att utröna detta gjorde vi en *intervjuundersökning*, där vi tog reda på personalens arbetsuppgifter, deras åsikter om patienterna, om terapi och om mentalsjukhuset och mentalsjukvården i allmänhet. Vi frågade dem också om deras önskemål i avseende på arbetet, byggnaderna och inredningen.

I undersökningen intervjuades läkarna vid 7 mentalsjukhus, 5 statliga och 2 kommunala. Dessutom intervjuades vid dessa sjukhus föreståndare, arbetsterapeuter, socioterapeuter, psykologer och kuratorer. Slutligen utfrågades även ett representativt urval av personalen vid vårdavdelningarna vid 2 statliga och 2 kommunala sjukhus. Totalt deltog 353 personer i undersökningen.

Fyra frågeformulär användes för de olika personalkategorierna. Alla formulär hade en gemensam kärna samt därjämte specialfrågor för vederbörande personalkategori.

Vid undersökningstillfället var det genomsnittliga antalet patienter per överläkaravdelning 457 vid de statliga sjukhusen och 319 vid de kommunala. Det bör i detta sammanhang framhållas, att antalet underordnade läkare är relativt sett större vid de kommunala sjukhusen än vid de statliga. Vid de statliga sjukhusen finns i genomsnitt 148 patienter per underordnad läkartjänst, medan antalet vid de kommunala sjukhusen uppgår till 70. En stor del av de underordnade läkartjänsterna på de statliga sjukhusen är obesatta eller besatta med icke kompetenta vikarier.

Vi försökte bl. a. undersöka, om det finns något *samband mellan patientomsättning och läkartäthet*. Antalet intagna per år i procent av antalet vårdplatser är 93 vid de statliga sjukhusen och 149 vid de kommunala (uppgifterna avser år 1959). Antalet intagna på ett sjukhus påverkas av sjukhusets utskrivningspraxis. På vissa sjukhus försöksutskrives patienterna i stor utsträckning och intages igen, då sjukdomstillståndet så påkallar. Dessa patienter kommer då med i statistiken en gång (återintagningen räknas inte som ny intagning). Vid andra sjukhus däremot, framförallt vid de kommunala, försöksutskrives patienterna inte i så stor utsträckning utan utskrives och när de tas tillbaka räknas de som nya intagningar. Antalet *första gången intagna* i procent av totala antalet intagna är 56 vid de statliga sjukhusen men endast 45 vid de kommunala. Patientomsättningen



påverkas naturligtvis även av sådana faktorer som exempelvis klienteletts sammansättning; om man t. ex. får ta hand om många alkoholpsykos ökas omsättningen, eftersom behandlingen av dessa fall inte tar lika lång tid som t. ex. behandlingen av schizofrenier. Även sjukhusets belägenhet, tillgång till kompetent vårdpersonal, tillgång till psykologer och kuratorer etc. kan påverka patientomsättningen. Sambandet mellan läkartätheten och patientomsättningen är bl. a. på grund av nu angivna förhållanden mycket komplicerat.

En viktig faktor är *frågan om öppna eller slutna avdelningar*. Behovet av slutna avdelningar påverkas även av patientklienteletts sammansättning. Geriatriska eller straffriförklarade patienter kräver i vissa fall, att man har tillgång till slutna avdelningar. Det är dock ej enbart patientklienteletts sammansättning utan även andra faktorer, t. ex. överläkarens inställning till öppna eller slutna avdelningar, som har betydelse i detta hänseende.

En serie frågor avsåg *lokaler och utrustning*. Det visade sig, att 9 av 37 läkare vid de undersökta statliga mentalsjukhusen varken har egen expedition eller eget undersökningsrum utan delar den förra med en kollega och det senare med andra befattningshavare. Detta gäller visserligen som regel läkare på gamla sjukhus, men även vid nybyggda sjukhus förekommer det, att det saknas undersökningsrum eller att flera läkare får dela ett dylikt. Läkarexpeditionerna är praktiskt taget alltid belägna i administrationsbyggnaderna. Detta kan medföra nackdelar genom att kontaktmöjligheten mellan läkare och patienter försvåras. På vårdavdelningarna finns det ofta inga samtals- och undersökningsrum. Samtalen med patienterna sker vanligtvis på överskötarexpeditionen, där t. ex. avdelningens medicinskåp, steriliseringsanordningar och ofta enda telefon finnes.

När det gäller att bedöma standarden i fråga om avdelningarnas lokaler, så anser 65 procent av de tillfrågade, som arbetar vid statliga sjukhus, att dessa antingen är genomgående dåliga eller att det finns något speciellt att anmärka på. Vid de kommunala sjukhusen var det 57 procent som anmärkte på standarden.

Beträffande inredningen på avdelningarna så anser 40 % av läkarna, föreståndarinnorna och uppsyningsmännen, att inredningen är dålig, medan 28 procent av vårdavdelningspersonalen har samma uppfattning.

Vi frågade även läkarna om deras tillgång till och deras önskemål om *skrivhjälp*. I allmänhet framkom det, att skrivhjälp ej ansågs tillräcklig.

Nästa grupp av frågor avsåg *personalens arbetsförhållanden*. För läkaren intar ronderna en central plats i det dagliga arbetsschemat. På mentalsjukhusen utförs en stor del av de diagnostiska och terapeutiska samtalen under själva rondens gång. Vanligtvis går de underordnade läkarna en rond om dagen på alla sina avdelningar, medan överläkarna inte hinner med att gå rond varje dag. Dessa senare besöker i första hand avdelningarna för akut sjuka, medan avdelningarna för långvarigt sjuka understundom kommer i efter-

hand. Det framgick även av intervjuerna, att underläkarna vid en del sjukhus användes till att utföra sekreterargöromål åt överläkaren, när denne samtalar med en patient. Underläkarna intar sålunda vid dessa tillfällen en osjälvständig position och deras kapacitet utnyttjas inte.

Man kan analysera, vilka funktioner rondens skall fylla och se efter om dessa kan utföras effektivt, allt med utgångspunkt från rondernas nuvarande organisation. Vi har antagit, att rondens har sex olika funktioner.

Den första funktionen är inhämtandet av kunskap om patientens tillstånd. Använder man sig av ett traditionellt ronds-system går för överläkarna en stor del av arbetstiden åt för att få information om anamnes och andra uppgifter, för att man skall kunna ställa diagnos. Därvid är det naturligt att man koncentrerar sig på nyintagna patienter och akuta fall.

Den andra funktionen berör ordination av medicin och annan behandling. Vad beträffar den medicinska terapin hinner man under rondens med denna uppgift. Däremot är det tveksamt, om den del av behandlingen, som avser inter-personella problem, d. v. s. rehabilitering och resocialisering, tillräckligt hinner diskuteras under rondens med den personal, som skall utföra den.

Den tredje funktionen utgöres av kontroll av effekten av redan insatt behandling. Detta kan ske på två sätt, dels genom standardiserade observationer, dels genom personalens osystematiserade observationer. Det är praktiskt taget endast på sistnämnda sätt, som kontrollen utföres.

Den fjärde funktionen är kontroll av vårdpersonalens sätt att genomföra läkarens ordinationer. För denna funktion är antagligen rondens ej tillfyllest. Konferenser och informella samtal är ett sätt att komplettera den kontakt, som sker under ronderna. Konferenser förekommer, men av våra data framgår, att antalet inte alltid anses vara tillräckligt.

Den femte funktionen avser kontakt och kommunikation mellan läkare och patient. Såsom framgår av i kapitel 3 citerade intervjusvar blir denna kontakt i stor utsträckning ytlig.

Den sjätte och sista funktionen slutligen berör undervisningen, vilken på rondens endast sker i form av demonstration och exemplifiering.

Vi övergår nu till *föreståndarinnornas och uppsyningsmännens* arbetsuppgifter; 42 sådana befattningshavare intervjuades. Det visar sig, att vid de statliga sjukhusen åtgick en fjärdedel av deras tid till skötsel av patienternas privata medel, medan dessa befattningshavare vid de kommunala sjukhusen arbetade med sådana uppgifter under endast hälften så lång tid. Detta beror på, att vid ett av de två undersökta kommunala sjukhusen hade dessa uppgifter övertagits av intendentskontoret. För rond med läkare och därmed sammanhängande arbeten användes 23 % av arbetstiden. Totalt tillbringade föreståndarinnor och uppsyningsmän i genomsnitt 4,4 timmar per dag på sin expedition, där de i stor utsträckning skötte kontorsgöromål.

De intervjuade *arbets- och socioterapeuterna* var till antalet 45. Deras arbete bedrivs både i speciella terapilokaler och på vårdavdelningarna. Inom arbetsterapien har man inemot 20 olika sysselsättningar vid de olika sjukhusen. Bland dessa sysselsättningar finns en del av slöjdtyp och sådana som är ganska enformiga. Socioterapeuternas verksamhet omfattar bl. a. sport och idrott, bildningsverksamhet, andra slag av förströelser samt kontakt med samhället via utflykter m. m.

Endast två *psykologer* fanns vid tiden för våra organisationsundersökningar anställda vid de undersökta sjukhusen. Med tanke på att läkarbristen är stor och på att psykiatrerna behöver all möjlig avlastning i sitt arbete är detta ringa antal psykologer överraskande. Deras verksamhet avser i stor utsträckning psykodiagnostik, men även samtals- och gruppterapi utföres av de 2 intervjuade.

Av de 11 intervjuade *kuratorerna* fanns alla utom en på kommunala sjukhus. Vid de statliga sjukhusen har visserligen hjälpverksamhetsförestandarinnorna hand om en del av kuratorernas arbetsuppgifter, men det framkom i relativt många intervjusvar önskemål om ökat antal kuratorer.

Vid 2 statliga och 2 kommunala sjukhus intervjuades, som nämnts, även ett representativt urval av *vårdavdelningspersonalen*, bestående av 42 över-skötare, 36 förste skötare, 96 skötare, d. v. s. sammanlagt 174 personer. Vi frågade, vilken arbetsuppgift, som tog mest tid; 45 av de 174 nämnde städning, 31 satte patientvård och tillsyn i första rummet. Visserligen utföres ibland städning tillsammans med patienterna, som ett led i dessas reaktivering, men fortfarande torde den inställningen finnas, att städning är ett arbete, som är påtagligt, d. v. s. vars resultat man kan se och som man därför gärna ägnar sig åt. Så är många gånger inte fallet med övriga patientkontakter. En del intervjusvar tyder dock på att betydelsen av de patientvårdande uppgifterna inte underskattas. Vi frågade nämligen vilket arbetsmoment, som ansågs vara viktigast; 68 nämnde patientvård och tillsyn först, 55 patientkontakter och gruppterapi och 23 patienternas sysselsättning. Ingen nämnde städning som viktigaste arbetsmoment. Det är intressant att se, att mera än hälften av den ansvariga personalen, d. v. s. över-skötarna, anser att gruppterapi och patientkontakter är den viktigaste uppgiften.

En del av de frågor, som ställdes till alla personalkategorier, avsåg patientkontakter och terapi. Det fanns praktiskt taget en enhällig uppfattning om att samtal med patienterna var av stort värde, däremot ansåg ej alla, att *enskilda* samtal var värdefulla. Även i fråga om det diagnostiska värdet av samtal fanns det delade meningar. Läkarna anser huvudsakligen att samtalens värde ligger i de kontaktmöjligheter de ger.

Vårdavdelningspersonalen betonar däremot samtalens lugnande effekt. Samtidigt säger 79 % av den sistnämnda kategorin, att de ej hinner med samtal med patienterna i den utsträckning, de skulle önska. Majoriteten

anser, att man skall ta kontakt med patienterna, även om de ej kallar på personalen. Detta motiverar de med patienternas ofta utpräglade passivitet.

För att utröna inställningen till psykoterapi och gruppterapi ställde vi en del frågor, enligt vilka vi hade ombett de intervjuade *läkarna, psykologerna och kuratorerna* att dels uttala sig, huruvida det bedrevs psykoterapi resp. gruppterapi, dels ock hur de definierade dessa begrepp. Under det att 75 % ansåg, att det bedrevs psykoterapi var det endast 32 %, som framhöll, att gruppterapi användes på deras sjukhus.

Med psykoterapi avsågs dels en bestämd teknik, exempelvis psykoanalys, dels all den kontakt som existerar mellan personal inklusive läkare och patienterna. Liknande förhållande gällde gruppterapi, varmed man förstod dels psykoterapi i grupp, dels alla slag av gruppverksamhet.

Ännu större variation med avseende på definitionen uppvisar begreppet »socioterapi». Som sådan räknas ibland såväl rehabilitering som helt specifika typer av verksamhet, exempelvis anordnande av studiecirkel.

Det huvudsakliga sättet att reaktivera patienterna uppfattas vara arbets- och sysselsättningsterapi; 16 % av alla svarande anser vidare, att samtals- och medicinsk terapi hör till reaktiveringsåtgärder. Bland vårdavdelningspersonalen utgör antalet personer, som anser detta, nära 30 % av alla, vilket tyder på att de i någon mån tycks vara oklara över betydelsen av sina egna insatser.

Ett annat problem berörde övergången från arbetsterapi till arbetsträning. I en del svar är man tveksam om lämpligheten av att ge patienterna tempoarbeten.

Ett viktigt avsnitt av undersökningen handlar om kommunikation och information. Bland annat frågade vi om värdet av personalkonferenser; 84 % ansåg sådana värdefulla. Däremot fanns det skillnader i åsikterna i fråga om konferensernas omfattning; 75 % av de tillfrågade vid de statliga sjukhusen specificerade inte konferensens omfattning. Däremot ville 48 % vid de kommunala sjukhusen att konferenserna skulle ske på vårdavdelningsnivå. Antagligen sammanhänger detta med att man på de kommunala sjukhusen har mera erfarenhet från sådana konferenser än vid de statliga; 13 % ville att konferenserna skulle omfatta hela sjukhusets personal. Det är rimligt att anta, att konferenserna på vårdavdelningsnivån ur kommunikationssynpunkt är mera effektiva än konferenser, i vilka hela sjukhusets personal deltar.

I allmänhet var alla eniga om, att samråd borde ske mellan läkare och vårdavdelningspersonal och att den senare har informationer om patienterna, som är av stor betydelse för läkarna.

Två attitydfrågor ställdes även. Den ena hävdade, att patienterna behöver samma sorts disciplin och kontroll som ouppfostrade barn; 67 % av svaren var avböjande. I kommentarerna till denna fråga betonade 17 %

vikten av disciplin, medan ungefär 50 % ansåg att patienterna ej var ouppfostrade utan sjuka.

I den andra attitydfrågan hävdades det, att vårdavdelningspersonalens främsta uppgift är att se till att det råder lugn och ordning på avdelningen. Här var det 54 %, som förnekade riktigheten av ett sådant påstående. Det fanns därvid en markerad skillnad mellan kommunala och statliga sjukhus. Vid de förra var det 65 %, som avböjde påståendet, men vid de senare var det endast 44 %.

### Frekvensundersökningen

Vid vart och ett av de 7 i undersökningen ingående sjukhusen studerades 6 vårdavdelningar, 3 manliga och 3 kvinnliga. Dessa kan med hänsyn till sin karaktär indelas i följande 5 olika typer, nämligen

1. öppna intagnings- och behandlingsavdelningar,
2. låsta intagnings- och behandlingsavdelningar,
3. öppna avdelningar för långvarigt sjuka, övervägande uppegående,
4. låsta avdelningar för långvarigt sjuka, övervägande uppegående, samt
5. avdelningar för övervägande geriatriskt och sängliggande klientel.

Studierna genomfördes på så sätt, att en observatör vid slumpmässigt valda tidpunkter observerade vad befattningshavarna var sysselsatta med i det dagliga arbetet vid de olika vårdavdelningarna. *Sammanlagt gjordes 16 122 dylika observationer*, vilka noterades med ledning av en på förhand upprättad kod, som inrymde 116 olika förekommande arbetsmoment eller motsvarande. Vid bearbetningen, som gjordes av statistiska centralbyråns maskincentral, fördelades dessa moment i följande 20 grupper:

Administration och organisation

Elementär sjukvård

Teknisk sjukvård

Psykologisk sjukvård

Övervakning av sjuka

Övervakning utan särskild insats

Desinfektion och sterilisering

Materielvård

Städningsarbete o. dyl.

Ärenden av olika slag

Undervisning och information

Väntetid

Sysslös, privat konversation

Rast

Kan ej anträffas

Ledig (för dagen, tar igen tid)

Yttre arbeten

Deltar i arbete på hobbyisal

Avlöser på annan avd.

Övrigt.

Genom *standardberäkningar* har vi analyserat det erhållna materialets homogenitet och har därvid funnit, att de siffermässiga resultat, som erhöles vid bearbetningen, i huvudsak ger en rättvis bild av arbetets innehåll och fördelning vid de undersökta vårdavdelningarna. De praktiska slutsatser man kan draga härav, kommer vi att redovisa i ett följande betänkande om utformningen av personalorganisationen. Även i andra avseenden torde frekvensundersökningen utgöra ett värdefullt material, som kan tänkas komma till användning för olika specialstudier. De i betänkandet redovisade resultaten återfinnes som bilaga i följande tabeller B 1—B 13:

- B 1. Fördelning av olika arbetsuppgifter mellan statliga och kommunala sjukhus samt mellan manliga och kvinnliga avdelningar.
- B 2. Fördelning mellan olika personalkategorier.
- B 3. Specialstudie av avdelningsbiträdenas arbetsuppgifter.
- B 4. Fördelning mellan avdelningar av olika karaktär.
- B 5. Fördelning med hänsyn till avdelningarnas storlek.
- B 6. Fördelning efter veckodagar.
- B 7. Fördelning efter tidpunkt på dagen, då observationerna gjorts.
- B 8. Fördelning mellan akutavdelningar och avdelningar för långvarigt sjuka.
- B 9. Fördelning med hänsyn till patientomsättning.
- B 10. Fördelning med hänsyn till det relativa antalet åldringar på vårdavdelningarna.
- B 11. Fördelning med hänsyn till patienternas förmåga att sköta sin personliga hygien.
- B 12. Fördelning med hänsyn till antalet patienter, som matas.
- B 13. Fördelning på de tre observatörerna.

Med en viss schematisering kan man säga, att av de 16 122 observationerna — vilka gäller *totaltid* — 3 593 eller 22 % avser *fritid* och 12 529 eller 78 % egentlig *arbetstid*.

Den första tabellen visar bl. a., att Elementär sjukvård utgör den mest omfattande arbetsuppgiften (21 % av totalantalet observationer), följd av Städningsarbete (13 %) och Psykologisk sjukvård (12 %). Gruppen Undervisning och information har en relativt blygsam omfattning (endast 2 %). Inga större skillnader föreligger mellan statliga och kommunala sjukhus, men däremot finns vad beträffar Elementär sjukvård en betydande skillnad mellan manliga och kvinnliga avdelningar (18 resp. 24 %).

I anslutning till tabellen över fördelningen av observationerna mellan olika personalkategorier lämnas en redogörelse för befattningshavarnas anställningsförhållanden och utbildning. Därvid framgår bl. a., att antalet vikarierande skötare är påfallande högt, inte mindre än 38 % av alla tjänster som skötare uppehålls av vikarier, vilka saknar utbildning i mental-

sjukvård (44 % på statliga och 23 % på kommunala sjukhus). Det stora antalet vakanta tjänster vid de statliga sjukhusen, uppehållna av vikarier, sammanhänger emellertid delvis med den ordning, som gäller i fråga om grundutbildning av skötarpersonal. På de kommunala sjukhusen är ett större antal överskötare leg. sjuksköterskor än vad fallet är vid de statliga sjukhusen (8 av 12 mot 2 av 30).

Fördelningen av arbetsuppgifter mellan olika kategorier av befattningshavare visar, att Administration och organisation huvudsakligen utföres av överskötare (54 % av den totala observationstiden för denna arbetsgrupp), för vilka det utgör den mest omfattande arbetsuppgiften (36 % av totala observationstiden för överskötare faller på Administration och organisation). Förste skötarna utför 15 % av ifrågavarande arbete. För dessa liksom för skötare är Elementär sjukvård mest arbetskrävande (20 resp. 27 % av observationstiderna för resp. personalgrupper). För avdelningsbiträden upptar som väntat gruppen Städningsarbete den största andelen av observationerna (41 %). Den mest omfattande arbetsuppgiften för sjuksköterskeeleverna är Undervisning och information (12 % av den totala observationstiden för dem). Avdelningsbiträdenas arbetsuppgifter blev, eftersom dessa utgör en relativt ny personalkategori vid mentalsjukhusen, föremål för en specialstudie, och det visade sig därvid, att väsentliga skillnader föreligger mellan de statliga sjukhusen, där den huvudsakliga arbetsuppgiften är Städningsarbete, och de kommunala sjukhusen, där avdelningsbiträdena fungerar som théköksbiträden. Vid de vårdavdelningar där det finns avdelningsbiträden ombesörjer skötarna 78 % av den elementära sjukvården och 55 % av städningsarbetet; vid avdelningar utan avdelningsbiträden är motsvarande uppgifter 83 resp. 89 %. Tillkomsten av avdelningsbiträden har sålunda i väsentlig utsträckning avlastat skötarna, vilka härigenom kunnat ägna mer tid åt kvalificerat sjukvårdsarbete.

Vid fördelningen av observationerna med hänsyn till avdelningarnas karaktär följdes den tidigare indelningen i 5 vårdavdelningstyper. Som väntat visade sig Elementär sjukvård vara mest omfattande vid avdelningar med geriatriskt, huvudsakligen sängliggande klientel, där den utgjorde 32 % av totalantalet observationer. På övriga avdelningar för långvarigt sjuka upptog Elementär sjukvård 19 å 20 % av observationstiden och vid intagnings- och behandlingsavdelningar 18 (öppna avdelningar) resp. 14 % (låsta avdelningar). Som en följd av detta förhållande kan man se den betydligt lägre omfattningen av Psykologisk sjukvård på avdelningar för sängliggande, 7 %, mot 11—16 % vid övriga avdelningstyper. Den högsta andelen psykologisk sjukvård återfinnes på låsta avdelningar för långvarigt sjuka, där gruppen Städningsarbete uppvisar den lägsta procentsatsen. Nu angivna förhållanden kan delvis sammanhånga med, att gruppverksamhet införts på några av dessa sistnämnda avdelningar. Städningsarbetet utföres där till stor del av patienter under tillsyn av skötare, vilket vid undersök-

ningen rubricerats som psykologisk sjukvård. Några av de låsta avdelningarna för långvarigt sjuka hade ännu inte infört gruppverksamhet, vilket för våra undersökningsresultat bl. a. fått som följd, att avdelningstypen låsta avdelningar för långvarigt sjuka även fått den högsta andelen observationer för Övervakning utan särskild insats (5 %) mot 1 à 2 % för övriga avdelningstyper. En undersökning visar, att på en enda av dessa avdelningar utan gruppverksamhet Övervakning utan särskild insats upptar 17 % av den totala observationstiden.

En översikt av vårt tabellmaterial visar en viss samvariation. I tabell B 8 uppvisar avdelningar för långtidssjuka delvis en stor likhet med avdelningar med låg patientomsättning i tabell B 9, vidare med avdelningar med ett relativt högt antal åldringar i tabell B 10, med avdelningar med många patienter, som inte kan sköta sin hygien, i tabell B 11, samt med avdelningar, vid vilka många patienter måste matas, i tabell B 12. Vid samtliga dessa avdelningar är Elementär sjukvård mycket omfattande. Vidare föreligger en klar samvariation mellan Administration och organisation inom dels intagnings- och behandlingsavdelningar i tabell B 4, dels s. k. akutavdelningar i tabell B 8, dels ock avdelningar med hög patientomsättning i tabell B 9.

Av tabell B 6 framgår bl. a., att någon markant skillnad ej föreligger mellan arbetsuppgifterna under olika veckodagar, dock med undantag för att Städningsarbete och Elementär sjukvård är relativt sett mera omfattande under lördagar än under övriga veckodagar. Som tabell B 7 visar utföres dessa arbetsuppgifter huvudsakligen under morgon- och förmiddagstimmarna, vilket givit anledning till en viss snedbelastning i vår redovisning av lördagsarbetet, eftersom inga observationer gjordes av arbetet på lördagseftermiddagarna. Tabell B 7 ger som helhet en god bild av olika arbetsuppgifters omfattning under dagens olika timmar. Den sista tabellen i serien, B 13, visar, att de olika observatörerna i stort sett uppfattat de olika momenten i koden på ett likartat sätt.

#### Arbetsredogörelser

Som komplement till intervju- och frekvensstudier använde vi oss — som tidigare framhållits — av arbetsredogörelser, vilka utfördes på så sätt att vissa befattningshavare ombads att på särskilda formulär anteckna vad deras arbete bestod av under varje halvtimme av arbetspassen under 4 dagar (4 nätter för nattjänstgörande personal).

De av *överläkare och bitr. överläkare* lämnade arbetsredogörelserna visade, att rondan är den mest tidskrävande uppgiften för dem. Inte mindre än en fjärdedel av arbetstiden disponerades härför. *Övriga läkare inom sjukhusvården* använde en tredjedel av arbetstiden för ronder.

Till sjukhusen anknuten *hjälpverksamhet och familjevård* förekommer



endast inom den statliga mentalsjukvården. De arbetsredogörelser, som lämnades av överläkarna inom denna verksamhet visade, att de mer än en tredjedel av arbetstiden ägnade sig åt resor i familjevård och hjälpverksamhet. Under omkring 15 % av arbetstiden var de upptagna av olika slag av konsultuppdrag såsom tjänstgöring som läkare vid alkoholistanstalt, vid olika slag av sjukhem etc.

Tjänster för *invärtesmedicinare och personalläkare* finns vid nästan alla statliga primärsjukhus men vid undersökningstillfället var endast 1 sådan tjänst besatt vid de i undersökningen ingående sjukhusen. Innehavaren av denna tjänst uppgav i sin arbetsredogörelse att han under nästan hälften (47 %) av arbetstiden var sysselsatt med personalläkarmottagning och med sjukbesök hos personalen.

Beträffande de av *psykologer* lämnade arbetsredogörelserna var som väntat testning och bearbetning av testmaterial mest tidskrävande (70 % av arbetstiden).

I de av *kuratorer* lämnade arbetsredogörelserna omfattade arbetsgrupperna expeditjonsarbete, samtal med patienter och telefonsamtal med olika myndigheter ca 60 % av arbetstiden.

Det dagliga arbetet för *personalföreståndare och bitr. personalföreståndare* varierar under månaden beroende bl. a. på att upprättande och kollning av avlöningslistor som regel upptar en betydande del av arbetstiden för dem under senare delen av månaden. Vid undersökningstillfället upptog arbete med personalrulla, avlöningslistor etc. drygt 20 % av arbetstiden; därefter följde anställningsärenden, 16 %, och personalvårdande uppgifter, 13 %.

Den största arbetsgruppen för *föreståndarinnor och uppsyningsmän för inre sjukvård* var vid de statliga sjukhusen arbete med patienternas privata medel och flitpengar (27 % av arbetstiden; endast 11 % vid de kommunala, som tidigare nämnts beroende på att intendentskontoret vid det ena av dessa övertagit huvudparten av dessa arbetsuppgifter). Vid de kommunala sjukhusen var rond med läkare mest tidskrävande (23 % mot 22 % vid statliga sjukhus). En av de större arbetsuppgifterna var vid såväl statliga som kommunala sjukhus gruppen in- och utskrivning av patienter (10 resp. 12 %).

*Föreståndarinnorna i hjälpverksamhet och familjevård* använde inemot 30 % av sin arbetstid åt resor tillsammans med läkaren. Därefter följde journalarbete (15 %), kurativa åtgärder (13 %) och expeditjonsarbete (12 %).

Planering av utflykter var den mest tidskrävande arbetsuppgiften för de befattningshavare vid de statliga sjukhusen, vilka brukar benämnas *socioterapeuter* (ca 40 % av arbetstiden disponerades härför). Vid ett av de kommunala sjukhusen hade man en studieledare och 35 % av hennes arbetstid utgjordes av planeringsåtgärder för studie- och hobbykurser.

Drygt en tredjedel av arbetstiden för *uppsyningsmännen för yttre arbeten* ägnades åt tillsyn och vägledning av pågående utarbeten.

Rekvirering och uppackning av mediciner samt utdelning till avdelningarna av medicin upptog tillsammans 62 % av *apotekssköterskornas* arbetstid. En vanlig ordning är att dessa sjuksköterskor biträder personalläkaren i dennes mottagning (12 à 13 % ägnades häråt).

Som väntat utgjordes den största arbetsgruppen för *laboratoriepersonalen* av beredning av lösningar, bearbetning och avläsning av prover (35 à 40 % av arbetstiden). Andra tidskrävande uppgifter var ekg-, eeg- och röntgenundersökningar (ca 20 %).

I runt tal en tredjedel av arbetsuppgifterna för *personal i sysselsättnings- och arbetsterapi* bestod av förarbeten och tillsyn samt handledning och undervisning av patienter. En annan omfattande arbetsgrupp var inköp, anskaffande och utlåning av arbetsmateriel, som tog 7 % av förmanspersonalens och 14 % av skötarpersonalens arbetstid i anspråk inom verkstäderna för sysselsättnings- och arbetsterapi.

*Nattöversköterskorna* var under hälften av arbetspasset sysselsatta med telefonpassning, därefter följde rond, 29 %.

Rond genom avdelningen upptog inemot en tredjedel av arbetstiden för *kvällvakterna på vårdavdelningarna*, därefter följde diverse arbeten (skrivning i kontrollur, rapportering, utdelning av kaffe etc.), 22 %.

Vad slutligen beträffar *nattvakterna på vårdavdelningarna* var som väntat övervakning mest tidskrävande; 52 % av arbetstiden ägnades häråt. Därefter följde skötsel av osnygga patienter och renbäddning, rond genom avdelningen samt diverse arbeten (tillhoppa i runt tal 30 %).

Som helhet betraktad ger resultaten av undersökningarna ett intryck av samstämmighet och kan anses väl ägnade att beaktas vid utformningen av en ny personalorganisation.



# BILAGOR

unvrijlich

na 10

na 10

na 10

na 10 extra

## Intervjuundersökningen

### Läkare

#### I. Bakgrundsfaktorer

1. Namn:
2. Sjukhus:
3. Alder:
4. Kön: M

K

5. Utbildning

år

universitet

med. lic.

med. dr.

Specialisering i

psykiatri:

ja

nej

Annat specialisering:

ja

nej

4 månaders tjänstgöring

på kroppssjukhus:

ja

nej

6. Anställd på sjukhuset sedan:

7. Tidigare tjänstgöring:

1.

2.

3.

4.

5.

o. eller e.o extra

8. Tjänsteställning:

1. Överläkare

.....

2. Bitr. överläkare

.....

3. Förste läkare

.....

4. Annan läkare

.....

5. Överläkare med

vissa uppgifter

(internmedi-

cinska)

.....

6. Sjukhuschef,

styresman

9. Arbetsuppgifter

1. Sluten vård

.....

2. Öppen vård

.....

3. Privat mottagning

.....

4. Konsultverksamhet

.....

utanför sjukhuset

.....

## II. Arbetsuppgifter

## A. Sluten vård

## 1. Patientkontakter

10. Har Er (-a) avdelning(-ar)

manliga pat?  
kvinnlige pat?*Endast till överläkare*

11. Hur många pat. finns på Er överläkaravd.?

därav straffriförklarade

därav o-fall

därav barn och ungdomar under 18 år

12. Hur många vårdavdelningar finns på Er överläkaravd.?

därav s. k. »lugna»

därav s. k. »halvoroliga»

därav s. k. »oroliga»

därav s. k. behandlingsavd.

13. Hur många underordnade läkartjänster finns på Er överläkaravd.?

därav obesatta med vikarie

därav obesatta utan vikarie

14. Vad anser Ni om läkartätheten på Er överläkaravd.?

tillräcklig  
otillräcklig

15. Har Ni några önskemål ang. läkartätheten på Er överläkaravd.?

16. Hur många pat. från Er överläkaravd. är f. n. försöksutskrivna?

därav tillhörande kategorin straffriförklarade

17. På vilket sätt upprätthåller Ni kontakten med de försöksutskrivna?

18. Anser Ni att den möjlighet Ni har till kontakt och kontroll är tillräcklig?

ja      nej

*Endast till förste läkare eller läkare*

20. För hur många vårdavdelningar svarar Ni?

21. Hur stort är det antal pat. som Ni skall sköta?

därav straffriförklarade

» o-fall

» barn och ungdomar under 18 år

*Till alla läkare*

22. Vad anser Ni om antalet pat., som Ni har att sköta?

För många  
Lagom  
För få

23. Hinner Ni sätta Er in i patienternas journaler i den utsträckning Ni önskar? ja nej
24. Om nej, vilka önskemål har Ni i detta avseende?
25. Hinner Ni med följande undersökningar ja nej  
kropsstatus  
neurologiska  
psykodiagnostiska
26. Finns det några undersökningar som Ni nu inte hinner med? ja nej  
Om ja, vilka?
27. Har Ni några önskemål rörande såväl somatiska som psykodiagnostiska undersökningar?
28. Vad anser Ni om differentieringen av patienterna på avdelningen?  
1. Differentiering förekommer ej .....  
2. Differentiering förekommer men är ej tillfredsställande .....  
3. Differentieringen är tillfredsställande
29. Om alternativen 1 och 2: Hur skulle Ni vilja, att en differentiering av patienterna skulle göras?
30. Anser Ni att man bör ha speciella avdelningar eller sjukhus för straffrifyklarade? ja nej  
Spec. sjukhus  
Spec. avdelningar
31. Motivera
32. Där så förekommer: Vad anser Ni om att ha barn och ungdomar under 18 år på vårdavdelningen?

## 2. Ronder

33. Hinner Ni gå rond varje dag? ja en förmiddags- och en eftermiddagsrond .....  
ja en rond endast .....  
nej .....  
..... gånger
34. Hinner Ni gå rond på alla Edra vårdavdelningar varje dag? ja nej  
om nej, hur ofta
35. Hur lång tid kan Ni avsätta för varje rond  
mindre än en timme  
1—2 timmar  
2—3 timmar  
3—4 timmar  
mera än 4 timmar

36. Hur många personer följer vanligen med på Er rond?
- |  |                   |       |
|--|-------------------|-------|
|  | Läkare            | ..... |
|  | Föreståndarinna   | ..... |
|  | Uppsyningsman     | ..... |
|  | Översköterska     | ..... |
|  | Överskötare       | ..... |
|  | Skötare           | ..... |
|  | Med. kand.        | ..... |
|  | Sjuksköterskeelev | ..... |
|  | Psykolog          | ..... |
|  | Kurator           | ..... |
|  | Annan             | ..... |
37. Är det någon eller några personer som nu inte följer med på ronderna, som Ni anser att det vore fördelaktigt att ha med?
38. Motivera
39. Är det några personer som nu följer med på ronderna som ej behövde göra det?
40. Motivera
41. Beskriv hur en rond vanligtvis går till (så detaljerat som möjligt)
42. Hur många patienter hinner Ni samtala med under varje rond?
43. Hur lång tid kan Ni i genomsnitt ägna varje samtal?
44. Hinner Ni samtala med såväl nya patienter som med gamla »kroniska» fall?
- |  |                       |       |
|--|-----------------------|-------|
|  | Med båda typer        | ..... |
|  | Huvudsakligen med nya | ..... |
|  | Enbart med nya        | ..... |
|  | Inte med några        | ..... |
45. Vad anser Ni om värdet av samtal med pat.?
46. Har Ni även enskilda samtal med pat., d. v. s. sådana där ingen annan är närvarande?
- |  |    |     |
|--|----|-----|
|  | ja | nej |
|--|----|-----|
47. Anser Ni att sådana enskilda samtal har diagnostiskt värde?
- |  |    |     |
|--|----|-----|
|  | ja | nej |
|--|----|-----|
48. Motivera
49. Anser Ni att sådana samtal har terapeutiskt värde?
- |  |    |     |
|--|----|-----|
|  | ja | nej |
|--|----|-----|
50. Motivera
51. Anser Ni att någon annan än en läkarutbildad person t. ex. en psykolog skulle kunna ha enskilda samtal med pat.?
- |  |    |     |
|--|----|-----|
|  | ja | nej |
|--|----|-----|
52. Motivera

### B. Öppen vård

#### 1. Hjälpverksamhet

53. Hur ofta har Ni mottagning?
- |                        |                       |
|------------------------|-----------------------|
| a) för allmänheten     | ..... gånger i veckan |
| b) för sjukhusets pat. | ..... gånger i veckan |
54. Har Ni mottagning utanför sjukhuset?
- |  |    |     |
|--|----|-----|
|  | ja | nej |
|--|----|-----|
55. Om ja, var och hur ofta?



56. Finns det några uppgifter som Ni nu själv utför, men som någon annan kunde överta? ja nej
57. Om ja, vilka?  
Av vem?
58. Finns det några uppgifter som Ni nu inte utför, men som Ni anser att Ni borde överta? ja nej
59. Om ja, vilka?
60. Vilka önskemål har Ni beträffande hjälpverksamheten?

## 2. Familjevård

61. Hur många hem står under Er uppsikt? hem
62. Hur många pat. står under Er uppsikt? patienter
63. Hur ofta hinner Ni själv vanligen besöka varje patient? gång i veckan  
gång i månaden
64. Hur ofta hinner föreståndarinnan besöka varje patient? gång i veckan  
gång i månaden
65. Vad anser Ni om familjevård som terapiform?
66. Finns det några uppgifter som Ni nu själv utför, men som kunde övertas av någon annan? ja nej
67. Om ja, vilka?  
Av vem?
68. Vad anser Ni om möjligheten att provinsialläkare och distriktssköterska övertar en del av vården och kontrollen (förekommer det redan nu — i så fall i vilken utsträckning)?
69. Finns det några uppgifter som Ni nu inte utför, men som Ni anser att Ni borde överta? ja nej
70. Om ja, vilka?
71. Vilket är den längsta sträckan Ni behöver resa? mil
72. Hinner Ni samtala med de pat. som överflyttas till familjevård i den utsträckning Ni önskar? ja nej  
Kommentar
73. Har Ni några önskemål rörande familjevården?
74. Hur stor är personalen som hjälper Er? Föreståndarinna  
Kurator
75. Anser Ni den hjälp Ni får av föreståndarinnan som tillräcklig?
76. Anser Ni den hjälp Ni får av kuratorn vara tillräcklig?

## C. Övrigt

### 3. Administration

77. Har Ni rent administrativa uppgifter? ja nej

78. Om ja, vilka?
79. Anser Ni att de är betungande? ja nej
80. Kan en del av dessa skötas av andra? ja nej
81. Om ja, vilka och av vem?
82. Är det några administrativa uppgifter Ni inte utför för närvarande, men som Ni anser Ni borde sköta?
83. Det händer att läkarnas och intendentens åsikter går isär. Har Ni upplevt detta här? ja nej
84. Om ja, exemplifiera?
85. Tycker Ni olikheterna i åsikterna är så stora att man kan tala om motsättningar? ja nej
86. Om ja, hur anser Ni att man kan överbygga dem?
87. Vad anser Ni om den ställning intendenten har jämfört med läkarnas?
88. Såsom det är nu, sköter en överläkare ganska självständigt sin avdelning. I U.S.A. brukar man ibland ha en »clinical director» som samordnar terapin och utfärdar riktlinjer rörande den samt representerar sjukhuset utåt. Vad anser Ni om önskvärdheten att inrätta sådana tjänster vid svenska mentalsjukhus? Önskvärt  
Ej önskvärt  
Tveksam
89. Motivera
90. Om man inrättade en tjänst som »clinical director» och intendenten också underställdes honom, vad skulle Ni i så fall anse? Acceptabelt  
Ej acceptabelt  
Tveksam

## Kommentar

## 4. Terapi

91. Använder Ni psykoterapi? ja nej
92. Vilken sorts terapi avser Ni med termen psykoterapi?
93. Vad anser Ni om dess värde?
94. Vilka önskemål har Ni rörande psykoterapin?
95. Använder Ni gruppterapi? ja nej
96. Vad avser Ni med termen gruppterapi?
97. Vad anser Ni om dess värde?
98. Vilka önskemål har Ni rörande gruppterapin?
99. Använder Ni socioterapi? ja nej
100. Vad avser Ni därmed och vad anser Ni om dess värde?
101. Vad anser Ni om reaktiveringens terapeutiska effekt?
102. På vilket sätt söker man aktivera eller reaktivera patienterna på Er avdelning?

103. Tror Ni att demensen i viss utsträckning kan vara ett hospitaliseringsfenomen? ja nej
104. Motivera
105. Anser Ni att som medel i återanpassningen arbetsterapi för vissa patienter kan övergå i mera regelbundet arbete, t. ex. masstillverkning av en viss artikel? ja nej
106. Kommentera
107. Anser Ni att man för mera regelbundet patientarbete skulle betala viss lön? ja nej
108. Tror Ni att det skulle kunna ha en terapeutisk effekt? ja nej
109. Motivera
110. På en del sjukhus har man försökt att dela upp patienterna på avdelningarna i smågrupper. Tror Ni detta kan ha en terapeutisk effekt?
111. Motivera
112. Är det något som Ni tycker bör förbättras när det gäller terapiformerna?
113. Är det något som Ni tycker bör förbättras när det gäller patienternas sysselsättning?
114. Är det något som Ni tycker bör förbättras när det gäller patienternas fritid?
115. När skall patienterna f. n. lägga sig på kvällarna? före kl. 6  
mellan kl. 6—7  
» » 7—8  
» » 8—9  
efter kl. 9
116. Kommentera
117. Anser Ni att patienterna kan vara med om att fatta beslut om saker som gäller dem själva? ja  
i viss mån  
nej
118. Om »ja» eller »i viss mån»: På vilket sätt?  
På vilka områden?
119. Meddelar Ni någon undervisning och handledning? ja nej  
Med. kand.  
Sjuksköterskeelever  
Grundkursen  
Personalen på vårdavd.
120. Vad anser Ni om önskvärdheten av att personalen på avdelningen får

regelbundet återkommande undervisning och handledning?

behövs  
tveksam om det behövs  
behövs ej  
behövs, men har ej tid

121. Om »behövs» eller »tveksam» hur skulle den utformas?

122. Vad anser Ni om värdet av personalkonferenser?

123. Vem bör delta?

124. Hur ofta bör de äga rum?

..... gånger i veckan  
..... » i månaden  
..... » per år

125. Vilka skäl tala för och vilka emot att vårdpersonalen informeras om patienternas anamnes?

För:

Emot:

126. Anser Ni att konferenser med »falldiskussion», i vilken vårdavdelningens personal deltar

ja tveksam nej

är bra ur utbildningssynpunkt?

.....

underlättar Ert eget arbete?

.....

skulle väcka intresse hos personalen?

.....

skulle öka deras ansvarskänsla?

.....

skulle öka deras intresse för patienterna?

.....

### III. Privat mottagning

127. Har Ni tillfälle till privat mottagning?

ja nej

128. Om ja hur ofta i veckan?

..... gånger

129. hur många timmar per gång?

..... timmar

130. Var har Ni Er mottagningslokal?

på sjukhuset:  
utanför sjukhuset:

131. Om på sjukhus: Ställs lokal, personal och ev. sjukvårdsmaterial avgiftsfritt till Ert förfogande?

ja nej

132. Har Ni några önskemål rörande privat mottagning?

### IV. Forskning

133. Hinner Ni ägna Er åt forskning? ja nej

134. Om ja, vilka problem undersöker Ni?

135. Hur mycket tid hinner Ni ägna åt forskning?

136. Har Ni anslag från statens medicinska forskningsråd?

ja nej

137. Har Ni hjälp med forskningen?

ja nej

138. Skulle Ni vilja ha mera tid till forskning?

ja nej

139. Vilka problem tycker Ni är särskilt viktigt att utforska?  
 140. Har Ni speciella önskemål rörande forskning?

### V. Studier och fortbildning

141. Hinner Ni med att orientera Er om nya forskningsrön på Ert område?  
 ja .....  
 i viss mån .....  
 nej .....
142. Finns det medicinskt bibliotek? ja nej  
 143. Ingår det tillräckligt med facklitteratur? ja nej  
 facktidskrifter? .....  
 144. Vilka facktidskrifter hinner Ni läsa regelbundet?  
 1.  
 2.  
 3.  
 4.  
 5.
145. Har Ni några speciella önskemål rörande fortbildningen, t. ex. kurser och dyl.?  
 146. Vad anser Ni om möjligheten att med jämna mellanrum tjänstgöra en viss tid, t. ex. 3 månader, på kroppssjukhus?

### VI. Lokaler och utrustning

#### 1. Lokaler

147. Har Ni egen expedition? ja nej  
 eget undersökningsrum? ja nej  
 delat undersökningsrum? ja nej  
 148. Vilka önskemål har Ni rörande Era lokaler?

#### 2. Utrustning

149. Har expeditionen och undersökningsrummet  
 telefon? ja nej  
 skrivmaskin?  
 diktafon?  
 undersökningsplint?  
 behövliga instrument?
150. Vilka önskemål har Ni rörande utrustningen?  
 151. På vad sätt tillgodoses Ert behov av skrivhjälp?  
 1. Egen sekreterare .....  
 2. Skrivbiträde gemensamt med andra .....  
 3. Skrivcentral .....  
 4. Ingen skrivhjälp .....
152. Har Ni några önskemål rörande skrivhjälp? ja nej  
 153. Motivera

## 3. Sjukhusets lokaler och utrustning

154. Vad anser Ni beträffande standarden ifråga om avdelningens(-arnas) lokaler?
155. Har Ni önskemål rörande lokalernas standard?
156. Vad anser Ni beträffande standarden ifråga om Er avdelnings inredning?
157. Har Ni speciella önskemål rörande Er avdelnings inredning?
158. Vad anser Ni om sjukhusets medicinska centrum? tillräckliga? ej tillräckliga?  
 Är resurserna med avseende på
- |                    |       |       |
|--------------------|-------|-------|
| Laboratorium       |       |       |
| Röntgen            | ..... | ..... |
| Ekg                | ..... | ..... |
| EEG                | ..... | ..... |
| Psykologiskt lab.  | ..... | ..... |
| Sjukgymnastik      | ..... | ..... |
| Behandlingslokaler | ..... | ..... |
159. Motivera om något ej är tillräckligt
160. Har Ni några önskemål i övrigt rörande sjukhusets medicinska centrum? ja      nej

VII. *Uppfattning om speciella personalkategorier*

161. Finns det psykolog? ja      nej  
 Heltidsanställd? .....      .....  
 Deltidsanställd? .....      .....
162. Sysslar han med ja      nej  
 diagnostiska uppgifter? .....      .....  
 terapeutiska » ? .....      .....  
 forskning? .....      .....  
 utbildning? .....      .....
163. Som bekant finns det brist på psykiatrer. Om man bildade team av läkare och psykologer, anser Ni att psykologen kunde överta vissa terapeutiska uppgifter? ja      nej
164. Om ja, vilka?
165. Under vilka förutsättningar?
166. Anser Ni att psykologer bör kunna ge vårdpersonalen utbildning för att förbättra deras observationer av patienternas beteende? ja      nej
167. Föreligger det behov av undervisning i psykologi för vårdpersonal? ja      nej
168. Om ja, anser Ni att en psykolog skulle kunna anlitas därtill? ja      nej
169. I utlandet har psykologer använts för att kartlägga effekten av terapin i fråga om patienternas beteende. I vilken utsträckning anser Ni det vara önskvärt med dylika undersökningar här på sjukhuset?
170. Vad anser Ni om behovet av kuratorer?
171. Vilka uppgifter anser Ni de bör utföra?

172. Vad anser Ni om behovet av arbetsterapeuter?

173. Vad anser Ni om behovet av sjukgymnaster?

### VIII. Information

174. Anser Ni att läkaren bör samråda med vårdpersonalen när det gäller vissa åtgärder som rör patienten? ja nej
175. Om ja, exemplifiera
176. Tror Ni att vårdpersonalen kan ha informationer om patienten, som är värdefulla för läkaren att få reda på? ja nej
177. Om ja, exemplifiera
178. Man hör ibland sägas: »De flesta patienter på våra mentalsjukhus behöver samma sorts kontroll och disciplin som ett ouppfostrat barn». Vad anser Ni om detta påstående?
179. Anser Ni att atmosfären på en avdelning är av betydelse för patienternas tillfrisknande? ja nej
180. Om ja, på vilket sätt?
181. Anser Ni att relationerna mellan läkare och vårdpersonalen kan påverka patienternas tillstånd? ja nej
182. Om ja, på vilket sätt?
183. Anser Ni att relationerna mellan vårdpersonalen och patienterna påverkar de senares tillstånd? ja nej
184. Om ja, på vilket sätt?
185. Vad anser Ni om följande påstående: »Vårdpersonalens främsta uppgift är att se till att det råder lugn och ordning på avdelningen?»
186. I vilken utsträckning behöver vårdpersonalen ha kunskap om patienternas reaktionssätt?
187. Vad anser Ni om vårdpersonalens arbetstider f. n.?

## Intervjuundersökningen

### *Arbetsterapeuter, socioterapeuter, kuratorer och psykologer*

#### I. Bakgrundsfaktorer

1. Namn:
2. Sjukhus:
3. Ålder:
4. Kön: M  
K
5. Utbildning
6. Anställd på sjukhuset sedan:
7. Tidigare tjänstgöring:
  - 1.
  - 2.
  - 3.
  - 4.
  - 5.
8. Tjänst:
  - Arbetsterapeut
  - Socioterapeut
  - Kurator
  - Psykolog
9. Sluten vård .....
- Öppen vård .....
- (Gäller endast kuratorer)

#### II. Arbetsuppgifter

##### A. Frågor till arbetsterapeuten

10. Har Ni hand om
  - manl. patienter?
  - kvinnl. patienter?
11. Har Ni arbetsterapi i
  - speciella lokaler?      ja      nej
  - på avdelningarna?      ....      ....
12. För hur många avdelningar är Ni arbetsterapeut?      ....      ....
13. Hur många patienter finns på dessa avd.?      ....      ....
14. Hur många patienter per dag kommer i genomsnitt till arbetsterapilokalen?      ....      ....



15. Vilka sysselsättningar förekommer?
- 1.
  - 2.
  - 3.
  - 4.
  - 5.
  - 6.
16. Förekommer det differentiering av patienterna i arbetsterapin?
1. Förekommer ej .....
  2. Förekommer men är ej tillfredsställande .....
  3. Är tillfredsställande
17. Om alternativen 1 och 2: Hur skulle Ni vilja att en differentiering av patienterna skulle göras?
18. Är antalet arbetsterapeuter för litet?  
tillräckligt?
19. Är det något som Ni tycker bör förbättras när det gäller arbetsterapin?
20. Har Ni några speciella önskemål?
21. Vad anser Ni om standarden ifråga om arbetsterapins lokaler?
22. Har Ni några önskemål rörande lokalernas standard?
23. Vad anser Ni om standarden ifråga om arbetsterapins inredning?
24. Har Ni några speciella önskemål rörande Er avdelnings inredning?

#### B. Frågor till kuratorer

25. Vilka arbetsuppgifter har Ni?
26. Finns det några uppgifter som Ni sköter nu, men som kunde skötas av andra?
27. Finns det några uppgifter som Ni inte sköter nu, men som Ni anser att Ni borde sköta?
28. Hur många patienter har Ni att ta hand om?
29. Är antalet kuratorer för litet?  
tillräckligt?
30. Har Ni några speciella önskemål ang. kuratorsverksamheten?

#### C. Frågor till psykologer

31. Vilka arbetsuppgifter har Ni?
32. Finns det några uppgifter som Ni sköter nu, men som kunde skötas av en annan?
33. Finns det några uppgifter som Ni inte sköter nu, men som Ni anser att Ni borde sköta?
34. Hur många patienter skall Ni ta hand om?
35. Är antalet psykologer för litet?  
tillräckligt?
36. Har Ni några speciella önskemål ang. psykologens verksamhet?
37. Vilka tests brukar Ni oftast använda?
- 1.
  - 2.
  - 3.
  - 4.
  - 5.

## 38. Vad anser Ni om läkarnas intresse för psykologens arbete?

*Frågor till alla kategorier**2. Ronder*

39. Brukar Ni gå med på ronderna? ja nej  
 40. Om ja, hur ofta? varje dag  
 ibland  
 någon enstaka gång  
 41. Vad anser Ni om värdet av att delta i ronderna?  
 42. Brukar Ni ha samtal med patienterna? ja nej  
 43. Vad anser Ni om värdet av samtal med pat.? ja nej  
 44. Har Ni även enskilda samtal med pat., d. v. s. samtal då ingen annan är närvarande? ja nej  
 45. Anser Ni att sådana enskilda samtal har diagnostiskt värde? ja nej  
 46. Motivera  
 47. Anser Ni att sådana samtal har terapeutiskt värde? ja nej  
 48. Motivera  
 49. Anser Ni att någon annan än läkarutbildad person t. ex. en psykolog kan ha terapeutiska samtal med patienter? ja nej  
 50. Motivera

*D. Övrigt**3. Administration*

51. Har Ni rent administrativa uppgifter? ja nej  
 52. Om ja, vilka?  
 53. Anser Ni att de är betungande? ja nej  
 54. Kan en del av dessa skötas av andra? ja nej  
 55. Om ja, vilka och av vem?  
 56. Är det några administrativa uppgifter Ni inte utför för närvarande, men som Ni anser Ni borde sköta?  
 57. Det händer att läkares och andra t. ex. kuratorns, psykologens, arbetsterapeutens ochintendentens åsikter går isär. Har Ni upplevt detta här? ja nej  
 58. Om ja, exemplifiera?  
 59. Tycker Ni olikheterna i åsikterna är så stora att man kan tala om motsättningar? ja nej  
 60. Om ja, hur anser Ni att man kan överbrygga dem?  
 61. Vad anser Ni om den ställning intendenten har jämfört med läkarnas?

*Frågor till kuratorer och psykologer*4. *Terapi*

62. Används det psykoterapi här på sjukhuset? ja nej
63. Vilken sorts terapi avser Ni med termen »psykoterapi»?
64. Vad anser Ni om dess värde?
65. Vilka önskemål har Ni rörande psykoterapi?
66. Används det gruppterapi här? ja nej
67. Vad avser Ni med termen gruppterapi?
68. Vad anser Ni om dess värde?
69. Vilka önskemål har Ni rörande gruppterapi?
70. Används det socioterapi här? ja nej
71. Vad avser Ni därmed och vad anser Ni om dess värde?

*Frågor till alla*

72. Vad anser Ni om reaktiveringens terapeutiska effekt?
73. På vilket sätt söker man aktivera eller reaktivera patienterna här på sjukhuset?
74. Tror Ni att demensen i viss utsträckning kan vara ett hospitaliseringsfenomen (frågan ställs ej till arbetsterapeuter)? ja nej
75. Motivera
76. Anser Ni att som medel i återanpassningen arbetsterapi för vissa patienter kan övergå i mera regelbundet arbete, t. ex. masstillverkning av en viss artikel? ja nej
77. Kommentera
78. Anser Ni att man för mera regelbundet patientarbete skulle betala viss lön? ja nej
79. Tror Ni att det skulle kunna ha terapeutisk effekt? ja nej
80. Motivera
81. På en del sjukhus har man försökt att dela upp patienterna på avdelningarna i smågrupper. Tror Ni detta kan ha terapeutisk effekt? ja nej
82. Motivera
83. Är det något som Ni tycker bör förbättras när det gäller terapiformerna?
84. Är det något som Ni tycker bör förbättras när det gäller patienternas sysselsättning?
85. Är det något som Ni tycker bör förbättras när det gäller patienternas fritid?
86. Anser Ni att patienterna kan vara med om att fatta beslut om saker som gäller dem själva? ja .....  
i viss mån .....  
nej .....

87. Om »ja» eller »i viss mån»: På vilket sätt?  
På vilka områden?

5. *Undervisning och handledning*

88. Meddelar Ni någon undervisning och handledning? ja nej  
Med kand.  
Sjuksköterskeelever  
Grundkursen  
Personalen på vårdavd.
89. Vad anser Ni om önskvärdheten av att personalen på avdelningen får regelbundet återkommande undervisning och handledning?  
behövs .....  
tveksam om det behövs .....  
behövs ej .....  
behövs, men har ej tid .....
90. Om »behövs» eller »tveksam» hur skulle den utformas?
91. Vad anser Ni om värdet av personalkonferenser?
92. Vem bör delta?
93. Hur ofta bör de äga rum?  
..... gånger i veckan  
..... » i månaden  
..... » per år
94. Anser Ni att konferenser med »falldiskussion», i vilken vårdavdelningens personal deltar är bra ur utbildningssynpunkt?  
underlättar Ert arbete?  
skulle väcka intresse hos personalen?  
skulle öka deras ansvarskänsla?  
skulle öka deras intresse för patienterna?

*Frågor till psykologer*

III. *Forskning*

95. Hinner Ni ägna Er åt forskning? ja nej
96. Om ja, vilka problem undersöker Ni?
97. Hur mycket tid hinner Ni ägna åt forskning?
98. Har Ni anslag från forskningsråd? ja nej
99. Har Ni hjälp med forskningen? ja nej
100. Skulle Ni vilja ha mera tid till forskning? ja nej
101. Vilka problem tycker Ni är särskilt viktiga att utforska?
102. Har Ni speciella önskemål rörande forskning?

*Till alla*IV. *Studier och fortbildning*

103. Hinner Ni med att orientera Er om nya rön på Ert område?  
 ja .....  
 i viss mån .....  
 nej .....

*Ej till arbetsterapeuter*

104. Finns det bibliotek? ja nej  
 105. Ingår det tillräckligt med facklitteratur? .....  
 facktidskrifter? .....  
 106. Vilka facktidskrifter hinner Ni läsa regelbundet?  
 1.  
 2.  
 3.  
 4.  
 5.

*Till alla*

107. Har Ni några speciella önskemål rörande fortbildningen, t. ex. kurser och dyl.?

V. *Lokaler och utrustning*1. *Lokaler*

109. Har Ni egen expedition? ja nej  
 eget undersökningsrum? ja nej  
 delat » ? ja nej  
 110. Vilka önskemål har Ni rörande Era lokaler?

2. *Utrustning*

111. Har expeditionen telefon? ja nej  
 skrivmaskin?  
 112. Vilka önskemål har Ni rörande utrustningen?  
 113. På vad sätt tillgodoses Ert behov av skrivhjälp?  
 1. Skrivbiträde gemensamt med andra .....  
 2. Skrivcentral .....  
 3. Ingen skrivhjälp .....  
 114. Har Ni några önskemål rörande skrivhjälp? ja nej  
 115. Motivera

VI. *Information*

116. Anser Ni att läkaren bör samråda med vårdpersonalen när det gäller vissa åtgärder som rör patienten? ja nej

117. Om ja, exemplifiera
118. Tror Ni att vårdpersonalen kan ha information om patienten, som det är värdefullt för läkaren att få reda på? ja nej
119. Om ja, exemplifiera
120. Man hör ibland sägas: »De flesta patienter på våra mentalsjukhus behöver samma sorts kontroll och disciplin som ett ouppfostrat barn». Vad anser Ni om detta påstående?
121. Anser Ni att atmosfären på en avdelning är av betydelse för patienternas tillfrisknande? ja nej
122. Om ja, på vilket sätt?
123. Anser Ni att relationerna mellan läkare och vårdpersonalen kan påverka patienternas tillstånd? ja nej
124. Om ja, på vilket sätt?
125. Anser Ni att relationerna mellan vårdpersonalen och patienterna påverkar de senares tillstånd? ja nej
126. Om ja, på vilket sätt?
127. Vad anser Ni om följande påstående: »Vårdpersonalens främsta uppgift är att se till att det råder lugn och ordning på avdelningen»?
128. I vilken utsträckning behöver vårdpersonalen ha kunskap om patienternas reaktionsätt?
129. Vad anser Ni om vårdpersonalens arbetstider f. n.?

## Intervjuundersökningen

### Föreståndarinnor och uppsyningsmän

#### I. Bakgrundsfaktorer

1. Namn:
2. Sjukhus:
3. Ålder:
4. Kön: M  
K
5. Utbildning
6. Anställd på sjukhuset sedan:
7. Tidigare tjänstgöring:
  - 1.
  - 2.
  - 3.
  - 4.
  - 5.
8. Tjänsteställning:
 

Föreståndarinna .....

Uppsyningsman .....

#### 1. Arbetsuppgifter.

9. För hur många vårdavdelningar svarar Ni? .....
10. Hur många patienter finns på dessa? .....
11. Vad anser Ni om antalet patienter som Ni har ansvar för?
 

för många .....

lagom .....

för få .....
12. Brukar Ni gå rond med avdelnings- resp. överläkaren?
 

ja        nej
13. Om ja
 

varje dag .....

varannan dag .....

mindre .....
14. Vad anser Ni om värdet av att delta i ronderna?
16. Brukar Ni ha samtal med patienterna?
 

ja        nej
17. Hinner Ni med alla de samtal Ni skulle vilja ha?
 

ja        nej
18. Har Ni några önskemål rörande samtal med patienter?

19. Vill Ni i detalj redogöra för vilka arbetsuppgifter som åvilar Er ifråga om skötseln av patienternas privata medel.
- 1.
  - 2.
  - 3.
  - 4.
  - 5.
  - 6.
20. Hur lång tid per dag ägnar Ni åt skötsel av patienternas privata medel? ..... timmar
21. Brukar Ni själv ombesörja alla inköp? ja nej
22. Brukar Ni själv distribuera de inköpta varorna till patienterna? ja nej
23. Har Ni utbildning i bokföringsgöromål? ja nej
24. Har Ni någon hjälp vid inköpen? ja nej
25. Har Ni någon hjälp med bokföringen? ja nej
26. Anser Ni att inköp och handhavande av patienternas medel kunde skötas av andra? ja nej
27. Om ja, av vem och hur bör det organiseras?
28. Har Ni några synpunkter för övrigt när det gäller handhavande av patienternas medel? (T. ex. anser Ni att patienterna själva bör kunna handha sina penningmedel eller viss del därav. I så fall hur mycket?)
29. Hur mycket expeditjonsarbete har Ni för övrigt? ..... timmar
30. Vilka göromål ingår i denna tid?
1. ....
  2. ....
  3. ....
  4. ....
  5. ....
31. Är det någon annan som kunde överta några av dessa göromål? ja nej
32. Om ja, vem och vad?
33. Hur lång tid ägnar Ni åt telefonkontakt med och besök av anhöriga? ..... timmar
34. Har Ni några önskemål rörande kontakten med de anhöriga?
35. Är det några uppgifter som Ni nu inte hinner med, men som Ni anser att Ni borde sköta?

## 2. Terapi

36. På vilket sätt söker man aktivera eller reaktivera patienterna på den avdelning, för vilken Ni har ansvaret?
37. Vad anser Ni om reaktiveringens terapeutiska värde?
38. Anser Ni att som medel i återanpassningen arbetsterapi för vissa



- patienter kan övergå i mera regelbundet arbete, t. ex. masstillverkning av en viss artikel? ja nej
39. Kommentera
40. Anser Ni att man för mera regelbundet patientarbete skulle betala viss lön? ja nej
41. Tror Ni att det skulle kunna ha terapeutisk effekt? ja nej
42. Motivera
43. På en del sjukhus har man försökt att dela upp patienterna på avdelningarna i smågrupper. Tror Ni detta kan ha terapeutisk effekt? ja nej
44. Motivera
45. Är det något som Ni tycker bör förbättras när det gäller terapin?
46. Är det något som Ni tycker bör förbättras när det gäller patienternas sysselsättning?
47. Är det något som Ni tycker bör förbättras när det gäller patienternas fritid?
48. När skall patienterna f. n. lägga sig på kvällarna? före kl. 6  
mellan kl. 6—7  
» » 7—8  
» » 8—9  
efter kl. 9
49. Kommentera
50. Anser Ni att patienterna kan vara med om att fatta beslut om saker som gäller dem själva? ja .....  
i viss mån .....  
nej .....
51. Om »ja» eller »i viss mån»: På vilket sätt?  
På vilka områden?

### 3. Undervisning och handledning

52. Vad anser Ni om önskvärdheten av att personalen på avdelningen får regelbundet återkommande undervisning och handledning? behövs .....  
tveksam om det behövs .....  
behövs ej .....  
behövs, men har ej tid .....
53. Om »behövs» eller »tveksam» hur skulle den utformas?
54. Vad anser Ni om värdet av personalkonferenser?
55. Vilka bör delta?
56. Hur ofta bör de äga rum? ..... gånger i veckan  
..... » i månaden  
..... » per år
57. Vilka skäl talar för och vilka emot att vårdpersonalen informeras om patienternas anamnes?  
För:  
Emot:

58. Anser Ni att konferenser med »fall-diskussion», i vilken vårdavdelningens personal deltar

är bra ur utbildningssynpunkt?  
skulle väcka intresse hos personalen?

skulle öka deras ansvarskänsla?  
skulle öka deras intresse för patienterna?

#### 4. Lokaler

59. Har Ni egen expedition? ja nej

60. Vilka önskemål har Ni rörande Era lokaler?

#### 5. Utrustning

61. Har expeditionen telefon? ja nej  
skrivmaskin?

62. Vilka önskemål har Ni rörande utrustningen?

63. På vad sätt tillgodoses Ert behov av skrivhjälp?

1. Skrivbiträde gemensamt med andra .....

2. Skrivcentral .....

3. Ingen skrivhjälp .....

64. Har Ni några önskemål rörande skrivhjälp? ja nej

65. Motivera

#### 6. Sjukhusets lokaler och utrustning

66. Vad anser Ni om standarden ifråga om avdelningens(-arnas) lokaler?

67. Har Ni önskemål rörande lokalernas standard?

68. Vad anser Ni beträffande standarden ifråga om Er avdelnings inredning?

69. Har Ni speciella önskemål rörande Er avdelnings inredning?

#### 7. Information

70. Anser Ni att läkaren bör samråda med vårdpersonalen när det gäller vissa åtgärder som rör patienten? ja nej

71. Om ja, exemplifiera

72. Tror Ni att vårdpersonalen kan ha information om patienten, som det är värdefullt för läkaren att få reda på? ja nej

73. Om ja, exemplifiera

74. Man hör ibland sägas: »De flesta patienter på våra mentalsjukhus behöver samma sorts kontroll och disciplin som ett ouppfostrat barn». Vad anser Ni om detta påstående?

75. Anser Ni, att atmosfären på en avdelning är av betydelse för patienternas tillfrisknande? ja nej
76. Om ja, på vilket sätt?
77. Anser Ni att relationerna mellan läkare och vårdpersonal kan påverka patienternas tillstånd? ja nej
78. Om ja, på vilket sätt?
79. Anser Ni att relationerna mellan vårdpersonalen och patienterna påverkar de senares tillstånd? ja nej
80. Om ja, på vilket sätt?
81. Vad anser Ni om följande påstående: »Vårdpersonalens främsta uppgift är att se till att det råder lugn och ordning på avdelningen»?
82. I vilken utsträckning behöver vårdpersonalen ha kunskap om patienternas reaktionssätt?
83. Vad anser Ni om vårdpersonalens arbetstider f. n.?

Intervjuare.....

Tid.....

## Intervjuundersökningen

### Vårdavdelningspersonalen

#### I. Bakgrundsfaktorer

1. Namn:
2. Sjukhus:
3. Överläkare:
4. Ålder:
5. Kön? M  
K
6. Utbildning
7. Anställd på sjukhuset sedan:
8. Tidigare tjänstgöring:
  - 1.
  - 2.
  - 3.
  - 4.
  - 5.
9. Tjänst:
  - Överskötare .....
  - Förste skötare .....
  - Skötare .....

#### II. Arbetsuppgifter.

10. Har Ni hand om
  - manl. pat. ....
  - kvinnl. pat. ....
11. Hur många patienter finns på Er avdelning?  
.....
12. Vad anser Ni om antalet patienter som Ni har att ta hand om?  
För många .....
12. a. Motivera  
Lagom .....
- För få .....
13. Brukar Ni gå rond med avdelnings- resp. överläkaren?  
Ja .....
- Nej .....
14. Om ja hur ofta?  
varje dag .....
- varannan dag .....
- mindre .....
15. Vad anser Ni om värdet av att delta i ronderna?
16. Vill Ni i korthet redogöra för de arbetsuppgifter som åvilar Er?
17. Vilken arbetsuppgift tar mest tid?
18. Vilken arbetsuppgift anser Ni själv vara viktigast?

19. Finns det några uppgifter som Ni sköter nu, men som kunde eller borde skötas av andra?
20. Finns det några uppgifter som Ni inte sköter nu, men som Ni anser att Ni borde sköta?
21. Brukar Ni ha samtal med patienter? ja nej
22. Hinner Ni med alla de samtal Ni skulle vilja ha? ja nej
23. Har Ni några önskemål rörande samtal med pat.?
24. Anser Ni att samtal med patienterna har terapeutiskt värde?
25. Vad anser Ni om att ta kontakt med patienterna utan att dessa har kallat på Er?
26. Vilken uppfattning tror Ni era kamrater har betr. ovannämnda fråga?
27. Anser Ni att pat. har behov av kontakt med personalen på avd.?
- Ja alla .....  
Några .....  
Tveksam .....  
Nej .....
28. På vilket sätt yttrar sig kontaktbehovet?
29. Finns det möjlighet för personalen att tillgodose detta behov?
- Ja .....  
I viss mån .....  
Nej .....  
Vet ej .....
30. Om ja, på vilket sätt?
30. Om nej, motivera

### III. Terapi

31. På vilket sätt söker man aktivera eller reaktivera pat. på Er avdelning?
32. Vad anser Ni om reaktiveringens terapeutiska värde?
33. Anser Ni att som medel i återanpassningen arbetsterapi för vissa patienter kan övergå i mera regelbundet arbete, t. ex. masstillverkning av en viss artikel?
- Ja .....  
Nej .....  
Vet ej .....
34. Kommentera
35. Anser Ni att man för mera regelbundet patientarbete skulle betala viss lön?
- Ja .....  
Nej .....  
Vet ej .....
36. Tror Ni att det skulle kunna ha en terapeutisk effekt?
- Ja .....  
Nej .....  
Vet ej .....
37. Motivera
38. På en del sjukhus har man försökt att dela upp patienterna på avdelningarna i smågrupper. Tror Ni detta kan ha terapeutisk effekt?
- Ja .....  
Nej .....

39. Motivera Vet ej . . . . .
40. Är det något som Ni tycker bör förbättras när det gäller terapin?
41. Är det något som Ni tycker bör förbättras när det gäller patienternas sysselsättning?
42. Är det något som Ni tycker bör förbättras när det gäller patienternas fritid?
43. När skall patienterna f. n. lägga sig på kvällarna?
- före kl. 6  
mellan kl. 6—7  
» » 7—8  
» » 8—9  
efter kl. 9
44. Kommentera
45. Anser Ni att patienterna kan vara med om att fatta beslut om saker som gäller dem själva?
- ja . . . .  
i viss mån . . . . .  
nej . . . . .
46. Om »ja» eller »i viss mån»: På vilket sätt?
47. På vilka områden?

#### IV. Undervisning och handledning

48. Vad anser Ni om önskvärdheten av att personalen på avdelningen får regelbundet återkommande undervisning och handledning?
- behövs . . . . .  
tveksam om det behövs . . . . .  
behövs ej . . . . .  
behövs, men har ej tid . . . . .
49. Om »behövs» eller »tveksam» hur skulle den utformas?
50. Vad anser Ni om värdet av personalkonferenser?
51. Vilka bör delta?
52. Hur ofta bör de äga rum?
- . . . . . gånger i veckan  
. . . . . » i månaden  
. . . . . » per år
53. Vilka skäl tala för och vilka emot att vårdpersonalen informeras om patienternas anamnes?
- För:
- Emot:
54. Anser Ni att konferenser med »fall-diskussion», i vilken vårdavdelningens personal deltar
- |                                      | ja        | tveksam   | nej       |
|--------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| är bra ur utbildningssynpunkt        | . . . . . | . . . . . | . . . . . |
| skulle väcka intresse hos personalen | . . . . . | . . . . . | . . . . . |
| skulle öka deras ansvarskänsla       | . . . . . | . . . . . | . . . . . |
| skulle öka deras intresse för pat.   | . . . . . | . . . . . | . . . . . |

V. *Sjukhusets lokaler och utrustning*

55. Vad anser Ni beträffande standarden ifråga om Er avdelnings inredning?  
56. Har Ni speciella önskemål rörande Er avdelnings inredning?

VI. *Information*

57. Anser Ni att läkaren bör samråda med vårdpersonalen när det gäller vissa åtgärder som rör patienten?    ja       nej
58. Om ja, exemplifiera
59. Tror Ni att vårdpersonalen kan ha information om patienten, som det är värdefullt för läkaren att få reda på?    ja       nej
60. Om ja, exemplifiera
61. Man hör ibland sägas: »De flesta patienter på våra mentalsjukhus behöver samma sorts kontroll och disciplin som ett ouppfostrat barn». Vad anser Ni om detta påstående?
62. Anser Ni att atmosfären på en avdelning är av betydelse för patienternas tillfrisknande?    ja       nej  
Om ja, på vilket sätt?
65. Anser Ni att relationerna mellan läkare och vårdpersonalen kan påverka patienternas tillstånd?    ja       nej
64. Om ja, på vilket sätt?
65. Anser Ni att relationerna mellan vårdpersonalen och patienterna påverkar de senares tillstånd?    ja       nej
66. Om ja, på vilket sätt?
67. Vad anser Ni om följande påstående: »Vårdpersonalens främsta uppgift är att se till att det råder lugn och ordning på avdelningen?
68. I vilken utsträckning behöver vårdpersonalen ha kunskap om patienternas reaktionssätt?
69. Vad anser Ni om vårdpersonalens arbetstider f. n.?

Tabell B1. Observationerna fördelade gruppvis på statliga och kommunala sjukhus samt på manliga och kvinnliga vårdavdelningar

Kod nr.	Observationsgrupp	Statliga sjukhus			Kommunala sjukhus			Samtliga sjukhus		
		Manl. avd.	Kv. avd.	S:a	Manl. avd.	Kv. avd.	S:a	Manl. avd.	Kv. avd.	S:a
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<i>Absoluta tal</i>										
1—20,	Administration	546	496	1 042	193	223	416	739	719	1 458
23, 114	och organisation	1 042	1 262	2 304	413	617	1 030	1 455	1 879	3 334
24—38	Elementär sjukv.	287	272	559	118	122	240	405	394	799
39—70	Teknisk sjukvård	716	688	1 404	269	267	536	985	955	1 940
71—76	Psykologisk sjukv.									
77	Övervakning av sjuka	22	8	30	5	1	6	27	9	36
78	Övervakning utan särskild insats	242	59	301	24	19	43	266	78	344
79—81	Desinfektion och sterilisering	9	9	18	1	4	5	10	13	23
82—84	Materialvård	75	79	154	38	27	65	113	106	219
85—92	Städningsarbete o. dyl.	765	745	1 510	294	279	573	1 059	1 024	2 083
93—95,	Ärenden av olika slag	219	231	450	89	73	162	308	304	612
115										
96—100	Undervisning och information	92	139	231	65	61	126	157	200	357
101	Väntetid	38	37	75	13	4	17	51	41	92
102, 105	Sysslöslös, privat konversation	100	72	172	55	37	92	155	109	264
107, 116	Rast	1 103	970	2 073	426	457	883	1 529	1 427	2 956
108	Kan ej anträffas	35	25	60	4	1	5	39	26	65
109	Ledig för dagen, tar igen tid	178	182	360	105	107	212	283	289	572
111	Yttre arbeten	193	0	193	27	0	27	220	0	220
112	Deltar i arbete på hobbyisal	40	34	74	0	0	0	40	34	74
113	Avlöser på annan avd.	25	32	57	9	7	16	34	39	73
21, 22, 103, 104, 106, 110	Övrigt	210	220	430	71	100	171	281	320	601
1—116	Summa	5 937	5 560	11 497	2 219	2 406	4 625	8 156	7 966	16 122



Forts. å tabell B1

Kod nr.	Observations-grupp	Statliga sjukhus			Kommunala sjukhus			Samtliga sjukhus		
		Manl. avd.	Kv. avd.	S:a	Manl. avd.	Kv. avd.	S:a	Manl. avd.	Kv. avd.	S:a
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<i>Relativa tal</i>										
1—20, 23, 114	Administration och organisation	9,2	8,8	9,1	8,7	9,3	9,0	9,1	9,0	9,0
24—38	Elementär sjukv.	17,6	22,7	20,0	18,6	25,6	22,3	17,8	23,7	20,7
39—70	Teknisk sjukvård	4,8	4,9	4,9	5,3	5,1	5,2	5,0	4,9	5,0
71—76	Psykologisk sjukv.	12,1	12,4	12,2	12,1	11,1	11,6	12,1	12,0	12,0
77	Övervakning av sjuka	0,4	0,1	0,3	0,2	0,0	0,1	0,2	0,1	0,2
78	Övervakning utan särskild insats	4,1	1,1	2,6	1,1	0,8	0,9	3,3	1,0	2,0
79—81	Desinfektion och sterilisering	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1
82—84	Materialvård	1,3	1,4	1,3	1,7	1,1	1,4	1,4	1,3	1,4
85—92	Städningsarbete o. dyl.	12,8	13,4	13,2	13,2	11,6	12,4	13,0	12,9	13,0
93—95, 115	Ärenden av olika slag	3,7	4,2	3,9	4,0	3,0	3,5	3,8	3,8	3,8
96—100	Undervisning och information	1,5	2,5	2,0	2,8	2,5	2,7	1,9	2,5	2,2
101	Väntetid	0,6	0,7	0,7	0,6	0,2	0,4	0,6	0,5	0,6
102, 105	Sysslöslös, privat konversation	1,7	1,3	1,5	2,5	1,5	2,0	1,9	1,4	1,6
107, 116	Rast	18,5	17,4	18,0	19,2	19,0	19,1	18,8	17,9	18,3
108	Kan ej anträffas	0,6	0,4	0,5	0,2	0,0	0,1	0,5	0,3	0,5
109	Ledig för dagen, tar igen tid	3,0	3,3	3,1	4,8	4,4	4,6	3,6	3,5	3,5
111	Yttre arbeten	3,3	0,0	1,7	1,2	0,0	0,6	2,7	0,0	1,4
112	Deltar i arbete på hobbyisal	0,7	0,6	0,6	0,0	0,0	0,0	0,5	0,4	0,5
113	Avlöser på annan avd.	0,4	0,6	0,5	0,5	0,3	0,3	0,4	0,5	0,5
21, 22, 103, 104, 106, 110	Övrigt	3,5	4,0	3,7	3,2	4,3	3,7	3,4	4,0	3,7
1—116	Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Anm. I denna och efterföljande tabeller har i förekommande fall en decimal korrigerats så att 100,0 procent erhållits i summakolumn.

Tabell B 2. Observationerna fördelade gruppvis på olika personalkategorier

Kod nr.	Observationsgrupp	Över-skötare	Förste skötare	Skötare, sal- och dagrum	Skötare, köks-tur	Skötare, städ-tur	Kol. 5—7	Avdelningsbiträde	Sjuk-sköterskelev, ej ingående på hel tur	Summa
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		<i>Absoluta tal</i>								
1—20, 23, 114	Administration och organisation	783	229	300	17	63	380	38	28	1 458
24—38	Elementär sjukvård	73	391	1 907	483	255	2 645	204	21	3 334
39—70	Teknisk sjukvård	371	125	217	6	23	246	1	56	799
71—76	Psykologisk sjukvård	202	276	1 162	104	100	1 366	38	58	1 940
77	Övervakning av sjuka	1	3	25	2	3	30	0	2	36
78	Övervakning utan särskild insats	10	49	240	19	19	278	1	6	344
79—81	Desinfektion o. sterilisering	10	4	6	0	0	6	0	3	23
82—84	Materielvård	6	30	115	9	24	148	32	3	219
85—92	Städningsarbete o. dyl.	31	150	834	285	204	1 323	559	20	2 083
93—95, 115	Ärenden av olika slag	86	81	286	37	45	368	43	34	612
96—100	Undervisning o. information	103	41	114	22	12	148	5	60	357
101	Väntetid	8	5	40	23	5	68	6	5	92
102—105	Sysslolös, privat konversation	8	31	134	41	16	191	19	15	264
107, 116	Rast	346	351	1 499	285	189	1 973	212	74	2 956
108	Kan ej anträffas	1	10	27	12	7	46	6	2	65
109	Ledig för dagen, tar igen tid	92	47	180	20	19	219	133	81	572
111	Yttre arbeten	0	0	220	0	0	220	0	0	220
112	Deltar i arbete på hobby-sal	0	1	70	0	0	70	0	3	74
113	Avlöser på annan avdelning	6	15	30	3	0	33	19	0	73
21, 22, 103, 104, 106, 110	Övrigt	35	80	295	47	63	405	63	18	601
1—116	Summa	2 172	1 919	7 701	1 415	1 047	10 163	1 379	489	16 122



## Forts. å tabell B2

Kod. nr.	Observationsgrupp	Överskötare	Försteskötare	Skötare sal o. dagrum	Skötare köks-tur	Skötare, städ-tur	Kol. 5—7	Avdelningsbiträde	Sjuksköterskelev, ej ingående på hel tur	Summa
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		<i>Relativa tal</i>								
1—20, 23, 114	Administration och organisation	53,7	15,7	20,6	1,2	4,3	26,1	2,6	1,9	100,0
24—38	Elementär sjukvård	2,2	11,7	57,2	14,5	7,6	79,3	6,1	0,7	100,0
39—70	Teknisk sjukvård	46,4	15,6	27,2	0,8	2,9	30,8	0,1	7,0	100,0
71—76	Psykologisk sjukvård	10,3	14,2	59,9	5,4	5,2	70,4	2,0	3,0	100,0
77	Övervakning av sjuka	2,8	8,3	69,4	5,6	8,3	83,3	—	5,6	100,0
78	Övervakning utan särskild insats	2,9	14,2	69,8	5,5	5,5	80,8	0,3	1,8	100,0
79—81	Desinfektion o. sterilisering	43,5	17,4	26,1	—	—	26,1	—	13,0	100,0
82—84	Materielvård	2,7	13,7	52,5	4,1	11,0	67,6	14,6	1,4	100,0
85—92	Städningsarbete o. dyl.	1,5	7,2	40,0	13,7	9,8	63,5	26,8	1,0	100,0
93—95, 115	Ärenden av olika slag	14,1	13,2	46,7	6,0	7,4	60,1	7,0	5,6	100,0
96—100	Undervisning o. information	28,9	11,5	31,9	6,2	3,4	41,5	1,4	16,7	100,0
101	Väntetid	8,7	5,4	43,5	25,0	5,4	73,9	6,6	5,4	100,0
102, 105	Sysslolös, privat konversation	3,0	11,7	50,8	15,5	6,1	72,3	7,2	5,7	100,0
107, 116	Rast	11,7	11,9	50,7	9,6	6,4	66,7	7,2	2,5	100,0
108	Kan ej anträffas	1,5	15,4	41,5	18,5	10,8	70,8	9,2	3,1	100,0
109	Ledig för dagen, tar igen tid	16,1	8,2	31,5	3,5	3,3	38,3	23,3	14,1	100,0
111	Yttre arbeten	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
112	Deltar i arbete på hobbyisal	0,0	1,4	94,6	0,0	0,0	94,6	0,0	4,0	100,0
113	Avlöser på annan avdelning	8,3	20,5	41,1	4,1	0,0	45,2	26,0	0,0	100,0
21, 22, 103, 104, 106, 110	Övrigt	5,8	13,3	49,1	7,8	10,5	67,4	10,5	3,0	100,0

Tabell B3. Fördelning av de observationer som gjorts beträffande avdelningsbiträdena

Observationsgrupp	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus	Statliga sjukhus	Kommunala sjukhus
	<i>Absoluta tal</i>		<i>Relativa tal</i>	
1. Administration och organisation				
a) Sortering av tvätt.....	29	3	3,8	0,4
b) Övrigt.....	9	2	1,7	0,3
	38	5	5,5	0,7
2. Elementär sjukvård				
a) För- och efterarbeten vid måltid...	11	173	1,4	28,7
b) Servering av måltid.....	3	11	0,4	1,8
c) Övrigt.....	5	1	0,6	0,2
	19	185	2,4	30,7
3. Teknisk sjukvård.....	—	1	—	0,2
	—	1	—	0,2
4. Psykologisk sjukvård				
a) Samtal med patient.....	7	12	0,9	2,0
b) Deltar i arbete m. patient.....	5	9	0,6	1,5
c) Övrigt.....	2	3	0,3	0,5
	14	24	1,8	4,0
5. Övervakning.....	1	—	0,1	—
	1	—	0,1	—
6. Materielvård				
a) Materielvård av linne, patientkläder.	25	4	3,2	0,7
b) Övrigt.....	3	—	0,4	—
	28	4	3,6	0,7
7. Städningsarbete o. dyl.				
a) Städning av patientrum.....	31	—	4,0	—
b) » » matsal m.m.....	153	52	19,8	8,7
c) » » lokal utom avd.....	125	10	16,2	1,7
d) Tvättning av fönster.....	15	1	1,9	0,2
e) Blomvård.....	21	2	2,7	0,3
f) Disk av porslin.....	9	132	1,2	22,0
g) Rengöring av smutsigt linne och patientkläder.....	5	—	0,6	—
	359	197	46,4	32,9
8. Ärenden				
a) Ärenden ang. prover, läkemedel etc.	39	4	5,1	0,7
	39	4	5,1	0,7
9. Undervisning och information.....	1	4	0,1	0,7
	1	4	0,1	0,7
10. Övrigt				
a) Sysslösa i allmänhet, rast, ledig för dagen, sjuk.....	236	157	30,6	26,1
b) Övrigt.....	37	20	4,8	3,3
	273	177	35,4	29,4
Totalsumma	772	601	100,0	100,0

Tabell B4. Observationerna fördelade gruppvis efter vårdavdelningarnas karaktär

Kod nr.	Observationsgrupp	Öppna intagnings- och behandlingsavd. (10 vårdavd.)	Låsta intagnings- och behandlingsavd. (10 vårdavd.)	Öppna avd. för långvarigt sjuka, övervägande uppegående (2 vårdavd.)	Låsta avdelningar för långvarigt sjuka, övervägande uppegående (9 vårdavd.)	Avd. för övervägande geriatriskt och sängliggande klientel (10 vårdavd.)
1	2	3	4	5	6	7
<i>Absoluta tal</i>						
1—20, 23, 114	Administration och organisation	360	477	54	248	319
24—38	Elementär sjukvård	473	806	124	690	1 241
39—70	Teknisk sjukvård	209	265	18	141	166
71—76	Psykologisk sjukvård	368	616	69	596	291
77	Övervakning av sjuka	8	9	0	11	8
78	Övervakning utan särskild insats	18	111	2	174	39
79—81	Desinfektion och sterilisering	7	8	0	1	7
82—84	Materielvård	58	52	27	37	45
85—92	Städningsarbete o. dyl.	518	542	85	403	535
93—95, 115	Ärenden av olika slag	187	189	24	116	96
96—100	Undervisning och information	112	100	12	59	74
101	Väntetid	19	24	7	16	26
102, 105	Sysslösa, privat konversation	58	75	4	74	53
107, 116	Rast	610	840	123	663	720
108	Kan ej anträffas	13	16	8	14	14
109	Ledig för dagen, tar igen tid	144	186	9	98	135
111	Yttre arbeten	16	73	0	104	27
112	Deltar i arbete på hobbysal	15	1	19	39	0
113	Avlöser på annan avdelning	20	14	17	15	7
21, 22, 103, 104, 106, 110	Övrigt	116	139	10	188	148
1—116	Summa	3 329	4 543	612	3 687	3 951

Forts. å tabell B4

Kod nr.	Observationsgrupp	Öppna intagnings- och behandlingsavd.	Låsta intagnings- och behandlingsavd.	Öppna avd. för långvarigt sjuka, övervägande uppegående	Låsta avdelningar för långvarigt sjuka, övervägande uppegående	Avd. för övervägande geriatriskt och sängliggande klientel
1	2	3	4	5	6	7
		<i>Relativa tal</i>				
1—20, 23, 114	Administration och organisation	10,8	10,5	8,8	6,7	8,1
24—38	Elementär sjukvård	14,2	17,7	20,3	18,7	31,5
39—70	Teknisk sjukvård	6,3	5,8	2,9	3,8	4,2
71—76	Psykologisk sjukvård	11,1	13,6	11,3	16,2	7,4
77	Övervakning av sjuka	0,2	0,2	0,0	0,3	0,2
78	Övervakning utan särskild insats	0,5	2,4	0,3	4,7	1,0
79—81	Desinfektion och sterilisering	0,2	0,2	0,0	0,0	0,2
82—84	Materielvård	1,7	1,1	4,4	1,0	1,1
85—92	Städningsarbete o. dyl.	15,6	11,9	13,9	10,9	13,5
93—95, 115	Ärenden av olika slag	5,6	4,2	3,9	3,1	2,4
96—100	Undervisning och information	3,4	2,2	2,0	1,6	1,8
101	Väntetid	0,6	0,5	1,1	0,4	0,7
102, 105	Sysslöslös, privat konversation	1,7	1,7	0,7	2,0	1,3
107, 116	Rast	18,4	18,5	20,1	18,0	18,2
108	Kan ej anträffas	0,3	0,4	1,3	0,4	0,4
109	Ledig för dagen, tar igen tid	4,3	4,1	1,5	2,7	3,4
111	Yttre arbeten	0,5	1,6	0,0	2,8	0,7
112	Deltar i arbete på hobbyisal	0,5	0,0	3,1	1,2	0,0
113	Avlöser på annan avdelning	0,6	0,3	2,8	0,4	0,2
21, 22 103, 104, 106, 110	Övrigt	3,5	3,1	1,6	5,1	3,7
1—116	Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabell B5. Observationerna fördelade gruppvis med hänsyn till avdelningarnas storlek

Kod nr.	Observationsgrupp	Avdelningar med följande antal belagda vårdplatser			
		1—30 (17 vårdavd.)	31—50 (16 vårdavd.)	51—70 (9 vårdavd.)	Summa (42 vårdavd.)
		Antal observationer			
		<i>Absoluta tal</i>			
1—20, 23, 114	Administration och organisation	555	549	354	1 458
24—38	Elementär sjukvård	991	1 472	871	3 334
39—70	Teknisk sjukvård	387	231	181	799
71—76	Psykologisk sjukvård	768	546	626	1 940
77	Övervakning av sjuka	18	9	9	36
78	Övervakning utan särskild insats	75	65	204	344
79—81	Desinfektion och sterilisering	10	10	3	23
82—84	Materielvård	70	97	52	219
85—92	Städningsarbete o. dyl.	851	785	447	2 083
93—95, 115	Ärenden av olika slag	259	211	142	612
96—100	Undervisning och information	202	88	67	357
101	Väntetid	28	40	24	92
102, 105	Sysslölös, privat konversation	128	70	66	264
107, 116	Rast	1 096	1 120	740	2 956
108	Kan ej anträffas	19	28	18	65
109	Ledig för dagen, tar igen tid	296	160	116	572
111	Yttre arbeten	62	86	72	220
112	Deltar i arbete på hobbyisal	0	73	1	74
113	Avlöser på annan avdelning	23	31	19	73
21, 22, 103, 104, 106, 110	Övrigt	187	227	187	601
1—116	Summa	6 025	5 898	4 199	16 122



## Forts. å tabell B5

Kod nr.	Observationsgrupp	Avdelningar med följande antal belagda vårdplatser		
		1—30	31—50	51—70
		Antal observationer		
		<i>Relativa tal</i>		
1—20, 23, 114	Administration och organisation	9,2	9,3	8,4
24—38	Elementär sjukvård	16,4	25,0	20,7
39—70	Teknisk sjukvård	6,4	3,8	4,3
71—76	Psykologisk sjukvård	12,7	9,3	14,9
77	Övervakning av sjuka	0,3	0,2	0,2
78	Övervakning utan särskild insats	1,2	1,1	4,9
79—81	Desinfektion och sterilisering	0,2	0,2	0,1
82—84	Materielvård	1,2	1,6	1,2
85—92	Städningsarbete och dyl.	14,1	13,3	10,6
93—95 115	Ärenden av olika slag	4,4	3,6	3,4
96—100	Undervisning och information	3,4	1,5	1,6
101	Väntetid	0,5	0,7	0,6
102, 105	Sysslös, privat konversation	2,1	1,2	1,6
107, 116	Rast	18,2	19,0	17,6
108	Kan ej anträffas	0,3	0,5	0,4
109	Ledig för dagen, tar igen tid	4,9	2,7	2,8
111	Yttre arbeten	1,0	1,5	1,7
112	Deltar i arbete på hobbyisal	0,0	1,2	0,0
113	Avlöser på annan avdelning	0,4	0,5	0,5
21, 22, 103, 104, 106, 110	Övrigt	3,1	3,8	4,5
1—116	Summa	100,0	100,0	100,0

Tabell B6. Observationerna fördelade gruppvis på olika veckodagar

Anm: Observationerna fördelades icke jämnt under de olika veckodagarna. En sådan omräkning, som förutsätter ett lika antal observationer under varje veckodag, har emellertid skett; de siffror, som därvid erhållits, har satts inom parentes. Procentalen i tabellens andra och tredje avsnitt har baserats på dessa sistnämnda siffror.

Kod nr.	Observationsgrupp	Veckodag						Summa
		Mån- dag	Tis- dag	Ons- dag	Tors- dag	Fre- dag	Lör- dag	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>Absoluta tal</i>								
1—20, 23, 114	Administration och organisa- tion	225 (248)	327 (249)	257 (239)	264 (253)	284 (224)	101 (256)	1 458 (1 469)
24—38	Elementär sjukvård	469 (516)	718 (546)	599 (557)	593 (569)	656 (518)	299 (756)	3 334 (3 462)
39—70	Teknisk sjukvård	124 (136)	165 (125)	130 (121)	163 (156)	154 (122)	63 (159)	799 (819)
71—76	Psykologisk sjukvård	271 (298)	469 (356)	375 (349)	345 (331)	370 (292)	110 (278)	1 940 (1 904)
85—92	Städningsarbete o. dyl.	328 (361)	393 (299)	384 (357)	354 (340)	449 (355)	175 (443)	2 083 (2 155)
93—95, 115	Ärenden av olika slag	95 (105)	114 (87)	132 (123)	92 (88)	147 (116)	32 (81)	612 (600)
107, 116	Rast	499 (549)	641 (487)	489 (455)	499 (479)	676 (534)	152 (385)	2 956 (2 889)
21, 22, 77—84, 96—106, 108—113	Övriga observationsgrupper	424 (466)	708 (538)	529 (492)	489 (469)	662 (523)	128 (324)	2 940 (2 812)
1—116	Summa	2 435 (2 679)	3 535 (2 687)	2 895 (2 693)	2 799 (2 685)	3 398 (2 684)	1 060 (2 682)	16 122 (16 110)
<i>Relativa tal</i>								
1—20, 23, 114	Administration och organisa- tion	9,3	9,3	8,9	9,4	8,3	9,5	
24—38	Elementär sjukvård	19,3	20,3	20,7	21,2	19,3	28,2	
39—70	Teknisk sjukvård	5,0	4,7	4,5	5,8	4,5	5,9	
71—76	Psykologisk sjukvård	11,1	13,2	13,0	12,3	10,9	10,4	
85—92	Städningsarbete o. dyl.	13,5	11,2	13,3	12,7	13,3	16,5	
93—95, 115	Ärenden av olika slag	3,9	3,2	4,5	3,3	4,3	3,0	
107, 116	Rast	20,5	18,1	16,8	17,8	19,9	14,4	
21—22, 77—84, 96—106, 108—113	Övriga observationsgrupper	17,4	20,0	18,3	17,5	19,5	12,1	
1—116	Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
1—20, 23, 114	Administration och organisa- tion	16,9	17,0	16,3	17,2	15,2	17,4	100,0
24—38	Elementär sjukvård	14,9	15,8	16,1	16,4	15,0	21,8	100,0
39—70	Teknisk sjukvård	16,6	15,3	14,8	19,0	14,9	19,4	100,0
71—76	Psykologisk sjukvård	15,7	18,7	18,3	17,4	15,3	14,6	100,0
85—92	Städningsarbete o. dyl.	16,8	13,9	16,4	15,8	16,5	20,6	100,0
93—95, 115	Ärenden av olika slag	17,5	14,5	20,5	14,7	19,3	13,5	100,0
107, 116	Rast	19,0	16,9	15,7	16,6	18,5	13,3	100,0
21—22, 74—84, 96—106, 108—113	Övriga observationsgrupper	16,6	19,1	17,5	16,7	18,6	11,5	100,0

Tabell B 7. Observationerna fördelade gruppvis efter tidpunkt på dagen då observationerna gjordes

Anm. Observationerna fördelades icke jämnt under de olika timmarna av dagen. En sådan omräkning, som förutsätter ett lika antal observationer under varje timme, har emellertid ägt rum; de siffror, som därvid erhållits har satts inom parentes. Procenttalen i tabellens andra och tredje avsnitt har baserats på dessa sistnämnda siffror.

Kod. nr.	Observationsgrupp	Antal observationer mellan kl.														
		7-8	8-9	9-10	10-11	11-12	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18	18-19	Summa		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15.		
		Absoluta tal														
1-20, 23, 114	Administration och organisation	68 (86)	64 (66)	120 (118)	171 (152)	164 (148)	123 (113)	117 (113)	117 (121)	134 (102)	173 (134)	125 (163)	82 (132)	1 458 (1 448)		
24-38	Elementär sjukvård	553 (702)	312 (321)	254 (249)	248 (221)	378 (340)	238 (219)	111 (114)	264 (230)	240 (240)	300 (282)	370 (344)	66 (106)	3 334 (3 368)		
39-70	Teknisk sjukvård	97 (123)	98 (101)	66 (65)	68 (61)	67 (60)	59 (54)	37 (38)	47 (41)	50 (50)	71 (67)	109 (101)	30 (48)	799 (809)		
71-76	Psykologisk sjukvård	53 (67)	81 (83)	133 (130)	216 (192)	208 (187)	137 (126)	144 (148)	200 (174)	218 (218)	208 (196)	212 (197)	130 (209)	1 940 (1 927)		
85-92	Städningsarbete o. dyl.	131 (166)	260 (268)	310 (304)	307 (273)	204 (184)	133 (122)	89 (92)	137 (119)	119 (119)	144 (135)	196 (182)	53 (85)	2 083 (2 049)		
93-95, 115	Ärenden av olika slag	21 (27)	24 (25)	87 (85)	66 (59)	51 (46)	28 (26)	69 (71)	78 (68)	62 (62)	88 (83)	26 (24)	12 (19)	612 (595)		
107, 116	Rast	20 (25)	344 (354)	217 (213)	184 (164)	173 (156)	570 (524)	524 (540)	422 (367)	236 (236)	141 (133)	63 (59)	62 (100)	2 956 (2 871)		
21-22, 77-84, 96-106, 108-113	Övriga observationsgrupper	114 (145)	121 (125)	186 (182)	244 (217)	254 (229)	175 (161)	220 (227)	283 (246)	288 (288)	305 (287)	348 (324)	402 (647)	2 940 (3 078)		
1-116	Summa	1 057 (1 341)	1 304 (1 343)	1 373 (1 346)	1 504 (1 339)	1 499 (1 350)	1 463 (1 345)	1 311 (1 343)	1 548 (1 366)	1 347 (1 315)	1 430 (1 317)	1 449 (1 394)	837 (1 346)	16 122 (16 145)		

Forts. å tabell B 7.

Kod. nr.	Observationsgrupp	Antal observationer mellan kl.													
		7—8	8—9	9—10	10—11	11—12	12—13	13—14	14—15	15—16	16—17	17—18	18—19	Summa	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
<i>Relativa tal</i>															
1—20, 23, 14	Administration och organisation	6,4	4,9	8,8	11,4	11,0	8,4	9,0	7,6	9,9	12,1	8,6	9,8		
24—38	Elementär sjukvård	52,3	23,8	18,5	16,5	25,2	16,3	8,4	17,1	17,8	21,0	25,5	7,9		
39—70	Teknisk sjukvård	9,2	7,5	4,8	4,5	4,4	4,0	2,8	3,0	3,7	5,0	7,5	3,6		
71—76	Psykologisk sjukvård	5,0	6,2	9,7	14,3	13,8	9,4	11,0	12,9	16,2	14,6	14,6	15,5		
85—92	Städningsarbete o. dyl.	12,4	20,0	22,6	20,4	13,6	9,0	6,8	8,8	8,8	10,0	13,5	6,3		
93—95, 115	Ärenden av olika slag	2,0	1,9	6,3	4,4	3,4	1,9	5,2	5,0	4,6	6,2	1,8	1,4		
107, 116	Rast	1,9	26,4	15,8	12,2	11,6	39,0	40,0	27,3	17,7	9,9	4,3	7,4		
21—22, 77—84, 96—106, 108—113	Övriga observationsgrupper	10,8	9,3	13,5	16,3	17,0	12,0	16,8	18,3	21,3	21,2	24,2	48,1		
	Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
1—20, 23, 114	Administration och organisation	5,9	4,5	8,1	10,5	10,2	7,8	8,3	7,2	9,2	11,2	8,0	9,1	100,0	
24—38	Elementär sjukvård	20,8	9,5	7,4	6,6	10,1	6,5	3,4	6,8	7,1	8,4	10,2	3,2	100,0	
39—70	Teknisk sjukvård	15,2	12,5	8,0	7,5	7,4	6,7	4,7	5,1	6,2	8,3	12,5	5,9	100,0	
71—76	Psykologisk sjukvård	3,5	4,3	6,8	10,0	9,7	6,5	7,7	9,0	11,3	10,2	10,2	10,8	100,0	
85—92	Städningsarbete och dyl.	8,1	13,1	14,8	13,3	9,0	6,0	4,5	5,8	5,8	6,6	8,9	4,1	100,0	
93—95, 115	Ärenden av olika slag	4,5	4,2	14,5	9,9	7,7	4,4	11,9	11,4	10,4	13,9	4,0	3,2	100,0	
107, 116	Rast	0,9	12,3	7,4	5,7	5,4	18,3	18,8	12,8	8,2	4,6	2,1	3,5	100,0	
21—22, 77—84, 96—106, 108—113	Övriga observationsgrupper	4,7	4,0	5,9	7,1	7,4	5,2	7,4	8,0	9,4	9,3	10,6	21,0	100,0	

Tabell B 8. Observationerna fördelade gruppvis på akutavdelningar och avdelningar för långtidssjuka

Kod nr.	Observationsgrupp	Akutavdelningar		Avdelningar för långtidssjuka	
		Avdelningar inom vilka mer än 50 % av pat. vårdats högst 90 dgr å sjukhusen (11 vårdavd.)		Avdelningar inom vilka mer än 50 % av pat. vårdats mer än 1 år å sjukhusen (31 vårdavd.)	
		Antal observationer	%	Antal observationer	%
1—20, 23, 114	Administration och organisation	151	11,7	482	7,3
24—38	Elementär sjukvård	184	14,3	1 535	23,2
39—70	Teknisk sjukvård	93	7,2	273	4,1
71—76	Psykologisk sjukvård	144	11,1	866	13,1
77	Övervakning av sjuka	1	—	14	0,2
78	Övervakning utan särskild insats	3	0,2	199	3,0
79—81	Desinfektion och sterilisering	3	0,2	6	0,1
82—84	Materielvård	12	0,9	94	1,4
85—92	Städningsarbete o. dyl.	188	14,5	774	11,7
93—95, 115	Ärenden av olika slag	90	7,0	213	3,2
96—100	Undervisning och information	46	3,6	99	1,5
101	Väntetid	4	0,3	36	0,5
102—105	Sysslolös, privat konversation	26	2,0	100	1,5
107, 116	Rast	231	17,9	1 242	18,8
108	Kan ej anträffas	3	0,2	30	0,5
109	Ledig för dagen, tar igen tid	57	4,4	179	2,7
111	Yttre arbeten	—	—	104	1,6
112	Deltar i arbete på hobby-sal	15	1,2	53	0,8
113	Avlöser på annan avdelning	11	0,9	44	0,7
21, 22, 103, 104, 106, 110,	Övrigt	31	2,4	270	4,1
1—116	Summa	1 293	100,0	6 613	100,0

Tabell B 9. Observationerna fördelade gruppvis med hänsyn till antal under år 1959 nyinskrivna patienter i % av antalet godkända vårdplatser vid resp. vårdavdelningar

Kod. nr.	Observationsgrupp	Avdelningar där antalet nyinskrivna i relation till antalet godkända vårdplatser varierar mellan					
		0 % (6 vård- avd)	0,1—50 % (12 vård- avd.)	50,1— 300 % (10 vård- avd.)	> 300 % (7 vård- avd.)	Uppgift saknas (7 vård- avd.)	Summa (42 vård- avd.)
<i>Absoluta tal</i>							
1—20, 23, 114	Administration och organisation	121	259	452	393	233	1 458
24—38	Elementär sjuk- vård	423	796	1 011	547	557	3 334
39—70	Teknisk sjukvård	58	107	251	218	165	799
71—76	Psykologisk vård	314	299	611	365	351	1 940
77	Övervakning av sjuka	8	6	4	13	5	36
78	Övervakning utan särskild insats	126	31	100	63	24	344
79—81	Desinfektion och sterilisering	2	3	4	12	2	23
82—84	Materiellvård	20	55	55	41	48	219
85—92	Städningsarbete o. dyl.	233	385	702	384	379	2 083
93—95, 115	Ärenden av olika slag	55	97	162	192	106	612
96—100	Undervisning och information	24	36	128	97	72	357
101	Väntetid	6	26	30	15	15	92
102—105	Sysslös, privat konversation	35	32	74	60	63	264
107, 116	Rast	388	582	804	639	543	2 956
108	Kan ej anträffas	10	23	6	22	4	65
109	Ledig för dagen, tar igen tid	31	91	173	124	153	572
111	Yttre arbeten	83	57	13	40	27	220
112	Deltar i arbete på hobbyisal	1	57	0	16	0	74
113	Avlöser på annan avdelning	7	28	7	15	16	73
21, 22, 103, 104, 106, 110	Övrigt	93	113	190	103	102	601
Summa		2 038	3 083	4 777	3 359	2 865	16 122

## Forts. å tabell B9.

Kod. nr.	Observationsgrupp	Avdelningar där antalet nyinskrivna i relation till antalet godkända vårdplatser varierar mellan				
		0 %	0,1—50 %	50,1—300 %	> 300 %	Uppgift saknas
		<i>Relativa tal</i>				
1—20, 23, 114	Administration och organisation	5,9	8,4	9,4	11,7	8,1
24—38	Elementär sjukvård	20,8	25,8	21,2	16,2	19,4
39—70	Teknisk sjukvård	2,8	3,5	5,3	6,5	5,8
71—76	Psykologisk sjukvård	15,4	9,7	12,8	10,9	12,3
77	Övervakning av sjuka	0,4	0,2	0,1	0,4	0,2
78	Övervakning utan särskild insats	6,2	1,0	2,1	1,8	0,8
79—81	Desinfektion och sterilisering	0,1	0,1	0,1	0,4	0,1
82—84	Materielvård	1,0	1,8	1,2	1,2	1,7
85—92	Städningsarbete o. dyl.	11,4	12,6	14,7	11,4	13,2
93,—95, 115	Ärenden av olika slag	2,7	3,1	3,4	5,7	3,7
96—100	Undervisning och information	1,2	1,2	2,7	2,9	2,5
101	Väntetid	0,3	0,8	0,6	0,4	0,5
102—105	Sysslolös, privat konversation	1,7	1,0	1,5	1,8	2,2
107, 116	Rast	19,0	18,9	16,8	19,0	19,0
108	Kan ej anträffas	0,5	0,7	0,1	0,7	0,1
109	Ledig för dagen, tar igen tid	1,5	3,0	3,6	3,7	5,3
111	Yttre arbeten	4,1	1,8	0,3	1,2	0,9
112	Deltar i arbete på hobbybysal	0,1	1,8	0,0	0,5	0,0
113	Avlöser på annan avdelning	0,3	0,9	0,1	0,5	0,6
21, 22, 103, 104, 106, 110	Övrigt	4,6	3,7	4,0	3,1	3,6
	Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabell B 10. Observationerna fördelade gruppvis med hänsyn till det relativa antalet åldringar över 70 år

Kod nr.	Observationsgrupp	Avdelningar, där det relativa antalet åldringar > 70 år varierar mellan nedanstående siffror					Summa (42 vård-avd.)
		0 % (5 vård-avd.)	0,1—10 % (16 vård-avd.)	10,1—20 % (9 vård-avd.)	20,1—40 % (5 vård-avd.)	> 40 % (7 vård-avd.)	
<i>Absoluta tal</i>							
1—20, 23, 114	Administration och organisation	140	584	347	177	210	1 458
24—38	Elementär sjukvård	307	884	796	409	938	3 334
39—70	Teknisk sjukvård	136	240	195	112	116	799
71—76	Psykologisk sjukvård	220	752	582	207	179	1 940
77	Övervakning av sjuka	3	14	6	6	7	36
78	Övervakning utan särskild insats	23	218	60	30	13	344
79—81	Desinfektion och sterilisering	2	5	8	1	7	23
82—84	Materielvård	20	81	61	24	33	219
85—92	Städningsarbete o. dyl.	301	686	456	230	410	2 083
93—95, 115	Ärenden av olika slag	71	240	158	79	64	612
96—100	Undervisning och information	35	121	88	58	55	357
101	Väntetid	7	34	23	13	15	92
102, 105	Sysslöslös, privat konversation	33	100	49	51	31	264
107, 116	Rast	329	996	776	355	500	2 956
108	Kan ej anträffas	6	28	14	10	7	65
109	Ledig för dagen, tar igen tid	53	207	115	105	92	572
111	Yttre arbeten	0	142	44	27	7	220
112	Deltar i arbete på hobbyisal	0	55	19	0	0	74
113	Avlöser på annan avdelning	9	25	29	7	3	73
21, 22, 103, 104, 106, 110	Övrigt	63	259	118	47	114	601
	Summa	1 758	5 671	3 944	1 948	2 801	16 122



## Forts. å tabell B10

Kod nr.	Observationsgrupp	Avdelningar, där det relativa antalet åldringar över 70 år varierar mellan nedanstående siffror				
		0 %	0,1—10 %	10,1—20 %	20,1—40 %	>40 %
		<i>Relativa tal</i>				
1—20, 23, 114	Administration och organisation	8,0	10,3	8,8	9,1	7,5
24—38	Elementär sjukvård	17,5	15,6	20,2	21,0	33,5
39—70	Teknisk sjukvård	7,7	4,2	4,9	5,7	4,1
71—76	Psykologisk sjukvård	12,5	13,2	14,8	10,6	6,4
77	Övervakning av sjuka	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2
78	Övervakning utan särskild insats	1,3	3,8	1,5	1,5	0,5
79—81	Desinfektion och sterilisering	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
82—84	Materielvård	1,1	1,4	1,5	1,2	1,2
85—92	Städningsarbete o. dyl.	17,1	12,1	11,6	11,8	14,7
93—95, 115	Ärenden av olika slag	4,0	4,2	4,0	4,1	2,3
96—100	Undervisning och information	2,0	2,1	2,2	3,0	2,0
101	Väntetid	0,4	0,6	0,6	0,7	0,5
102—,105	Sysslös, privat konversation	1,9	1,8	1,2	2,6	1,1
107, 116	Rast	18,8	17,6	19,7	18,2	17,9
108	Kan ej anträffas	0,3	0,5	0,4	0,5	0,2
109	Ledig för dagen, tar igen tid	3,0	3,8	2,9	5,4	3,3
111	Yttre arbeten	0	2,5	1,1	1,4	0,2
112	Deltar i arbete på hobbyisal	0	1,0	0,5	0	0
113	Avlöser på annan avdelning	0,5	0,4	0,7	0,4	0,1
21, 22, 103, 104, 106, 110	Övrigt	3,6	4,6	3,0	2,4	4,1
1—116	Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabell B 11. Observationerna fördelade gruppvis med hänsyn till patienternas förmåga att sköta sin personliga hygien

Kod nr.	Observationsgrupp	Nedanstående siffror avser sådana avdelningar, där patienterna sköter sin personliga hygien												
		helt						delvis						inte alls
		0 % (2 avd.)	0,1— 10 % (3 avd.)	10,1— 50 % (14 avd.)	> 50 % (23 avd.)	0 % (6 avd.)	0,1— 10 % (5 avd.)	10,1— 50 % (26 avd.)	> 50 % (5 avd.)	0 % (10 avd.)	0,1— 10 % (10 avd.)	10,1— 50 % (15 avd.)	> 50 % (7 avd.)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
<i>Absoluta tal</i>														
1—20, 23, 114	Administration och organisa- tion	54	90	514	800	256	136	963	103	330	369	461	298	
24—38	Elementär sjukvård	278	300	1 361	1 395	335	251	2 426	322	453	563	1 238	1 080	
39—70	Teknisk sjukvård	37	57	227	478	148	99	501	51	193	185	272	149	
71—76	Psykologisk sjukvård	56	163	743	978	257	167	1 318	198	408	364	882	286	
77	Övervakning av sjuka	1	5	11	19	4	8	23	1	4	12	15	5	
78	Övervakning utan särskild in- sats	7	7	150	180	24	15	279	26	34	73	189	48	
79—81	Desinfektion och sterilisering	1	1	6	15	2	6	14	1	6	7	5	5	
82—84	Materielvård	7	15	84	113	29	18	141	31	52	67	60	40	
35—92	Städningsarbete o. dyl.	84	133	703	1 163	318	239	1 410	116	507	436	661	479	
93—95, 115	Ärenden av olika slag	21	33	182	376	118	68	379	47	158	167	218	69	
96—100	Undervisning och information	9	36	100	212	57	42	236	22	84	79	123	71	
101	Väntetid	5	8	28	51	14	3	64	11	21	17	37	17	
102, 105	Sysslöslös, privat konversation	5	23	88	148	51	16	179	18	46	72	103	43	
107, 116	Rast	138	196	1 067	1 555	378	329	1 990	259	590	640	1 145	581	
108	Kan ej anträffas	6	6	23	30	4	9	38	14	12	23	23	7	
109	Ledig för dagen, tar igen tid	17	32	196	327	54	55	427	36	130	91	233	118	
111	Yttre arbeten	0	0	111	109	0	18	182	20	33	41	139	7	
112	Deltar i arbete på hobbyisal	0	0	58	16	15	0	40	19	15	20	39	0	
113	Avlöser på annan avdelning	0	1	39	33	10	14	33	16	26	24	16	7	
21, 22, 103, 104, 106, 110	Övrigt	31	36	277	257	81	55	425	40	101	84	234	182	
1—116	Summa	757	1 142	5 968	8 255	2 155	1 548	11 068	1 351	3 203	3 334	6 093	3 492	
				16 122			16 122				16 122			

Kod. nr.	Observationsgrupp	Nedanstående siffror avser sådana avdelningar, där patienterna sköter sin personliga hygien															
		helt				delvis				inte alls							
		0 %	0,1— 10 %	10,1— 50 %	> 50 %	0 %	0,1— 10 %	10,1— 50 %	> 50 %	0 %	0,1— 10 %	10,1— 50 %	> 50 %	0 %	0,1— 10 %	10,1— 50 %	> 50 %
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14				
		<i>Relativa tal</i>															
1—20,	Administration och organisa-	7,1	7,9	8,6	9,7	11,9	8,7	8,7	7,6	10,3	11,1	7,6	8,5				
23, 114	tion																
24—38	Elementär sjukvård	36,8	26,3	22,7	16,9	15,5	16,2	21,9	23,8	14,2	16,9	20,3	30,9				
39—70	Teknisk sjukvård	4,9	5,0	3,8	5,8	6,9	6,4	4,5	3,7	6,0	5,5	4,5	4,3				
71—76	Psykologisk sjukvård	7,4	14,4	12,4	11,7	11,9	10,7	11,9	14,7	12,7	10,9	14,5	8,2				
77	Övervakning av sjuka	0,1	0,4	0,2	0,2	0,2	0,5	0,2	0,1	0,1	0,4	0,2	0,1				
78	Övervakning utan särskild in-	0,9	0,6	2,5	2,2	1,1	1,0	2,5	1,9	1,1	2,2	3,1	1,4				
	safs																
79—81	Desinfektion och sterilisering	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,4	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1				
82—84	Materielvård	0,9	1,3	1,4	1,4	1,3	1,2	1,3	2,3	1,6	2,0	1,0	1,1				
85—92	Städningsarbete o. dyl.	11,1	11,6	11,8	14,1	14,8	15,3	12,8	8,6	15,8	13,1	10,8	13,7				
93, 95,	Ärenden olika slag	2,8	2,9	3,0	4,6	5,5	4,4	3,4	3,5	4,9	5,0	3,6	2,0				
115																	
96—100	Undervisning och information	1,2	3,2	1,7	2,6	2,6	2,7	2,1	1,6	2,6	2,4	2,0	2,0				
101	Väntetid	0,7	0,7	0,5	0,6	0,6	0,2	0,6	0,8	0,7	0,5	0,6	0,5				
102, 105	Sysslöslös, privat konversation	0,7	2,0	1,5	1,8	2,4	1,0	1,6	1,3	1,4	2,2	1,7	1,2				
107, 116	Rast	18,2	17,2	17,9	18,8	17,5	21,3	18,0	19,2	18,4	19,2	18,8	16,6				
108	Kan ej anträffas	0,8	0,5	0,4	0,4	0,2	0,6	0,3	1,0	0,4	0,7	0,4	0,2				
109	Ledig för dagen, tar igen tid	2,2	2,8	3,3	4,0	2,5	3,6	3,9	2,7	4,1	2,7	3,8	3,4				
111	Yttre arbeten	0	0	1,9	1,3	0	1,2	1,6	1,5	1,0	1,2	2,3	0,2				
112	Deltar i arbete på hobbybatal	0	0	1,0	0,2	0,7	0	0,4	1,4	0,5	0,6	0,6	0				
113	Avlöser på annan avdelning	0	0,1	0,7	0,4	0,5	1,0	0,3	1,2	0,8	0,7	0,3	0,2				
21, 22,	Övrigt	4,1	3,2	4,6	3,1	3,8	3,6	3,9	3,0	3,2	2,5	3,8	5,2				
103, 104,																	
106, 110																	
1—116	Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabell B 12. Observationerna fördelade gruppvis med hänsyn till antalet patienter, som matas

Kod nr.	Observationsgrupp	Nedanstående siffror avser de avdelningar, där följande % av hela patientantalet matas:			
		0 % (16 vård- avd.)	0,1— 10 % (10 vård- avd.)	10,1— 40 % (12 vård- avd.)	> 40 % (4 vård- avd.)
		<i>Absoluta tal</i>			
1—20, 23, 114	Administration och organisation	539	429	338	152
24—38	Elementär sjukvård	920	831	1 044	539
39—70	Teknisk sjukvård	306	242	175	76
71—76	Psykologisk sjukvård	841	545	372	182
77	Övervakning av sjuka	6	22	8	0
78	Övervakning utan särskild insats	138	119	51	36
79—81	Desinfektion och sterilisering	9	7	5	2
82—84	Materielvård	102	58	41	18
85—92	Städningsarbete o. dyl.	809	508	551	215
93—95, 115	Ärenden av olika slag	272	186	128	26
96—100	Undervisning och information	141	85	101	30
101	Väntetid	37	21	27	6
102, 105	Sysslöslös, privat konversation	79	90	71	24
106, 107, 116	Rast	1 080	885	696	295
108	Kan ej anträffas	23	24	17	1
109	Ledig för dagen, tar igen tid	206	111	182	74
111	Yttre arbeten	80	87	53	0
112	Deltar i arbete på hobbyisal	72	2	0	0
113	Avlöser på annan avdelning	43	23	1	6
21, 22, 103, 104, 106, 110	Övrigt	185	172	120	124
1—116	Summa	5 888	4 447	3 981	1 806
		<i>Relativa tal</i>			
1—20, 23, 114	Administration och organisation	9,2	9,6	8,5	8,5
24—38	Elementär sjukvård	15,6	18,7	26,2	29,8
39—70	Teknisk sjukvård	5,2	5,4	4,4	4,2
71—76	Psykologisk sjukvård	14,3	12,3	9,3	10,1
77	Övervakning av sjuka	0,1	0,5	0,2	0
78	Övervakning utan särskild insats	2,3	2,7	1,3	2,0
79—81	Desinfektion och sterilisering	0,2	0,2	0,1	0,1
82—84	Materielvård	1,7	1,3	1,0	1,0
85—92	Städningsarbete o. dyl.	13,8	11,4	13,8	11,9
93—95, 115	Ärenden av olika slag	4,6	4,2	3,2	1,4
96—100	Undervisning och information	2,4	1,9	2,5	1,7
101	Väntetid	0,6	0,5	0,7	0,3
102, 105	Sysslöslös, privat konversation	1,3	2,0	1,8	1,3
107, 116	Rast	18,4	19,9	17,5	16,3
108	Kan ej anträffas	0,4	0,5	0,4	0,1
109	Ledig för dagen, tar igen tid	3,5	2,5	4,6	4,1
111	Yttre arbeten	1,4	2,0	1,3	0
112	Deltar i arbete på hobbyisal	1,2	0	0	0
113	Avlöser på annan avdelning	0,7	0,5	0	0,3
21, 22, 103, 104, 106, 110	Övrigt	3,1	3,9	3,0	6,9
1—116	Summa	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabell B 13 a. Observationerna fördelade gruppvis på de tre observatörerna

Kod. nr.	Observationsgrupp	Gerd Zetterström Lagervall	Gertrud Olsson	Gun Zacharias
		Antal observationer	Antal observationer	Antal observationer
<i>Absoluta tal</i>				
1—20, 23, 114	Administration och organisation	494	855	108
24—38	Elementär sjukvård	1 103	2 048	183
39—70	Teknisk sjukvård	307	452	40
71—76	Psykologisk sjukvård	592	1 247	101
77	Övervakning av sjuka	14	6	16
78	Övervakning utan särskild insats	119	211	14
79—81	Desinfektion och sterilisering	10	8	5
82—84	Materielvård	78	130	11
85—92	Städningsarbete o. dyl.	708	1 247	128
93—95, 115	Ärenden av olika slag	263	303	46
96—100	Undervisning och information	132	199	26
101	Väntetid	40	50	2
102, 105	Sysslolös, privat konversation	87	163	14
107, 116	Rast	986	1 724	246
108	Kan ej anträffas	54	10	1
109	Ledig för dagen, tar igen tid	174	372	26
111	Yttre arbeten	104	89	27
112	Deltar i arbete på hobbyisal	57	0	17
113	Avlöser på annan avdelning	24	39	10
21, 22, 103, 104, 106, 110	Övrigt	158	400	43
1—116	Summa	5 504	9 553	1 064
<i>Relativa tal</i>				
1—20, 23, 114	Administration och organisation	9,0	9,0	10,2
24—38	Elementär sjukvård	20,0	21,4	17,3
39—70	Teknisk sjukvård	5,6	4,7	3,8
71—76	Psykologisk sjukvård	10,9	13,2	9,5
77	Övervakning av sjuka	0,4	0,1	1,5
78	Övervakning utan särskild insats	2,2	2,2	1,3
79—81	Desinfektion och sterilisering	0,2	0,1	0,5
82—84	Materielvård	1,4	1,4	1,0
85—92	Städningsarbete o. dyl.	12,9	13,1	12,0
93—95, 115	Ärenden av olika slag	4,8	3,2	4,3
96—100	Undervisning och information	2,4	2,1	2,4
101	Väntetid	0,7	0,5	0,2
102, 105	Sysslolös, privat konversation	1,6	1,7	1,3
107, 116	Rast	17,8	18,0	23,2
108	Kan ej anträffas	1,0	0,1	0,1
109	Ledig för dagen, tar igen tid	3,2	3,9	2,4
111	Yttre arbeten	1,9	0,9	2,5
112	Deltar i arbete på hobbyisal	0,1	0	1,6
113	Avlöser på annan avdelning	0,4	0,4	0,9
21, 22, 103, 104, 106, 110	Övrigt	2,8	4,2	4,0
1—116	Summa	100,0	100,0	100,0

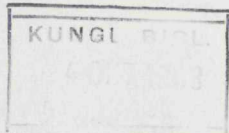
Tabell B 13 b. Observationerna fördelade gruppvis på de tre observatörerna

Anm. Procenttalen i tabellen har uträknats på följande sätt: av samtliga de observationer som avsåg administration och organisation (1 458 st.) gjordes 33,9 % (494 st.) av Gerd Zetterström Lagervall, 58,6 % (855 st.) av Gertrud Olsson och 7,5 % (109 st.) av Gun Zacharias. Etc.

Observationsgrupp	Antal observationer						
	Totalt	G. Z. L.		G. O		G. Z.	
		Absoluta tal	%	Absoluta tal	%	Absoluta tal	%
1	2	3	4	5	6	7	8
Administration och organisation	1 458	494	33,9	855	58,6	109	7,5
Elementär sjukvård	3 334	1 103	33,1	2 048	61,4	183	5,5
Teknisk sjukvård	799	307	38,4	452	56,6	40	5,0
Psykologisk sjukvård	1 940	592	30,5	1 247	64,2	101	5,3
Övervakning av sjuka	36	14	(38,9)	6	(16,7)	16	(44,4)
Övervakning utan särskild insats	344	119	34,6	211	61,3	14	4,1
Desinfektion och sterilisering	23	10	(43,5)	8	(34,8)	5	(21,7)
Materielvård	219	78	35,6	130	59,4	11	5,0
Städningsarbete o. dyl.	2 083	708	34,0	1 247	59,9	128	6,1
Ärenden av olika slag	612	263	43,0	303	49,5	46	7,5
Undervisning och information	357	132	37,0	199	55,7	26	7,3
Väntetid	92	40	(43,5)	50	(54,3)	2	(2,2)
Sysslösa, privat konversation	264	87	33,0	163	61,7	14	5,1
Rast	2 956	986	33,6	1 724	58,3	246	8,3
Kan ej anträffas	65	54	(83,1)	10	(15,3)	1	(1,6)
Ledig för dagen, tar igen tid	572	174	30,4	372	65,0	26	4,6
Yttre arbeten	220	104	47,2	89	40,5	27	12,3
Deltar i arbete på hobby-sal	74	57	(77,0)	0	0	17	(23,0)
Avlöser på annan avdelning	73	24	(32,8)	39	(53,4)	10	(13,8)
Övrigt	601	158	26,3	400	66,6	43	7,2
Summa	16 122	5 504	34,1	9 553	59,3	1 065	6,6

Årskontroll 1922. Årskontrollen för 1922 har utarbetats på grundval af den af den tekniska kommissionen för utvärdering af den tekniska utrustningen för 1922 utarbetade rapporten. Årskontrollen för 1922 har utarbetats på grundval af den af den tekniska kommissionen för utvärdering af den tekniska utrustningen för 1922 utarbetade rapporten.

Övervakningsgrupp	Totalt					Andelen af totala
	1	2	3	4	5	
Överg.	601	138	203	100	600	100
Övrigt	1613	204	245	983	1380	85
Arbete på annan arbets-	73	24	62	39	40	54
stad						
Kontor i andra af hufvud-	71	27	177	0	77	106
stad						
Ytter arbete	230	161	113	89	27	121
Arbete för dagen, iakt-	572	171	303	373	36	499
tagning						
Kontor i andra städer	65	32	183	10	1	191
Arbete	206	30	323	1301	237	1000
Arbete						
Svenska privat bever-	304	37	130	161	41	673
skatt						
Vannett	92	40	113	58	1	204
Arbete						
Underhållning och mör-	457	437	370	199	30	1003
skåning						
Kontor av olika slag	413	201	310	302	46	1272
Arbete						
Svenska offentliga o. del-	203	708	313	1317	129	2801
statliga						
Arbete	219	35	67	139	11	411
Arbete						
Arbete och annat	23	19	43	1	0	86
Arbete						
Övervakning utan särskild	521	119	119	21	11	771
Arbete						
Övervakning av skola	36	11	108	0	11	166
Arbete						
Fysiska skolor	1940	30	383	1127	101	3581
Arbete						
Fysiska skolor	719	30	83	102	10	944
Arbete						
Hörsel skolor	232	102	151	201	10	596
Arbete						
Administration och und-	108	174	27	100	100	600
erhållning						



## NORDISK UDREDNINGSSERIE (NU) 1963

1. Øresunds-forbindelsen. 1. del.
2. Fiske och flottning i gränsvattnen mellan Finland och Sverige.



# STATENS

## OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1963

### *Systematisk förteckning*

(Siffrorna inom klammer beteckna utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen)

#### **Justitiedepartementet**

Utlännings tillträde till offentlig tjänst. [7]  
Författningsutredningen VI. Sveriges statskick.  
Del 1. Lagförslag. [16] Del 4. Bilagor. [19]  
Bärgarlönens fördelning, sjöförklaring m. m. [20]  
Förslag till lag om vissa gemensamhetsanläggningar  
m. m. [23]

#### **Utrikesdepartementet**

Utrikesförvaltningens organisation och personalbe-  
hov. [3]  
Administrativ organisation inom utrikesförvalt-  
ningen. [4]

#### **Försvarsdepartementet**

Försvarskostnaderna budgetåren 1963/67. [5]

#### **Finansdepartementet**

Preliminär nationalbudget för år 1963. [8]  
Undersökning av taxeringsutfallet. [14]

#### **Ecklesiastikdepartementet**

En teknisk institution inom Stockholms universi-  
tet. [1]  
1955 års universitetsutredning VII. 1. Universitetens  
och högskolornas organisation och förvaltning. [9]  
2. Universitetsväsendets organisation. [10]  
Utbildning av lärare för jordbruk och skogsbruk  
samt fortbildning av lärare i yrkesämnen. [13]  
1960 års gymnasieutredning. 1. Vägen genom gym-  
nasiet. [15] 2. Kraven på gymnasiet. [22]

#### **Handelsdepartementet**

Översättning av fördrag angående upprättandet av  
Europeiska ekonomiska gemenskapen och tillhö-  
rande dokument. [12]

#### **Inrikesdepartementet**

Kommunalförbundens lånerätt. [2]  
Indelnings- och samarbetsfrågor i Göteborgs- och  
Malmöområdena. [6]  
Uppehållstillstånd m. m. för utländska studerande.  
[11]  
Sjukhus och öppen vård. (21)  
Mentalsjukhusens personalorganisation. Del I. In-  
tervju- och frekvensundersökningar m. m. [24]