



**National Library
of Sweden**

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2012

6X. A
STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1944:30
JUSTITIEDEPARTEMENTET



UNGDOMSVÅRDSKOMMITTÉNS BETÄNKANDE I
MED UTREDNING OCH FÖRSLAG
ANGÅENDE
PSYKISK BARNA- OCH
UNGDOMSVÅRD

S T O C K H O L M

1 9 4 4

Statens offentliga utredningar 1944

Kronologisk förteckning

1. Jordbruksbefolkningens levnadskostnader. Av E. Lindahl och L. Lemne. Marcus. 71 s. Jo.
2. Betänkande med förslag angående långtjänstunderbefäl m. m. Beckman. 91 s. Fö.
3. Betänkande angående nykterhetstillståndet under krigsåren. Marcus. 336 s. Fi.
4. Promemoria med förslag till lag med bestämmelser om allmänna behörighetsvillkor för vissa kommunala uppdrag m. m. Heggström, 66 s. S.
5. Betänkande med förslag till civilförsvars lag m. m. Beckman. 262 s. S.
6. Betänkande med förslag till byordningar och instruktioner för ordningsmännen i lappbyarna. Marcus. 85 s. Jo.
7. Utredningar angående ekonomisk efterkrigsplanering. 1. Marcus. 215 s. Fi.
8. Betänkande med förslag angående revision av riksdagens arbetsformer. Norstedt. 114 s. Ju.
9. Processlagberedningens förslag till lag om införande av nya rättegångsbalken m. m. 1. Lagtext. Norstedt. viij, 192 s. Ju.
10. Processlagberedningens förslag till lag om införande av nya rättegångsbalken m. m. 2. Motiv m. m. Norstedt. 500 s. Ju.
11. Statsmakterna och folkhushållningen under den till följd av stormaktskriget 1939 inträdda krisen. Del 4. Tiden juli 1942—juni 1943. Idun. 559 s. Fo.
12. Utredningar angående ekonomisk efterkrigsplanering. 2. Investeringsutredningens betänkande med förslag till investeringsreserv av statliga, kommunala och statsunderstödda anläggningsarbeten för budgetåret 1944/45. Marcus. 272 s. Fi.
13. Utredningar angående ekonomisk efterkrigsplanering. 3. Bilagor till investeringsutredningens betänkande med förslag till investeringsreserv av statliga, kommunala och statsunderstödda anläggningsarbeten för budgetåret 1944/45. Marcus. 77 s. Fi.
14. Utredningar angående ekonomisk efterkrigsplanering. 4. Marcus. 153 s. Fi.
15. Socialvårdskommitténs betänkande. 7. Utredning och förslag angående lag om allmän sjukförsäkring. Beckman. 360 s. S.
16. Socialvårdskommitténs betänkande. 8. Kostnadsberäkningar angående lag om allmän sjukförsäkring. Beckman. 91 s. S.
17. Betänkande med förslag till åtgärder för främjande av litteraturtjänsten inom de tekniska fackområdena. Heggström. 165 s. E.
18. Betänkande med förslag till vägtrafikstadga m. Beckman. 84 s. K.
19. Om inrättande av ett samhällsvetenskapligt forskningsråd. Heggström. 23 s. E.
20. 1940 års skolutrednings betänkanden och utredningar. 1. Skolan i samhällets tjänst. Frågeställning och problemläge. Idun. 138 s. E.
21. 1940 års skolutrednings betänkanden och utredningar. 2. Sambandet mellan folkskola och högre skola. Idun. 354 s. E.
22. 1940 års skolutrednings betänkanden och utredningar. 3. Utredning och förslag angående vidgade möjligheter till högre undervisning för landsbygdsungdom. Idun. 104 s. E.
23. 1940 års skolutrednings betänkanden och utredningar. Bilaga 3. Förhandlingarna vid sammanträde den 15—den 17 juni 1943 med 1940 års skolutredningsrådgivande nämnd. Idun. (2), 148 s. E.
24. Betänkande med förslag rörande revision av lagstiftningen om kvinnas behörighet att innehåva statstjänst och annat allmänt uppdrag. Norstedt. 65 s. Ju.
25. Utredningar angående ekonomisk efterkrigsplanering. 5. Promemoria angående yrkesutbildning för arbetslösa m. m. Heggström. 92 s. E.
26. Befolkningspolitik i utlandet. Beckman. 239 s. S.
27. Betänkande med utredning och förslag angående rätten till vissa uppfinningar m. m. Marcus. 83 s. S.
28. 1941 års reumatikervårdssakkunnigas betänkande. Del 2. Utredning och förslag rörande behovet av och formen för statligt understöd till utbyggnad inom landets sjukvårdsväsen av efterbehandlings- och konvalescentvård. Sv. Tryckeri AB. 101 s. 6 ritn. S.
29. Socialutbildningssakkunniga. 1. Utredning och förslag rörande den högre socialpolitiska och kommunala utbildningen. Heggström. 192 s. E.
30. Ungdomsvårdskommitténs betänkande 1 med utredning och förslag angående psykisk barn- och ungdomsvård. Norstedt. 277 s. Ju.
31. Ungdomsvårdskommitténs betänkande 2 med utredning och förslag angående stöd åt ungdomens föreningsliv. Norstedt. 195 s. Ju.

Ann. Om särskild tryckort ej anges, är tryckorten Stockholm. Bokstäverna med fetstil utgöra begynnelsbokstäverna till det departement, under vilket utredningen avgivits, t. ex. E. = ecklesiastikdepartementet, Jo. = jordbruksdepartementet. Enligt kungörelsen den 3 febr. 1922 ang. statens offentliga utredningars yttre anordning nr 98) utgivas utredningarna i omslag med enhetlig färg för varje departement.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1944: 30
JUSTITIEDEPARTEMENTET



UNGDOMSVÅRDSKOMMITTÉNS BETÄNKANDE I
MED UTREDNING OCH FÖRSLAG
ANGÅENDE
PSYKISK BARNA- OCH
UNGDOMSVÅRD

STOCKHOLM 1944

KUNGL. BOKTRYCKERIET P. A. NORSTEDT & SÖNER

441959



STATENS OCH UNIVERSITETENS
BOKHÅLLNING



UNGDOMSÅRDSKOMITTENS BOKÅNDRI

INDLEDNING OCH FÖRORD

ANFÄRDE

UNGDOMSÅRD PSYKISK BARN- OCH

STOCKHOLM 1914

BEGRÄNSAD FÖRUTGÅVA

1914



I N N E H Å L L S F Ö R T E C K N I N G.

	Sid.
Skrivelse till Konungen	7
Kap. I. Inledning	11
Fångvårdsstyrelsens utredning angående ungdomsbrottsligheten	11
Ungdomsvårdskommitténs uppdrag m. m.	11
Motioner vid 1943 års riksdag	12
Yttranden över motionerna	13
Riksdagsutskottens utlåtanden och riksdagens beslut	16
Framställningar av Sveriges socialdemokratiska kvinnoförbund, med flera sammanslutningar	16
Ungdomsvårdskommitténs synpunkter	17
Betänkandets uppläggning	17
Kap. II. Barna- och ungdomsårens anpassnings- och asocialitetsproblem	20
Den psykiska barna- och ungdomsvårdens praktiska huvudsyfte	20
Den sociala anpassningens innebörd	20
Social missanpassning genom barnens bristfälliga känslöbindningar till omgivningen	21
Social missanpassning genom rubbning av de vuxnas känslöbindningar till barnen	23
Olämpliga miljöförhållandens betydelse för psykisk felutveckling	25
Tidigare undersökningar rörande hemmiljöns samband med ungdoms- asocialiteten	26
Hemmiljöns betydelse enligt ungdomsvårdskommitténs statistiska under- sökning rörande barnavårdsnämndernas klientel	27
Den psykiska konstitutionens betydelse för de ungas sociala utveckling ..	28
Beteenderubbningar hos intellektuellt svaga barn och ungdomar	29
Psykopatins väsen. Unga psykopaters lynnesegendomligheter	33
Slutsatser rörande anpassningsproblemets natur och praktiska behandling Miljöförbättring, mental- och arvshygien	35
Kap. III. Psykisk hälsokontroll i samband med den förebyggande medicinska barnavården	40
Barnavården i den profylaktiska socialvården	40

	Sid.
Den förebyggande barnavårdens system med hänsyn till den psykiska hälsokontrollen	43
Den förebyggande verksamheten vid mödra- och barnavårdscentraler m. m.	43
Hälsokontroll för barn och ungdom i skolorna. Allmän översikt	48
Folkskolornas hälsovård. Typfall	49
Utbyggnad av tjänsteläkarorganisationen	53
Hälsovården vid de allmänna läroverken	53
Förslag rörande utbyggnad av skolläkarorganisationen	54
Den förebyggande medicinska barnavården ur den psykiska barna- och ungdomsvårdens synpunkt	55
Kap. IV. Speciella organ för psykisk barna- och ungdomsvård	59
De tidigaste försöken att anordna mentalhygienisk rådgivning för barn och ungdom	59
Stockholms stads barnavårdsnämnds rådgivningsbyrå för uppfostringsfrågor	61
Rådgivningsverksamhet i uppfostringsfrågor i Göteborgs stad	65
Eskilstuna stads rådgivningsbyrå för uppfostringsfrågor	66
Rådgivningsverksamhet för svårfostrade barn inom Örebro län	67
Värmlands fattigvårds- och barnavårdsförbunds rådgivningsbyrå för psykiskt klena barn i Värmlands län	68
Den statsunderstödda försöksverksamheten för psykisk barnavård i Värmlands län	69
Söderbärke sockens barnavårdsnämnds organiserade rådgivning i uppfostringsfrågor	73
Ericastiftelsens mentalhygieniska vård av barn och ungdom	74
Översikt rörande förekomsten av psykisk hälsokontroll och rådgivning i de olika länen och i städer, som ej deltaga i landsting	76
Kap. V. Organiserad psykisk barna- och ungdomsvård i utlandet	77
Amerikas förenta stater	78
England	85
Tyskland	88
Schweiz	89
Danmark	90
Finland	91
Sammanfattande synpunkter	92
Kap. VI. Förutsättningar och krav ifråga om anordnandet av allmän psykisk barna- och ungdomsvård	94
Socialpolitiska och socialmedicinska synpunkter på frågans lösning	94
Organisatoriska förutsättningar och krav	96
Behovet av centraler för psykisk barna- och ungdomsvård	99
Beskaffenheten av centralernas verksamhet	100
Centralernas tekniska resurser och personalens sammansättning	101
Tillgången på kvalificerad personal	102

	Sid.
Kap. VII. <i>Utbildning av personal för psykisk barna- och ungdomsvård</i>	103
Allmänna synpunkter	103
Läkarutbildningen	104
Sjuksköterskeutbildningen	107
Lärarytbildningen	110
Utbildningen av socialarbetare	112
Särskilda utbildningsanstalter. Typfall	114
Den vetenskapliga forskningen och kraven på en ändamålsenlig personalutbildning	115
Kap. VIII. <i>Förslag till anordnande av statsunderstödd psykisk barna- och ungdomsvård. Allmän motivering till förslaget</i>	121
Verksamhetens syftemål och omfattning	121
Övergångsorganisation för verksamhetens bedrivande	123
Organisationens uppläggning. Tillsynsmyndighet och lokala organ	123
Personal. Befattningshavarnas antal och kompetens	128
Den lokala verksamheten och dess ledning. Tillsynen å densamma	132
Personalens avlöning och andra kostnader. Villkoren för statsbidrag samt bidragens karaktär och storlek	139
Beräkning av kostnaderna för förslaget genomförande	144
Kap. IX. <i>Speciell motivering</i>	149
A. Förslag till kungörelse angående statsbidrag till psykisk barna- och ungdomsvård	149
B. Förslag till ändrad lydelse av 40 a § i lagen den 20 juni 1924 om landsting	158
C. Förslag till ändrad lydelse av vissa lagrum i barnavårdslagen den 6 juni 1924	159
Kap. X. <i>Sammanfattning av kommitténs förslag</i>	164

Författningsutkast m. m.

Förslag till kungörelse angående statsbidrag till psykisk barna- och ungdomsvård	167
Förslag till lag om ändrad lydelse av 40 a § lagen den 20 juni 1924 om landsting	171
Förslag till lag om ändring i vissa delar av lagen den 6 juni 1924 om samhällets barnavård och ungdomsskydd	171
Förslag till normalinstruktion för utövandet av statsunderstödd psykisk barna- och ungdomsvård	173
<i>Särskilt yttrande</i>	177

Bilagor.

<i>Bil. A.</i> Undersökningar angående vanartiga barn och asocial ungdom	178
<i>Bil. B.</i> Förekomsten av särpräglade elever i folk- och småskolorna vårterminen 1943 inom Hallands norra och södra inspektionsområden	262

	Sid.
<i>Bil. C.</i> Skrivelse den 7 april 1943 till Konungen från Sveriges socialdemokratiska kvinnoförbund	272
<i>Bil. D.</i> Skrivelse av april 1942 till ungdomsvårdskommittén från svenska läkarsällskapets sektion för psykiatri och neurologi	273
<i>Bil. E.</i> Skrivelse den 10 juli 1943 till ungdomsvårdskommittén från riksförbundet för sexuell upplysning jämte tillhörande resolution	276
<i>Bil. F.</i> Skrivelse av april 1943 till ungdomsvårdskommittén från Ericastiftelsen	277

Innehållning

—————

Kap. VIII. Förslag till utredning om ungdomsvård

1. Förslaget

2. Övergripande synsätt

3. Organisation

4. Personal

5. Den lokala verksamheten

6. Personals utval och andra förhållanden

7. Bidragets beskaffenhet och storlek

8. Bestämning av bestämmelser för förslaget

Kap. IX. Sociala matvård

A. Förslag till kongressen angående utredning till psykisk barnvård

B. Förslag till ändrad lydelse av 40 § i lagen den 30 juni 1935 om försörjning

C. Förslag till ändrad lydelse av 41 § i lagen den 30 juni 1935 om försörjning

Kap. X. Sammanställning av kommitténs förslag

Förslagsmeny

Förslag till kongressen angående utredning till psykisk barnvård

Förslag till lag om ändrad lydelse av 40 § i lagen den 30 juni 1935 om försörjning

Förslag till lag om ändrad lydelse av 41 § i lagen den 30 juni 1935 om försörjning

Förslag till lag om ändrad lydelse av 42 § i lagen den 30 juni 1935 om försörjning

Förslag till utredning om ungdomsvård

Förslag till utredning om barn- och ungdomsvård

Svenska förbundet

Bilagor

Bil. A. Fingerringar angående samhällets ansvar för social ungdom

Bil. B. Förekomsten av föräldrade flickor och ungdoms barn

Minen 1913 från tilläggsstatistik om ungdom

Till KONUNGEN.

Genom beslut den 9 juni 1939 bemyndigade Kungl. Maj:t chefen för justitiedepartementet dels att tillkalla högst sex sakkunniga jämte sekreterare att inom departementet verkställa utredning rörande åtgärder för bekämpan-

de av ungdomsbrottsligheten och till utredning jämväl upptaga frågan om de missförhållanden, som förefinnas inom det offentliga nöjeslivet, och om botemedlen däremot, dels att utse högst sju personer att på kallelse av de sakkunnigas ordförande delta i överläggningar med dem. Med stöd av nämnda bemyndigande tillkallades den 29 juli 1939 såsom sakkunniga numera fattigvårdsdirektören i Stockholm O. R. Wangson, förste folkskolinspektören B. A. S. Jonzon, redaktören G. Ronner, numera majoren E. Råberg, redaktören E. Dahnberg och redaktören G. Elfving. Åt Wangson uppdrogs att vara de sakkunnigas ordförande. Till sekreterare åt de sakkunniga förordnades samtidigt assessorn vid Stockholms rådhusrätt H. Hector.

Enligt departementschefens beslut den 23 december 1939 skulle utredningen vila till dess annorlunda bestämdes. I samband med att beslut därefter meddelades om att de sakkunniga åter skulle träda i verksamhet entledigade departementschefen den 12 december 1941, på därom gjord framställning, förste folkskolinspektören Jonzon från det honom meddelade uppdraget samt förordnade skyddshemsinspektören A. M. Pehrling och folkskolinspektören A. Hässelberg att såsom sakkunniga delta i utredningen. Samtidigt utsåg departementschefen följande personer att på kallelse av de sakkunnigas ordförande delta i överläggningar med dem, nämligen redaktören Ulla Alm, advokaten Sigrid Beckman, generalsekreteraren C. A. H. Cedergren, numera barnavårdsinspektrisen i socialstyrelsen Göta Rosén och överläkaren S. O. Stenberg. Den 7 januari 1942 utsågs jämväl numera skyddshemsinspektören G. T. Eriksson att i enahanda ordning delta i de sakkunnigas överläggningar.

Enligt Kungl. Maj:ts beslut den 19 juni 1942 utvidgades direktiven för utredningen till att omfatta jämväl frågan om åtgärder för en förbättrad ungdomsvård i enlighet med riksdagens skrivelse den 10 i samma månad (nr 327). Med stöd av Kungl. Maj:ts sagda den 19 juni givna bemyndigande utsågos av departementschefen den 26 i samma månad dåvarande förbundsordföranden O. Sehlstedt, filosofie licentiaten L. Hartmann, förbundssekreteraren L. Eliasson och juris kandidaten I. Holmstedt att på kallelse av ordföranden delta i de sakkunnigas överläggningar. Samma dag förordnades numera skyddshemsinspektören Eriksson att, jämte den förut tillkallade sekreteraren, tills vidare tjänstgöra såsom sekreterare hos de sakkunniga.

Den 14 november 1942 avled ledamoten Pehrling. På därom gjorda framställningar entledigade departementschefen den 1 februari 1943 överläkaren Stenberg från det honom meddelade uppdraget och skyddshemsinspektören Eriksson från uppdraget att vara sekreterare åt de sakkunniga. Sistnämnda dag utsåg departementschefen statens inspektör för fattigvård och barnavård, byråchefen A. M. Berggren att såsom sakkunnig delta i utredningen och legitimerade läkaren G. Jonsson att, efter kallelse av ordföranden, delta i överläggningar med de sakkunniga. Ytterligare utsåg departementschefen den 16 april 1943 fru Birgitta von Hofsten, D. S. I., att i skyddshemsinspektören

Erikssons ställe tjänstgöra såsom sekreterare åt de sakkunniga. Slutligen utsågos den 10 augusti 1943 jämväl medicine licentiaten Gunnar Inghe och filosofie kandidaten Anna-Lisa Kälvesten att, efter kallelse av ordföranden, deltaga i de sakkunnigas överläggningar.

De sakkunniga ha antagit benämningen ungdomsvårdskommittén.

Kommittén har till utredning upptagit, bland annat, frågan om särskilda åtgärder till förebyggande eller avhjälpande av social missanpassning bland barn och ungdom, orsakad av fysiska och psykiska särdrag hos de unga eller av miljöförhållanden, ägnade att ogynnsamt påverka deras anpassningsförmåga.

Vid denna frågas behandling ha hos kommittén förelegat vissa skriftliga framställningar, som kommittén haft att i förevarande sammanhang beakta. Sådana framställningar ha gjorts dels i en till kommittén remitterad, den 7 april 1943 dagtecknad skrivelse från Sveriges socialdemokratiska kvinnoförbund, dels ock i följande till kommittén ingivna handlingar, nämligen en skrivelse från svenska läkarsällskapets sektion för psykiatri och neurologi rörande beslut vid sammanträde med sektionen den 29 april 1942, en skrivelse från riksförbundet för sexuell upplysning jämte resolution, antagen vid förbundets studieledarkurs den 20 juni—3 juli 1943, samt en å icke angiven dag i april 1943 avlåten skrivelse från Ericastiftelsen.

Ungdomsvårdskommittén får härmed överlämna ett betänkande med utredning och förslag angående psykisk barna- och ungdomsvård.

Betänkandet har utarbetats inom en delegation, bestående av kommitténs ordförande samt kommittéledamöterna Berggren och Hässelberg. På kallelse av ordföranden ha i delegationens överläggningar deltagit barnavårdsinspektisen Rosén, skyddshemsinspektören Eriksson och legitimerade läkaren Jonsson. Vidare ha redaktören Alm och fru von Hofsten medverkat. I ärendets slutliga behandling ha kommitténs samtliga ledamöter deltagit. De statistiska undersökningar, vilkas resultat redovisas i bilagor till betänkandet, ha genom kommitténs försorg utförts under ledning av legitimerade läkaren Jonsson och ledamoten Hässelberg.

Under utredningsarbetets gång ha konferenser hållits och samråd ägt rum med representanter för medicinalstyrelsen och för socialvårdskommittén samt med barnpsykiatriska föreningen och svenska landstingsförbundets styrelse ävensom med professorn Olof Kinberg, professorn Arvid Wallgren, skolöverläkaren docenten C. W. Herlitz, statens hjälpskolekonsulent legitimerade läkaren G. Nordal, förste provinsialläkaren Elof Edlund, föreståndaren för Stockholms stads barnavårdsnämnds rådgivningsbyrå för uppfostringsfrågor legitimerade läkaren T. Ramer, docenten Gunnar Heckscher, rektorn Alva Myrdal och docenten Greta Hedin.

Såsom sekreterare vid ärendets behandling har assessorn Hector tjänstgjort.

Särskilt yttrande av skyddshemsinspektören Eriksson och barnavårdsinspektisen Rosén bifogas.

Sveriges socialdemokratiska kvinnoförbunds till kommittén remitterade skrivelse återställes.

Stockholm den 30 mars 1944.

Underdånigst:

OTTO WANGSON

A. BERGGREN
ALFR. HÄSSELBERG

ERNST DAHNBERG
GÖSTA RONNER

GÖSTA ELFVING
EINAR RÅBERG

Harry Hector

Kap. I. Inledning.

Fångvårdsstyrelsens utredning angående ungdomsbrottsligheten.

I skrivelse till Kungl. Maj:t den 2 juni 1937 (nr 387) anhöll riksdagen om utredning avseende ungdomsbrottslighetens omfattning, dess orsaker och utveckling under senare år. Kungl. Maj:t uppdrog härefter åt *fångvårdsstyrelsen* att verkställa den begärda utredningen. Den 10 mars 1939 avlämnade fångvårdsstyrelsen resultatet av utredningen.

Till grund för nämnda utredning ha lagts verkställda undersökningar rörande brottsligheten under åren 1915—1937 med uppmärksamheten fäst särskilt på åren 1931—1936. Därvid har ungdomskriminaliteten blivit föremål för ingående undersökningar.

Av utredningen framgår, att brottsstatistiken visar en stark ökning för de yngsta årsklasserna under ifrågavarande år. Brottslighetens tyngdpunkt har enligt utredningen under observationsperioden mer och mer förskjutits mot den yngsta åldersklassen (15—18 år).

Ifråga om orsakerna till den starka tillväxten av brottsligheten bland de unga framhåller fångvårdsstyrelsen, att dessa, enligt styrelsens mening, väsentligen torde vara att söka i de ungas omgivning, vare sig det gäller miljöförhållanden, som hänföra sig till samhällets struktur i allmänhet, eller det gäller förhållandena på speciella områden eller inom en trängre krets, såsom under arbetet, under fritiden eller i hem och skola. Samtidigt framhåller styrelsen, att 15—18 årsåldern tillhör de oroliga brytningsåren i de unga individernas liv, vilka kännetecknas av impulsivitet, äventyrslystnad och en ibland häpnadsväckande tanklöshet. Vidare uttalar styrelsen som sin mening, att ungdomsbrottslighetens utveckling under senare år sammanhänger med bristande övervakning från hemmens sida och ett försummande av barnens etiska fostran. En på senare tid märkbar försvagning av hemmens auktoritet anser styrelsen till icke ringa del bero på föräldrarnas tveksamhet vid val av lämpliga uppfostringsmetoder. Styrelsen påvisar även, hurusom en uppväxttid, splittrad på flera vårdställen, hos den uppväxande individen kan skapa känslor av övergivenhet och andra för personlighetens utveckling ogynnsamma karaktärsdrag.

Ungdomsvårdskommitténs uppdrag m. m.

Sedan fångvårdsstyrelsen framlagt resultatet av sin utredning, uppdrog chefen för justitiedepartementet i ett anförande till statsrådsprotokollet den

9 juni 1939 de ursprungliga riktlinjerna för ungdomsvårdskommitténs arbete. I anförandet framhålles, bland annat, hurusom de förhållanden varunder ungdomen växer upp under senare år förändrats på ett sätt, som är ägnat att i vissa avseenden öka frestelserna till lagöverträdelse och samtidigt i åtskilliga fall minska de brottsavhållande momentens betydelse. Det är tydligt, yttrar departementschefen, att den nutida utvecklingen ställt ökade krav på individerna i skilda hänseenden, med därav följande svårigheter för de unga att finna sig tillrätta i samhället. Den period i de ungas liv, då skoltidens jämförelsevis skyddade tillvaro upphör, uppgives för många unga innebära stora vanskligheter. Kommittén säges i sitt utredningsarbete böra, bland annat, uppmärksamma frågan, huruvida vissa kategorier inom ungdomen — såsom de psykiskt efterblivna — kunna giva anledning till särskilda åtgärder. Ytterligare framhålles, att kommittén bör söka samråd med centralförbundet för socialt arbete, som igångsatt en utredning angående ungdomsbrottsligheten.

Centralförbundet för socialt arbete har numera framlagt resultaten av sina undersökningar.¹ Därav framgår, att förbundet funnit ungdomsasocialiteten äga ett utpräglat och naturligt samband med, bland annat, bristfälliga hemförhållanden för de unga, fysisk, psykisk och moralisk undermålighet hos föräldrarna samt fysiska och psykiska brister eller särdrag hos de unga själva.

Motioner vid 1943 års riksdag.

Sedan ungdomsvårdskommittén återupptagit sitt arbete och därvid börjat ingående syssla med frågan om möjligheten att införa centralt ordnad psykisk hälsovård för barn och ungdom, avgåvos vid 1943 års riksdag den 21 januari inom båda kamrarna likalydande motioner (första kammaren nr 76 och andra kammaren nr 146) om anställande av psykiatriskt utbildade barnläkare till tjänst för landets skoldistrikt och barnavårdssamhällen.

I dessa motioner yttras, bland annat, följande:

»Det är emellertid en sällan beaktad, en i stort sett försummad uppgift, som vi ville rikta uppmärksamheten på, och det är åtgärder för de många barn i Sveriges land, som ha svårt att finna sig tillrätta, att anpassa sig, de barn, vilkas fostran ställer hem, skola och samhälle inför de största svårigheter. Det torde ej vara för mycket sagt, att det i vårt land i detta nu finnes många tusende barn, som äro verkligt besvärliga i hem, i skola och ute i livet och som också själva ha det mycket besvärligt. Far och mor komma ohjälpligt till korta i sitt uppfostringsarbete; i hemmen äro barnen olydiga, uppstudsiga, krångliga; i skolan blir det snart likadant — i en klass kan ett sådant barn dag efter dag försvåra lärarens arbete, fördärva stämningen, stjåla mycken tid från undervisningen och sänka hela klassens standard och arbetsresultat; ute i livet kunna sådana barn lätt komma på kant med människor, de bli

¹ Centralförbundet för socialt arbete: Ligabrottsligheten, Kooperativa förbundets bokförlag, Sthlm 1941, samt Social årsbok 1941, samma förlag, Sthlm 1942.

ohågade och loja, likgiltiga för ordnat arbete eller drivas av en obetvinglig lust att bråka och bravera; andra bli långfingriga, börja snatta och dra småningom andra med in på brottets bana.

Och under allt detta ha de själva det mycket besvärligt. De känna på sig, att de ej äro väl sedda; alltför ofta bli de påmint om vilka stackare de äro och hur omöjliga, hur odugliga de äro.

De åsyftade barnen ha verkligen mycket svårt att slå sig fram i livet. Många av dem bli mer eller mindre livsodugliga; många komma att falla det allmänna till last. Och det mest skrämmande; ur skaran av krångliga, misslyckade, ej anpassningsdugliga barn rekryteras i stor utsträckning våra brottslingar.

Om många, ja, de flesta av dessa barn, som av sina fostrare betraktas som slöa, lata, uppstudsiga, krångliga, elaka, gäller det, att de lida av psykiska rubbningar, som bottna i arv eller miljö. Och uppfostringssvårigheterna komma just från dessa psykiska rubbningar. Det synes oss nu högeligen angeläget att på fullaste allvar taga upp frågan: Vad kan göras för att hjälpa dessa barn tillrätta? Det är vår mening, att mycket här kunde vinnas, om till hennens, skolans och samhällets tjänst stod en skara psykiatriskt utbildade barnläkare. Sådana läkare ha uppenbarligen de bästa förutsättningar att förstå barnen, förstå varför de äro så litet anpassningsdugliga, så omöjliga, så besvärliga, och de böra också bättre än någon annan kunna hjälpa dem tillrätta.

Den antydda vägen är redan prövad även i vårt land. I Stockholm t. ex. utför 'Rådgivningsbyrån för uppfostringsfrågor' ett utomordentligt framgångsrikt arbete i uppfostrans tjänst.

Vad Stockholms stad kan göra för sina barn, det orkar en liten kommun, ett litet skoldistrikt ej göra för sina barn. Skola de svårfostrade barnen i Sverige i stort få samma hjälp som de svårfostrade i Stockholm, måste nog statsmakterna gripa in. Kanske kunde saken ordnas så, att psykiatriskt utbildade barnläkare anställas länsvis med uppgift att stå länets samtliga skoldistrikt och barnavårdssamhällen till tjänst.

Det är vår bestämda uppfattning, att genom en åtgärd som den vi här rekommendera mycket värdefulla resultat skulle kunna vinnas.»

Yttranden över motionerna.

Första kammarens första tillfälliga utskott har från olika myndigheter inhämtat yttrande över den inom kammaren väckta motionen samt tillika berett vissa organisationer tillfälle att inkomma med dylikt yttrande.

I avgivet yttrande uttalar *skolöverstyrelsen* sin principiella anslutning till motionen men anser den av motionärerna föreslagna vägen för närvarande, på grund av den synnerligen ringa tillgången på psykiatriskt utbildade barnläkare, vara oframkomlig.

Medicinalstyrelsen understryker i sitt yttrande, att behovet av ifrågavarande läkarsakkunskap synes vara klart ådagalagt, samt tillstyrker en allsidig

utredning i ämnet. Styrelsen anför, att erforderligt antal läkare, som äga utbildning i pediatrik, psykiatri, barnpsykologi och barnpsykopatologi, väl ännu icke står till buds, men att, med det intresse för saken som redan förefinnes, behovet av läkare med angiven utbildning relativt snart torde kunna bli tillgodosett.

Socialstyrelsen anför i sitt yttrande i huvudsak följande: Frågan om lindrandet av de svårfostrade barnens anpassningsbesvär kan sägas vara en social nyckelfråga. I talrika hem utgöra dessa barn ett tungt bekymmer för föräldrarna och i skolans vanliga klasser hindra de undervisningen och störa kamratlivet. Ungdomsassocieringen är i sina olika former till väsentlig del att betrakta som ett symptom på psykisk oförmåga till anpassning. De från barndomen svårfostrade giva på grund av kverulans eller brottslig inställning och bristande arbetsförmåga upphov till personliga bekymmer och olycksöden samt sociala besvär och missförhållanden. Sociala anpassningssvårigheter möter man i övervägande antalet fall bland barn, som äro psykiskt efterblivna, men även bland miljöskadade eller på grund av konstitutionella inslag i karaktären moraliskt efterblivna barn. Det ungefärliga antalet svårfostrade barn i vårt land är svårt att uppskatta. Stundom har man räknat med att ungefär 3 procent av barnen skulle vara svårfostrade eller efterblivna. Med en dylik beräkningsgrund skulle man (år 1942) komma till ett antal av omkring 25 000 dylika barn enbart i åldrarna 7—16 år. Därest vederbörlig hänsyn tagges jämväl till en beräkningsgrund som givit ett siffermässigt lägre resultat, kan dock antalet uppskattas till omkring 20 000 i de nämnda åldrarna. De svårfostrade barnens problem går som ett betydelsefullt och tyngande drag genom hela vår socialvård. Kriminaliteten är i större utsträckning än man vanligen föreställer sig ett medicinskt problem, och i fattigvården utgör arbetsoförmågan på grund av från barndomen bestående psykisk och moralisk efterblivenhet en avsevärd anledning till understöd. Det är alldeles uppenbart att ordnandet av en allmän psykisk hälsokontroll och en tidig identifiering av de psykiskt efterblivna barnen och övriga svårfostrade barn samt särskild undervisning och omvårdnad av dem skulle ha mycket stor betydelse för hemmen, skolan, socialvården och främst för de drabbade barnen själva. En kraftig motivgrund för snabba och effektiva åtgärder på området utgör även vårt lands aktuella befolkningsutveckling. Allt bör göras för att hjälpa varje uppväxande svensk gosse och flicka till att bli en så duglig samhällsmedlem, som deras bästa anlag och förutsättningar medgiva. Överhuvud taget bör man inom socialvården söka förskjuta tyngdpunkten från rent symptombotande vård och understöd till förebyggande verksamhet. Undervisningen av barn, lidande av psykisk ohälsa, bör baseras på en tidig, sakkunnig diagnostisering och differentiering av materialet samt vid skoltidens slut anknytas till yrkesrådgivning, kuratorsverksamhet och andra sociala stödåtgärder av förebyggande natur. Det är sålunda uppenbart, att anledning förefinnes för samhället att vidtaga åtgärder till stöd åt de svårfostrade barnen. Psykisk hälsokontroll och rådgivning äro därvidlag numera möjliga att genomföra på grund av den medicinska vetenskapens framsteg, särskilt på själs- och barnläkekonstens om-

råde. Statens stöd på detta synnerligen betydelsefulla område är väl behöfligt och starkt motiverat samt skulle medföra profylax mot asocialitet och nedsatt försörjningsförmåga ävensom ett förebyggande av talrika personliga olyckor och bekymmer. Vid en utredning i frågan bör emellertid den rådande läkarbristen observeras. Innan denna brist blivit effektivt avhjälpd måste man dock söka komma till rätta med förhållandena genom att utnyttja någon praktiskt lämplig övergångsorganisation.

Svenska fattigvårds- och barnavårdsförbundets socialmedicinska sektion instämmer å förbundets vägnar livligt i motionärernas hemställan om utredning och finner den väckta frågan vara av utomordentligt stor betydelse. Sektionen anser särskilt skolade läkares medverkan erforderlig för ett riktigt bedömande av de svårfostrade barnen och framhåller inrättandet av barnavdelningar vid våra centrallasarett som ett viktigt led i strävandena att ordna ifrågavarande angelägenhet. Emellertid framhåller sektionen, att sakkunskap kan ställas till förfogande jämväl för alla skoldistrikt och barnavårdssambällen först när läkare med kvalificerad utbildning i tillräckligt antal komma att finnas.

Centralstyrelsen för Sveriges allmänna folkskolläraryörening anser enligt avgivnet yttrande det vara ett statsintresse att påskynda och befordra utvecklingen av den skolhygieniska verksamheten i landets alla skoldistrikt och framhåller, att den numera tillsatta skolöverläkaren borde sättas i tillfälle att framlägga förslag till en planmässig lösning av problemet, innan riksdagen beslutar i den av motionärerna väckta frågan, som trots sin betydelse, närmast torde vara att betrakta som en del av en större enhet. Vidare anföres i yttrandet, att det vill synas som en effektivare lösning av problemet, om skolläkarna i de särskilda distrikten bleve utrustade med psykiatrisk kompetens, än om särskilda läkare tillsattes för den speciella uppgift motionärerna vidrört.

Sverges folkskolläraryörebunds styrelse säger sig ej vilja motsätta sig en utredning i saken men finner, att en allmän och enhetlig skolläkarorganisation främst bör genomföras i folkskolan, och att frågan om speciella barnläkare för vissa kategorier barn i samband därmed kan vinna sin lösning.

Centralstyrelsen för Sveriges folkskolläraryörebund slutligen tillstyrker den av motionärerna föreslagna utredningen, därvid styrelsen väl framhåller behovet av en enhetligt organiserad skolläkarinstitution men även utvecklar behovet av psykiatriskt skolade barnläkare, till vilka skolläkarna vid behov kunna remittera de fall, som behöva ytterligare utredas.

Även andra kammarens andra tillfälliga utskott har över den inom nämnda kammare väckta motionen inhämtat yttrande från skolöverstyrelsen, medicinalstyrelsen och socialstyrelsen samt därtill berett svenska landstingsförbundet, svenska stadsförbundet, svenska fattigvårds- och barnvårdsförbundet, Stockholms folkskoleledning och svenska läkarsällskapet tillfälle att inkomma med dylikt yttrande.

De organisationer, som sålunda fått tillfälle att yttra sig i frågan, ha i princip tillstyrkt bifall till motionen, därvid dock landstingsförbundet som sin åsikt framhållit, att syftet med den föreslagna utredningen näppeligen inom rimlig

tid kunde förverkligas, enär det saknades tillräckligt antal utbildade läkare för ändamålet.

Riksdagsutskottens utlåtanden och riksdagens beslut.

Första kammarens första tillfälliga utskott fann, efter att ha övervägt innehållet i de inkomna yttrandena, i avgivet utlåtande, den väckta frågan vara av utomordentlig vikt men hemställde, med hänsyn till att utredning i frågan påginge inom ungdomsvårdskommittén, att den inom kammaren väckta motionen icke måtte föranleda till någon kammarens åtgärd.

Andra kammarens andra tillfälliga utskott riktade i sitt utlåtande enahanda hemställan till andra kammaren, i samband varmed utskottet yttrade i huvudsak följande: Utskottet funne den väckta frågan vara av mycket stor vikt. Det syntes utskottet ganska uppenbart, att mycket kunde stå att vinna, om någon anordning i ungefärlig överensstämmelse med vad som framförts i motionen kunde vidtagas. Den omständigheten, att det för närvarande endast finnes ett mycket begränsat antal läkare med erforderlig specialutbildning, syntes ej i och för sig böra utgöra hinder för en planering på längre sikt för en lösning av problemet. Utskottet förutsatte, att pågående utredningsarbete i frågan bedreves med all möjlig skyndsamhet.

Riksdagen biföll den 24 mars 1943 vad utskotten i berörda utlåtanden hemställt.

Framställningar av Sveriges socialdemokratiska kvinnoförbund, med flera sammanslutningar.

Sveriges socialdemokratiska kvinnoförbund har i sin förut omförmälda skrivelse (Bil. C) hemställt om åtgärder dels för beredande av ökade möjligheter till psykologisk utbildning för personal i pedagogisk och psykologisk verksamhet, dels för möjliggörande av psykiatrisk rådgivning för barn, centralt ordnad inom varje län, dels ock för möjliggörande av anställning av psykologiskt-pedagogiska konsulenter vid skolor och andra uppfostrande eller barnavårdande organ. Likartade önskemål yppas i den från *svenska läkarsällskapets sektion för psykiatri och neurologi* till kommittén ingivna skrivelsen (Bil. D). Denna skrivelse utmynnar nämligen i förslag om, bland annat, åtgärder för vidgad mentalhygienisk orientering för lärare i allmänhet och inrättande av en eller flera rådgivningsbyråer för uppfostringsfrågor i varje län. I *riksförbundets för sexuell upplysning* tidigare omnämnda resolution (Bil. E) påtalas lärarkrafternas otillräckliga utbildning för handhavandet av psykiskt särartade elever, varjämte framhålles den mentalhygieniska betydelsen av att möjlighet skapas till konsultation i besvärliga uppfostringsfall av psykologiskt sakkunniga, åtminstone i landets medelstora och större städer med omnejd. Ytterligare åberopas i resolutionen uppgiven förefintlighet i utlandet av institutioner med rådgivande skolpsykologer eller skolpsykiatriker. *Ericastiftelsens* skrivelse till kommittén (Bil. F) ut-

mynnar i en hemställan, att kommittén i samband med blivande åtgärder för en mera allmän och effektiv psykisk hälsokontroll och rådgivning måtte beakta angelägenheten av att vid tjänstetillsättning och befordran vederbörlig hänsyn tages till sökandens examen vid stiftelsens läkepedagogiska seminarium.

Ungdomsvårdskommitténs synpunkter.

Ungdomsvårdskommittén har för sin del funnit en praktisk lösning av frågan om lämpliga åtgärder till fromma för svårfostrade barn och ungdomar vara en av kommitténs viktigaste och mest angelägna uppgifter. De undersökningar och yttranden som här ovan återgivits synas i rikligt mått giva belägg för riktigheten av den uppfattning, vartill kommittén sålunda kommit. Erfarenheterna från senare tid synas alltmera tydligt giva vid handen, att psykisk underutveckling och andra själsliga avvikelser från det normala hos barn och ungdom — vare sig dessa avvikelser sammanhånga med fysiska defekter eller ej — i långt högre grad än man tidigare antagit utgöra bakgrunden till felutveckling, missanpassning och asocialitet hos många vuxna personer. I och med att erfarenheterna börjat så bestämt peka i sådan riktning, har ett socialt problem av synnerlig betydelse framträtt med anspråk på att vinna en tillfredsställande lösning. Emellertid har det hittills knappast blivit med erforderlig planmässighet och noggrannhet utrett, hur omfattande och betydelsefullt detta problem verkligen är. Ej heller ha de försök, vilka hittills i vårt land blivit gjorda för att motverka en å själsliga egenheter grundad socialt ogynnsam utveckling hos de unga, alltid burit planmässighetens prägel. Kommittén har därför, som av det följande kommer att närmare framgå, funnit det nödvändigt att verkställa en allsidig och förutsättningslös utredning rörande de egentliga orsakerna till uppkomsten av anpassningssvårigheter hos de unga samt möjligheterna att förebygga eller avhjälpa dylika svårigheter och behovet av praktiska åtgärder i syfte att mer effektivt än hittills tillvarata dessa möjligheter.

Betänkandets uppläggning.

Det betänkande ungdomsvårdskommittén nu framlägger innefattar en genom kommitténs försorg verkställd utredning av nyss angiven art jämte å denna utredning stödda förslag. Här nedan skall lämnas en orienterande översikt rörande de riktlinjer, efter vilka betänkandet upplagts.

Till en början avhandlas i betänkandet barna- och ungdomsårens anpassnings- och asocialitetsproblem. Därvid anges uppgiften att förebygga social missanpassning och asocialitet bland de unga som den psykiska barna- och ungdomsvårdens praktiska huvudsyfte, samtidigt som den sociala missanpassningens och asocialitetens närmare innebörd klarlägges. En översikt lämnas här rörande olika slag av orsaker till social missanpassning samt över lynnesegendomligheter eller beteenderubbningar hos olika kategorier barn och ungdomar. Till stöd för framställningen i detta avsnitt åberopas resultaten av oli-

ka tidigare utförda undersökningar rörande ungdomsocialiteten samt de genom ungdomsvårdskommitténs försorg nu verkställda statistiska utredningarna rörande asocialitet och beteenderubbningar bland barn och ungdom (Bil. A och B). Till sist dragas i detta avsnitt vissa slutsatser angående anpassnings- och asocialitetsproblemens behandling.

I nästa avsnitt lämnas en schematisk överblick rörande den psykiska hälsokontroll, som i vårt land förekommer i samband med den förebyggande medicinska barnavården. Sedan en kortfattad framställning lämnats rörande barnavårdens betydelse i den profylaktiska socialpolitiken och socialvården, därvid särskild uppmärksamhet ägnats den förebyggande barnavården, redogöres i korta drag för den förebyggande verksamheten vid mödra- och barnavårdscentralerna respektive stationerna samt för den i skolorna anordnade hälsokontrollen för barn och ungdom. I denna redogörelse fästes särskild vikt vid verksamhetens betydelse ur den psykiska hälsokontrollens synpunkt sett. Ytterligare redogöres för olika förslag till utbyggnad av tjänsteläkar- och skolläkarorganisationerna, detta som förutsättning för en effektiv förebyggande barnavård av medicinsk karaktär.

Härefter redogöres i ett särskilt avsnitt för i vårt land förefintliga speciella organ för psykisk barna- och ungdomsvård. I detta avsnitt göres en återblick över de ursprungliga initiativen till mentalhygienisk rådgivning samt utvecklingen och följderna av dessa initiativ. Vidare lämnas en redogörelse för ett antal särskilda tyffall av mentalhygienisk rådgivningsverksamhet för barn och ungdom inom olika distrikt i landet. Slutligen lämnas en sammanfattande översikt rörande förekomsten av psykisk hälsokontroll och rådgivning i de olika länen och i de städer, som ej deltaga i landsting.

Nästföljande avsnitt av betänkandet innehåller en summarisk redogörelse för förekomsten av organiserad psykisk barna- och ungdomsvård i olika främmande länder.

I ett härpå följande kapitel av betänkandet avhandlas förutsättningar och krav ifråga om anordnandet av en allmän psykisk barna- och ungdomsvård. Därvid anläggas socialpolitiska, socialmedicinska och organisatoriska synpunkter å frågans lösning.

Härefter skildras den nu förefintliga och för framtiden av behovet påkallade tillgången på personal med erforderliga kvalifikationer för utövandet av den psykiska barna- och ungdomsvården ävensom de utbildningsmöjligheter, som för närvarande stå till buds och för framtiden äro önskvärda för sådan personal. Såväl läkarutbildningen som sjuksköterske- och lärarutbildningen samt skolningen av socialarbetare ägnas i detta sammanhang uppmärksamhet, och olika alternativ för en förbättrad utbildning beröras.

I nästföljande avsnitt lämnas en allmän motivering för ungdomsvårdskommitténs förslag till anordnande av statsunderstödd psykisk barna- och ungdomsvård. Härvid beröras, bland annat, verksamhetens organisation, de lokala organens sammansättning, den lokala ledningen och tillsynen samt den centrala tillsynen. Vidare redogöres för de i förslaget åsyftade villkoren för erhållande av statsbidrag ävensom för statsbidragens storlek, varjämte en be-

räkning verkställes rörande kostnaderna för kommittéförslagets genomförande.

Även en speciell, punkt för punkt genomförd motivering till kommitténs förslag till kungörelse angående statsunderstödd psyisk barna- och ungdomsvård samt till olika av kungörelsens tillkomst föranledda författningsändringar lämnas i ett särskilt kapitel, varefter till sist följer kommitténs sammanfattade förslag i saken jämte erforderliga författningsutkast.

Ifråga om de vid betänkandet fogade bilagorna hänvisas till innehållsförteckningen och å olika ställen i betänkandets text förefintliga anmärkningar.

[Faint, mirrored text, likely bleed-through from the reverse side of the page. The text is largely illegible due to low contrast and mirroring.]

[Faint heading text, possibly reading "Den sociala aspekten inberörande" or similar.]

[Faint text block at the bottom of the page, appearing to be the start of a new section.]

Kap. II. Barna- och ungdomsårens anpassnings- och asocialitetsproblem.

Den psykiska barna- och ungdomsvårdens praktiska huvudsyfte.

Den psykiska barna- och ungdomsvårdens praktiska huvudsyfte är att förebygga uppkomsten och utvecklingen av social missanpassning och asocialitet hos det unga släktet. Skall man kunna nå detta syftemål, är det nödvändigt med ett klarläggande i frågan om vilka faktorer, som på ett avgörande sätt påverka samhällsmedlemmarnas sociala inställning. Den uppfattning, som kommit till uttryck i, bland annat, de i kap. I refererade motionerna, nämligen att de vuxnas beteende och sociala attityder i långt större utsträckning än man tidigare gjort klart för sig bestämmas av intryck och upplevelser under barndomen, har vuxit fram som ett gemensamt forskningsresultat av vetenskapligt arbete å olika områden, nämligen läkarvetenskapens, pedagogikens, sociologins och psykologins arbetsfält. Det förtjänar särskilt framhållas, att de överensstämmande slutsatserna därvidlag vunnits vid studier rörande såväl abnormklientel som normala individer.

De synpunkter, som i det följande komma att framläggas beträffande de sociala missanpassningsfenomenen bland barn och ungdom, måste av praktiska skäl komma att avse ett i viss mån begränsat område. Här kommer sålunda i huvudsak att tagas sikte på de unga själva och deras trängre miljö, medan däremot de fortgående samhälleliga förändringarna och omformningarna, vilka givetvis på ett genomgripande sätt inverka på de ungas individuella utveckling, icke upptagas till någon mera allsidig och ingående diskussion. Sådana faktorer som förändringarna i förhållandet mellan föräldrar och barn till följd av familjernas minskade storlek eller samhällets fortskridande urbanisering genom den ökande inflyttningen till städerna komma sålunda att beröras endast i förbigående. De allmänna förutsättningarna för ungdomens yrkesval och yrkestrivsel i våra dagars alltmer industrialiserade samhälle — andra liknande sociologiska sammanhang att förstå — måste också de här lämnas åsido.

Den sociala anpassningens innebörd.

Sedd ur psykologisk synvinkel innebär det uppväxande släktets sociala anpassning, att de unga som riktlinjer för det egna handlandet godtaga vissa av samhället sanktionerade beteendemönster eller, om man så vill, att de tillägna sig en god samhällsmoral. I de fall, då avvikelser från en sådan utveck-

ling förekomma, talar man om felutveckling och social missanpassning. Dylig missanpassning kan vara av så allvarlig natur, att den tager sig uttryck i vanart eller brottslighet. Missanpassningen säges då ha lett till asocialitet.

Till en viss grad sker den sociala anpassningen genom att den uppväxande individen får lära sig, att ett handlingssätt är otillåtet, ett annat tillåtet eller rent av berömvärt o. s. v. För att psykologiskt klargöra de själsliga processer, som ligga bakom en sådan utveckling till samhällsvarelse, och därmed också påvisa, hur avvikelser från den goda samhällsmoralen kunna komma till stånd, måste man emellertid enligt nutida, å vetenskapliga rön stödd uppfattning gå djupare än till ett konstaterande av inlärandets eller de goda vanornas betydelse. Framförallt för förståendet och behandlingen av missanpassningssymptom är det av vikt att hålla i minnet, att de ungas fortskridande utveckling innebär något mera, än att de med sitt jag införliva vissa abstrakta handlingsregler, såsom att icke ljuga, icke stjäla m. m. Man måste därvid tänka på att de psykologiska processerna äga rum i direkt anknytning till personer i barnets omedelbara omgivning — föräldrar, lärare, barnhemspersonal, kamrater, med flera — gentemot vilka barnet i första hand tager ställning rent känslomässigt. Det väsentliga i utvecklingen ligger i själva verket på känslans område och icke på det intellektuella planet. Detta förhållande medför den praktiska konsekvensen, att uppfostran eller, ifråga om urspårad ungdom, återuppfostran i första hand bör inriktas på att skapa sunda, positiva känslöbindningar mellan barnet och omgivningen, medan en direkt förståndsmässigt gripbar undervisning om vad som är rätt och orätt i det dagliga livets mångahanda situationer får komma i andra hand.

Social missanpassning genom barnens bristfälliga känslöbindningar till omgivningen.

Enligt den åskådning för vilken nu redogjorts — av naturliga skäl här starkt schematiserad — skulle sociala missanpassningar kunna uppstå huvudsakligen på två sinsemellan principiellt olika sätt. Antingen får barnet en i och för sig naturlig och sund känslöbindning till personer, vilka icke fylla kvalifikationerna som sociala förebilder, eller får barnet av någon anledning en negativ eller på annat sätt störd känslöinställning till sin miljö, ehuru denna i och för sig är socialt värdefull.

a) Som exempel på den förstnämnda möjligheten — en i och för sig naturlig *känslöanknytning till asociala förebilder* — kunna anföras de vanliga ungdomsligornas uppkomst och utveckling. Den känsla för kamratskap och solidaritet, som utgör den känslömässiga betingelsen för detta slag av gruppbildningar, innebär ju i och för sig en socialt värdefull egenskap, men den kommer att resultera i asociala handlingar, därför att gruppens hederskodex strider mot samhällets lagar. Av flera undersökningar angående ungdomsbrottsligheten — bland andra de utredningar, som, enligt vad förut sagts, verkstälts av centralförbundet för socialt arbete (se s. 12) — har det fram-

gått, att denna förvända hederskodex i regel härrör från någon enstaka individ, vilken som ligaledare varit den förebild de övriga ligamedlemmarna sökt efterlikna eller i allt fall den auktoritet de böjt sig för. Det psykologiskt relevanta då det gäller en ligabildning är emellertid, att det rör sig om ett underordnande under en person och icke under en princip. Känslöbindningen till kamraten-ledaren — stundom också rädslan eller respekten för denne — har med andra ord varit drivfjädern, icke hyllandet av några asociala handlingsregler överhuvud taget. Det förtjänar måhända tilläggas, att denna tendens att ställa sig solidarisk med en grupp utanför familjen och rentav frondera mot familjebanden också sammanhänger med ett i och för sig normalt och nödvändigt utvecklingsskede under pubertets- eller övergångsåldern. Ligabildningen representerar därvidlag ett särfall, så tillvida som gruppbildningen kommit att få asocial inriktning. Ifråga om det stora flertalet av de för puberteten typiska sammanslutningarna (»gängen») kan man emellertid säga, att deras effekt på den enskilda individen i regel är gynnsam.

b) Typfall tillhörande den andra huvudkategorin — negativ eller eljest *störd känslöbindning till social auktoritet* — torde vara bland de allra vanligast förekommande inom rådgivningsarbetet i uppfostringsfrågor för barn och ungdom. Till denna grupp höra fall av stölder och rymningar eller liknande företeelser, vilka förekomma som öppna eller dolda trotshandlingar mot en fader, en moder, en lärare, en äldre kamrat eller annan auktoritet. De psykologiska sammanhang, som därvid i det enskilda fallet ligga bakom symptomen på missanpassning, låta sig emellertid i regel avslöjas först genom sakkunnig utredning och kunna då visa sig bottna i förhållanden, som för den oinvigde te sig tämligen överraskande. Gemensamt för de olika fallen brukar emellertid vara, att det till en början rör sig om psykologiska konfliktsituationer i förhållande till bestämda personer i en trängre miljö och ej någon allmän konflikt med omgivningen eller det egna jaget, ett förhållande som är av grundläggande betydelse ur behandlingssynpunkt. Emellertid är det ett mycket vanligt psykologiskt fenomen, att den negativa inställning barnet fått till en bestämd person gör sig gällande även mot andra i barnets omgivning befintliga personer med likartad auktoritet, så att exempelvis en pojke, som fått en trotsinställning till sin moder under förskolåldern, också trotsar lärarinnan sedan han börjat skolan. Ett annat exempel är, att en flicka stjälar från sin arbetsgivare, vilken för henne representerar den misshaglige fadern som hon icke kan eller vågar bestjäla direkt. Särskilt farlig blir givetvis denna utveckling ifall fadersauktoriteten kommer att identifieras med samhällsauktoriteten överhuvud taget, så att den unga individen spontant reagerar med samma känslöbetonade avståndstagande från varje regel för social samlevnad som från faderns påbud eller från påbud av annan individuell auktoritet, till vilken barnet fått en negativ känslöinställning. Denna senare psykologiska utvecklingssång torde exempelvis icke vara ovanlig hos ungdomsbrottslingar; den psykiska frigörelse från föräldrainflytandet som normalt äger rum under pubertetsåren har då fått en sjuklig eller psykopatologisk (neurotisk) prägel. Att märka är emellertid i så-

dana fall att orsaken till felutvecklingen ofta är att söka i förhållanden, som ligga före pubertetens inträdande.

Även hos barn som ej nått pubertetsåldern kunna emellertid likartade psykologiska orsakssammanhang leda till handlingar, vilka te sig som asociala ur de vuxnas synpunkt. Som exempel kan nämnas hurusom många barn i den psykologiska situation, då de känna sig bedragna på föräldrarnas kärlek och intresse, reagera på ett sätt som kan synas paradoxalt, nämligen så att de börja snatta, anlägga eld eller utföra andra handlingar, som borde rendera dem ytterligare »kärleksindragning» från föräldrarnas sida. Det yttre händelseförlopp som utlöst barnets asociala handlande kan då ha bestått i att barnet av någon anledning sänts hemifrån till släktingar eller andra, att ett nyfött syskon berövat det tidigare enda barnet ensamrätten till modersintresset, eller dylikt.

c) Som en naturlig följd av den sammansatta karaktären av känslkontakten mellan föräldrar (eller andra, som äro i föräldrarnas ställe) och barn låter sig emellertid det stora flertalet rubbningar av denna naturliga känslkontakt knappast inordnas under den enkla formeln negativ respektive positiv binding. I regel torde det i stället förhålla sig så, att barnet — och för övrigt även föräldrarna — vid uppkomna konflikter förnimmer *blandade känslor*, inrymande varandra motstridiga komponenter, såsom både lust och olust, sympati och antipati o. s. v. Denna motsatsfyllda inställning, vilken med en fackterm brukar benämnas ambivalent, anses av många forskare särskilt lätt leda till psykiska felutvecklingar eller neurotiseringar av olika slag.

Social missanpassning genom rubbning av de vuxnas känslbindningar till barnen.

Givet är att en störd känslbindning mellan barn och vuxna också kan ha sin upprinnelse hos de vuxna. Särskilt i våra dagar torde det på grund av rent sociologiska förändringar — minskat barnantal, utveckling från självhushållning i bondehem till penninghushållning inom familjer i hyreshus med åtföljande förminskning av den icke yrkesutövande hustruns arbetsområde inom hemmet m. m. — ha skapats större förutsättningar än tidigare för en alltför stark koncentrerings av föräldrantresset kring ett eller ett par barn. Till följd härav kunna särskilda svårigheter möta, bland annat då det gäller en gynnsam lösning av den allmänt kända problemkonstellation, som brukar sammanfattas under beteckningen »enda barnet». Här förtjänar framhållas att den omständigheten att yrkesarbetande kvinnor stundom på grund av moderskap uppgiva sitt yrkesarbete utom hemmet icke alltid kan sägas innebära en helt tillfredsställande lösning av hithörande frågor, såvitt angår förhållandet mellan moder och barn. I många fall finner man nämligen, att den yrkesarbetande kvinnan, som på grund av barnafödande tvingas uppgiva sina intressen utom hemmet för att i enlighet med gängse uppfattning »ägnas sig helt åt barnet», medvetet, eller kanske oftare omedvetet, upplever barnet som ur denna synpunkt ovälkommet, något som gör hennes naturliga modersglädje blandad och hennes inställning till barnet motsatsfylld (ambivalent).

Liknande svårigheter kunna givetvis under enahanda yttre betingelser uppkomma, då det gäller moderns inställning till barnen i en familj med ett par barn — låt vara att svårigheterna då mera sällan bli så accentuerade som i enbarnsfamiljer. Även faderns inställning till ett barn kan utöva en i hög grad ogynnsam inverkan på barnets utveckling. Så kan exempelvis vara fallet, då en överstark bindning till barnet från faderns sida uppstått. Det är sålunda icke alltför ovanligt, att fadern medvetet eller omedvetet i barnet ser den individ, som en gång skall revanschera honom för det mer eller mindre svåra nederlag han själv tycker sig ha lidit i livet, samt vid barnets fostran handlar i överensstämmelse med denna inställning, utan behörig hänsyn till barnets egna intressen och naturliga förutsättningar. »Min son skall få bli det jag inte fick bli», heter det. Föräldrar av denna typ — modern som »offrar sig» för sitt barn och fadern som gör allt han kan för att sonen skall få framgång i livet — kunna givetvis utifrån sett te sig som mönsterföräldrar. Först en närmare analys avslöjar den neurotiska karaktären hos deras föräldrakärlek. Båda dessa psykologiska situationer kunna naturligt nog giva upphov till trotsreaktioner från barnets sida, reaktioner som då kunna taga formen av stöld, rymning, en allmänt trotsig eller oefterrättlig hållning i och utom hemmet, överdrivet uteliv på kvällar och nätter, eller annat som brukar rubriceras som vanart hos barn eller ungdom. Eftersom pubertetsåldern normalt är den tid, varunder barnens frigörelse från föräldraauktoriteten sätter in, är det också naturligt, att dessa uttryck för »ungdomens sedliga förvildning» bli särskilt vanliga i denna ålder.

En motsatt ytterlighet till dessa överdrivna bindningar mellan föräldrar och barn utgöra de fall, då barnet överhuvud taget icke haft några närstående personer, till vilka det kunnat finna den för dess känslomässiga utveckling viktiga ömsesidiga känslobindningen. Hos barnhemsbarn eller fosterbarn som ofta byta hem visar sålunda den psykologiska utredningen ofta känslomässiga (emotionella) rotlöshetstillstånd av en alldeles speciell karaktär, tillstånd som kanske först efter att ha fortvarat i årtal tagit sig synliga uttryck i form av en stöld, en rymning eller något slag av sexuell vanart. Som bekant har också den moderna barnavården med beaktande av dylika synpunkter mycket starkt inriktats på att undvika uppkomsten av »anstaltsbarn», genom att systematiskt begränsa barnhemsvistelse, och i stället följt fosterhemslinjen så långt detta är möjligt i praktiken.

Liknande psykologiska hemsituationer för barnet kunna uppstå, ifall yttre, sociala förhållanden hindra föräldrarna att i erforderlig mån ägna tid och intresse åt sina barn. Av vikt är i detta sammanhang att framhålla, att icke endast den absoluta fattigdomen är av betydelse utan kanske framförallt den relativa medellösheten eller, med andra ord, bristen på möjlighet att ekonomiskt hävda sig inom den krets man tillhör. Hos icke så få ungdomstjuvar och ligabrottslingar torde man kunna påvisa, att behovet av att ha lika gott om fickpengar som kamraterna till köp av cigaretter, kafébesök eller biografbesök i flicksällskap varit en av drivfjädrarna till det asociala handlandet.

Olämpliga miljöförhållandens betydelse för psykisk felutveckling.

De skiftande sammanhang, vilka ovan skisserats som exempel på den psykologiska bakgrunden och upprinnelsen till missanpassning och asocialitet hos barn och ungdom, kunna givetvis endast fastställas genom en mera ingående analys av enskilda fall. För att kunna bilda sig en uppfattning om den roll dessa sammanhang spelat för den stora massan av mer eller mindre tydligt urspårade unga individer kan man dock icke verkställa en ingående undersökning av varje fall för sig. Den väg man i stället brukar använda, då det gäller att belysa dessa psykologiska faktorerens betydelse, är att fastställa frekvensen av vissa mera påtagliga och statistiskt påvisbara förhållanden beträffande barnets miljö, vilka måste antagas medföra en riskökning för psykisk felutveckling. Sådana förhållanden äro exempelvis föräldrahemmets upplösning genom endera eller båda föräldrarnas död, genom skilsmässa eller genom faderns eller moderns avvikande från hemmet, vidare täta ombyten av ett barns uppväxtmiljö, alkoholism hos familjefadern, trångboddhet eller fattigdom i hemmet, plötsliga förskjutningar i familjens eller ungdomens försörjningsläge samt stundom även uppväxt i en allmänt kulturfattig miljö.

Ett flertal såväl in- som utländska undersökningar ha visat, att barn och ungdom, som företett vanart eller andra tecken till social missanpassning, i stor utsträckning komma från sådana miljöer, som kunna antagas ha medfört ökad psykisk hälsorisk för dem. Givet är emellertid att man icke får se dessa förhållanden enbart ur miljösynpunkt. Det är också antagligt, att frånskilda föräldrar, alkoholiserade familjefäder och andra fostrare, som ej funnit sig till rätta i de för ett normalt samliv givna formerna, oftare än mäniskor i gemen äro psykiskt egenartade individer. I den mån man anser, att psykiska egenskaper betingas av arv, är man tvungen att förutsätta anlagsbestämda särdrag i karaktären hos barnen till psykiskt egenartade föräldrar. Frågan om den roll den anlagsbestämda konstitutionen spelar för uppkomsten av psykiska störningar hos barn är emellertid föremål för rätt skiftande meningar bland fackmännen. Att ärftligheten därvidlag har sin givna betydelse torde dock vara ostridigt. Emellertid får man icke uppfatta anlag som en ödesbestämmdhet för utveckling i viss riktning utan endast som disposition eller benägenhet att reagera på ett bestämt sätt inför miljöinflytelser. Även i ärftlighetsfall spela följaktligen miljöfaktorerna en roll, i allt fall som utlösande moment, och äro därför också i sådana fall värda uppmärksamhet vid utredandet av möjligheterna till förebyggande behandling (profylax) från samhällets sida. I ett senare sammanhang skola de givetvis lika nödvändiga som behjärtansvärda arvshygieniska synpunkterna på frågan något beröras.

Då man bedömer värdet av undersökningar som nyss nämnts, bör man emellertid hålla en omständighet i minnet. Det är sannolikt, att de barnavårdande myndigheterna i samhället känna sig mera manade att omhändertaga barn och ungdomar, om de komma från ogynnsamma miljöer — exempelvis »stympade hem» eller hem där fadern är alkoholist — än om så icke är fallet. Därav skulle följa att de skyddshemselever, ungdomsbrottslingar eller andra unga individer som blivit föremål för undersökning representera ett miljöbe-

tonat urval. Emellertid är den konstaterade övervikten av miljöbrister bland materialet i flertalet undersökningar så stor, att den icke rimligtvis helt kan återföras på dylika urvalsfaktorer.

Tidigare undersökningar rörande hemmiljöns samband med ungdoms-socialiteten.

De mest representativa svenska undersökningarna från senare tid, där synpunkter av nu ifrågavarande slag beaktats, torde vara medicine doktorn Sven Ahnsjös avhandling¹ rörande den sociala utvecklingen hos 2 448 kvinnliga elever vid skyddshem och liknande anstalter under åren 1903—1937 samt de redan nämnda utredningarna angående ungdomsbrottsligheten, utförda genom försorg av centralförbundet för socialt arbete.²

I Ahnsjös material förelåg positiv uppgift om dåliga hemförhållanden som bidragande orsak till omhändertagandet vid anstalt i ungefär en fjärdedel av fallen. Anmärkningsvärt är att dåliga hemförhållanden oftare anförts som orsak till omhändertagandet under åren 1903—1925 än under åren 1925—1937. Detta sakförhållande vill författaren sätta i samband med att platsbrist på anstalterna och liknande omständigheter gjort, att endast flickor med utpräglad vanart blivit omhändertagna under den tidigare perioden, och att i sådana fall hemmen förhållandevis ofta varit bristfälliga. Möjligen skulle man emellertid även kunna räkna med att dåliga hem överhuvud taget voro vanligare under den tidigare perioden än under den senare. I detta undersökningsmaterial kan även konstateras en påfallande hög frekvens av så kallade stympade hem; endast i omkring 75 procent av fallen ha båda föräldrarna från början tagit hand om sitt barn och inom denna grupp har familjen i ungefär 45 procent av fallen sedermera stympats genom föräldrarnas skilsmässa eller dödsfall. Särskilt vanligt har det visat sig vara att modern dött.

Även i de båda av centralförbundet för socialt arbete utförda undersökningarna kan en anmärkningsvärt hög frekvens av bristfälliga hem konstateras. I utredningen angående ligabrottsligheten inom de tre storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö under åren 1939—1940 ingå uppgifter om hemförhållanden för de ligamedlemmar som varit under 15 år samt för Stockholms del dessutom för dem som varit mellan 15 och 20 år vid brottets begående. Uppgifterna avse inalles 560 unga individer. Nära nog hälften av dessa befunnos ha vuxit upp under allvarligt bristfälliga hemförhållanden, yttrande sig däri att någondera av föräldrarna varit kriminell, lösaktig, alkoholiserad eller dylikt, eller att de ungas fostran splittrats på tre eller flera hem. Den andra av de båda av centralförbundet verkställda undersökningarna, nämligen den allmänna ortsundersökningen angående ungdomsbrottsligheten, omfattar alla personer i åldern 15—25 år som under perioden 1930—1939 dömts för brott (en del bagatellbrott undantagna) i städerna Sundsvall, Es-

¹ *Sven Ahnsjö: Delinquency in girls and its prognosis. — Acta Paediatrica Vol. XXVIII suppl. III, 1941.*

² Se sid. 12.

kilstuna och Jönköping jämte kringliggande landsbygd, inalles 1 882 personer. I det stora flertalet fall ha uppgifter kunnat inhämtas angående föräldrarnas samlevnad vid tiden för lagförandet av de unga brottslingarna. Det visar sig, att av de dömda, beträffande vilka uppgifter stått att vinna, omkring 60 procent haft hem med två samlevande föräldrar, medan ungefär 30 procent haft hem, som stympats genom föräldrarnas död eller skilsmässa, samt återstoden aldrig åtnjutit vård av två föräldrar. Siffrorna variera något för de olika brottslingstyperna.

Några jämförelsetal rörande hemförhållandena bland laglydig ungdom ha icke stått att erhålla. Emellertid torde det ligga i öppen dag, att siffrorna rörande bristfälliga hemförhållanden bland den asociala ungdomen äro av en storleksordning, som måste ligga betydligt över det normala.

De citerade undersökningarna omfatta endast fall av så pass allvarliga yttringar av vanart eller kriminalitet, att de orsakat intagning på skyddshem eller liknande anstalt eller, ifråga om straffmyndig ungdom, fällande dom. Huruvida hemförhållandena äro likartade även i de lindrigare vanartsfallen, vilka ju representera den stora massan av socialt missanpassad ungdom, kan icke med säkerhet avgöras med ledning av dessa undersökningar, även om man med en viss grad av sannolikhet skulle kunna antaga så vara fallet.

Hemmiljöns betydelse enligt ungdomsvårdskommitténs statistiska undersökning rörande barnavårdsnämndernas klientel.

I sistnämnda hänseende ha vissa hållpunkter vunnits genom en av kommittén utförd och här redovisad landsomfattande undersökning angående av barnavårdsnämnderna under åren 1941 och 1942 vidtagna åtgärder i fall enligt barnavårdslagen 22 § c) (»barn under 18 år, som befinnes vara så vanartat, att särskilda uppfostringsåtgärder krävas för dess tillrättaförande») samt 22 § d) samma lag (»person i åldern mellan 18 och 21 år, som befinnes vara hemfallen åt ett oordentligt, lättjefullt eller lastbart levnadssätt och beträffande vilken särskilda åtgärder från samhällets sida krävas för hans tillrättaförande»). Beträffande de närmare resultaten av denna undersökning hänvisas till den härvid fogade bilagan A. Av redogörelsen för undersökningen framgår, bland annat, att i stort sett samma ogynnsamma hemfaktorer som förut nämnts gjort sig gällande ifråga om sistnämnda kategori barn och ungdomar, som dock i ungefär två tredjedelar av fallen icke gjort sig skyldiga till så utpräglad vanart, att beslut om skyddsuppfostran ansetts motiverad. Endast omkring två tredjedelar av dessa barn och ungdomar ha växt upp i hem med två samlevande föräldrar. Av de övriga har en mindre del aldrig haft eget hem eller ock vistats i olika fosterhem, medan huvudparten — inemot fjärdedelen av samtliga undersökta — kommer från hem som blivit stympade på grund av skilsmässa eller föräldrarnas död.

Syftemålet med den nu nämnda undersökningen angående barnavårdsnämndernas klientel av socialt missanpassade barn och ungdomar har emellertid icke inskränkts till att avse upplysning rörande hemmiljöns bety-

delse för uppkomsten av ungdomsasocialitet, utan syftemålet har varit flerfaldigt. Framför allt har kommittén velat komplettera de tidigare undersökningarnas resultat i ett par huvudpunkter, där närmare besked icke tidigare erhållits. Det gäller härvidlag dels frågan om de psykiska egenskaperna hos dessa barn och ungdomar dels ock frågan om de möjligheter, som för närvarande i praktiken stå de barnavårdande myndigheterna till buds, då det gäller att rationellt omhändertaga klientelet.

Den psykiska konstitutionens betydelse för de ungas sociala utveckling.

Tidigare i detta kapitel har en redogörelse lämnats för det psykologiska förloppet vid uppkomsten av miljöskador i olika typfall av social missanpassning bland barn och ungdom. Arten av de beteenderubbningar som därvid kunna uppstå har däremot icke mera ingående beskrivits. Ej heller har hänsyn tagits till de ursprungliga psykiska egenskaperna hos barn, som blivit utsatta för dessa skadliga miljöinflytelser. I det följande skall närmare redogöras för de psykiska egenskapernas betydelse för de ungas utveckling i socialt hänseende.

Den dagliga erfarenheten torde ha lärt oss, att det stora flertalet barn reder sig förvånansvärt bra och utvecklas i gynnsam riktning trots många gånger ogynnsamma miljöinflytanden under barndomen. Enligt vad den vetenskapliga forskningen visat skulle det också med sannolikhet förhålla sig så, åtminstone beträffande unga individer som visa tendens till utveckling i asocial riktning, att en felutveckling i främsta rummet drabbar de barn, som på grund av svagheter i sin psykiska konstitution varit mindre motståndskraftiga. Frågan om vad som i dessa fall spelat huvudrollen, konstitutionen eller miljön, är en teoretisk stridsfråga som är föremål för mycket skiftande meningar bland fackmännen. På forskningens nuvarande ståndpunkt är emellertid en diskussion härom skäligen ofruktbar, och sett från den synpunkt som här är den avgörande, nämligen möjliggörandet av en förebyggande själslig hälsovård (mentalhygienisk profylax) i socialt fältarbete, torde det vara riktigast att lämna frågeställningen åsido och i stället inrikta arbetet såväl på miljösanering som på mentalhygien i mera inskränkt bemärkelse samt på arvshygien.

Erfarenheten har visat, att det är framför allt två stora grupper barn och ungdomar, vilka från begynnelsen ha att dragas med ett psykiskt handikap som gör dem mindre motståndskraftiga mot miljöpåfrestningar och därmed mera hjälpbehövande, därest de icke skola utvecklas i asocial riktning. Dessa båda grupper utgöras av de å förståndslivets område underutvecklade (debila och imbecilla) samt de i vilje- och känslöavseende egenartade (psykopater i vidsträckt bemärkelse).

Beteenderubbingar hos intellektuellt svaga barn och ungdomar.

Beträffande den första av nyssnämnda båda grupper, de intellektuellt svaga, har forskningen och även det praktiska socialvårdsarbetet alltmera klargjort, att det framför allt är de lindrigt efterblivna som förfalla till mer eller mindre utpräglad asocialitet. De mera lågt stående sinnesslöa förekomma däremot relativt sett mindre ofta bland de samhällsbesvärliga eller direkt samhällsskadliga elementen. De lättförståeliga orsakerna till detta sakförhållande äro, att de mera påtagligt efterblivna oftare bli omhändertagna redan på ett tidigt stadium, samt att deras bristande psykiska utveckling överhuvud taget icke medger den aktivitet och den initiativförmåga, som dock äro förutsättningar även för ett asocialt beteende.

Det skulle, har det sagts, vara skiktet mellan den undre gränsen för de normalbegåvade och den övre gränsen för de i egentlig mening sinnesslöa, som i förhållande till sin storlek är starkast representerat inom det asociala ungdomsklientelet. Denna uppfattning kan anses vederbörligen styrkt av ett flertal vetenskapliga undersökningar. Dylika undersökningar ha på senare år i Sverige utförts exempelvis av hjälpskolekonsulenten Nordal bland ett antal skyddshemselever, av medicine licentiaten Helge Knöös bland ett antal ungdomsbrottslingar och av medicine licentiaten Elis Regnér bland barnavårdsfall i Göteborg.¹ Liknande erfarenheter ha även kommit till uttryck i ungdomsfängelnsnämndens årsrapporter. — De tidigare citerade, av centralförbundet för socialt arbete utförda undersökningarna angående ungdomsbrottsligheten ha, enligt vad som uttryckligen framhållits, icke sådan inriktning, att de undersöktas psykiska egenskaper kunnat bli allsidigt belysta. Det är därför så mycket mer anmärkningsvärt, att enligt utredningen angående ligabrottslingarna dessa dock redan på grundval av de föreliggande, sporadiska upplysningarna kunnat antagas vara intellektuellt undermåliga, psykopatiska eller sinnessjuka i omkring 15 procent av fallen från Stockholm, 18 procent av Göteborgsfallen och ej mindre än 41 procent av Malmöfallen. Beträffande ungdomsbrottslingarna i allmänhet anföres i den senare av förbundets utredningar, att i grupperna våldsvverkare och egendomsförbrytare 35 till 40 procent av klientelet från de städer undersökningen berört av sina lärare betecknats som klart under medelnivån i betygsavseende, samt att även flera av sexualbrottslingarna bestått av psykiskt defekta element. — I Ahnsjös förut omnämnda avhandling redovisas vissa för Ahnsjö tillgängliga uppgifter, rörande de psykopatologiska egenskaperna i 550 av de 2 448 fall avhandlingen berör. Det framgår av redogörelsen, att av de 550 fallen ungefär 45 procent visat sig behäftade med ren intelligensdefekt samt 47 procent med psykopati, därav en del i förening med intelligensdefekt. Ahnsjö tillägger emellertid, att uppgifterna synas vara mindre tillförlitliga,

¹ *Gideon Nordal*: En medicinsk-psykologisk undersökning av elever vid vissa skyddshem. — Meddelande från Kungl. Socialdepartementets byrå för fattigvårds- och barnavårdsärenden Nr 59, 1935.

Helge Knöös: Undersökning rörande 85 å straffängelserna i Uppsala och Gävle samt centralfängelset i Växjö intagna unga förbrytare, verkställd 1935 efter förordnande av Kungl. Maj:t.

Elis Regnér: Vanart bland barn och ungdom. — Social-Medicinsk Tidskrift, häfte 7, 1943.

och att han, med hänsyn härtill och det förhållandevis ringa antal fall vari upplysningar kunnat inhämtas, icke vill draga några närmare slutsatser av resultaten.

Den undersökning angående barnavårdsnämndernas klientel av vanartade barn och ungdomar som ungdomsvårdskommittén låtit utföra har varit speciellt inriktad på, bland annat, ett utrönande av vilka psykiska egenskaper som karakterisera detta klientel. Eftersom de inhämtade uppgifterna i regel äro baserade på iakttagelser av barnavårdsnämndsledamöter, vilka ur medicinsk synpunkt sett icke kunna betraktas som fackmän på området, äro givetvis de erhållna frekvenssiffrorna att betrakta som osäkra, kanske framför allt i den meningen att de endast representera minimala. Med denna reservation kan det emellertid konstateras, att det visat sig att i runt tal en fjärdedel av de 4 413 barn och ungdomar som ingå i undersökningen uppfattats som underbegåvade i skolan. Enligt en annan undersökning, nämligen en på kommitténs föranstaltande, med hjälp av lärarna verkställd utredning rörande förekomsten av uppfostringssvårigheter bland folk- och småskolbarnen i Hallands norra och södra inspektionsområden vid slutet av vårterminen 1943 (Bil. B) ha nära 30 procent av de påtagligt lynnesegendomliga barnen angivits vara underbegåvade. Som jämförelse kan nämnas, att, enligt en av skolöverstyrelsen i samråd med medicinalstyrelsen och med hjälp av lärarkåren år 1939 utförd undersökning angående frekvensen av efterblivna eller eljest svårfostrade barn inom landets samtliga folkskoledistrikt, dessa kategorier, av vilka den förra torde starkt dominera, skulle utgöra sammanlagt endast ungefär 3 procent av skolbarnen i allmänhet. Hallandsundersökningen åter tyder på att sammanlagt drygt 4 procent av samtliga de undersökta skolbarnen skulle vara underbegåvade och en sjättedel av dessa underbegåvade tillika påtagligt säregna till lynnet, medan ytterligare 1,7 procent företett påfallande lynnesegendomligheter, som ej varit förenade med underbegåvning. Bland de barn, vilka blivit föremål för åtgärd av barnavårdsnämnd på grund av vanart, eller som, utan att kunna betecknas som vanartade, företett påfallande lynnesegendomligheter, skulle sålunda, med stöd av de resultat som vunnits vid de nu nämnda undersökningarna, intellektuell efterblivenhet kunna anses vara sju till åtta, ja, möjligen ända till tio gånger så vanlig som bland barn i allmänhet.

Då det gäller att psykologiskt klargöra varför dessa intellektuellt handikappade unga individer oftare än andra bli utsatta för sociala anpassningssvårigheter, ligga en del förklaringsmöjligheter i öppen dag. Till dessa förklaringar, som bruka återkomma i diskussionen kring hithörande spörsmål, hör den omständigheten, att de förståndssvaga, vilka ofta ha svårt att skilja mellan fantasi och verklighet samt därtill äro starkt suggestibla, ha minskade möjligheter att förutse en handlings innebörd och konsekvenser samt redan av sådan anledning, delvis sig själva ovetande, begå asociala handlingar. Vidare bör givetvis förståndsbristen medföra, att de förståndssvaga lättare än andra råka in i socialt brydsamma situationer och då även ha mindre möjligheter än de intellektuellt normalbegåvade att finna rationella

utvägar ur den trängda situationen. En annan orsaksfaktor, som kanske icke ligger i lika öppen dag som de tidigare omnämnda men som framhävts av flera auktoriteter på området — i Sverige exempelvis av professorn Kinberg — är det förhållandet, att dessa individer, särskilt inom storstadsmiljön, med egenartad lätthet söka sig till själsfränder, med hjälp av vilka de kring sig skapa en mer eller mindre asocialitetsbetonad miljö.

Emellertid har erfarenheten — exempelvis rönen vid de senaste årens psykologiska undersökningar av i militärtjänst inryckta rekryter — även lärt, att det finns ett stort antal intellektuellt underbegåvade individer i samhället, vilka trots allt anpassa sig relativt bra i samhället och även förmå att försörja sig själva. I detta sammanhang förtjänar måhända nämnas att vissa av fackmän verkställda undersökningar, utförda med hjälp av intelligensundersökningar (tests) och andra vetenskapliga hjälpmedel, visat en högre frekvens lätt efterblivna skolbarn än som svarar mot de ovan nämnda, på lärarnas omvärlden baserade undersökningarna. Nyligen i Norge verkställda utredningar, exempelvis, ha givit till resultat en frekvenssiffra på icke mindre än omkring 8,5 procent lätt efterblivna barn bland nybörjarna i Oslo folkskolor under två år.¹ En år 1943 redovisad undersökning från Danmark angående antalet hjälpklassmässiga barn i folkskolan har likaledes stannat vid en påfallande hög siffra (omkring 6 procent).² Framhållas må emellertid att resultaten av de olika undersökningarna i hög grad äro beroende av vilken intelligensmätningssätt som begagnats liksom av den intelligensnivå, som valts som övre gräns för debiliteten.

Man torde i själva verket ha skäl antaga, att endast en mindre del av de förståndssvaga duka under för övermäktiga sociala anpassningssvårigheter, och att det i dessa fall, utöver den intellektuella bristen, måste ha tillkommit speciella faktorer som orsaker till den ogynnsamma utvecklingen. Vid försöken att utreda dessa frågor måste, som förut antytts, här i huvudsak bortses från vissa allmänna förändringar i den yttre sociala miljön — ändrade yrkes- och anställningsförhållanden, ökande befolkningsanhopning inom begränsade områden (agglomeration) m. m. — förändringar som den moderna tiden medfört och som givetvis spela en stor roll även för ungdomsasocialitetens frekvens och former. Inskränker man frågeställningen till att avse de egenskaper hos de unga, som i en given miljö disponerat dem för en asocial utveckling, kan den moderna psykologiserande uppfattningen i frågan skisseras på följande sätt.

De livserfarenheter, som en intellektuellt efterbliven får göra under uppväxtåren, måste på ett bestämt sätt skilja sig från de erfarenheter, som en normalt utrustad individ får göra. Det förhåller sig nämligen så, att den särskilt svagt utrustade får, disponerar honom för felutveckling även inom känslö- och viljelivets område. Den närmare arten av dessa »pålagringar» å den intellektuella efterblivenheten kunna givetvis variera mycket

¹ O. J. Broch och H. Natvig: En socialhygienisk undersökelse av höit begavete og svakt begavete barn. — Nordisk hygienisk tidskrift, Bd XIX, h 4—5, 1938.

² H. Rasmussen: Hvor mange Hjælpskolebørn findes der? — Hjælpskolan, häfte 3, 1943.

från fall till fall, alltefter den psykiska utrustningen och sjäsläggningen i övrigt hos den underbegåvade. Som exempel på reaktioner hos ett förståndssvagt barn kunna nämnas påfallande skygghet och undergivenhet i umgänget med andra barn, sjäsliga yttringar med tillfälliga avbrott av mera direkta flyktreaktioner eller villrådighetstillstånd som taga sig uttryck i skolskolkning planlöst kringströvande, rymningar hemifrån o. s. v. Ett annat reaktionssätt, som utifrån sett ter sig helt olikt de förut nämnda, men som dock har samma psykologiska kärna, uppvisa de barn, hos vilka intelligensbristen framträder kombinerad med en framträdande trotsighet mot lärare eller andra vuxna personer, översittar- eller kamratplågartendenser, allmän »fräckhet» eller dylikt. Av intresse kan vara att nämna att man funnit dessa typer relativt ofta företrädda bland ledare för ungdomsligor. I centralförbundets för socialt arbete utredning angående ligabrottsligheten framhålles att det ofta förehåller sig så, att ligaledaren utgöres av en efterbliven yngling, medan övriga ligamedlemmar ej sällan äro bättre rustade å huvudets vägnar än ledaren. Det torde även vara en vanlig lärararerfarenhet, att de mest besvärliga och obstinata eleverna ofta äro de minst begåvade i klassen. Ur psykologisk synpunkt sett förklaras dessa beteenderubbningar enklast som symptom å försök till kompensation för den underlägsenhetskänsla, vilken det intellektuella handikapat säkerligen medför. Under pubertetsåldern tillkommer möjligen också att dessa i egentlig mening dumdristiga individer personifiera det uppror mot tidigare auktoriteter och den allmänna oppositionslusta som utmärka denna brytningstid, framförallt i dess negativa utvecklingsskede.

Vilket värde i övrigt man än vill tillmäta ovan antydda psykologiserande förklaringsförsök, torde det dock numera stå fast, att det icke är den intellektuella efterblivenheten i och för sig som betingar de sociala anpassningssvårigheterna utan de känslomässiga (affektiva) »pålagringar» som uppstått. Detta förhållande måste givetvis tillmätas den allra största betydelse ur profylaktisk synpunkt. Den första konsekvensen härav blir, att åtgärder till förebyggande eller neutralisering av socialt ogynnsamma följder av intelligensbrist hos de unga måste vidtagas så tidigt som möjligt, helst redan innan dylika »pålagringar» hunnit utbildas. Detta är som bekant en av de främsta anledningarna till att särundervisning av hjälpklassmässiga och lätt sinnesslöa barn måste påbörjas redan under de första skolåren, något som i sin tur medför ett krav på möjligheter till tidig diagnostik. En annan konsekvens blir helt naturligt, att behandlingen i främsta rummet bör taga sikte på individens hela känslolinställning till sig själv och omgivningen samt först i andra hand syfta till att bibringa honom vissa intellektuella färdigheter. Skäl av nu angiven art utgöra starka motiv för särundervisning för förståndssvaga barn. Till sina yttersta konsekvenser är dylik särundervisning ett profylaktiskt hjälpmedel av stor betydelse bland annat ur kriminalpolitisk synpunkt sett. Erfarenheten lär, att barn, som vid vanlig skolundervisning reagerat med olika psykiska missanpassningssymptom, åter kunna bli harmoniska och därmed lätthanterliga i en hjälpklass, där undervisningens krav icke överstiga barnens prestationsförmåga.

Givet är emellertid att icke endast skolundervisningen utan även inordnandet i yrkeslivet efter skolans slut lätt kan medföra känslö- och viljemässig felinställning hos de intellektuellt svaga, och att dessa därför även vid sistnämnda skede av sin utveckling äro i trängande behov av särskilda stöd- och hjälpåtgärder från samhällets sida för att icke löpa risk att urarta till asociala individer. Kommittén har för avsikt att närmare utreda hithörande frågor, ehuru så icke kan ske inom ramen av nu förevarande utredning. Här skall endast framhållas nödvändigheten även ur sistberörda synpunkt sett att skapa en samhällelig institution, där en sakkunnig undersökning och karaktärsbedömning av de unga varom här är fråga kan komma till stånd.

Ungdomsvårdskommittén har genom sin förut nämnda socialstatistiska utredning rörande barnavårdsnämndernas klientel kunnat övertyga sig om riktigheten av här ovan antydda betraktelsesätt rörande intelligensbristens betydelse för de ungas sociala utveckling. Den företagna sammanställningen av de 4 413 barnavårdsfallen har sålunda visat, att praktiskt taget 90 procent av de omkring 1 000 underbegåvade barn och ungdomar, som blivit föremål för åtgärd på grund av vanart, företett lynnesegenheter och uppföranderubbningar, vilka tillsammans med intelligensbrist hos vederbörande utgjort den egentliga anledningen till de uppkomna konfliktsituationerna.

I detta sammanhang förtjänar påpekas att nämnda betraktelsesätt rörande förutsättningarna för uppkomsten av sociala anpassningssvårigheter hos intellektuellt undertrustade barn är tillämpligt även å barn, som i annat hänseende lida av psykiskt handikap eller som besväras av ett fysiskt lyte. Även för dessa kategorier, exempelvis vanföra eller eljest kroppsligt lytta barn samt barn med läs- eller skrivsvårigheter, syn- eller hörselnedsättning, dövstumhet, stamning eller andra talfel, gäller enligt modern uppfattning den huvudregeln, att profylax och vård (terapi) i mycket ha att rikta sig mot den felaktiga känslöinställning, som upplevandet av det egna själsliga eller kroppsliga lytet gärna medför. Tillgång på medicinskt-psykologisk expertis med social skolning är därför även för den rätta behandlingen av sådana barn ett starkt önskemål.

Psykopatins väsen. Unga psykopaters lynnesegendomligheter.

Beträffande den andra stora huvudgruppen av barn med beteenderubbningar, de å konstitutionell bas psykopatiska barnen, råda fortfarande i olika hänseenden rätt delade meningar bland fackmännen. Meningsskiljaktigheterna gälla huvudsakligen frågan om vilken roll man skall tillmäta de ungas anlagsbestämda beskaffenhet, konstitutionen, å ena sidan och miljön å den andra. Läran om psykopatierna har utbildats genom studier rörande vuxna patienter. Den terminologi och de begrepp som därvid vuxit fram ha på det hela taget visat sig svårtillämpliga, då det gäller barn. De använda termerna — hållningslösa psykopater, amoraliska psykopater etc. — kunna icke utan vidare tillämpas å barn redan av den anledningen att de beskriva avvikelser i uppträdandet, vilka framstå som klart patologiska när det gäller vuxna men kunna vara uttryck för ett normalt eller i allt fall ett från det normala måttligt

avvikande sjäsliv hos unga individer. Enligt en utbredd uppfattning förhåller det sig så, att en vuxen psykopat är en människa, som i det ena eller andra avseendet fortfarande reagerar som ett barn. Denna uppfattning, nämligen att psykopatierna till sitt väsen skulle kunna uppfattas som utvecklingshämningar eller i alla händelser utvecklingsrubbningar, har givetvis sin stora betydelse för spårandet av psykopatier i barndomen. Varje sådant urskiljande (diagnostik) måste taga hänsyn till det åldersskede, i vilket vederbörande barn befinner sig. En framträdande aggressivitet eller trotsighet har sålunda en helt annan praktiskt medicinsk betydelse, om egenskapen uppträder hos en 2—3—4-åring, än om den konstateras hos en 7—8-åring, en pubertetsyngling eller en tonårsflicka. Framträdande fabuleringslusta och oförmåga att hålla sig till sanningen äro, för att taga ett annat exempel, synnerligen vanliga drag hos 5—6—7-åringar, men sådana drag få ägnas mycket större uppmärksamhet, om de kvarstå i 9—10—11-årsåldern. Varje bedömande av till synes förefintliga avvikelser från det normala i ett barns beteende måste därför ses mot bakgrunden av hur flertalet barn i samma ålder brukar uppföra sig, och ett sakkunnigt bedömande av psykiska rubbningar under barndomen förutsätter följaktligen tillräcklig erfarenhet beträffande utvecklingen hos vanliga barn av olika ålder. Den personal — läkare, assistenter och andra — som skall handha dessa barn med beteenderubbningar bör därför vara förtrogen med barnavårdsarbete även bland normala barn.

Genom att tillämpa läran om olika utvecklingsstadier vid bedömandet av frågan om psykopatiernas uppkomstsätt och utformning ha de senaste årens forskningar och rön givit flera värdefulla praktiska hållpunkter. Man har för det första funnit, att flera av de tillstånd som hos vuxna uppfattats som psykopatier, d. v. s. konstitutionella rubbningar, i själva verket äro icke läkta psykologiska miljöskador från barndomen, särskilt den tidiga barndomen. Hela psykopatibegreppet befinner sig därför, såvitt det gäller dess användbarhet vid bedömandet av de vuxnas själsliga egenskaper, för närvarande under revision. Av det sagda framgår hurusom förebyggandet av psykopatier hos vuxna, med allt vad därmed följer i form av asocialitet eller annan ökad friktion mellan den enskilda individen och det omgivande samhället, är en viktig och praktisk uppgift för den psykiska hälso- och sjukvården under barndomen. Som förut antytts har man emellertid även gjort erfarenheter, som tala för att uppkomsten av en psykopatisk personlighet innebär icke blott en till sin art utan även till sitt tempo ändrad karaktärsutveckling. Det typiska för en psykopat skulle sålunda vara, att psykisk mognad i vissa hänseenden — yttrande sig exempelvis i förmåga att tala sanning, att skilja mellan mitt och ditt, att handla av altruistiska motiv — inträder i en senare ålder än normalt eller i extrema fall icke alls. En dylik eftermognad brukar kunna inträda så sent som i 20—25-årsåldern, då det gäller vissa typer av psykopater. I dessa fall framträder behovet av en tillräckligt långvarig övervakning genom sakkunnig person, vilken dock givetvis icke behöver utövas av läkare utan, även av kostnadsskäl, bör kunna omhänderhas av annan lämplig person, exempelvis en läkaren underställd assistent.

Slutsatser rörande anpassningsproblemens natur och praktiska behandling. Miljöförbättring, mental- och arvsygien.

Begreppet psykopatisk personlighet hos en individ har endast den innebörden, att individen ifråga har en inneboende benägenhet att reagera på ett från det normala avvikande sätt inför vanliga miljöinflytelser, och icke nödvändigtvis tillika, att han i varje given situation verkligen reagerar annorlunda än andra. Psykopatierna måste därför uppfattas som inneboende karaktärsdrag, vilka icke under alla förhållanden behöva träda i dagen. Ur behandlingssynpunkt innebär detta för de psykopatiska barnens vidkommande, att man bör söka placera dem i sådana retningsfria miljöer att deras psykopatiska reaktionsbenägenhet, i den mån sådant är möjligt, icke kommer till uttryck. I motsatt fall riskerar man, att de psykopatiska reaktionerna — exempelvis hysteriska utbrott, desperata rymningar, svåra modlöshetstillstånd av obetydlig anledning — genom att ideligen utlösas tendera att bli alltmera vanemässigt fixerade.

I praktiken söker man realisera dessa behandlingsprinciper så, att de barn som efter sakkunnig undersökning befunnits vara psykopatiska placeras i särskilt utvalda enskilda hem eller ock i vanliga barnhem eller i så kallade psykopathem. Man söker därvid alltid tillse, att vederbörande föreståndarinnorna äger de särskilda kvalifikationer som erfordras för uppgiften. Så utvecklade som ifrågavarande arbetsområde alltjämt är i vårt land, torde emellertid fostrarens kvalifikationer i bästa fall komma att inskränka sig till en viss personlig lämplighet för uppgiften samt förmåga att avgöra, när råd och anvisningar av specialutbildad läkare eller annan sakkunnig person böra inhämtas. Som det nu är tvingas man konstatera, att ingripandet mot psykopatiska och eljest miljöskadade barn i regel fördröjes till en tidpunkt, då barnen redan avsevärt stelnat till ifråga om sitt onormala beteende.

Som delvis framgår av det redan anförda är det förenat med svårigheter att skilja mellan psykopatiska barn och i egentlig mening miljöskadade barn, detta såväl i teorin som i praktiken. I det praktiska barnavårdsarbetet torde väl i regel med psykopatiska barn förstås svårfostrade barn, vilkas egenheter visat sig mera bestående och svåråtkomliga för behandling.

Eftersom begreppet psykopati i inskränkt mening skulle avse en anlagsbestämd särart, är det också klart, att man i dessa fall bör kunna påvisa likartade psykiska egenheter hos de psykopatiska barnens släktingar, eller att med andra ord ärftlig belastning föreligger.

I de redan tidigare citerade undersökningar, som kommittén låtit utföra (Bil. A och B), har givetvis icke någon uppdelning av de svårfostrade eller lynnesegendomliga barnen i undergrupper kunnat ske. Emellertid kan man genom resultaten av dessa undersökningar fastslå det nästan regelmässiga förhållandet, att de barn, som på grund av vanart bli föremål för barnavårdsnämnds ingripande, redan årtal dessförinnan visat gryende anlag för psykisk felutveckling. Icke mindre än omkring två tredjedelar av de barn och ungdomar, som blivit föremål för åtgärd på grund av förhållande enligt barnavårdslagen 22 § c) eller d), ha nämligen tidigare företett egenheter ifrå-

ga om lynne eller uppträdande i hemmet, i skolan, på arbetsplatsen eller annorstädes. Såvitt man kan utläsa av de inkomna uppgifterna synes i regel varken barnavårdsnämnd eller annan barnavårdande myndighet under detta tidigare utvecklingsskede ha ingripit med erforderliga åtgärder. Ofta nog ha de psykiska egenheterna också givit sig till känna under rätt lång tid innan åtgärd vidtagits. I omkring 20 procent av fallen kan man sålunda iakttaga, att barnen företett egenheter under mer än tre år före ingripandet. Då de inhämtade uppgifterna från barnavårdsnämnderna basera sig uteslutande på utredning som nämnderna själva kunnat verkställa, få uppgifternas siffermaterial betraktas som minimisiffror. Under sådana förhållanden är det särskilt intressant att iakttaga, hurusom egenheterna i drygt 6 procent av fallen framträtt redan före skolåldern och i inemot hälften av fallen under tiden före skolgångens slut.¹ En sammanställning av de direkta anledningarna till ingripandena giva vid handen, att dessa i närmare 50 procent av fallen utgjorts av stölder eller liknande förseelser mot egendom. Sammanställer man detta förhållande med ett annat resultat av utredningen, nämligen att anmälan till barnavårdsnämnderna i omkring 60 procent av fallen kommit från polismyndighet, framstår det klart att barnavårdsnämnderna (ungdomsnämnderna) i regel funnit sig skyldiga att ingripa, först då barnens respektive ungdomarnas från det normala avvikande beteende resulterat i en handling av kriminell natur. I en rätt stor del av fallen (omkring en tredjedel) ha visserligen barnavårdsnämnderna ingripit även innan den yttre anledningen till den redovisade åtgärden inträtt men också då ofta på grund av egendomsförbrytelse (i närmare en tredjedel av dessa fall). Den tabell i utredningsbilagan A som redovisar detta förhållande (tabell 28) visar dock, att anledningen till tidigare ingripande ibland även utgjorts av allmän oeffter rättlighet hos barnet eller vanvård som barnet blivit utsatt för. Det kriminella beteendet framstår i sådana fall som sista ledet i en lång utvecklingskedja, vilken icke med effektiva medel blivit bruten. Beträffande övriga omständigheter som kunna vara av intresse i detta sammanhang hänvisas till bilagan A.

Genom resultatet av de undersökningar kommittén låtit utföra kan det anses fastslaget, att barnavårdsnämndernas (respektive ungdomsnämndernas) klientel av socialt missanpassade unga individer till mycket stor del består av psykiskt skadade eller defekta barn och ungdomar. Att så är förhållandet har även konstaterats i annan ordning. Av socialstyrelsen och direktionen över allmänna barnhuset ha nyligen slutförts vissa undersökningar rörande klientelet å de av allmänna barnhuset understödda upptagningshemmen åren 1937—1939. Resultaten av undersökningarna ha redovisats i en bilaga till socialvårdskommitténs statistiska undersökning angående barnhemmen (statens offentliga utredningar 1942: 45). Av bilagan framgår, bland annat, att 46 procent av de 457 barn som i slutet av år 1939 vistades å upptagningshemmen befunnits vara svårplacerbara. Ytterligare framgår av undersökningarnas

¹ Här förtjänar anmärkas att i 20 procent av samtliga fall bestämd uppgift rörande tid punkten för konstaterandet av egenheterna saknas, och att många av dessa fall sannolikt äro sådana, där egenheterna framträtt före skolgångens slut.

resultat, att nära en tredjedel av de 2 797 barn som under åren 1937—1939 inskrivits å upptagningshemmen visat sig svårplacerbara, samt att av dessa svårplacerbara barn ungefär två tredjedelar voro sent utvecklade, svårfostrade, nervösa, psykopatiska eller sexuellt abnorma.

Ett rationellt förfarande från barnavårdsnämndernas (respektive ungdomsnämndernas) sida i frågor rörande behandlingen av barn och ungdom med nu angivna karaktärsdrag förutsätter tillgång till särskild sakkunskap i mentalhygieniska frågor. Den allmänna erfarenheten, uttryckt bland annat i de förut refererade riksdagsmotionerna (se s. 12 f.) torde vara, att nämnderna för närvarande i regel icke äga erforderlig tillgång till dylik sakkunskap. Kommitténs utredning enligt bilaga A visar, att läkare särskilt anlitas för barnavårdsfallens behandling endast i omkring en tredjedel av fallen. Härtill komma dock de fall, vari läkare medverka allenast genom att deltaga i barnavårdsnämnds sammanträden. En viss skillnad mellan land och stad förefinnes ifråga om sättet för och syftet med läkarens medverkan, så snart denna medverkan sker i annan form än ett deltagande i barnavårdsnämnds sammanträden. På landsbygden anlitas läkare vanligen för utskrift av skyddshemsintyg; i städerna, särskilt vad Stockholm och Göteborg beträffar, är det uppenbarligen vanligare, att man, för att erhålla ett mera allsidigt yttrande av medicinsk sakkunskap, vänder sig till någon rådgivningsbyrå för uppfostringsfrågor. Som ett tecken på att nämnderna även någon gång visat sig ha behov av psykiatrisk konsultation kan påpekas, att undersökning å sinnessjukhus av barnklientelet i undantagsfall skett.

Det måste från rationell synpunkt sett betecknas som otillräckligt biträde av medicinsk sakkunskap, då läkarhjälp ej i annan mån anlitas än att en icke specialutbildad läkare får deltaga i barnavårdsnämnds sammanträde eller på likartat sätt biträda vid de olika barnavårdsfallens behandling. Den personliga kontakten mellan läkare och barn blir vid dylik behandling av fallen i regel otillfredsställande. Dessutom måste, som i ett annat avsnitt av utredningen kommer att närmare beröras, den allmänna läkarutbildningen betecknas som otillräcklig för den som vill vinna erforderlig sakkunskap på ifrågavarande område, och detta även i de fall då vederbörande läkare, exempelvis i egenskap av tjänsteläkare, kunnat få god kännedom om ortens befolkning, dess levnadsomständigheter m. m. Icke minst läkarna själva ha ofta givit uttryck åt känslan av bristande sakkunskap, då det gäller att tillråda åtgärder ifråga om psykiskt felutvecklade barn.

Beträffande erforderlig profylax och terapi i dessa fall må hänvisas till de korta antydningar som ovan givits samt till den redogörelse, som i ett senare avsnitt av detta betänkande kommer att lämnas angående verksamheten vid olika rådgivningsbyråer för uppfostringsfrågor. En ur behandlingssynpunkt viktig konsekvens av att så många socialt missanpassade barn och ungdomar måste antagas vara intellektuellt och känslomässigt utvecklingshämjade eller från början undertrustade förtjänar emellertid särskilt påpekas. Inom den medicinska facklitteraturen har den meningen gjorts gällande, att intellektuell efterblivenhet hos barn i hälften eller två tredjedelar av fallen skulle

vara helt eller delvis ärftligt betingad. De ärftliga formerna skulle vara vanligare beträffande den lindriga efterblivenheten än då det gäller de grövre formerna, vilka oftare skulle vara en följd av yttre inverkan (förlossningsskada, tidig inflammation i hjärnan eller dess hinnor m. m.). Mycket talar för att nämnda uppfattning rörande den intellektuella efterblivenhetens natur är i stort sett riktig. I detta betänkande har tidigare framhållits att det barnmaterial som här avses, nämligen de socialt missanpassade barnen, relativt ofta utmärkes av lindrig efterblivenhet, en egenskap för vars uppkomst ärftligheten enligt ovan skulle spela större roll än eljest. Vidare har ovan påpekats att psykopati (i inskränkt bemärkelse) i många fall skulle vara delvis betingad av arv. Konsekvensen av dessa förhållanden blir, såvitt angår det praktiska handlandet, att en verksam profylax även måste innefatta arvsygien. I sin negativa form innebär ju arvsygienens praktiska utformning sterilisering av intellektuellt efterblivna och grovt psykopatiska personer ävensom arvsygieniskt motiverat avbrytande av havandeskap. Här må hänvisas till gällande författningar angående sterilisering och avbrytande av havandeskap samt de utredningar som föregått antagandet av dessa författningar. Emellertid förtjänar det framhållas, att även den positiva arvsygien har sin stora betydelse och bör kunna bli en uppgift av vikt för den mentalhygieniska verksamheten bland barn och ungdom. Erfarenheten har nämligen lärt, att i sådana fall, då exempelvis det enda barnet i en familj visat sig svårfostrat eller efterblivet, ett sakkunnigt råd kunnat leda till att föräldrarna skaffat sig flera barn, något som de eljest »icke vågat» men som kommit att verka välgörande ifråga om det tidigare barnets fostran. Självfallet kan dylik uppmuntran till ökad nativitet äga rum uteslutande då det gäller föräldrar, som kunna antagas vara goda anlagsbärare. Även då det gäller den positiva arvsygien har följaktligen psykisk rådgivning och hälsokontroll bland barn och ungdom en flerfaldig uppgift att fylla.

Som en sammanfattning av det föregående kan sägas att man inom den samhällseliga barnavården — därest densamma blivit lämpligt organiserad och fått tillräckliga hjälpmedel till sitt förfogande — torde kunna i ett mycket tidigt skede av barnens liv iakttaga företeelser, som enligt allmän erfarenhet kunna grunda framtida missanpassning eller vanart. Detta gäller såväl konstitutionella egenskaper hos barnen själva som karaktären av den miljö, vari de uppväxa. Den förebyggande mödravården enligt 1937 års kungörelse äger redan sin givna betydelse för de blivande barnens hälsa och utveckling. Men därjämte kräves i själva barnavården, med början helst redan i spädbarnsåldern, en diagnostiserande och differentierande verksamhet, tillika avsedd att förebygga eller neutralisera verkningarna av olika för barnens livsduglighet och sunda utveckling ogynnsamma faktorer. I detta sammanhang må erinras om institutionerna för halvöppen barnavård (daghem, lekskolor och eftermiddagshem) vilka kunna ha stor betydelse för observation av barn i förskolåldern. Verksamheten bör vidare, i mån av behov, fortsätta i form av kontroll- och stödåtgärder, till dess den unga individen slutgiltigt inpassats i samhället såsom en efter måttet av vederböran-

des krafter nyttig och lycklig människa. En sådan verksamhet som den var-
om nu är fråga har en i hög grad medicinsk karaktär — det gäller nämligen
omsorgen om individernas kroppsliga och själsliga hälsa. Verksamheten har
emellertid även — förutom psykologiskt-pedagogiska drag — en ofrånkom-
lig och utpräglad social karaktär, såtillvida som det gäller att uppsåra och
om möjligt undanröja för de ungas utveckling skadliga sociala missförhål-
landen samt att berika samhället med livsdugliga och nyttiga medlemmar.

Kap. III. Psykisk hälsokontroll i samband med den före-
byggande medicinska barnvården.

Barnvården i den psykiatriska socialvården.

Den moderna barn- och familjvården ligger närmast i mitten av 1940-
talets sociala hjälpverksamhet som i överslagligen delar helt saknades förrän i
första världskriget. I slutet av 1930-talet i stället för att ännu saknas delar av 1930-talet
den sociala revolutionen inom i socialvården. Både mål och medel äro under-
kastade ständigt förändringar, och en ny grund för socialvården hål-
lex på att lagas.

Vad som gäller på att se är i stort sett en omläggning av socialvården
inriktning från tillstånd till barnvård. Tyngdpunkten i socialvården
är i 1940 att försöka med systematiska passiv tillgång till förbygg-
ande eller måttlösa.

Det nya inlägget i socialvården är en medveten strävan att stärka det upp-
växande skiktets kroppsliga och andliga hälsa. Grundslagen är att säkerställa
den familjerna och barnen väsentligen står på föräldrarnas själva. Men särskil-
hållet måste för de ekonomiskt svaga ställa medberedning trygg en rimlig
standard till förbrukning av fysiska och psykiska hälsofaktorer hos det upp-
växande skiktet. Samhället måste i sin tur ställa organisation och ställa till
barnen och ungdomens förbrukning av resurser fysisk och psykisk hälso-
och sjukvård som inte kunna överskattas på annat sätt. De nya undan-
lämna framväxande barnvårdande och familjevårdande åtgärderna vilja
effekt på godheten i den svenska socialvården. Det nya består i att
lämna och rationella metoder appliceras och för framtiden visas en
fördamningsplats i socialvården, som därigenom blir ett betydelsefullt led
i en systematisk tillgång till förbyggande måttlösa.

Det är i synnerhet för familjer som följande en fördjupad social och demo-
kratisk och påverkan för att inte så små framväxande socialvårdens nya inställ-
ning nämner vissa drag i den skilda kollektivutvecklingen och vissa
i den förbrukande samhällets särskilt betydelsefulla socialmedicinska rön.
För att till detta kunna följa den nya metodiken i socialvården måste man
ställa in dess uppgifter i det större sammanhang som nu ligger framför oss.
I socialvård är ett område nytt man kan sammanfattas av de olika formerna av sam-
hällets individens påverkan, såsom tillgång till barnvård, måttlösa, hemhjälp etc.

Kap. III. Psykisk hälsokontroll i samband med den förebyggande medicinska barnavården.

Barnavården i den profylaktiska socialvården.

För mödrarna, barnen och familjerna finnes numera (i mitten av 1940-talet) en social hjälpberedskap, som i väsentliga delar helt saknades ännu i början av 1930-talet. I själva verket äger alltsedan senare delen av 1930-talet en osynlig revolution rum i socialvården.¹ Både mål och medel äro underkastade djupgripande omvärderingar, och en ny grund för socialvården hålles på att läggas.

Vad som håller på att ske är i stort sett en omläggning av socialvårdens huvudinriktning från fattigvård till barnavård. Tyngdpunkten i socialvården är i färd att förskjutas från symptombotande passiv fattigvård till förebyggande aktiv människovård.

Det nya inslaget i socialvården är en medveten strävan att stärka det uppväxande släktets kroppsliga och andliga hälsa. Grundsatsen är att ansvaret för familjerna och barnen väsentligen vilar på föräldrarna själva. Men samhället måste för de ekonomiskt svagt ställda medborgarna trygga en rimlig standard till förebyggande av fysiska och psykiska hälsoskador hos det uppväxande släktet. Samhället måste i samma syfte organisera och ställa till barnens och ungdomens förfogande de resurser för fysisk och psykisk hälso- och sjukvård, som icke kunna åstadkommas på annat sätt. De nya undan för undan framväxande barnavårdande och familjevärnande åtgärderna vila alltså på godtagna principer i den svenska socialvården. Det nya består i att tidsenliga och rationella hjälpformer uppbyggas och för framtiden givas en fundamental plats i socialvården, som därigenom blir ett betydelsefullt led i en systematisk folkvård och förebyggande människovård.

Det är i synnerhet två faktorer, som, jämte en fördjupad social och demokratisk syn, påverkat, för att icke säga framtingat socialvårdens nya inställning, nämligen vissa drag i den aktuella befolkningsutvecklingen och vissa i här förevarande sammanhang särskilt betydelsefulla socialmedicinska rön.

För att riktigt kunna förstå den nya innebörden i socialvården måste man ställa in dess uppgifter i det större sammanhang, som nu ligger framför oss

¹ Socialvård är ett ganska nytt namn som sammanfattning av de olika formerna av samhällets individuella hjälpverksamhet, såsom fattigvård, barnavård, mödrahjälp, hemhjälp etc.

i befolkningsutvecklingen. Alla sociala frågor och i synnerhet de, som röra mödrarnas hälsa, barnens hälsoskydd och utveckling, ungdomsvården, utbildningen och yrkesvalet, familjernas skydd, hemhjälpen etc., få en ny och djupare innebörd, då de ställas in i befolkningsutvecklingens sammanhang.

Här må erinras om en av utgångspunkterna för den aktuella befolkningsutvecklingen, nämligen den kraftiga svängningen nedåt i antalet födelser efter år 1920. Antalet födda barn var år 1920 nära 140 000 och sjönk därefter år för år ända ned till 85 000 lågkonjunkturåret 1934. Det är ju alldeles klart, att en så stark födelseminskning, som sålunda ägt rum inom vårt folk efter år 1920, ofrånkomligen kommer att få betydelsefulla verkningar på vårt folks framtida ålderssammansättning.

För att illustrera vad det i själva verket är fråga om må erinras om att det år 1940 inom vårt folk fanns omkring 1,6 millioner personer i de viktiga, mest familjebildande åldrarna 20—35 år. År 1960 kommer detta antal att ha minskat till omkring 1,2 millioner personer, d. v. s. en minskning med omkring 400 000.

Vad detta betyder för den framtida hem- och familjebildningen är lätt att inse vid tanken på att hälften av de 1,6 millioner 20—35-åringarna år 1940 och de 1,2 millioner år 1960 äro kvinnor i de mest barnafödande åldrarna. Deras antal kommer alltså att minska i rask takt år för år från 800 000 till 600 000, vilket sannolikt kommer att medföra minskning av antalet födelser i en nära framtid.

Av detta allvarliga och ofrånkomliga förhållande, att de mest arbetskräftiga, hem- och familjebildande åldrarna nu komma att minska kraftigt, drages den praktiska slutsatsen, att allt måste göras vad göras kan för att — icke minst i den sociala barnavården — taga noga vara på varenda uppväxande gosse och flicka, så att de kroppsligen och andligen växa upp till så goda människor och medborgare, som deras bästa anlag och förutsättningar tillstämja. Detta starka krav på den sociala barnavården får så mycket starkare betoning, som en kraftig ökning av antalet personer i de mindre arbetsföra och arbetsoförmögna åldrarna över 60-årsåldern kommer att äga rum under de närmaste decennierna.

Inför de antydda åldersförskjutningarna inom vårt folk måste den sociala omvårdnaden i olika avseenden utvecklas till att bli en verklig folkvård och vår socialvård fördjupas till en effektiv människovård.

Det ökade intresset för barnen, hemmen och familjerna i socialvården har kraftigt stimulerats av ytterligare ett sakligt motiv av den allra största betydelse, nämligen ett ökat socialmedicinskt inflytande även på den psykiska barna- och ungdomsvårdens område.

Det börjar sålunda bli känt i allt vidare kretsar, vad som behandlats i kap. II, nämligen att många av de svårigheter, som den fullvuxna och äldre människan har att kämpa med, på ett eller annat sätt grundläggas i barndomen. Själsliga missanpassningstillstånd, neurotiseringar, konfliktsituationer av olika slag, överkänslighet inför vissa företeelser, sociala felanpassningsfeno-

men, som längre fram kunna leda till asocialitet och kriminalitet, mycket sådant förberedes utan tvivel i en mängd fall i de tidiga barnåren. Den framstående läkaren Olof Kinberg framhåller, att kroppsliga svaghets- och sjukdomstillstånd under barnåren, särskilt starka upplevelser, konflikter med föräldrarna eller andra barnafostrare, olämpliga reaktioner från omgivningens sida, allt sådant kan på olika vägar leda till missanpassningstillstånd, beteenderubbningar och sjuklighet av skilda slag, som kunna få ödesdiger betydelse för individens framtida utveckling. Vi börja få klart för oss mera allmänt än förr, att asocialitet och kriminalitet i ett betydligt större antal fall än man vanligen föreställer sig är ett medicinskt problem.

Under åren 1917 och 1920 utfärdades en rad familjerättsliga barnlagar. År 1924 utfärdades lagen om samhällets barnavård och ungdomsskydd, den i egentlig mening sociala barnavårdslagen. År 1937 begynner den nya socialmedicinska barnavårdslagstiftningen med, bland annat, författningarna om mödrahjälp, moderskapspenning och moderskapshjälp samt statsbidrag till den förebyggande mödra- och barnavården. År 1938 tillkommo kungörelsen om statsbidrag till folktandvård och lagen om avbrytande av havandeskap och år 1939 kungörelsen om kostnadsfritt tillhandahållande av skyddsläkemedel åt vissa kvinnor och barn. Vidare märkas 1941 års lag om sterilisering och under de följande åren åtgärder för främjande av barns sommarvistelse på landet. År 1944 infördes statsbidrag till institutioner för halvöppen barnavård och till social hemhjälp. Slutligen må denna exemplifiering avslutas med erinran om socialvårdskommitténs väntade förslag till reformer på barnavårdens område och ungdomsvårdskommitténs här föreliggande utredning och förslag rörande den psykiska barna- och ungdomsvården.

Av denna korta översikt framgår tydligt hurusom den aktuella utbyggnaden av barnavården planmässigt äger rum på det socialmedicinska området.

Kommittén vill framhålla betydelsen av att man har klart för sig denna redan konsekvent fullföljda utveckling av socialvården och dess mål — förebyggande folkvård med tyngdpunkten lagd på barna- och ungdomsvården samt med socialmedicinskt innehåll.

I det följande kommer den förebyggande barnavårdens system att närmare behandlas med särskilt avseende å den psykiska hälsokontrollen. Här må blott uppmärksamheten riktas på vikten av att icke blott barnavårdsnämnderna utan även fattigvårdsstyrelserna hålla den förebyggande socialvården i sikte. Det är särskilt angeläget, att den profylaktiska inställningen med avseende å barnen gör sig gällande i fattigvårdsarbetet, som traditionellt är inriktat på understöd åt arbetsoförmögna människor. Fattigvårdsstyrelserna ha dock ett stort ansvar även för barns vård och fostran, vilket icke får förbises. Det må erinras om att det på senare år (1938—1941) fanns mellan 140 000 och 160 000 minderåriga barn i så fattiga hem, att de voro mer eller mindre beroende av fattigvården för sin försörjning. De barnrika familjerna äro 3—4 gånger så vanliga i fattigvårdsklientelet som inom befolkningen i dess helhet. Fattigvårdsstyrelserna böra därför låta sig angeläget vara att se till, att de talrika barnen i de fattigvårdsunderstödda familjerna där så

kan vara påkallat bli föremål för observation från barnavårdsnämndernas sida. Helt allmänt ankommer det på fattigvårdsstyrelserna att noga se till, att barnen i dessa hem icke löpa någon hälsofara på grund av dålig miljö eller annan brist.

Den förebyggande barnavårdens system med hänsyn till den psykiska hälsokontrollen.

Såsom framgår av den i det närmast föregående lämnade översikten finnas i vårt land sedan senare delen av 1930-talet påtagliga ansatser till ett — låt vara i många stycken ännu ofullbordat — profylaktiskt system, syftande till medicinsk diagnostik, hälsokontroll och därmed sammanhängande sociala stödåtgärder under barna- och ungdomsåren. Genom den förebyggande mödra- och barnavården har en ur socialhygienisk synpunkt påkallad omvårdnad av spädbarnen kommit till stånd, en verksamhet som slagit väl ut och i sig inrymmer betydande utvecklingsmöjligheter. Vidare har, då det gäller barn i skolåldern, skolläkarorganisationen med åren utvecklats och funnit nya verksamhetsfält. En rationalisering och fortsatt ändamålsenlig utveckling av skolläkarverksamheten torde kunna förutses. På vissa håll i landet ha även förekommit ansatser till en med biträde av läkare organiserad rådgivning ifråga om vård och fostran av svårhanterliga barn, liksom inom barna- och skyddshemsvården förekomma — låt vara i alldeles otillräcklig utsträckning — särskilda hem för svårfostrade barn och för ungdom med psykopatbetonade karaktärsdrag. Social hjälp i olika former lämnas socialt eftersatta barn av barnavårdsnämnder och skolmyndigheter ävensom i annan ordning. För utvecklingshämmande skolbarn finnas numera hjälpklasser i ett icke ringa antal större skoldistrikt samt dessutom vissa möjligheter till hjälpundervisning i övriga delar av riket. Även hälsoklasser, observationsklasser och psykopatklasser förekomma i vissa större städer vid undervisningen av kroppsligt eller själsligt underutvecklade eller särpräglade barn. Slutligen har man på sina håll börjat anlita särskilda kuratorer, då det gäller att efter skoltidens slut inpassa de utvecklingshämmande ungdomarna i arbetslivet.

Bortsett från den hittillsvarande rådgivningen för svårfostrade barn, varom senare blir tal, torde de delar av det antydda systemet, som i förevarande sammanhang, på grund av sin struktur samt verksamhetens art och omfattning, tilldraga sig det största intresset, vara den förebyggande barnavården och skolläkarorganisationen. En kortfattad redogörelse för dessa båda verksamhetsgrenars organisation och funktion är därför här på sin plats.

Den förebyggande verksamheten vid mödra- och barnavårdscentraler samt mödra- och barnavårdsstationer.

Verksamheten regleras av Kungl. kungörelsen den 21 juli 1937 angående statsbidrag till förebyggande mödra- och barnavård med däri senare företagna ändringar samt har i sina huvuddrag utformats i enlighet med ett av medicinalstyrelsen den 4 april 1935 framlagt förslag. I sitt förslag framhåller styrelsen,

att hos spädbarnen ofta uppstå sjukdomar och klenhetstillstånd, som kunna vara av betydelse för barnens framtida hälsa och utvecklingsmöjligheter. Styrelsen har emellertid, såvitt angår barnavården, i sitt förslag närmast och i huvudsak begränsat sig till en förbättrad dylik vård under barnets tidigaste år. Samtidigt framhåller dock styrelsen, att den föreslagna verksamheten beträffande barnavården är att beteckna endast som en början till den omvårdnad av individen, som ur socialhygienisk synpunkt kan anses påkallad. Vidare anför styrelsen, efter att ha förordat tillsyn av spädbarnen till omkring ett år efter förlossningen, ytterligare följande: »Många och bärande skäl kunna emellertid anföras till förmån för en utsträckning av den övre åldersgränsen. Avbrott i barnets övervakning kan nämligen icke anses ha sin grund i några biologiska företeelser och förhållanden. Praktiska olägenheter av ett sådant avbrott hava också givit sig tillkänna. Olägenheten är måhända lika märkbar, då det gäller barnets psyke som dess somatiska¹ utveckling. Då styrelsen föreslår att gränsen sättes till ett år, beror detta sålunda icke på bristande förståelse för betydelsen av övervakning av barnet i kolt- och lekåldrarna utan fastmera därpå, att styrelsen anser att vid igångsättande av ifrågavarande hälsovårdsarbete på en bred samhällelig bas utvecklingen bör gå stegvis allteftersom erfarenheter inhämtats.»

Ifråga om förhållandet mellan den förebyggande barnavården och den av barnavårdsnämnderna omhändertagna samhälleliga barnavården yttrar styrelsen i sitt nämnda utlåtande följande: »Innan styrelsen avslutar redogörelsen för sin organisationsplan för den förebyggande mödra- och barnavården torde lämpligt vara att styrelsen besvarar den fråga, som måhända kan framställas om nu skildrade vårdanordning kan anses komma att få en uppgift, som ingriper på de lagenliga skyldigheter, som ankomma på barnavårdsnämnderna enligt lagen den 6 juni 1924 om samhällets barnavård. Det framgår enligt styrelsens förmenande av det ovanstående tydligt att så icke kan vara fallet. Visserligen ha barnavårdsnämnderna enligt sagda lag att följa de inom kommunerna rådande förhållandena i avseende å barns vård och fostran och som särskilt åliggande att omhändertaga nödställda sjuka och värlösa barn. Den här ifrågavarande verksamheten har som tillfyllest angivits en förebyggande (profylaktisk) uppgift och i sin största omfattning till föremål friska barn för att giva deras mödrar och vårdarinnor sådana råd och anvisningar, som äro ägnade att förhindra uppkomsten av sjukdomar. Under sådana förhållanden inses det lätt, att den ifrågavarande förebyggande vård, som siktar till att nå så många barn i samhället som möjligt, blir ett verksamt stöd för barnavårdsnämnderna och för de vårdinrättningar, dessa anordna, samt ett komplement till deras verksamhet. Såsom förut antytts förutsätter styrelsen således att ett intimt samarbete kommer till stånd mellan de olika barnavårdsorganisationerna. Detta gäller måhända i särskilt hög grad det stora antal kommuner, där barnavårdsnämnderna äro i avsaknad av de vårdtillgångar, som de största kommunerna äga.»

¹ Somatisk = fysisk, kroppslig.

Enligt förenämnda kungörelse må statsbidrag utgå till landsting eller stad, som ej deltagar i landsting, där landstinget respektive staden med iakttagande av vissa bestämmelser anordnat rådgivande verksamhet ifråga om förebyggande mödra- och barnavård. Under nu angiven förutsättning bidrager staten till bekostandet av sådan verksamhet med belopp, motsvarande, bland annat, viss del av läkares och sköterskors löner samt viss del av resekostnaderna för hembesök hos övervakade barn. Från och med år 1944 utgår för barnavårdens vidkommande statsbidrag även för bestridandet av kostnader för resor i sådana fall, då barn inställas vid barnavårdscentraler eller barnavårdsstationer. Förebyggande barnavård skall för att berättiga till statsbidrag vara anordnad enligt av medicinalstyrelsen godkänd plan samt utövas genom lokala organ av någon av följande typer, nämligen barnavårdscentral typ I, mödra- och barnavårdscentral typ II, eller mödra- och barnavårdsstation. Barnavårdscentral typ I skall ha verksamheten huvudsakligen förlagd till mottagnings- eller polikliniklokaler i anslutning till barnsjukhus eller barnavdelning vid sjukhus eller andra lämpliga lokaler samt stå under ledning av specialutbildad, legitimerad läkare, med erforderligt biträde av sjuksköterska. Mödra- och barnavårdscentral typ II skall ha för ändamålet särskilt avsedd lokal samt stå under ledning av legitimerad läkare, med erforderligt biträde av sjuksköterska. Mödra- och barnavårdsstation, åter, skall stå under ledning av tjänsteläkare, med biträde av distriktssköterska, samt i regel disponera tjänsteläkarens mottagningslokaler.

Organisationen av den förebyggande barnavården, som, enligt vad av det förut sagda framgår, icke är obligatorisk, befinner sig numera under uppbyggnad i alla rikets län och de sex städer, som ej deltaga i landsting. De första praktiska åtgärderna för organisationens genomförande vidtogos år 1938. Betydande statsbidrag utgå i regel för täckandet av kostnaderna för verksamheten. I ett undantagsfall, nämligen för Göteborgs vidkommande, svarar dock kommunen för hela kostnaden, beroende på att villkoren för statsbidrag ej uppfyllts (rådförfrågningen är exempelvis ej kostnadsfri).

Barnavårdscentraler av typ I finnas i de större städerna, medan barnavårdscentraler av typ II finnas i andra större orter. Inom landet i övrigt finnas barnavårdsstationer, eventuellt med filialer i andra orter än den, varest vederbörande tjänsteläkare är stationerad. I augusti 1943 funnos i hela i riket 42 barnavårdscentraler av typ I, 54 barnavårdscentraler av typ II, 380 barnavårdsstationer och 425 barnavårdsfilialer.

Från början har den förebyggande barnavården planerats som en hälsoövervakning för spädbarn, d. v. s. barn under första levnadsåret. Från och med år 1942 ha emellertid statsbidrag utgått även i sådana fall, där det anordnats övervakning av barn mellan 1 och 2 år, och anslag har numera beviljats till bidrag för övervakning jämväl av barn mellan 2 och 3 år. Meningen är att hälsokontrollen så småningom skall komma att omfatta hela förskolåldern. Den sannolika takten i denna utveckling kan av naturliga skäl ej för närvarande förutsägas. Man hyser dock förhoppning om att för varje år få statsbidrag till övervakning av en ny årsklass barn. Det förtjä-

nar emellertid framhållas, att, även om den finansiella delen av programmet kunde ordnas, det otillräckliga antalet tjänsteläkare och distriktssköterskor innebär ett avgjort hinder för frågans fullständiga lösning i praktiken på ett i allo godtagbart sätt. På platser där personalbrist ej lagt hinder i vägen ha dock barnavårdscentralerna från och med år 1943 utsträckt sin verksamhet till att avse jämväl barn över två års ålder. I Stockholm och Hälsingborg, där man nått längst, har verksamheten redan nu kommit att omfatta barn ända upp till 7 år. Utvidgningen har motiverats som så kallad kristidsövervakning av barnen men kommer säkerligen att bestå även efter krigets slut.

Beträffande den förebyggande barnavårdens omfattning föreliggande siffror från år 1942. Detta år voro närmare två tredjedelar av barnen under ett år (71 419 barn eller 63 procent av hela antalet födda) underkastade hälsokontroll genom läkare eller sköterskor vid barnavårdscentralerna respektive barnavårdsstationerna eller filialer till dem. Året dessförinnan, 1941, var motsvarande tal 53 204, representerande 53 procent av antalet levande födda. Vid sammanställningen av dessa siffror har emellertid räknats även med barnen i de län, där verksamheten de avsedda åren ännu icke startat, nämligen år 1941 Jämtlands, Kronobergs och Malmöhus län samt år 1942 det sistnämnda länet. Tages hänsyn endast till de delar av landet, där verksamhet respektive år förefanns, vilket ger en riktigare bild av läget, erhåller man följande tablå rörande förhållandena år 1942.

	Födda	Antal vid centraler eller stationer nyinskrivna barn	Inskrivna i procent av antalet födda
Landstingsområden	86 718	54 129	62
Städer utanför landsting	21 746	17 290	80
Hela riket (utom Malmöhus län)	108 464	71 419	66

Två tredjedelar av spädbarnen i de ifrågavarande delarna av riket stodo alltså år 1942 under en fortlöpande hälsokontroll. Det procentuella antalet övervakade torde sedan dess ha stigit ytterligare något. Detta göres sannolikt bland annat därav, att övervakningsprocenten varierar starkt för olika län och därvid icke på det sätt vilket kunde förefalla rimligt, nämligen att de nordliga länen med sina stora avstånd och sin glesa befolkning skulle ha de lägsta siffrorna och de sydligare de högsta. Det förhåller sig tvärtom så, att toppsiffrorna för landstingsområdena förekomma för Västernorrlands län med 98 procent av barnen under kontroll och för Västerbottens län med 92 procent, medan exempelvis Örebro och Kronobergs län stanna vid något över 25 respektive 17 procent. Städerna utanför landsting visa något jämnare siffror. I Stockholm kommo 76 procent och i Göteborg 92 procent av barnen under barnavårdscentralernas tillsyn.

Ifråga om formen för det förebyggande barnavårdsarbetet har naturligt nog en något varierande praxis utbildat sig i olika landsändar. Den första kontakten mellan mor och barn å ena sidan samt hälsovårdspersonalen å

andra sidan etableras i regel därigenom, att, sedan vederbörande barnavårdscentral eller barnavårdsstation från respektive pastorsämbete fått meddelande om födelsen, sköterskan gör ett första hembesök hos den nyförlösta modern och hennes barn. På en del håll i landet, där avstånden äro stora och bebyggelsen gles, ankommer det därefter väsentligen på sköterskan att omhänderha den löpande övervakningen. År 1941 utövades sålunda barnavårdsstationernas kontroll i nära 20 procent av fallen enbart av distriktssköterskorna, d. v. s. vederbörande läkare hade själv aldrig sett barnen. Givet är emellertid, att sköterskan även i sådana fall hade möjlighet och i brydsamma fall även skyldighet att rådfråga läkaren eller ombesörja, att barnet kom under direkt läkarvård. Även i en del städer, exempelvis Göteborg, har man låtit sköterskorna omhänderha huvudparten av det löpande arbetet, medan läkarna mera fungerade som övervakande och kontrollerande instans. År 1942 hade sålunda vederbörande läkare vid barnavårdscentralerna i Göteborg undersökt varje barn i medeltal 2,6 gånger under det första levnadsåret, medan sköterskorna under samma tid gjort icke mindre än 10,2 hembesök per barn. I Stockholm däremot hade läkarna undersökt barnen genomsnittligt 5,2 gånger under första levnadsåret och sköterskorna gjort ungefär lika många hembesök hos varje barn. I Malmö voro läkarbesöken vida övervägande till antalet, så att siffrorna voro 7,3 besök hos läkaren mot 3,2 hembesök av sköterskan för varje barn under ifrågavarande tid. Såväl i Stockholm som Malmö förekom emellertid dessutom mottagning hos sköterskorna — för kontrollvågning av barnen och dylikt — en eller ett par gånger per barn och år, vanligen då under de första levnadsåren.

För landet i dess helhet framgår intensiteten i hälsovårdsarbetet bland de vid centralerna anmälda spädbarnen under år 1942 av följande tablå (Malmöhus län ej medtaget):

L ä k a r e n

	Antal besök under året	Antal barn per mot- tagning	Antal besök per barn och år
Landstingsområden	168 278	10·3	3
Städer utanför landsting	88 553	20·4	4·8
Hela riket utom Malmöhus län	251 831	12·3	3·5

S k ö t e r s k a n

	Besök hos sköterskan		Hembesök	
	antal	per barn och år	antal	per barn och år
Landstingsområden	60 581	1·1	247 277	4·5
Städer utanför landsting	19 906	1·2	118 375	6·8
Hela riket utom Malmöhus län	80 487	1·1	365 652	5

Som ett sammanfattande omdöme om den förebyggande hälsovården inom spädbarnsåldern torde kunna sägas, att verksamheten redan under de få år den funnits vuxit ut till en relativt väl fungerande socialmedicinsk organisa-

tion. Vad speciellt de mentalhygieniska önskemålen beträffar torde det redan ha visat sig, att läkaren på barnavårdscentral eller barnavårdsstation har tillfälle att diagnostisera icke så få fall av grövre själsliga defekter, t. ex. förlossningsskador, mongolism och annat. Dessutom torde det, där systemet fungerar som bäst, kunna gå att med hjälp av den förebyggande barnavårdens personal urskilja sådana barn i spädbarnsåldern och närliggande åldersstadier, som lida av särskilt nervös läggning, t. ex. »neurolabila» eller »neuropatiska» barn m. fl. Redan under spädbarnsåldern kunna vidare lätt uppstå besvärliga uppfostringssituationer — vid invänjandet av mat- och sömnvanor, vid avvänjningen från bröstet o. s. v. — vilkas rätta bemästrande enligt nutida uppfattning spelar en icke oväsentlig roll för barnens kommande psykiska utveckling. Även här har den förebyggande barnavården en uppgift att fylla. Tyngdpunkten i den psykiska hälsoövervakningen vad den förebyggande barnavården angår måste emellertid förläggas till åren mellan spädbarnsåldern och skolåldern. På de platser, där barnavårdscentralerna redan börjat ha hand om barn i åldern 2 till 7 år, har erfarenheten visat, att de praktiska frågorna ofta gälla icke så mycket barnens fysiska som fastmera deras psykiska hälsa. Mödrarnas frågor röra sålunda påfallande ofta lynesbesvär, matvägran eller andra beteenderubbningar hos barnen. Som en naturlig följd av det särskilt under de tidiga barnåren tydliga sambandet mellan det kroppsliga och det själsliga hälsotillståndet uppträda dessa rubbningar ofta i anslutning till någon kroppslig åkomma, exempelvis en infektion i de övre luftvägarna. Att barnens kroppsliga och själsliga hälsa övervakas på ett och samma ställe framstår därför som en given fördel. I de lättare fallen av sådana psykiska besvär som här avses torde väl läkaren vid en barnavårdscentral eller barnavårdsstation ha möjlighet att vidtaga de lämpliga profylaktiska och terapeutiska åtgärderna på egen hand, men i alla mera komplicerade fall torde varken läkarens tid eller hans utbildning vara tillräcklig för att sätta honom i stånd att reda upp dessa ofta tämligen invecklade problem.

Hälsokontroll för barn och ungdom i skolorna.

Allmän översikt.

Kommittén övergår härefter till en redogörelse för skolläkarorganisationens utformning i vårt land och de möjligheter denna organisation erbjuder ifråga om mentalhygienisk och socialmedicinsk profylax och terapi samt hälsokontroll bland barn och ungdom i skolåldern.

Någon allmänt gällande föreskrift om skolläkarverksamhet vid *rikets folkskolor* finnes för närvarande icke. Det oaktat förekommer dylik verksamhet vid åtskilliga av våra folkskolor, såväl i städerna som på landsbygden. Det är förenat med stora svårigheter att vinna en klar överblick över förekomsten av skolläkarverksamhet vid folkskolorna. De uppgifter rörande förhållandena på området under åren 1940—1941, som finnas samlade hos skolöverstyrelsen, ha på grund av sin heterogena karaktär icke kunnat statistiskt bearbetas. I en den 30 oktober 1937 dagtecknad skrivelse till Kungl. Maj:t, vari

medicinalstyrelsen gör framställning om statsbidrag till skolhygienisk verksamhet, förekomma emellertid en del uppgifter angående skolläkarverksamheten vid folkskolorna år 1935. Därav framgår att sistnämnda år skolläkare funnos vid folkskolorna i 663 landskommuner (köpingar och municipalsamhällen ej inräknade) eller med andra ord i 28 procent av landskommunerna. Av samma skrivelse framgår att skolläkarorganisation utbyggts vid folkskolorna i 231 städer, köpingar och municipalsamhällen eller således i 62 procent av antalet dylika samhällen. I dessa sifferuppgifter äro städerna Stockholm, Göteborg och Malmö, som ha särskilt väl utbildade organisationer på området, dock icke inräknade. Hela antalet skolläkare i de kommuner och samhällen vartill i skrivelsen tagits hänsyn utgjorde år 1935 i landskommunerna 295 samt i städer, köpingar och municipalsamhällen 220. Skolöverstyrelsen har år 1943 genom statens folkskolinspektörer insamlat uppgifter rörande omfattningen av skolläkarväsendet vid folkskolorna under vårterminen 1942, skolorna i de sex städer, som ej deltaga i landsting, undantagna. Med stöd av det insamlade materialet har skolöverstyrelsen funnit, att drygt 30 procent av de elever undersökningen omfattade vid sistnämnda tid stodo under kontinuerlig hälsokontroll. Ungefär 55 procent av undersökningens elevmaterial voro enligt styrelsen föremål för regelbundna läkarundersökningar av varierande täthetsgrad, utan kontinuerlig hälsokontroll, medan nära 15 procent av eleverna underkastades blott sporadisk läkarövervakning eller alls ingen dylik övervakning. — I vad mån skolläkarorganisationen vid folkskolorna är inriktad på mentalhygienisk verksamhet bland eleverna skall i det följande närmare beröras.

Även för de *kommunala mellanskolornas* och de *kommunala flickskolornas* vidkommande är behovet av skolläkarvård mycket olika tillgodosett på olika håll i landet. Vederbörande kommunala myndigheter ordna nämligen denna angelägenhet var efter sitt skön, och en klar överblick av förhållandena ifråga är svår att vinna.

Vad härefter angår de *allmänna läroverken* finnas särskilda föreskrifter i gällande läroverksstadga den 17 mars 1933 av innehåll, att skolläkare skall finnas vid varje dylikt läroverk. De läkare, som med stöd av dessa föreskrifter anlitas vid de allmänna läroverken, syssla huvudsakligen med förebyggande epidemivård och poliklinikartad kroppssjukvård bland eleverna men däremot i ringa grad med mentalhygien.

Även vid *privatläroverken* torde i regel skolläkare finnas, och dessa ägna undantagsvis uppmärksamhet jämväl åt mentalhygienien bland eleverna.

Folkskolornas hälsovård. Typfall.

Såsom torde framgå av den föregående framställningen saknar allttjämt en ej obetydlig del av landets till ett antal av omkring 530 000 uppgående folkskolbarn erforderlig kontroll av skolläkare. I de fall, då skolläkarorganisation finnes vid folkskolorna, är densamma ifråga om utformning, ändamål och effektivitet tämligen olikartad från fall till fall. Sålunda existerar i Stock-

holm, Göteborg och Malmö samt en del andra större städer och samhällen en väl organiserad, tidsenlig hälsovård bland folkskolbarnen, medan skol-läkarvården bland barnen i landsbygdsdistrikten, i den mån sådan vård kommit till stånd, ofta nog synes vara otillräcklig och, ifråga om mentalhygien, knappast ens förefintlig.

Vid *Stockholms folkskolor*, för att nu taga ett exempel på en ändamåls-enligt upplagd organisation, finnas anställda en överläkare (tillika skolläkare i ett distrikt) och 16 skolläkare, allt för den allmänna vården, samt dessutom 10 specialläkare, därav en för barn med psykiska defekter och en för barn med talrubbningar. Skolsköterskorna äro 18 till antalet, vartill komma 5 specialsköterskor. I stort sett finns en läkare för varje överlärdistrikt; i något fall har läkaren fått flera distrikt på sin lott. Varje större skola har en sköterska. Dessa sköterskor skola enligt gällande föreskrifter ha vanlig sjuksköterskeutbildning. På grund av konkurrensen ha de nu ofta dessutom barnavårds-, barnsjukvårds-, tuberkulossjukvårds- och epidemiologisk utbildning. I regel ha de på senare tid distriktssköterskeutbildning, något som är i viss mån ändamålsenligt, bland annat då det gäller kunskap om grunderna för social hemundersökning. Däremot äro sköterskorna i regel ej utbildade i mentalhygieniskt utredningsarbete, exempelvis intelligensundersökning (testning). Enligt sköterskeinstruktionen skola sköterskorna såvitt möjligt alltid besöka de nyinskrivna barnens hem samt i övrigt göra hembesök på skolläkarens anmodan eller då det eljest yppas anledning till dylika besök. Man är numera medveten om hembesökens stora betydelse. Sköterskorna skola ha regelbundna mottagningstider i skolorna samt dessutom biträda läkarna vid deras mottagningar. Svårigheter bland barnen skola av lärarna anmälas till sköterskorna som då göra hemundersökningar. Om missförhållanden därvid iakttagas, anmäler sköterskan detta till läkaren och läraren, varefter läkarundersökning av vederbörande barn vidtager. Förutom undersökningar i dylika särskilda fall verkställa skolläkarna dels, i lärares och målsmäns närvaro, regelbundna engångsundersökningar av alla barn i första och fjärde klasserna och dels en undersökning av de lärjungar i avgångsklasserna, som önska dylik undersökning i och för yrkesvägledning. Då vid de regelbundna undersökningarna eller eljest hos barn iakttages otillfredsställande hälsotillstånd eller kroppsbeskaffenhet, få dessa barn i fortsättningen stå under särskild uppsikt, s. k. kontrollbarn. Läkarkontrollen över dessa barn utövas en gång i terminen. För det löpande arbetet (hälsovård, ej sjukvård) ha läkarna mottagning i skolan en gång i veckan. Mottagningarna bruka räcka omkring två timmar, därvid ett tjugutal barn undersökas. Även då barn hänvisats till särskild undersökning, böra föräldrarna vara närvarande vid undersökningen. Intelligensundersökning verkställas, då sådan i anledning av skolsvårigheter eller dylikt anses erforderlig. Rörande iakttagelserna vid hemundersökningar och intelligensprov upprättas särskilda akter. I övrigt ske anteckningar rörande läkares och sköterskas iakttagelser på hälsokort för varje undersökningsfall. På hälsokorten finnas särskilda utrymmen för anteckningar rörande specialläkares undersökning av barnens psyke

m. m. Barn med psykiska defekter eller abnormiteter hänvisas av läkarna till folkskolornas läkare för hjälpklasserna. De svåraste fallen omhändertagas av stadens rådgivningsbyrå för uppfostringsfrågor, där hjälpklassläkaren fungerar som läkare. Psykiskt defekta barn intagas som regel i hjälp- eller observationsklasser. Vid fall med utpräglade läs- och skrivsvårigheter (ordblindhet) hänvisas barnen till särskilda klasser. Läkarna giva efter sina undersökningar målsmännen och lärarna erforderliga råd och anvisningar beträffande barnens vård och fostran. I hjälpklassfall fogas särskilda hjälpklasskort till de vanliga hälsokorten. Sedan de barn som undersökts vid barnvårdscentralerna kommit i skolåldern, fogas centralernas hälsokort vid skolläkarnas.

Skolläkarorganisationen i *Borlänge* torde kunna tjäna som exempel på en med nuvarande resurser i stort sett osedvanligt välordnad skolläkarvård i ett större, tätbefolkat industrisamhälle. Kommunalläkaren i *Borlänge* fungerar som skolläkare i två distrikt med vardera ungefär 15 000 invånare, nämligen dels själva industridistriktet och dels ett landsbygdskdistrikt med delvis gles bebyggelse. Antalet skolbarn inom båda distrikten har brukat uppgå till sammanlagt mellan 2 500 och 3 000. Som läkarens biträden inom hälsovården bland folkskolbarnen tjänstgöra 8 distriktssköterskor. Vederbörande läkare söker i görligaste mån bedriva sitt skolhygieniska arbete på sådant sätt, att detsamma avser icke endast ett övervakande av barnens kroppsliga hälsotillstånd utan även en neurosförebyggande verksamhet och mentalhygien i allmänhet. För sådant ändamål har läkaren i samråd med en psykologiskt sakkunnig person uppgjort så kallade klasslistor, som utlämnats till lärarna. Genom anteckningar av vederbörande lärare lämnas å dessa listor uppgifter om elevernas begåvning och temperament samt deras förhållande i klassen och beteende vid umgänget med kamraterna. Anteckningar göras även om otillgänglighet och annan begynnande missanpassning, varjämte ett kort utlåtande lämnas om barnens hemförhållanden. I mån av behov kan läkaren genom dessa anteckningar få sådana upplysningar, som erfordras för ett riktigt bedömande av barnens hemförhållanden och psykiska hälsa. För utrönande av hemförhållandenas karaktär och för upprätthållande av kontakt med föräldrahemmen få dessutom distriktssköterskorna besöka hemmen i de fall, där barnen under skolgången visat tecken till bristfälligt hälsotillstånd eller begynnande social missanpassning. Sköterskorna anteckna därefter, så gott sig göra låter, å de för barnen upplagda hälsokorten egna utlåtanden om föräldrahemmen. Läkaren har emellertid givit uttryck åt den uppfattningen, att distriktssköterskorna, på grund av bristande speciell skolning för uppgiften samt en anhopning av dem åliggande göromål, i allmänhet äro mindre väl lämpade för att på ett ur skolhygienisk synpunkt sett tillfredsställande sätt omhändera dessa hembesök. Han förordar därför anställandet av särskilda skol-sköterskor för det skolhygieniska arbetet, sköterskor med speciell blick för uppgiftens betydelse samt erforderlig social och psykologisk skolning. Samtidigt förordar läkaren större kompetenskrav på skolläkarna i allmänhet än dem man hittills ställt på dessa funktionärer.

Härefter skall lämnas ett exempel på skolläkarorganisationens uppläggning och funktion i ett landsbygdskdistrikt. *Sunne provinsialläkardistrikt* i Fryksdals härad av Värmlands län har ett yttinnehåll av i runt tal 13 kvadratmil och ett invånarantal av ungefär 19 500. Bebyggelsen är ojämn, företeende koncentrat av öppen bygd med tätboende befolkning samt vidsträckta, svåråtkomliga skogsbygder med mer eller mindre gles bebyggelse. Distriktet består av Sunne köping med cirka 1 800 invånare samt fem socknar, Östra och Västra Emtervik, Sunne, Lysvik och Gräsmark. I distriktet finnas en provinsialläkare och en sjukstuguläkare, stationerade i Sunne köping. Provinsialläkaren är känd för ett betydande socialhygieniskt intresse och har med säkerhet tillvaratagit alla de möjligheter som förefunnits, då det gällt att meddela skolläkarvård inom distriktet. Antalet folkskolor i distriktet är 38, varjämte i Sunne köping finnes en realskola. I distriktet finnas tre distriktssköterskor samt två sockenanställda diakonissor. Enligt från början uppgjord plan skulle distriktet år 1945 ha sammanlagt sju distriktssköterskor, men denna plan synes, på grund av platsbrist på distriktssköterskekurserna, svår för att icke säga omöjlig att genomföra. Västra Emterviks och Lysviks socknar äro de enda kommuner inom distriktet, som ha anordnat organiserad skolläkarverksamhet vid sina skolor — i Västra Emtervik 3 skolor och i Lysvik 8 skolor (i Västra Emtervik bekostar socknens Rödakorskrets skolläkarvården). Östra Emtervik har såtillvida anordnat skolläkarverksamhet, att samtliga lärjungar i socknens skolor vart sjätte år underkastas läkarundersökning av provinsialläkaren; varje barn skall följaktligen i regel undersökas en gång under skoltiden. I Västra Emtervik undersökas årligen eleverna i första och tredje klasserna av provinsialläkaren. På motsvarande sätt förfares i Lysvik med eleverna i första och fjärde klasserna. Vid dylika skolbarnsundersökningar bruka 15—20 barn behandlas under loppet av 3—4 timmar. Ofta nog men ej alltid biträder distriktssköterska vid undersökningarna — en i Lysvik stationerad sköterska vid undersökningarna i denna sockens skolor och en vid Rottneros bruk placerad sköterska vid undersökningarna i Västra Emterviks skolor. Emellertid händer det, att provinsialläkaren vid skolförrättningarna får biträde allenast av lärarkrafter. Lärarna hjälpa då till med vägning och mätning av eleverna. Detta arbete försvåras därav, att vågar ofta saknas i skolorna. Hembesök och sociala utredningar rörande eleverna förekomma praktiskt taget aldrig i samband med dessa regelbundna skolundersökningar, utan undersökningarna bruka endast avse det fysiska hälsotillståndet. Särskilda hälsokort för eleverna föras icke, men läkaren gör anteckningar rörande de undersökta å journalkort som han förvarar. Inga lärare i distriktet behärska konsten att testa eller ha eljest fått någon särskild utbildning för att kunna komma till rätta med utvecklingshämmade eller särpräglade barn. Vanartade barn, som barnavårdsnämnderna i distriktet omhändertagit, testas av provinsialläkaren på begäran av vederbörande barnavårdsnämnd. Det händer också att föräldrar till svårfostrade barn, både inom och utom distriktet, hos provinsialläkaren begära undersökning av barnen, och att läkaren i anledning därav undersöker och testar barnen vid besök under hans mottagning. Som slutomdöme torde kunna sägas

att det egentliga sjukvårdsarbetet i distriktet synes vara så pressande för provinsialläkaren, att någon utveckling av skolläkarorganisationen är ogörlig, såvitt icke särskilda anstalter träffas för ändamålet.

Utbyggnad av tjänsteläkarorganisationen.

Det nu anförda exemplet på organisationen av skolläkarvården vid landsbygdens folkskolor visar vilka svårigheter de civila tjänsteläkarna ha att kämpa med, då det gäller att genomföra en rationell läkarvård bland folkskolans barn, även då denna vård avser allenast kroppshygienen och icke tillika mentalhygien. Svårigheterna synas härvidlag till stor del bottna i den stränga arbetsbelastning, för vilken tjänsteläkarna ofta äro utsatta.

I anledning av att senare tiders genomgripande reformer på det socialhygieniska området stegrat kraven på tjänsteläkarna, särskilt ifråga om deras hälsovårdande verksamhet, framlade medicinalstyrelsen med skrivelse den 21 februari 1938 utredning och förslag rörande ny provinsialläkardistriktsindelning i riket. Medicinalstyrelsen, som redan tidigare gjort gällande, att tjänsteläkarna på landsbygden och i de smärre städerna i främsta rummet vore lämpade att vara skolläkare, hävdade i skrivelsen lämpligheten av rådande system med på en gång hälsovårdande och sjukvårdande tjänsteläkare samt utgick från att den dittillsvarande provinsialläkarorganisationen i princip borde bibehållas. Med utgångspunkt från lämpligheten av ett genomsnittligt befolkningstal per ordinarie provinsialläkardistrikt av omkring 8 000 föreslog styrelsen i sin skrivelse en ökning av dessa distrikt från det dåvarande antalet, 323, till lägst 508 och högst 515, vilken ökning föreslogs genomförd under en tidrymd av högst 10 år. Sedan beslut fattats om att antalet provinsialläkare från och med den 1 januari 1939 skulle utgöra 336, medgav riksdagen, i anledning av framlagd proposition och i anslutning därtill avgivna motioner, den 23 maj 1939, att ytterligare 15 dylika tjänster finge inrättas från och med den 1 januari 1940. I vidare mån fattade statsmakterna emellertid icke med föranledning av medicinalstyrelsens framställning något beslut angående ny provinsialläkardistriktsindelning i riket. En förnyad översyn av denna indelning torde dock möjligen kunna förväntas inom en nära framtid.

Den föregående framställningen visar, att utgångsläget för en utvidgning och effektivisering av skolhygien vid folkskolorna med hjälp av tjänsteläkar-kåren icke är särskilt gynnsamt. På sistone har man dock med viss framgång sökt avhjälpa de svåraste bristerna i systemet genom att förordna extraläkare eller extra provinsialläkare till hjälp åt de ordinarie tjänsteläkarna i de mest arbetstyngda distrikten, varigenom tjänsteläkarna fått mera tid disponibel för, bland annat, skolläkarverksamheten.

Hälsovården vid de allmänna läroverken.

Vad härefter skolläkarvården vid de allmänna läroverken beträffar, ha skolläkarna enligt gällande läroverksstadga att utöva uppsikt över lärjungarnas fysiska fostran och hälsotillstånd samt sundhetsförhållandena vid läro-

verken. För sådant ändamål verkställles i början av varje termin en undersökning av kroppsutvecklingen och hälsotillståndet hos de olika läroanstalternas elever. Den allmänna terminsundersökningen vid höstterminens början är mest omfattande, därför att den även avser ett konstaterande av elevernas syn- och hörsselförmåga. Det åligger skolläkare vid de allmänna läroverken att kostnadsfritt vårda sjuk lärjunge, som helt eller delvis befriats från terminsavgift till statsverket. För sådant ändamål bruka skolläkarna, vilka äro skyldiga att vara tillstädes inom läroverket minst en timme i veckan, dels anordna veckomottagningar i skolorna dels ock göra hembesök hos de sjuka eleverna. Det åligger dessa skolläkare i övrigt, bland annat, att övervaka allmänhygienien vid vederbörande läroverk samt att inspektera läroanstaltens lokalförhållanden och den vid läroverket bedrivna gymnastikundervisningen ävensom att utöva viss kontroll med avseende å smittosamma sjukdomar bland eleverna. Hälsokort bruka icke föras vid de allmänna läroverken. Det rådande systemet bereder läkarna mycket begränsade möjligheter att få kännedom om sådana mentala tillstånd hos eleverna, som avvika från det normala. Kontakten mellan skolläkarna, lärarna och elevernas hem lämnar mycket övrigt att önska, och bristen på skolsköterskor gör sig svårt kännbar.

Förslag rörande utbyggnad av skolläkarorganisationen.

Från skolöverläkarens sida har nyligen framlagts ett förslag angående rationalisering och omläggning av läkarvården vid *de allmänna läroverken*, och detta förslag har föranlett skolöverstyrelsen att hos Kungl. Maj:t göra framställning om anslag för de av skolöverläkaren förordade åtgärderna. Med stöd av nämnda framställning har Kungl. Maj:t till årets riksdag framlagt proposition i ärendet (nr 193/1944). Förslaget går i stort sett ut på en förskjutning av verksamhetens tyngdpunkt från sjukvård till hälsovård. Det föreslås, bland annat, att föreskrift meddelas om skyldighet att föra standardiserade läkarkort rörande eleverna, att skolsköterskor anställas, och att fortbildningskurser i skolhygien för läkare och sköterskor anordnas. Enligt förslaget skulle ett sammanlagt elevantal av 1 500—2 000 motivera tillsättandet av en heltidsanställd sköterska. Två till tre läroverk av genomsnittlig storlek, belägna å en och samma ort eller orter ej långt avlägsna från varandra, skulle kunna ha en gemensam sköterska. På platser med mindre läroverk anses det att sköterskor skulle kunna påräknas för mera tillfälliga behov, något som förmenas skola gå lättare för sig, då distriktssköterskeorganisationen kommit att omfatta jämväl städerna. I skolsköterskornas åligganden skulle ingå skyldighet att föra läkarkorten. Vidare skulle sköterskorna vid behov i viss mån tjänstgöra som sociala kuratorer för eleverna. De skulle därvidlag underlätta ett samarbete mellan skolläkarna och hemmen. Elever, som visade påfallande psykiska rubbningar eller hade särskilda svårigheter att följa skolarbetet, borde enligt förslaget göras till föremål för överläggning mellan lärare och skolläkare, varjämte samarbete med vederbörande målsmän borde etableras, bland annat i och för utrönande av före-

komst av fel i hemmiljön. I förslaget framhålles emellertid att läkarna för närvarande icke i större utsträckning erhållit särskild specialutbildning för uppgifter av sistnämnda slag.

Även en effektivisering av skolläkarorganisationen vid de *kommunala mellan- och flickskolorna* har av skolöverstyrelsen påkallats, och styrelsens synpunkter ha beaktats i nyssnämnda proposition.

Slutligen har skolöverstyrelsen på initiativ av skolöverläkaren hos Kungl. Maj:t hemställt om åtgärder för en effektiv utbyggnad av skolläkarväsendet vid *folkskolorna*. Denna hemställan, som vunnit beaktande i förenämnda proposition, går i huvudsak ut på att anslag skulle beviljas för statsbidrag till de landsting och primärkommuner, som efter vissa reglerade grunder ordnade skolhygienisk verksamhet. Sådant bidrag skulle utgå med 50 procent av kostnaderna för läkararvoden samt viss del av läkarnas och skol-sköterskornas resekostnader. Skolläkartjänsterna skulle i första hand uppehållas av tjänsteläkarna, men i städer med ej alltför ringa folkmängd och, där så kunde finnas lämpligt, även på landsbygden skulle andra läkare kunna anlitas. Skolöverstyrelsen utgår i sitt förslag från att i allmänhet en skol-sköterska i heltidsanställning skulle bli fullt sysselsatt, där elevantalet uppgår till 1 500, och att i städer med över 20 000 invånare minst en heltidsanställd sköterska borde finnas. I förslaget räknas med ett utnyttjande av distrikts-sköterskorna och vissa andra redan befintliga sköterskor. Förutom de löpande, klassvis genomförda undersökningarna av elevmaterialet skulle skolläkarerna och skolsköterskorna enligt förslaget omhänderha, bland annat, en övervakning av de mindre väl begåvade eleverna och av elever med psykopatbetonade karaktärsdrag. I detta sammanhang säges dock, att den reflexionen kan göras att de läkare, vilka vid en allmän skolläkarövervakning kunna beräknas stå till buds, endast i undantagsfall besitta särskilda kvalifikationer för psykologisk undersökning av barn, som själsligt avvika från det normala. Under alla förhållanden anser emellertid överstyrelsen, att en genomförd skolläkar- och skolsköterskeorganisation vid folkskolorna skulle ha mycket att betyda, då det gäller samarbete mellan skola och hem samt elevernas fostran till sunda levnadsvanor. Överstyrelsen förordar, att ett lämpligt avpassat skolhygieniskt program inlägges i de vid statens institut för folkhälsan anordnade tjänsteläkarkurserna i socialhygien och socialmedicin samt i de allmänna fortbildningskurserna för läkare. Slutligen föreslår överstyrelsen, att skolhygieniska kurser för lärare anordnas med hjälp av statsbidrag, och att anslag beviljas för utarbetande och utgivande av en handledning rörande skolans hälsovårdsarbete.

Den förebyggande medicinska barnavården ur den psykiska barna- och ungdomsvårdens synpunkt.

Ett rationellt system för en effektivt verkande allmän förebyggande barna- och ungdomsvård torde böra innefatta, bland annat, tillgång till en ändamålsenlig, kontinuerlig socialmedicinsk och mentalhygienisk kontroll av de

unga från och med spädbarnsåldern till slutet av ungdomsåren jämte möjlighet att erhålla verkställighet av de förebyggande och socialvårdande åtgärder, som vid en sådan kontroll kunna för ändamålet finnas påkallade. Systemet måste syfta till en fortlöpande psykisk hälsokontroll av hela vårt rika material av barn och ungdom. Sådan kontroll måste nämligen för framtiden intaga en lika framträdande plats i barna- och ungdomsvården som den fysiska hälsovården, detta emedan de ungas själsliga hälsa ur social synpunkt sett är minst lika viktig som deras kroppsliga välbefinnande. Då den psykiska barna- och ungdomsvården nått en sådan position, har också en god utgångspunkt erhållits för en välbefogad strävan att hos allmänheten framtida och utbreda en sakligare och humanare syn på det uppväxande släktets anpassningssvårigheter än den som för närvarande synes vara gängse.

Det är givet, att uppbyggandet av ett system av nu angiven beskaffenhet måste vara förenat med synnerligen stora svårigheter. Den föregående framställningen visar också, att, ehuru vissa ansatser till ett sådant system förefinnas i vårt land, länkarna i den tilltänkta kedjan i åtskilliga hänseenden äro bristfälliga. Från de sociala stödåtgärderna i allmänhet samt hjälpundervisningen bortses i detta sammanhang. Den med hjälp av centraler och stationer arbetande förebyggande medicinska barnvården omfattar ännu ej hela förskolåldern och saknar praktiska möjligheter att i socialmedicinskt och mentalhygieniskt hänseende komma till rätta med de fall inom klientelet, som ej äro av enkel beskaffenhet. Skolläkarorganisationen är ännu ej allmänt genomförd eller enhetligt uppbyggd och saknar även den, i allt fall så vitt det gäller mera svårartade fall bland elevmaterialet, i stort sett de erforderliga resurserna för allmän psykisk hälsokontroll, liksom för social undersökning, diagnostisering, tillrättalägganden, intensivbehandling och fortlöpande övervakning. För den händelse skolläkarvården omlades och utbyggdes i enlighet med här förut redovisade förslag, något som i och för sig vore synnerligen önskvärt, komme den dock med säkerhet alltjämt ofta att få stora svårigheter att kämpa med ifråga om mentalhygien bland eleverna. Vad åter angår rådgivningen beträffande vård och fostran av barn med psykiska svårigheter förekommer sådan verksamhet endast mycket sporadiskt i landet, vartill kommer att verksamheten är föga utvecklad och intager en oklar ställning till övriga medicinska och sociala vårdformer. Lämpliga hem för svårfostrade barn och för ungdom med psykopatbetonade karaktärsdrag finnas väl men, som förut nämnts, i otillräcklig utsträckning. Slutligen ha endast spridda ansatser, delvis av försökskaraktär, gjorts för att, med hjälp av kuratorer, i arbetslivet inpassa utvecklingshämmande och andra på grund av psykiska brister svårplacerbara ungdomar.

Kommittén har icke fattat det som sin uppgift att framlägga någon utredning eller några reformförslag ifråga om den förebyggande verksamheten vid barnavårdscentraler och barnavårdsstationer eller ifråga om skolläkarverksamheten. Vad här yttrats om dessa vårdformer torde med önskvärd tydlighet visa, att starka krafter äro i rörelse för en sund och rationell utveckling

inom vederbörande verksamhetsområden, en utveckling som även tagit sikte på mentalhygienens elementära krav. Vad åter beträffar den slutna vården av svårfostrade barn och av ungdom med psykopatbetonade karaktärsdrag sysslar socialvårdskommittén med en utredning i barnhemsfrågan, därvid vården av nu nämnda kategorier av det uppväxande släktet torde komma att uppmärksammas. Frågan om kuratel för utvecklingshämmad eller eljest psykiskt särpräglad ungdom kräver däremot ungdomsvårdskommitténs beaktande, men denna fråga kan ej lämpligen upptagas till närmare prövning i förevarande sammanhang utan torde komma att av kommittén göras till föremål för särskild utredning.

Återstår så frågan om organiserandet av en med biträde av specialutbildade läkare ordnad psykisk barna- och ungdomsvård eller — med en annan i praktiken stundom begagnad terminologi — rådgivning i uppfostringsfrågor. En lösning av denna fråga, vartill kommittén här vill framlägga förslag, skulle innebära en påbyggnad och ett komplement av stor vikt till de socialmedicinska vårdformer som förut nämnts. Även om dessa sistnämnda vårdformer komme att utbyggas och rationaliseras i enlighet med de intentioner, som här förut kommit till synes, anser kommittén det otänkbart, att vare sig den nu med hjälp av centraler och stationer bedrivna förebyggande medicinska barnavården eller skolläkarverksamheten skulle kunna nå en sådan effektivitet på det socialmedicinska och mentalhygieniska området, att frågan om erforderliga profylaktiska och terapeutiska åtgärder till fromma för barn och ungdom med uppfostringssvårigheter därigenom skulle ha upphört att vara ett socialt problem. De fall av uppfostringssvårigheter varom här är fråga äro så talrika samt till sin natur ofta nog så säregna och invecklade, att de kräva en speciell och tidsödande behandling, som knappast med framgång kan ägnas dem av de arbetstyngda och, åtminstone hittills, mera sällan specialutbildade krafterna inom den nu verkamma förebyggande barnavården och skolläkarverksamheten. Det gäller enligt kommitténs mening här att söka skapa en organisation, ägnad ej blott att stå föräldrar och andra målsmän till buds utan också att effektivt samarbeta med barna- och ungdomsvårdande myndigheter i allmänhet, en organisation till vilken, bland annat för beredande av lättnad i det löpande arbetet, barnavårdscentraler och stationer samt tjänste- och skolläkare men även barnavårdsnämnder och andra institutioner kunna och böra hänvisa svårbedömbara, svårartade och för sin behandling tidskrävande fall. En anordning av sist ifrågakomna slag skulle betyda uppbyggandet av en ytterst viktig del av det förut antydda systemet för en fortlöpande social- och mentalhygienisk kontroll av det uppväxande släktet. För sin ändamålsenliga funktion kräver en sådan organisation effektiv samverkan mellan å ena sidan pediatrikt, psykiatrikt och psykologiskt skolade läkarkrafter samt å andra sidan socialarbetare, pedagoger och sköterskor.

Emellertid förhåller det sig tyvärr så, att kunskaperna på de områden varom här är fråga ofta nog äro otillräckliga. I stor utsträckning saknas erfor-

derlig insikt i de arvsbiologiska, medicinska, sociala och pedagogiska orsaks-sammanhang, som betinga uppkomsten av anpassningssvårigheter och utgöra bakgrunden till gryende asocialitet. Lika ofta saknas tillräcklig insikt i de metoder, enligt vilka dylika faktorer uppsåras och deras verkningar förebyggas eller neutraliseras. De överväganden och reflexioner, vartill nu nämnda förhållanden kunna föranleda, komma emellertid att inrymmas först i ett senare avsnitt av detta betänkande (kap. VII).

Kap IV. Speciella organ för psykisk barna- och ungdomsvård.

Frågan om anordnandet av psykisk barna- och ungdomsvård eller rådgivning i uppfostringsfrågor, som den i praktiken stundom använda beteckningen lyder, har i vårt land länge varit aktuell och ett föremål för växande intresse inom socialt intresserade kretsar. På många håll inom landet har man också sökt att åvägabringa en praktisk lösning av frågan.

De tidigaste försöken att anordna mentalhygienisk rådgivning för barn och ungdom.

Som en svensk banbrytare på området torde professorn I. Jundell kunna räknas. Jundell sökte tidigt fästa allmänhetens uppmärksamhet på hur ofta företeelser, vilka tolkas som utslag av moralisk mindervärdighet hos barn och ungdom, djupast sett bottna i psykiska rubbningar av olika slag. Samtidigt ivrade han för inrättandet av en medicinskt-pedagogisk klinik, där läkare, lärare och jurister kunde få tillfälle att inhämta kunskaper rörande psykopatologiska rubbningar hos barn. År 1925 öppnade Jundell en poliklinik vid allmänna barnhuset i Stockholm, avsedd för rådgivning i uppfostringsfrågor och vård av psykopatiska barn. Efter ett par års verksamhet måste emellertid polikliniken nedläggas, enär, på grund av medelsbrist, erforderlig arbetshjälp icke kunde erhållas.

År 1932 begyntes emellertid ett nytt försök att bedriva verksamhet av ifrågavarande slag, ett försök som i viss mån kan betraktas som en fortsättning av Jundells praktiska initiativ. I november sistnämnda år öppnade nämligen professorn W. Wernstedt och medicine licentiaten Nordal (numera statens hjälpskolekonsulent) vid Norrtulls sjukhus i Stockholm (det förutvarande allmänna barnhuset) en rådgivningsbyrå för uppfostringsfrågor. Byrån, som alltjämt ehuru i inskränkt omfattning bedriver sin verksamhet, kom att få sina lokaler förlagda till karolinska institutets vid nyssnämnda sjukhus verksamma poliklinik för sjuka barn, en klinik som till år 1937 stod under Wernstedts ledning. Verksamheten har varit och är alltjämt grundad på frivilligt arbete. Vederbörande läkare ha icke för ändamålet erhållit något förordnande och uppbära inga arvoden för sitt arbete å byrån. Även assistenternas tjänstgöring vid byrån är frivillig och oavlönad. Inga anslag för verksamhetens bedrivande utgå. Rådfrågningen vid byrån är helt

kostnadsfri, och byrån står öppen för barn och föräldrar utan hänsyn till hemortsrätt. Byrån, som till en början undan för undan utökade sin verksamhet, arbetar, som förut antytts, sedan några år tillbaka i mera begränsad omfattning. Sistnämnda förhållande har emellertid icke berott på att behovet av stöd åt barn av ifrågavarande slag minskats utan är i stället resultatet av andra orsaker, bland annat den omständigheten att Wernstedt år 1937 i anledning av uppnådd pensionsålder avgått från sin tjänst vid kliniken, och att Nordal fått sin egentliga verksamhet förlagd till Göteborg. Wernstedt fortsätter dock alltjämt sin verksamhet vid byrån med hjälp av sjukhusets kurator och en praktikant från institutet för socialpolitisk och kommunal utbildning och forskning (socialinstitutet).

Nedanstående siffror giva en föreställning om frekvensen av byråbesöken.

Å r	Antal första besök	Antal återbesök	Summa besök
1932.....	20	—	20
1933.....	203	183	386
1934.....	272	280	552
1935.....	286	383	669
1942.....	121	30	151

I början av byråns verksamhet fäste man stor vikt vid det förhållandet, att byrån beredde blivande läkare och sjuksköterskor samt elever vid socialinstitutet möjlighet att bli förtrogna med arbete av det slag som bedrevs vid byrån. Då Norrtulls sjukhus är utbildningsklinik för både läkare och sjuksköterskor samt därtill mottager praktikanter från socialinstitutet, ställde det sig under de första åren av byråns tillvaro tämligen lätt att vid byrån få biträde av frivilliga, tillhörande nämnda kategorier. Även denna utbildande verksamhet har numera minskat i betydelse.

Metoderna för de olika fallens behandling vid byrån ha varierat allt efter fallens svårighetsgrad. I enklare fall har man nöjt sig med samtal med barnen och deras målsmän samt en undersökning av barnens somatiska tillstånd. Ofta ha emellertid fallen krävt mera ingående analys med någon tids observation på sjukhuset eller fortsatt utredning, sedan barnet återvänt till sin vanliga miljö. Sådan fortsatt utredning har avsett, bland annat, ärftligheten och hemförhållandena. Då så ansetts nödvändigt har intelligenstestning enligt den amerikanske vetenskapsmannen Termans metod verkställt. Stor vikt har fästs vid att fallen följas, eller med andra ord att återbesök förekomma, så att barnen och deras fostrare få en känsla av att erhålla verksamt stöd från byråns sida. Behandlingen har utmynnat i åtgärder av olika slag, såsom råd angående uppfostran, miljöbyte, anstaltsvård, hjälpklassplacering, operativa ingrepp m. m.

I landsorten synes det första försöket med verksamhet av ifrågavarande slag ha varit det, som gjordes av praktiserande läkaren J. Alfvén i Norrköping. Denne öppnade år 1932, efter överenskommelse med skolmyndighe-

terna, en byrå för kostnadsfri rådfrågning rörande psykopatiska barn. Då efter någon tid sociala utredningar angående barnens hemförhållanden befunnos nödvändiga, anställde Alfvén för sådant ändamål på egen bekostnad en lärinna som skolkurator. Den av Alfvén bedrivna verksamheten upphörde men återupptogs år 1939 av stadens skolmyndigheter. Sedan denna tid är i en av stadens folkskolor inrymd en rådgivningsbyrå, som står under ledning av skolläkaren och är öppen för samtliga elever vid Norrköpings folkskolor. Som läkarens assistent fungerar en kvinnlig skolkurator (tillika skolsköterska), vilken handhar testningen av barnen, då sådan finnes erforderlig. Verksamheten bekostas av skolmyndigheterna, och besöken å byrån äro kostnadsfria. Läkaren har mottagning två gånger i månaden och kuratorn tre gånger i veckan. Vid behov sändas barnen till olika sjukhus för observation, bland annat till Norrköpings lasarett samt serafimerlasarettets nervklinik. Antalet vid byrån behandlade fall uppgick läsåret 1942—1943 till 87, därav 48 under året nytillkomna.

De tidigaste försöken att anordna mentalhygienisk rådgivning för barn och ungdom ha följts av organiserad verksamhet för ändamålet i olika delar av landet. Då det i förevarande sammanhang är av betydande intresse att få en överblick av de riktlinjer, enligt vilka de nuvarande rådgivningsbyråerna uppbyggts och fungera, skall i fortsättningen lämnas en närmare beskrivning rörande ett antal typfall, vari uppgifterna lösts på ett efter omständigheterna förhållandevis ändamålsenligt sätt.

Stockholms stads barnavårdsnämnds rådgivningsbyrå för uppfostningsfrågor.

År 1933 började i Stockholm rådgivningsverksamhet av ifrågavarande slag att bedrivas med hjälp av en under barnavårdsnämnden sorterande byrå. Vid rådgivningsbyrån finnas numera två läkare — en chefläkare och en assistentläkare. Chefläkaren har mottagning varje söckendag och assistentläkaren tre dagar i veckan. Varje läkarmottagning pågår under en tid av 4 till 5 timmar. Meningen är att mottagningen skall avse endast ett fall i timmen, men av praktiska skäl har detta icke gått att helt genomföra, utan i regel inställas upp till 8 klienter under varje mottagning. För barn under 15 år (av båda könen) arbeta fyra kuratorer eller assistenter å byrån. Härjämte är barnavårdsnämndens ungdomsbyrås kvinnliga avdelning med två kvinnliga kuratorer för kvinnlig ungdom över 15 år anknuten till rådgivningsbyrån. Ytterligare tjänstgör vid byrån en assistent med psykologisk utbildning (för testning och dylikt), varjämte byrån disponerar skriv- och expeditionspersonal. Slutligen arbeta i regel ett antal auskultanter och praktikanter från socialinstitutet vid byrån. Assistenterna (utom den psykologiskt utbildade assistenten) äro diplomerade vid socialinstitutet och ha dessutom psykiatrisk utbildning, varjämte två av dem bedrivit studier i Förenta staterna och en av dessa två tillika erhållit sjuksköterskeutbildning.

I de olika rådgivningsfallen sköta assistenterna hemundersökningarna. Emellertid låter man därvid helst mödrarna först besöka assistenterna för att

berätta om barnen, varefter kompletterande hemundersökning företages, om så är erforderligt. Endast den psykologiskt skolade assistenten — en utbildad sinnesslölärarinna — har de kunskaper, som fordras för testning, och hon sköter ensam denna del av byråns verksamhet. Varje assistent, med undantag av den sistnämnda, följer i det löpande arbetet samtidigt utvecklingen av 300 till 400 rådgivningsfall. Dessa fall anmälas till byrån i stor utsträckning genom skolornas försorg. Lärarna men oftast skolsköterskorna och någon gång skol-läkarna stå för anmälningarna. Vid dessa anmälningar bifogas skolans hälso-kort rörande de anmälda eleverna. Dessutom förekomma anmälningar direkt från hemmen. Även barnavårdsnämnden gör anmälningar, då det gäller tveksamma fall eller fall, med vilka rådgivningsbyrån förut haft att göra. Jämväl från sjukhuspoliklinikerna och de privata läkarna anmälas en del fall till rådgivningsbyrån. Slutligen ingå även anmälningar från psykiatriska sjuk-huset, då det gäller fall som byrån behöver följa. Då anmälningar inkom-mit från annat håll än skolan, infordras vanligen skolkort beträffande de anmälda barnen. Assistenterna genomgå fallen med skolsköterskorna, men de av skolsköterskorna utförda socialundersökningarna anses vanligen alltför summariska och i behov av komplettering genom assistenternas försorg. Un-der de senaste åren ha omkring 800 barn årligen nyanmälts till byrån. Där-till uppehålls kontakten med äldre fall, vadan byrån för närvarande be-handlar cirka 1 700 fall inalles under loppet av ett år. Omkring 6 700 fall ha behandlats vid byrån under loppet av tio år från byråns tillkomst. Då så anses erforderligt söka assistenterna i görligaste mån följa rådgivningsfal-len en längre tid med hjälp av hembesök och skolkontakt m. m. Emellertid har byrån, på grund av att personalen med hänsyn till besöksfrekvensen ej är tillräcklig, ofta nog icke någon möjlighet att i önskvärd omfattning upprätt-hålla efterkontakt med klientelet. Terapeutisk behandling av samma omfatt-ning och intensitet som den, vilken, enligt vad i ett senare avsnitt av betän-kandet (kap. V) kommer att beröras, meddelas vid de amerikanska kliniker-na, förekommer ej vid byrån. Den tid varunder fallen följas varierar givet-vis. Som exempel kan nämnas att ett tiotal ungdomar alltjämt stå under by-råns kontroll, ehuru de inskrevos vid byrån redan år 1933, byråns första verksamhetsår. Då det gäller karakteristiken och behandlingen av de olika fallen etableras samråd mellan byråns funktionärer. För varje fall upplägges, med ledning av primäranteckningar å kort, en särskild akt, vari undersök-ningsresultat och ordinationer m. m. dylikt antecknas.

Rörande testningsresultaten föras särskilda protokoll. Då det gäller under-sökning och uppordnande av hemförhållanden, samarbetar rådgivningsbyrån med fattigvårdsnämnden och nykterhetsnämnden. Man är å byrån angelägen om att erforderliga intyg, exempelvis för ernående av alkoholistbehandling av föräldrar till barn som inskrivits vid byrån, icke utskrivs av byråns personal utan i annan ordning, enär i motsatt fall svårigheter skulle kunna uppstå för byrån, då det gäller kontakten med hemmen under fallens fortsatta behand-ling. Däremot utskriver man å byrån erforderliga intyg för sterilisering och avbrytande av havandeskap, då dylika ingrepp anses påkallade.

Det skulle vara av stor betydelse, om man efter den nu tilländalupna tioårsperioden kunde göra en undersökning för att utröna, hur de därunder behandlade fallen utvecklats, och i vad mån de lett till social anpassning. Emellertid torde byrån sakna personal och resurser icke blott för en dylik uppgift utan, som nyss antytts, i viss mån även för det löpande arbetet. Detta synes framgå bland annat av besöksfrekvensen under läkarmottagningarna. Byrån anses, enligt vad som uppgivits av dess föreståndare, vara i behov av ytterligare en läkare och två assistenter. Man behöver nämligen i vissa fall effektivisera kontrollen. Framför allt behöver man skärpa uppmärksamheten, då det gäller ungdom i den ömtåliga och betydelsefulla pubertetsåldern, i stället för att, som nu ofta måste ske, ägna denna ålder mindre ingående uppmärksamhet än tidigare åldersstadier.

Då det gäller att välja medel för att nå en förbättring av situationen inom hem, där den andliga atmosfären är skadlig för barnens sunda utveckling, har byrån, bland annat, tillämpat hänvisning av barn från dylika hem till särskilda läxläsningshem. Vid uttagning av elever till hjälp- och specialklasser i skolan medverkar städse byråns chefläkare, vilken tillika fungerar som skol-läkare vid dessa klasser.

Enligt uppgjord statistik nyanmälades under år 1942 801 fall till byrån, och antalet besök hos byråns läkare uppgingo till 1 773. Vid årets slut funnos 908 pågående ärenden vid byrån. Åldersfördelningen bland de vid byrån år 1942 nyanmälda fallen framgår av denna uppställning:

Ålder	Gossar	Flickor	I allt
0— 6 år	66	45	111
7— 9 „	213	101	314
10—13 „	105	74	179
14—17 „	52	91	143
18 „	19	35	54
Summa	455	346	801

Från vilka slag av institutioner och personer anmälningar till byrån ingått rörande dessa 801 fall framgår av följande uppställning:

	Gossar	Flickor	S:a
Hem	93	51	144
Skola	239	121	360
Sjukhus och privatläkare	8	9	17
Barnavårdsnämnden och dess tjänstemän	74	131	205
Andra sociala institutioner	27	21	48
Övriga	14	13	27
Summa	455	346	801

Nedanstående tablå utvisar de åtgärder, som av byrån vidtagits beträffande det under år 1942 nyanmälda klientelet:

Vidtagna åtgärder	Rörande		Summa
	Gossar	Flickor	
Medicinsk behandling vid byrån	90	44	134
Hänvisning till medicinsk klinik	21	18	39
Sterilisering	3	5	8
Sommar- } koloniplacering.....	9	3	12
Vinter- }	2	—	2
Ombyte av skolmiljö (mellan normalklasser).....	8	9	17
Avspänningsåtgärder betr. hemmiljön (placering i eftermiddagshem, daghem m. m.)	20	17	37
Skoluppskov, befrielse från skolan.....	43	20	63
Placering i hjälpklass.....	23	13	36
observationsklass	16	—	16
läseklass	9	4	13
särskild undervisning	3	4	7
skolan för döva småbarn	—	1	1
skyddshem	5	25	30
lärlingshem	1	15	16
Placering å sinnesslöanstalt eller -skola	5	8	13
sinnessjukhus.....	1	10	11
epileptikeranstalt	1	—	1
barnhem	26	13	39
Övervakning genom barnavårdsnämnden	22	27	49
Förmyndare	—	1	1
Andra åtgärder såsom rådgivning, social kontakt m. m. . .	243	151	394
Summa	551	388	939

Av personalen vid rådgivningsbyrån äro chefläkaren och sex assistenter anställda och avlönade enligt grunder angivna i tjänstereglementet för icke ordinarie tjänstepersonal inom Stockholms kommunalstyrelse den 15 juni 1937.

Till chefläkaren utgår grundlön enligt lönegrad 21 å extra ordinarie stat med ett begynnelsebelopp av 8 040 kronor om året, vartill komma tre ålders-tillägg, vart och ett om 744 kronor årligen, efter 3, 6 och 9 års anställning. Härtill kommer dyrtidstillägg, som för närvarande utgår med 46 procent å grundlönen (ålderstillägg inberäknade).

Fem av assistenterna åtnjuta grundlön enligt lönegrad 12 å extra ordinarie stat med ett begynnelsebelopp av 4 140 kronor om året jämte tre ålderstill-lägg, vart och ett om 420 kronor årligen, efter 3, 6 och 9 års anställning. Å grundlönen (jämte ålderstillägg) beräknas dyrtidstillägg, för närvarande efter 46 procent.

En sjätte assistent avlönas enligt löneskala 12 å extra stat. Grundlönen är fastställd till 2 880 kronor om året under minst 6 månader, varefter den utgår med 3 180 kronor under ett år, med 3 480 kronor under ytterligare ett år och därefter med 3 780 kronor om året. Dyrtidstillägg å grundlönen beräknas enligt ovan angiven grund.

Lönen till en å byrån anställd assistentläkare är för närvarande fastställd till 2 700 kronor om året jämte 46 procent dyrtidstillägg därå.

Slutligen har vid byrån knutits en psykolog med 700 arbetstimmar om året. Denna tjänsteman åtnjuter en grundlön av 1 860 kronor om året under minst 6 månader med en därefter inträdande förhöjning till 2 040 kronor, som tillämpas under 2 år, varefter en sista förhöjning till 2 160 kronor om året inträder vid utgången av nämnda 2 år. Dyrtidstillägg å grundlönen beräknas enligt ovan angiven grund.

Rådgivningsverksamheten som sådan är för dem som anlita byrån helt avgiftsfri.

Rådgivningsverksamhet i uppfostringsfrågor i Göteborgs stad.

Även i Göteborg förekommer en relativt väl utvecklad rådgivning i uppfostringsfrågor. På initiativ av barnavårdsnämnden i staden organiserades år 1936 för ändamålet en byrå med lokal å stadens barnsjukhus. Byrån kom att sysselsätta en läkare och en assistent, den senare utvald bland barnavårdsnämndens personal. Utgifterna för verksamheten kommo att belasta sjukhusdirektionens stat, ehuru byrån i första hand var avsedd för sådana fall, vari barnavårdsnämnden anlitas.

Rådgivningsbyråns mottagningar äga rum å barnsjukhusets poliklinik. Läkaren har mottagning en timme om dagen två dagar i veckan och assistenten (kuratorn) — en kvinnlig filosofie kandidat som diplomerats vid socialinstitutet — en timme varje dag. Dessutom förekommer givetvis ett intimt samarbete mellan byråns personal och de till byrån hänvisade ungdomarnas hem.

Någon observationsavdelning finnes icke knuten till byrån. I de fall då observation erfordras utnyttjas för ändamålet barnavårdsnämndens barnhem eller också något privat barnhem.

Antalet nyanmälda fall uppgick under byråns första verksamhetsår till 225. Utvecklingen av rådgivningsbyråns arbete har därefter gått i den riktningen, att byrån av allmänheten mer och mer kommit att betraktas som en poliklinik av rent medicinsk karaktär för barn och ungdomar med psykopatologiska rubbningar. Man har sålunda i stor utsträckning vänt sig till byrån, utan att barnavårdsnämnden dessförinnan anlitas. Vid barnavårdsnämnden finnes numera anställd en läkare som nämndens psykiatriska konsult, ett förhållande som givetvis är ägnat att befordra samarbetet mellan nämnden och rådgivningsbyrån.

Allmänheten erlägger vid anlitaandet av byrån avgifter enligt fastställd taxa. Dessa avgifter bestämdes år 1938 till 4 kronor för första besök och 2 kronor

för varje därefter följande besök. Medellösa och personer, som eljest provas sakna förmåga att erlägga stadgade avgifter, äga dock anlita byrån kostnadsfritt. För receptföryn timer liksom för sjukkasseintyg erlägges enligt nämnda taxa en avgift av en krona.

Redan något år innan den sjukhusdirektionen underställda rådgivningsbyrån börjat sin verksamhet hade stadens folkskolestyrelse låtit inrätta en medicinsk rådgivningsbyrå för uppfostringsfrågor vid Göteborgs folkskolor, vilken byrå alltjämt fungerar. Byrån står under ledning av hjälpskolekonsulenten Nordal, vilken representerar såväl den medicinska som den pedagogiska och psykologiska sakkunskapen. Genom att byrån anlitar två lärarkrafter som assistenter, har det pedagogiska inslaget i verksamheten blivit än mer markant. Expeditions göromålen skötas nämligen av en folkskollärare, medan socialutredningar m. m. i de olika fallen handhas av en seminarie lärarinna. Byrån har mottagning en dag i veckan, därvid mottagningstiden uppgår till två timmar.

Vid byrån behandlas hos skolelever yppade fall av uppfostrings svårigheter, som bottna i, bland annat, allmän intellektuell efterblivenhet och speciella psykiska defekter. Den psykiska undersökningen vid byrån föregås därvid av noggrann kroppsundersökning, som ibland föranleder remiss till polikliniker och specialister. Socialundersökningen omfattar givetvis även vederbörande uppfostrares kvalifikationer. Skolmognadsproblem behandlas vid byrån i sådana fall, då målsmän önska låta barn börja sin skolgång innan barnen nått skolpliktsåldern.

Folkskolestyrelsens rådgivningsbyrå synes ha att göra med färre fall än den sjukhusdirektionen underställda byrån. Antalet nyanmälda fall vid förstnämnda byrå har, såvitt av tillgängligt material kunnat inhämtas, på senare tid hållit sig omkring 90 per läsår.

Eskilstuna stads rådgivningsbyrå för uppfostringsfrågor.

Rådgivningsbyrån i Eskilstuna stad började sin verksamhet som permanent institution år 1937, och kostnaderna för densamma bestridas av stadens barnavårdsnämnd samt dess folkskolestyrelse gemensamt. Verksamheten ledes av föreståndaren för stadens socialvårdsbyrås avdelning för barnavård, vilken icke åtnjuter särskild ersättning för detta arbete. Som läkare vid byrån fungerar hjälpskolekonsulenten Nordal, vilken för ändamålet besöker Eskilstuna i regel fyra gånger om året men oftare, därest omständigheterna nödvändiggöra det. Varje sådant besök omfattar en till två dagar. Nordals ersättning utgör — gottgörelse för resekostnaderna inräknade — 110 kronor för »kort» arbetsdag (klockan 9—16) och 140 kronor för »lång» arbetsdag (klockan 8—19). Som assistenter vid byrån tjänstgöra en barnavårdsman (diplomerad vid socialinstitutet), en skolsköterska, en barnavårdsassistent och en hjälpklasslärarinna. Socialutredning rörande barnets arvsanlag, hemförhållanden och miljö i övrigt, barnets förhållande i hem och skola m. m. och intelligenstestning verkställas, då det gäller folkskolklientelet, av hjälpklasslärarinnan, som åtnjuter en ersättning av 3 kronor för varje sådan utredning

och testning. I övriga fall utföres socialutredningen av barnavårdsmannen och intelligensprövningen av barnavårdsassistenten. Dessa båda sistnämnda tjänstemän samt skolsköterskan åtnjuta ingen särskild ersättning för sitt arbete vid rådgivningsbyrån.

Till rådgivningsbyrån remitteras ej blott fall från stadens folkskolor och från barnavårdsnämnden. Även i annan ordning hänvisas i Eskilstuna bosatta barn till byrån. Vid byrån mottagas dessutom barn från landsbygden kring staden, i den mån utrymme och tillgång på arbetskraft medgiva ett sådant förfarande. Till byrån hänvisas sålunda fall dels från barnavårdsnämnden, dels från folkskolorna i staden, därvid lärarna handla i samråd med vederbörande folkskolinspektör och skolläkare, vilka sistnämnda avgöra behovet av psykiatrisk undersökning, dels ock från stadens tjänsteläkare och privatläkare samt läkarna vid centrallasarettet och statens folkskolinspektör i distriktet.

Innan barnen inställas vid Nordals mottagningar, sker ej blott socialutredning och, i mån av behov, intelligensprövning utan även somatisk undersökning av barnen. Sistnämnda undersökning verkställes å centrallasarettets medicinska avdelning, där klienterna inläggas två till tre dagar för observation, varefter vederbörande lasarettsläkare utfärdar journalutdrag rörande sina iakttagelser i de olika fallen.

Till mottagningen hos Nordal kallas, förutom barnet, dess föräldrar och lärare. Skulle läraren vara förhindrad inställa sig, införskaffas från honom utlåtande angående barnet. Vidare bruka i regel byråföreståndaren och vederbörande folkskolinspektör närvara. Fallen diskuteras, och Nordal träffar överenskommelse med föräldrarna om barnets behandling samt utfärdar erforderliga intyg för specialbehandling. Ofta anbefalles ny inställelse vid en kommande mottagning.

Antalet rådgivningsfall från Eskilstuna med omnejd framgår av följande uppställning:

Å r	Antal nya fall remitterade av			Återinställda fall	Summa
	Barnavårdsnämnden	Folkskolorna	Annan		
1937.....	14	11	—	4	29
1938.....	2	13	2	23	40
1939.....	2	9	5	23	39
1940.....	2	5	2	25	34
1941.....	3	9	6	35	53
1942.....	8	6	1	44	59
Summa	31	53	16	154	254

Rådgivningsverksamhet för svårfostrade barn inom Örebro län.

Inom Örebro län har sedan år 1935 förekommit centralt ordnad rådgivningsverksamhet för svårfostrade barn. Verksamheten avser endast barn från

länet. Samarbete med annat län förekommer icke. Till en början var arbetet förlagt enbart till en central i Örebro stad, men från år 1941 finnes en filial i Karlskoga. Verksamheten är anordnad av länets barnavårdsförbund, som också bestrider kostnaderna för densamma, dock att folkskolestyrelsen i Karlskoga bidrager med att täcka hälften av kostnaderna för arbetet i Karlskoga och Örebro stad hälften av kostnaderna för verksamheten i Örebro. Dessutom stödes rörelsen ekonomiskt med hjälp av länets solstickemedel. Rådfrågningen är i princip avgiftsfri, men undantagsvis få föräldrar, som äro i goda ekonomiska omständigheter, för sina barn erlægga avgift med högst 15 kronor för varje rådfrågning.

Som rådgivningsbyråns föreståndare och läkare fungerar hjälpskolekonsulenten Nordal. Denne tjänstgör å byrån under två dagar i månaden, därav i regel en åtgång för arbete i Örebro och en för arbete vid filialen i Karlskoga. Nordal åtnjuter för sina tjänster en ersättning av 50 kronor per dag, ersättning för resekostnad inberäknad. Socialutredning och intelligensprövning i de olika fallen ombesörjas av barnavårdsombudet i länet och barnavårdsombudets assistent. Dessa, som icke åtnjuta annan ersättning för sitt arbete med rådfrågningsfallen än gottgörelse för resekostnad, biträdas i arbetet av andra frivilliga krafter. Till barnavårdsombudets och assistentens arbete hör även att följa de olika fallens utveckling under tiden mellan läkarmottagningarna. Observation rörande de ifrågavarande barnens fysiska och psykiska hälsotillstånd sker på barnhem eller sjukhus, men endast i de fall där byråns läkare efter verkställd undersökning föreskriver dylik observation.

För närvarande planeras en omorganisation av rådgivningsverksamheten i länet, såtillvida som en särskild rådgivningsbyrå för Örebro stad ifrågasatts, en byrå som enligt planerna skulle komma att stå under ledning av en till därvarande centralasarett knuten specialläkare.

Värmlands fattigvårds- och barnavårdsförbunds rådgivningsbyrå för psykiskt klena barn i Värmlands län.

En av Värmlands fattigvårds- och barnavårdsförbund öppnad rådgivningsbyrå för psykiskt klena barn i Värmlands län började driva försöksverksamhet i Karlstad år 1938, och verksamheten visade sig i sådan grad fylla ett behov, att densamma under årens lopp fortsattes. Byrån har år 1943 avvecklats i anledning av en genomförd omläggning och rationalisering av verksamheten men är förtjänt av uppmärksamhet som utgörande ursprunget till den nu fungerande, mera tidsenliga organisationen.

Anledningen till rådgivningsbyråns tillkomst var bland annat den, att en psykiatriskt skolad läkare ansågs behöflig för ett medicinskt och socialt riktigt bedömande av åtskilliga fall, representerade av barn intagna på Hynbolms upptagningshem för barn och Grava barnhem för svårplacerade barn. Avsikten var emellertid även att med biträde av sådan specialist söka i gör-ligaste mån bistå med uppfostringssvårigheter behäftade barn från länet, oavsett om de intagits å någotdera av nämnda hem eller ej. Kostnaderna för verksamheten kommo att helt bestridas av Värmlands solstickekommitté,

som för sådant ändamål anslagit upp till 1 000 kronor årligen. Som rådgivningsbyråns läkare har fungerat en från Stockholm tillkallad barnpsykiatriker, vilken i regel under två perioder varje år haft mottagning i Karlstads mödra- och barnavårdscentrals lokaler. Mottagningsperioderna ha haft en längd av två dagar med mottagning varje dag från klockan 9 till klockan 19 eller 20. Varje mottagningsdag ha 8—12 barn undersökts. Dessutom har under varje mottagningsperiod en dag ägnats åt undersökning av barnen å Grava- och Hynboholmshemmen. Barnavårdsombudet i länet har fungerat som läkarens assistent, och det expeditionsarbete verksamheten medfört har skötts å barnavårdsombudets expeditionslokal. Barnavårdsombudet har dels själv till byrån remitterat under ombudets inspektionsresor iakttagna fall, vari behov av rådgivning förelegat, dels ock mottagit anmälan rörande dylika fall från barnavårdsnämnder, skolmyndigheter, föräldrar, tjänsteläkare och distriktssköterskor, därvid ombudet träffat anstalter för fallens behandling å byrån. Före läkarmottagningarna har ombudet verkställt socialundersökning rörande de fall, som vid mottagningarna skolat behandlas. Dessutom har ombudet, då vid konsultationerna miljöbyte för barnen föreskrivits eller tillrätts, i allmänhet biträtt, då det gällt att vidtaga för verkställighet härav erforderliga åtgärder. Till vederbörande läkare har utgått ersättning, motsvarande kostnaderna för resor och uppehälle under mottagningsperioden, medan barnavårdsombudet kostnadsfritt ställt sin arbetskraft till förfogande.

Under åren 1938—1942 ha ungefär 230 barn från olika delar av länet i nu angiven ordning varit föremål för behandling vid rådgivningsbyrån i Karlstad. Härtill komma barnen å Grava- och Hynboholmshemmen, vilka bereda plats åt sammanlagt 40 barn. Rådfrågningen har för de hjälpsökande varit kostnadsfri.

Den statsunderstödda försöksverksamheten för psykisk barnavård i Värmlands län.

Rådgivningsverksamheten i Värmlands län bedrivs numera, efter verkställd omorganisation, enligt riktlinjer som framgå av nedan intagna redogörelse. Enligt beslut den 4 december 1942 har Kungl. Maj:t med anledning av därom gjord ansökan beviljat Värmlands läns landsting ett statsbidrag av 4 000 kronor till avlönande under ett år av en extra läkare i psykisk barnavård vid barnavdelningen å länslasarettet i Karlstad. Bidraget skall enligt beslutet utgå från femte huvudtitelns reservationsanslag till extra utgifter. Som villkor för bidragets åtnjutande har föreskrivits skyldighet för läkaren att avgiva redogörelse för sin verksamhet enligt närmare bestämmelser, meddelade av medicinalstyrelsen i samråd med socialstyrelsen. Sedan nämnda statsbidrag beviljats, har medicinalstyrelsen förordnat en psykiatriker med pediatrik skolning att uppehålla en extraläkartjänst av ifrågavarande slag vid lasarettets barnavdelning tillsvidare under högst ett år, räknat från och med den 15 juni 1943. Denne läkare utövar å lasarettet poliklinisk verksamhet, avseende psykisk hälso- och sjukvård för barn och ungdom från länets olika delar, samt har därvid mottagning tre gånger i veckan. För observation

av klientelet disponerar läkaren 6 av de 52 sängarna å lasarettets barnavdelning, för vilka avgift per vård dag under observation utgår i vanlig ordning. Läkaren utövar dessutom övervakning av klientelet å upptagningshemmet i Hynboholm, som har 18 platser till förfogande, samt å spädbarnshemmet i Hynboholm med 10 spädbarnsplatser och å Gravahemmet med 22 platser. Vidare har läkaren förordnats till skolläkare vid Karlstads folkskolor. För den polikliniska verksamheten skall läkaren åtnjuta en årlön av 7 000 kronor, därav landstinget anslagit 3 000 kronor. Särskild ersättning skall utgå till läkaren för verksamheten vid barnhemmen och för hans skolläkarverksamhet. Ytterligare skall läkaren äga uppbära arvoden för verkställda konsultationer, avseende psykisk barn- och ungdomsvård, därvid arvodena, enligt av medicinalstyrelsen fastställd taxa, skola beräknas till 10—15 kronor för det första besöket, 5—10 kronor för det andra besöket och 5 kronor för vart och ett av de följande besöken, med någon förhöjning om lång tid förflutit mellan besöken. För intyg av läkaren skall i vanliga fall ingen ersättning utgå. I undantagsfall, såsom då det gäller steriliseringsintyg, räknar man dock med ett arvode av 10—15 kronor per intyg.

Till läkarens disposition står en av landstinget anställd assistent eller kurator, vilken skall utföra socialundersökningarna, biträda vid mottagningarna och utöva den löpande övervakningen av fallen. Det var från början meningen, att assistenten skulle tjänstgöra även som social kurator för personer intagna å lasarettets olika avdelningar. Den psykiska barn- och ungdomsvården har emellertid tagit sådan omfattning, att någon tjänstgöring av sistnämnda slag för assistenten icke kunnat komma ifråga. Till assistenten skall tills vidare utgå en årsgottgörelse av 3 000 kronor jämte fri kost. Dessa löneförmåner skola utgå av landstingsmedel. Assistenten biträdades i sina sysslor åtminstone tidvis av en person, som i och för fortsatt social utbildning praktiserar vid centralen. Biträde med socialundersökning lämnas därjämte av den i Karlstad bosatta fattigvårds- och barnavårdskonsulenten.

Av olika skäl kom det nya systemet för rådgivningsverksamheten i Värmlands län icke att träda i funktion å tid som avsetts. Verksamheten har emellertid tagits upp i olika etapper och fungerar sedan den 15 november 1943 i alla avseenden enligt ovan angivna riktlinjer.

Under tiden från den 15 november 1943 till och med den 15 mars 1944 har centralens biträde påkallats i 213 fall, därav 129 avseende gossar och 84 flickor. I 63 av fallen har det gällt barn eller ungdomar bosatta i Karlstad och i övriga 150 fall barn eller ungdomar bosatta i andra delar av länet. Återbesök ha förekommit i 75 fall, därav 43 gällt gossar och 32 flickor. Åldersfördelningen i förenämnda 213 till centralen anmälda eller hänvisade fall har varit sådan, att 44 gossar och 19 flickor, eller sammanlagt 63 barn, befunnit sig i åldern 0—7 år, 82 gossar och 45 flickor, eller sammanlagt 127 barn, i åldern 7—18 år samt 3 gossar och 20 flickor, eller sammanlagt 23 ungdomar, i åldern över 18 år.

Från vilka håll centralens biträde påkallats i de 213 fallen framgår av följande tablå:

	Gossar	Flickor	Summa
Föräldrar eller andra privatpersoner	27	21	48
Barnavårdsförbundets barnhem	25	14	39
Lärare eller skolmyndigheter.....	26	7	33
Barnavårdsnämnder	20	11	31
Läkare vid andra avdelningar å lasarettet	6	11	17
Fattigvårds- och barnavårdskonsulenten	8	6	14
Provinsialläkare	5	7	12
Övriga läkare.....	8	2	10
Distriktssköterskor.....	3	3	6
Barnavårdsombudet	—	2	2
Fattigvårdsstyrelse	1	—	1
Summa	129	84	213

Av vilka huvudsakliga anledningar (utan kombinationer) hänvändelse till centralen skett i de olika fallen synes av nedanstående tablå.

	Gossar	Flickor	Summa
Skolsvårigheter av olika slag.....	24	10	34
Sen utveckling	15	10	25
Lynnesegenheter.....	14	8	22
Steriliseringsfall	1	16	17
Sängvättning	10	6	16
Snatteri, stöld.....	11	3	14
Önskad fosterhemsplacering	13	—	13
Sexuella förseelser	5	7	12
Allmänt nervösa symptom	7	3	10
Talsvårigheter	6	3	9
Stamning.....	4	4	8
Matvägran	6	2	8
Utespring m. m.	—	4	4
Täta platsbyten	2	2	4
Ofog	3	—	3
Yrkesvalsfrågor	2	1	3
»Ryckningar», »anfall»	2	1	3
Nattskräck	1	1	2
Överklagat barnavårdsnämndsärende	2	—	2
Råd om skolgång	1	1	2
Rymning	—	1	1
Abortönskan	—	1	1
Summa	129	84	213

De diagnostiska resultaten av undersökningarna angivas i följande uppställning.

	Gossar	Flickor	Summa
Miljöskada	26	12	38
Neuros	13	8	21
Psychopathia	9	3	12
Debilitas	17	9	26
Imbecillitas	29	35	64
Idiotia	2	1	3
Hysteria	1	2	3
Epilepsia	3	1	4
Schizophrenia	2	—	2
Hjärnskador	1	2	3
Psykisk infantilism	4	—	4
Ordblindhet såsom huvuddiagnos ¹	2	—	2
Dövstumhet.....	1	2	3
Somatiska orsaker ²	1	—	1
Fall för fortsatt utredning (diagnosen ännu ej klar)	9	6	15
Intet påvisat fel.....	9	3	12
Summa	129	84	213

¹ Ordblindhet ofta deldiagnos. — ² T. ex. kliven gom, fysisk klenhet.

Slutligen lämnas i följande tablå en översikt över olika åtgärder av praktisk art, som från centralens sida vidtagits i anledning av hänvändelse till centralen.

Vidtagna åtgärder	Rörande		Summa
	Gossar	Flickor	
Utlåtanden till barnavårdsnämnd	22	6	28
Ansökningshandling till sinnesslöanstalt.....	18	12	30
› › skyddshem.....	4	2	6
› › epileptikeranstalt	2	—	2
› › dövstumskola	1	1	2
› › specialanstalt	1	—	1
Hjälpklassplacering	1	2	3
Hjälpundervisning ordnad	2	—	2
Skoluppskov tillrätt	4	—	4
Råd att sluta skolan enl. § 48 folkskolestadgan ..	1	—	1
Skolbyte ordnat.....	1	—	1
Placering i lekskola.....	1	—	1
› › yrkesskola.....	1	—	1

forts.

forts.

Vidtagna åtgärder	Rörande		Summa
	Gossar	Flickor	
Ansökan om yrkesutbildning.....	—	1	1
Yrkesrådgivning.....	3	—	3
Rem. till institutet för praktisk psykologi.....	1	—	1
Platsanskaffning.....	—	2	2
Fosterhemsplacering ¹	11	3	14
Miljöbyte.....	3	4	7
Plats på vårvinterkoloni.....	—	1	1
Hemhjälp åt modern.....	1	—	1
Steriliseringshandlingar utskrivna.....	2	20	22
Abortintyg lämnat.....	—	1	1
»Föräldrafostran».....	28	12	40
Fortsatt psykoterapi.....	3	1	4
Fortsatt observation.....	8	3	11
Intagning på lasarettets barnavdelning.....	16	12	28

¹ I samråd med barnavårdsombudet.

Söderbärke sockens barnavårdsnämnds organiserade rådgivning i uppfostringsfrågor.

För att illustrera hur behovet av psykisk hälsokontroll kan aktualiseras i en landskommun och för att giva ett exempel på en lösning i en sådan kommun av frågan om ordnande av sakkunnig undersökning av skolbarn vill kommittén omnämna den rådgivning i uppfostringsfrågor, som organiserats av barnavårdsnämnden i Söderbärke socken i Kopparbergs län (3 900 invånare).

Redan omständigheterna vid rådgivningsverksamhetens tillkomst äro av intresse. I socknen inträffade nämligen en tragisk händelse, i det att en yngling, som redan under skoltiden var känd som efterbliven, blev dråpare. Ingenting hade under ynglingens skoltid kunnat göras för att diagnostisera hans psykiska brister. En social undersökning i anledning av den timade händelsen visade, att flera psykiskt defekta skolbarn funnos i socknen, vilka företedde allvarliga vanartsyttringar. Barnens föräldrar kunde med visst fog göra gällande, att de på grund av arbete i lantbruket icke hade barnen under sin tillsyn annat än tidigt om morgnarna och sent på kvällarna. Skolvägen var ganska lång och barnen voro under terminerna hela dagarna i skolan. Från lärarhall, åter, hävdades att barnens fostran borde åvila föräldrarna. Kärnpunkten i diskussionen var emellertid att varken föräldrarna eller lärarna ägde kompetens att rätt bedöma och behandla de barn, som visade oart av det ena eller andra slaget. Följden var att barn med t. ex. allvarlig sexuell vanart lämnades åt sig själva, varigenom de sexuella vidlyftigheterna med åren utbreddes till flera barn.

I den inträdda situationen framstod för kommunens barnavårds- och skolmyndigheter med stor skärpa betydelsen av att asociala beteenden hos barnen i tid förebyggdes eller åtminstone upptäcktes och motverkades. I samråd med statens inspektör för fattigvård och barnavård och hjälpskolekonsulenten Nordal enades man fördenskull om att genomföra en organiserad kontakt mellan samtliga lärare i kommunens skolor och en psykiatriskt skolad läkare. Kontakten skulle förmedlas av barnavårdsnämnden.

Efter sociala och medicinska instruktionsföredrag för kommunens sociala nämnder och lärarpersonalen igångsattes verksamheten. Denna bygger på skriftliga meddelanden från lärarna enligt ett formulär, som uppgjorts i socialstyrelsen med ledning av bland annat den i det föregående (s. 51) nämnda klasslistan för skolläkarvården i Borlänge. Meddelande ifylles av läraren, då en lärjunges uppförande eller beteende synes påkalla psykisk lärarkontroll, och översändes till barnavårdsnämndens ordförande.

Jämte upplysning om den närmaste anledningen till meddelandet innehåller detta uppgifter rörande elevens arbetstyp (slö, intensiv, jämn, långsam etc.) och begåvning; om de läs- eller övningsämnen eleven har lätt eller svårt för; om stamning eller andra talfel; samt anmärkningar rörande syn, hörsel och förekommande kroppslig defekt. Vidare antecknas elevens förhållande i klassen (lugn, orolig, lydig, trotsig, envis) och till kamraterna (ledare, passiv, vänlig, hjälpsam, retlig). Fritidsintressen redovisas ävensom hemförhållanden (fosterbarn, styvbarn, faderlös, moderlös, eljest splittrat hem, antal syskon). Slutligen lämnas uppgift om frånvaro från skolan med angivande av orsaken, särskilt vad som betecknats som skolkning.

Till barnavårdsnämndens ordförande inkommet meddelande översändes jämte vissa kompletterande upplysningar till läkaren (Nordal), som i sin tur underrättar om mottagningstid i kommunen, då såväl barnet som dess föräldrar eller målsman och lärare skola vara närvarande vid undersökningen och rådgivningen.

Under det första verksamhetsåret 1943 har verksamheten visat sig vara till stort gagn, i det att 22 barn observerats, undersökts och fått hjälp av läkaren på olika sätt. Av barnen voro 19 gossar och 3 flickor. I 15 fall var hemmet ofullständigt eller olämpligt. Anledningarna till läkarkontrollen voro i de flesta fall svårigheter i skolan, i 6 fall i förening med sexuell vanart och i några fall i förening med annan asocialitet. De av läkaren rekommenderade åtgärderna voro — förutom råd till lärare och föräldrar rörande barnens behandling och övervakning — hänvisning till miljöbyte (2 fall), ombyte av lärare eller skola (2 fall), kvarsittning (3 fall), hjälpundervisning (7 fall), skyddshem (2 fall), lasarett (2 fall), sinnesslövard (2 fall), fortsatt läkarkontroll (1 fall) och ingen åtgärd (1 fall).

Ericastiftelsens mentalhygieniska vård av barn och ungdom.

Förutom de här förut beskrivna, av olika myndigheter bedrivna eller understödda, vid vissa distrikt knutna åtgärderna för mentalhygien i barna- och ungdomsåren förekomma åtgärder för sådant ändamål, vidtagna av privata

institutioner, vilka, med eller utan statsbidrag, bedriva sitt arbete utan klart angiven lokal begränsning. Verksamheten vid ett av dessa företag, nämligen Ericastiftelsen i Stockholm, torde vara förtjänt av ett närmare omnämmande.

Ericastiftelsen bedriver funktionärsutbildning vid ett läkepedagogiskt seminarium och i samband därmed mentalhygienisk vård av barn och ungdom. Eleverna vid seminariet få under utbildningstiden deltaga i vården av de barn och ungdomar, som hänvisats till stiftelsen, vadan utbildningen och den mentalhygieniska vården äro intimt förknippade med varandra. Den psykiska hälso- och sjukvården vid stiftelsen förestås av nervläkaren G. Ny-cander och handhas av specialutbildade assistenter med biträde av seminariereleverna. De flesta klienterna utgöras av barn på ett stadium, motsvarande första klassen i de allmänna läroverken, men även betydligt yngre barn samt ungdomar över 15 år förekomma. Klienterna bestå i allmänhet av barn, som i intelligensavseende stå något över debilitetsgränsen samt förete konstitutionellt psykopatiska karaktärsdrag eller rubbningar på grund av olämpliga miljöförhållanden. Man söker under loppet av en eller två terminer göra barnen »skoldugliga». De få därvid gå kvar i sina skolor och stanna i sina hem. Barn från landsorten inackorderas dock i Stockholm, ett förhållande som emellertid icke alltid visat sig ändamålsenligt. Barnen bruka i allmänhet besöka stiftelsen 3 till 4 gånger i veckan. Undantagsvis kunna barnen å stiftelsen även få privat undervisning, när det »låst sig» för dem i skolan. Början av ett barns behandling tillgår så, att en elev vid seminariet gör en summarisk undersökning rörande barnets hemförhållanden. Därvid söker man komma till klarhet om barnets miljöförhållanden genom samtal med dess föräldrar men även genom kontakt med dess lärare och andra personer i barnets omgivning. Därefter underkastas barnet noggrann läkarundersökning, därvid vederbörande elev brukar få vara närvarande. Ytterligare förekommer, under medverkan av assistenterna, observation av barnets lynne, intellektuella utveckling och karaktärsdrag. Man begagnar sig då, bland annat, av ingående samtal med barnet. Så vidtager en allmän förlöpande miljöpåverkan å barnet. Särskilt barnens sexualproblem påkalla därvid stor uppmärksamhet. Även en del skolsvårigheter med psykologisk bakgrund beaktas, såsom ordblindhet och dylikt. Under arbetet med miljöpåverkan byta eleverna sinsemellan skyddslingar med 4—6 veckors mellanrum, så att iakttagelserna rörande barnen skola kunna bli mångsidiga. Rörande varje barn upprättas av vederbörande elev med hjälp av stiftelsens assistenter särskild journal. Vidare får varje elev sätta upp utlåtande rörande orsakerna till samt förloppet och den rätta behandlingen av beteenderubbningarna hos barn, varmed eleven haft att göra. Även försök att påverka barnens föräldrar förekomma. Varje lördag under läsåret samlas eleverna till diskussion rörande sina iakttagelser under veckan. Testning av barnen förekommer å stiftelsen. Den utföres av assistenterna och ej av eleverna, som ha för kort utbildningstid för att hinna lära sig testning. Ett sextiotal barn bruka i allmänhet vara samtidigt inskrivna. Till stiftelsen utgår statsbidrag med för

närvarande 10 000 kronor om året, varjämte från Stockholms stad till stiftelsen utgår ett årligt bidrag med 2 500 kronor.

Översikt rörande förekomsten av psykisk hälsokontroll och rådgivning i de olika länen och i städer, som ej deltaga i landsting.

I den föregående framställningen har en schematisk bild givits av de första i vårt land gjorda försöken till verksamhet av nu ifrågavarande slag samt av rörelsens utformning och omfattning i ett antal aktuella typfall. Här återstår att lämna en summarisk överblick rörande verksamhetens förekomst och organisation i landet i dess helhet. Under de sista åren har nämligen mentalhygienisk verksamhet för barn och ungdom börjat försöksvis bedrivas på en mängd håll i vårt land. Ansatserna till och utvecklingen av denna verksamhet som helhet betraktad förete dock många framträdande ojämnheter och inbördes olikheter. Försöken ha i de flesta fall varit trevande, lösligt organiserade och av blygsam storleksordning samt fått kämpa med betydande praktiska svårigheter. De uppgifter som nedan lämnas äro grundade på upplysningar, vilka inhämtats under våren och sommaren 1943.

Bortsett från Kalmar län, där nyligen vidtagna förberedande åtgärder för organiserande av rådgivningsverksamhet ännu ej torde ha tagit fastare former och därför här icke redovisas, ha i samtliga län utom två — Västernorrlands (där dock verksamhet planeras) och Norrbottens län — i någon om än oftast mycket blygsam form träffats anstalter för rådgivning i uppfostringsfrågor rörande det uppväxande släktet. I åtminstone 3 av dessa 21 län, nämligen Västerbottens, Jämtlands och Gotlands län, är denna rådgivningsverksamhet dock synnerligen svagt utvecklad och utgör blott en integrerande del av den mentalhygieniska verksamheten i allmänhet. Andra län uppvisa rådgivningsverksamhet av stundom rent tillfällig karaktär. I samtliga 6 städer, som ej deltaga i landsting, förekommer verksamhet av ifrågavarande slag, ordnad antingen enbart för staden (Stockholm, Malmö, Hälsingborg och Norrköping) eller också för såväl staden som länet (Göteborg och Gävle). Därest man, som i det följande sker, ser de olika länen som geografiska enheter och därvid, i den mån inom deras gränser finnas städer som ej deltaga i landsting, medräknat även dessa städer, kan man säga, att rådgivningsverksamheten i 15 av förutnämnda 21 fall avser det uppväxande släktet i hela länet, medan i ett län förekommer verksamhet berörande allenast vissa orter samt i 5 län verksamhet såväl för länet i dess helhet som för vissa orter inom länet. Ett fåtal av länen har träffat gemensamma anordningar för den mentalhygieniska rådfrågningen och kontrollen. Fall från de skånska länen inläggas nämligen för observation å Råbyholms hemmet (Malmöhus län) eller psykiatriska kliniken i Lund, varjämte en del fall från Hallands län sändas till hjälpskolekonsulenten Nordals mottagningar i Göteborg. I mån av tillgång på plats mottagas även fall från andra sydsvenska län å Råbyholms hemmet. Samarbete mellan länen synes icke förekomma i vidare mån än nu sagts. 14 län ha rådgivningsverksamheten stationärt ordnad i en eller flera

orter inom varje län, medan verksamheten i 5 län är delvis och i 2 län helt ambulerande. I 9 av länen omhänderhas verksamheten (mestadels som bissyssla) av läkare och andra funktionärer, bosatta inom respektive län, samt i övriga län av dylik personal jämte från annat håll tillkallad specialist. Bland de periodiskt från ort utom länen tillkallade specialisterna har hjälpskolekonsulenten Nordal varit den mest verksamme.

Olika metoder tillämpas vid de observationer rörande klienterna, som rådgivningen nödvändiggör. I 12 län sker observationen å barnhem (upptagningshem) eller sjukhus och i 7 av länen enbart å barnhem, medan i två län ingen annan observation förekommer än den, som utövas under mottagningarna. Ifråga om bestridandet av kostnaderna för verksamheten är systemet synnerligen heterogent, beroende på att verksamheten i de särskilda länen ordnats av olika myndigheter och sammanslutningar. Sålunda ha i regel landsting, barnavårdsförbund i länen, barnavårdsnämnder och folkskolestyrelser, ensamma eller i förening, ordnat verksamheten i olika landsändar och täcka därför de direkta kostnaderna för verksamheten som sådan. I vissa fall åtnjutas kostnadsbidrag av så kallade solstickemedel, och i en del fall få målmännen till de barn och ungdomar det gäller bidraga genom att erlægga arvoden för behandlingen. Beträffande sättet för bekostandet av verksamheten i Värmlands län hänvisas till tidigare i detta kapitel lämnad redogörelse. De kostnader varom nu är tal inkludera icke utgifter för de hjälpsökandes resor till och från rådgivningscentralerna eller för anstaltsvård eller annan behandling, som vid rådfrågningen kan finnas påkallad, utan gäldas avgifter härför i annan ordning.

Som slutomdöme rörande de nuvarande åtgärderna för rådgivning i uppfostringsfrågor må till sist ånyo framhållas, att dessa åtgärder ännu i stort sett äro allenast sporadiska samt till omfattningen så blygsamma, att de ej motsvara det förefintliga behovet av sakkunniga kontrollåtgärder och råd, då det gäller barnens och ungdomens fostran.

Kap. V. Organiserad psykisk barna- och ungdomsvård i utlandet.

Frågan om de av miljö och psyke betingade egentliga orsakerna till social missanpassning och asocialitet bland barn och ungdom samt dessa orsakers undanröjande och ett effektivt förebyggande av missanpassningstendenser har länge varit ett spörsmål, som på skilda håll uppmärksamrats samt givit upphov till intensiva studier och betydelsefulla praktiska åtgärder. Att under rådande krigs- och krisförhållanden få en klar och samlad överblick rörande de åtgärder, som i olika länder vidtagits på området, är givetvis förenat med betydande svårigheter. I det följande skall dock göras ett försök att teckna en schematisk bild av ursprunget till dessa åtgärder och utvecklingen av desamma i ett antal länder, där man haft blicken öppen för den genomgripande betydelsen av ifrågavarande sociala problem.

Amerikas förenta stater.

Som ett föregångsland på området torde man kunna beteckna Amerikas förenta stater. De första stegen av praktisk betydelse för socialvård av nu ifrågavarande slag togos där redan år 1909. William Healy grundade då det numera sedan 1914 av staten Illinois finansierade *Chicago Juvenile Psychopathic Institute*. Detta instituts arbete kom att uteslutande inriktas på behandling av kriminella ungdomar. Under samarbete med vederbörande ungdomsdomstol verkställde institutet undersökningar rörande kriminalitetens orsaker, i och för ett förebyggande av återfall. Institutets personal bestod från början av utbildade psykiatriker och psykologer, medan socialarbetare knötos till institutet först 1917.

Chicagoinstitutet följdes snart av tre andra likartade institutioner på olika platser i landet. Dessa institutioner inriktade sig emellertid även på vården av ungdom med andra avvikelser från normalt uppförande än utslag av kriminalitet.

Strävandena för effektiva åtgärder för mentalhygien bland barn och ungdom togo sig ett mera allmänt uttryck i bildandet år 1909 av *The National Committee for Mental Hygiene*. Kommittén tog till sin uppgift att söka utvägar för vård av mentalt defekta och sjuka individer samt att bedriva studier rörande kriminalitet och neuroser.

I början av 1920-talet lade *The National Committee for Mental Hygiene* upp en femårsplan för att i olika städer (och i ett fall i ett landsbygdsdistrikt) skapa »demonstrationskliniker» för psykisk hälsovård bland barn och ungdom. Planen förverkligades, och kostnaderna för genomförandet bestredos med donationsmedel från *The Commonwealth Fund*.

Vid denna tid hade man kommit till insikt om vikten av att psykiatriskt skolade socialarbetare fingo anställning vid klinikerna. Ungefär samtidigt som det första världskriget utbröt skapades möjlighet till teoretisk utbildning för dylika funktionärer. Studierna kommo att bedrivas vid *The Smith College School for Social Work* och *The New York School of Social Work*. Det av Healy grundade institutet gick, som förut nämnts, i spetsen då det gällde att knyta socialarbetare till mentalvården. Demonstrationsklinikerna kommo redan från början att få en personal, bestående av psykiatriker, psykologer och psykiatriskt skolade socialarbetare, och klinikerna gingo på bred front till attack mot orsakerna till uppföranderubbningar bland barn och ungdom.

Den första demonstrationskliniken grundades i *St. Louis* 1922. Denna klinik fick en personal bestående av en psykiatriker, en psykolog och en socialarbetare (småningom tre socialarbetare) samt en sekreterare. Dessutom betjänade man sig av frivilliga lokala krafter och praktiserande studenter från *The Smith College School for Social Work*. Till kliniken hänvisades fall från domstolar, skolor, barnavårdsnämnder och enskilda hem. Det beslöts, att alla anmälda fall skulle expedieras så snabbt som möjligt, och att därvid de fall, vari själsliga problem misstänktes föreligga, skulle avskiljas för specialstudier. Under åtta månaders tid studerades 344 fall. Klinikpersonalen fann,

att många av de fall som hänvisats till kliniken redan passerat det stadium, i vilket förebyggande behandling med framgång kunde företagas. Detta förhållande pekade på ett behov av samarbete mellan kliniken å ena samt skolor och barnavårdsnämnder å andra sidan. Ett sådant samarbete upptogs — det fordrade en utökning av klinikens personal — men samarbetet utföll ej särskilt väl, enär de institutioner med vilka kontakt inleddes ej voro rustade för arbete i sådan form.

Sedan försöksarbetet i St. Louis slutförts, överflyttades den därvarande kliniken till *Norfolk*, en stad med ungefär 116 000 invånare. Det befanns emellertid, att Norfolk var en för liten stad för en fullständig klinik. Norfolk har därefter betjänats av en icke stationär klinik, som besöker staden tid efter annan.

I en annan medelstor stad, *Dallas*, fortsatte man emellertid år 1923 med gott resultat på den väg, varpå man slagit in under klinikarbetet i St. Louis.

Under något mindre än ett års tid arbetade vidare en demonstrationsklinik, bestående av en psykiatriker, en psykolog och en socialarbetare, i *Monmouth County*. Därunder utvalde kliniken 337 fall bland 851 elever i sex skolor, i och för undersökning och vård. Emellertid visade det sig, att verksamheten blev alltför omfattande och svårbemästrad för en på angivet sätt sammansatt klinik.

Demonstrationskliniken i *St. Paul* och *Minnesota* fäste i sitt arbete betydande vikt vid den del av verksamheten, som avsåg utbildningsarbetet för personal, ej tillhörande klinikens funktionärsstab. Sålunda fingo 39 socialarbetare från andra institutioner arbeta som tillfälliga funktionärer vid kliniken, var och en under en tid av ungefär tre månader. Även tre blivande psykiatriker (stipendiater) fingo någon tid för egen information arbeta vid kliniken.

Också i andra städer än de nu nämnda arbetade demonstrationskliniker under femårsperioden. Demonstrationsklinikerna blevo den direkta orsaken till inrättandet av åtminstone åtta permanenta kliniker (*Child Guidance Clinics*).

Klinikernas verksamhet genomlöpte under tiden från grundandet av den på Healys initiativ tillkomna institutionen och till dess demonstrationsverksamheten slutade en betydelsefull utveckling. Tyngdpunkten i verksamheten försköts från omsorgen om kriminalitetsfallen till observation och behandling av fall av mindre allvarliga eller mindre starkt manifesterade uppförandrubbingar och uppfostringsbesvär, fall som hänvisades till klinikerna av barnavårdsnämnder, skolor och föräldrar. Verksamheten kom att tjäna flera socialt betydelsefulla ändamål: intensivstudier och terapeutisk behandling av fall, som hänvisats till klinikerna, en för andra sociala institutioner förebildlig verksamhet jämte påverkan av dessa institutioner genom samarbete samt ett klarläggande av vikten och omfattningen av ett förut ej tillräckligt beaktat socialt behov. Dessutom kommo klinikerna att tjänstgöra som centraler för ett ihärdigt vetenskapligt arbete samt tillika att bereda möjlighet till praktik för dem, som idkade akademiska studier på området, varjämte klinikernas personal kom att bedriva undervisnings- och föreläsningens verksamhet till fromma för blivande eller redan verksamma socialvårdsfunktionärer. Som en allmän

regel kom småningom att gälla, att klinikerna icke kunde ägna någon tidsödande uppmärksamhet åt barn och ungdom med intelligensdefekter och ej heller åt psykosfall eller problem, bottnande i grövre organiska hjärnskador hos de unga. Klinikerna kommo i stället att ägna ett utvalt antal till intelligensen normala men på grund av miljöskador etc. onormala barn och ungdomar en omsorgsfull och tidsödande terapeutisk behandling (»fullständig behandling»). Dylika fall ansågos utgöra den stora massan mellan å ena sidan mindre komplicerade fall, som lämpligen hänvisas till andra institutioner för behandling, och å andra sidan så svårbehandlade fall, att klinikerna icke förstå att utan förhållandevis alltför stora och långvariga ansträngningar bringa erforderlig hjälp. Exempel på fall, som klinikerna av princip ej mottogo för intensivbehandling, erbjuda vissa enklare fall av skolsvårigheter samt förekomsten av inbitna sexuella ovanor hos flickor, som kommit över pubertetsåren. Det är emellertid att märka, att det i praktiken visat sig svårt att undantagslöst fasthålla vid den angivna principen för avgränsning av klinikernas verksamhetsområde. Många fall av intelligensbrist ha sålunda visat sig fordra vård, därför att även otillfredsställande sociala och ekonomiska förhållanden spelat in. Utvecklingen har i praktiken kommit att gå därhän, att alla som söka kliniken få hjälp, även om denna hjälp reduceras till en enda konsultation.

Under demonstrationsklinikernas verksamhetstid tillkom *The Division on the Prevention of Delinquency*, vilken institution skulle tjäna som ett instrument för demonstrationsverksamhetens planerande. Institutionen, som från början sysselsatte en psykiatriker och två assistenter, utbyggdes småningom med en ambulatoriskt verksam stab av tjänstemän, bestående av en psykiatriker, en assistent och en sekreterare. År 1927 ombildades institutionen till *The Division on Community Clinics*, vilken fick till uppgift att främja tillkomsten och organisationen av permanenta kliniker samt att effektivisera deras arbetsmetoder.

De permanenta kliniker, som i Förenta staterna växt upp sedan demonstrationsverksamheten upphört, ha, åtminstone under systemets första utvecklingsskede, i regel visat sig vara stadsföreteelser, låt vara att de stundom även betjänat den närmast städerna liggande landsbygden. En fullt utbyggd klinik med enbart heltidstjänster har visat sig icke ha full sysselsättning, då verksamheten begränsats till barn och ungdom i städer med mindre än 150 000 invånare. Mönstret för sammansättningen av en dylik fullständig klinik, avsedd för en stad med omkring 200 000 invånare, är en psykiatriker, en psykolog, två eller tre psykiatriskt skolade socialarbetare och två eller tre skrivbiträden. En överslagsberäkning har visat, att en dylik klinik årligen för intensivbehandling upptager i genomsnitt 335 fall och drager en kostnad av omkring \$ 20 000. Städer med omkring 100 000 invånare ha i vissa fall börjat betjäna sig av halvtidskliniker, anslutna till statliga sjukhus och mentalhygieniska institutioner. Dessa halvtidskliniker sysselsätta emellertid ofta lokalt anställda socialarbetare med heltidstjänst, något som i praktiken visat sig behövt och ändamålsenligt. Ej sällan har sålunda en klinik byggts

upp med en personal, bestående av en ambulerande psykiatriker, en likaledes ambulerande psykolog och en stationär, heltidsanställd socialarbetare. Även i städer med mindre än 50 000 invånare finnas på sina håll lovande tecken på en begynnande utveckling av statsunderstödd verksamhet för mentalhygien bland barn och ungdom. Där det är som bäst ordnat på den rena landsbygden verka kringresande, till statliga sjukhus eller mentalhygieniska institutioner anslutna kliniker på bestämda tider och platser. Verksamheten med å landsbygden ambulerande kliniker har efter någon tids erfarenhet visat sig slå väl ut, och antalet kliniker som betjäna landsbygden har vuxit betydligt, även om verksamheten därstädes ännu ej hunnit utbredas i önskvärd omfattning.

I allmänhet har man gjort den erfarenheten, att man icke utan begagnande av en tränad, oavbrutet tillgänglig tjänsteman kan påräkna effektiva resultat av den kliniska verksamheten. Man har vidare gjort den erfarenheten, att det icke är ändamålsenligt att sätta upp en lokal klinik, innan platsens övriga sociala institutioner blivit väl organiserade och utvecklade. På många håll har man med fördel byggt upp en klinik steg för steg. Man har därvid — liksom även i övrigt då det gällt klinikernas tjänstemän — varit angelägen om att hålla på en kvalitativt hög standard för personalens vidkommande. Det har nämligen visat sig, att en klinik med underkvalificerad personal har mycket svårt att utvecklas till en perfekt institution. Därför anser man det lämpligare att börja med klinisk verksamhet, som sysselsätter en halvtidsstab av kvalitativt dugliga tjänstemän, än att engagera en heltidsstab av mindre väl kvalificerade krafter. Vid mindre kliniker har man ibland med framgång ersatt en mer eller mindre permanent tillgänglig specialist med en tillfälligt anlitad expert. Önskvärdheten av att anställa en psykiatriskt skolad socialarbetare med heltidstjänst vid varje klinik har dock särskilt framhållits.

Systemet med kliniker för psykisk hälsovård bland barn och ungdom hade år 1934 i Förenta staterna nått en sådan utveckling vad städerna beträffar, att 27 av de 50 största städerna betjänades av heltidskliniker, varjämte, som förut nämnts, klinisk verksamhet i en eller annan form bedrevs i många mindre eller medelstora städer. Ifråga om landsbygden ansågs det vid denna tid, att man måste under statlig ledning väl tillvarataga de lokala resurserna, om man skulle kunna leda utvecklingen i önskvärd riktning. Under åren närmast efter 1934 synes verksamheten ifråga, såväl i städerna som kanske framför allt på landsbygden, ha spritts till allt flera delar av landet och vuxit avsevärt i omfattning.

I de egentliga storstäderna — samhällen med minst 500 000 invånare — har ett särskilt problem yppat sig. För att i dylika samhällen kunna rationellt tillgodose behovet av klinisk verksamhet har man sett sig nödsakad antingen att betjäna sig av en klinik med avsevärt förstärkt personal eller att begagna flera från varandra skilda kliniker. Man har i dylika situationer vanligen bestämt sig för det senare alternativet. I *New York*, exempelvis, finnas fullständiga heltidskliniker anslutna till skolorna, till ungdomsstolarna, till sjukhusen och till socialvårdsinstitutionerna. En sådan anord-

ning anses emellertid knappast vara rekommendabel annat än just för de egentliga storstäderna.

Erfarenheterna i Förenta staterna anses ha visat, att klinikernas verksamhet helst bör ledas av en välskolad och erfaren psykiatriker. Klinikernas läkarkrafter ha i regel haft ögonen öppna för betydelsen av den egna första-handsiakttagelsen rörande klientelet's somatiska tillstånd, då det gäller diagnostik och behandling i de olika fallen. I åtskilliga fall ha klinikernas psykiatriker upptagit ett effektivt samarbete med sjukhusens personal och med praktiserande barnläkare (pediatriker). Ett önskemål anses vara att barnläkarna skola konsultera klinikernas psykiatriker, då det gäller svårare fall inom barnläkarpraktiken, men att den egentliga vården av dessa fall även efter dylik konsultation skall utövas av vederbörande barnläkare. I fall, då uppföranderubbningar kvarstå hos barnläkarnas patienter efter det femte levnadsåret, anses vården emellertid böra övergå från pediatrikerna till klinikerna. Ett samarbete enligt nu angivna riktlinjer mellan pediatrikerna och klinikerna respektive de vid dessa institutioner anställda psykiatrikerna anses emellertid kräva en vidgad psykiatrisk utbildning för barnläkarna ävensom en ökad förståelse de ifrågavarande läkarkategorierna emellan. Ifråga om samarbetet mellan de olika kategorierna tjänstemän vid klinikerna förtjänar framhållas att detta i regel har formen av kollegial samverkan mellan sinsemellan jämställda funktionärer.

Klinikernas psykiatriker och psykologer erhålla sin utbildning vid olika institut, sedan år 1927 vid, bland andra, *The Institute for Child Guidance*. Sistnämnda institut bereder även de blivande socialarbetarna vid klinikerna möjlighet att under utbildningstiden förskaffa sig praktisk erfarenhet. Om dessa socialarbetares teoretiska utbildning, som även den bedrivs vid olika institut, har förut talats. I detta sammanhang förtjänar framhållas att det visserligen i Förenta staterna finns åtskilliga institut, vid vilka man bedriver vetenskaplig forskning — av såväl teoretisk som praktisk art — rörande ungdomsårens uppföranderubbningar, men att det anses att denna forskning bör avsevärt utvidgas och fördjupas, även om man redan nu skapat en tämligen fast grundval för diagnostisk verksamhet och terapi.

Det klientel som behandlas å klinikerna består i regel av barn i åldern 5—15 år. Flertalet torde befinna sig i åldern 10—14 år, och majoriteten utgöres av gossar. De barn som utväljas för intensiv undersökning och vård lida av svårigheter, vanligen på grund av bristande balans å känslolivets område (rubbad emotionell balans) vare sig hos dem själva eller hos uppfostrarna. Men svårigheterna kunna också ha orsakats av bristande överensstämmelse mellan uppfostrarnas ambition och barnens kapacitet eller av destruktivt inflytande från den sociala omgivningens sida. Svårigheterna yttra sig exempelvis i olydnad, tjuvaktighet, lögnaktighet, trotsighet, skygghet och nervositet. Liksom på demonstrationsklinikernas tid hänvisas de vårdbehövande fallen till klinikerna vanligen av domstolar, barnavårdsnämnder, skolor, föräldrar och släktingar.

Då någon vänt sig till en klinik med begäran om hjälp, intervjuas den

hjälp sökande av en kliniktjänsteman. Med stöd av vad som framkommit vid intervju beslutat den intervjuande eller klinikpersonalen i sin helhet vid ett sammanträde, huruvida den framställda hjälpbegäran skall föranleda någon klinikens åtgärd eller ej. I förra fallet kan kliniken meddela fullständig vård eller ock allenast begränsad behandling.

Den begränsade behandlingen kan vara av följande olika slag. 1) Kliniken kan meddela praktiska råd och anvisningar å andra möjligheter att erhålla hjälp än sådana, som stå till buds hos kliniken. 2) Vidare kan kliniken bedriva diagnostisk verksamhet, bestående av summarisk individuell undersökning av mindre allvarliga fall, vilka därefter hänvisas till andra institutioner, därvid kliniken lämnar vissa rekommendationer rörande vården. Dessa andra institutioner få taga ansvaret för behandlingen och undan för undan till kliniken avgiva rapporter rörande denna behandling. 3) I vissa fall kunna åtgärderna inskränkas till en serie konsultationer av någon särskild tjänsteman, tillhörande klinikens personal. 4) Slutligen kan det förekomma, att kliniken ställer sig till förfogande för rådgivning åt andra institutioner, som fått med fall av uppfostringssvårigheter att göra.

Då det gäller fullständig undersökning och vård, ha ofta nog samtliga klinikmedlemmar var sin arbetsuppgift i de särskilda fallen. Emellertid händer det, då det är någon annan institution som påkallar klinikens ingripande, att den institution som sålunda begär bistånd får prestera socialundersökningen. Vid sammanträden mellan klinikens samtliga tjänstemän diskuteras de olika fallen uttömmande. Skolmän och representanter för barnavårdsnämnder få ofta deltaga i dylika sammankomster, varigenom personlig kontakt mellan de olika institutionerna upprätthålles på ett ändamålsenligt sätt. Man ser dock gärna till, att gruppen av deltagare i konferenserna icke blir för stor, enär i motsatt fall det åsyftade konferensresultatet skulle kunna äventyras. Diskussion mellan klinikens samtliga tjänstemän förekommer ej blott, då man i början drager upp riktlinjerna för ett falls behandling, utan även senare vid olika skeden av behandlingen.

Den fullständiga psykiska hälsovård klinikerna ha att erbjuda består av psykoterapi, åvägabringande av rättelser ifråga om de ungas omgivning (exempelvis skolbyte) samt beredande av möjlighet till vila och fysisk omvårdnad m. m. Själva den medicinska behandlingen av fysiska brister utföres emellertid ej av klinikens personal. Ofta har ett till en klinik hänvisat fall en sådan struktur, att de psykoterapeutiska åtgärderna måste i första hand riktas mot den unga individens föräldrar (mentalhygienisk tillsyn av familjen).

Exempel på metoder för samarbete mellan klinikerna och andra socialvårdande eller pedagogiskt inriktade institutioner ha förut nämnts. Ytterligare torde i detta sammanhang böra nämnas att klinikerna för socialarbetare från andra verksamhetsfält anordna kortare kurser och praktiska tillämpningsövningar. Blivande psykiatriker, psykologer och socialarbetare få praktisera vid klinikerna, och klinikpersonalen håller stundom föreläsningar eller seminarieövningar vid skolor och universitet.

Man kunde vara frestad att tro, att, med ett så omfattande arbetsprogram

som nu angivits, risken för en överbelastning av klinikerna skulle vara stor. Av olika skäl har emellertid faran härför ej visat sig vara så överhängande. Det förhåller sig nämligen så, att, trots en intensiv kampanj för psykisk hälsovård bland barn och ungdom, endast en relativt ringa del av befolkningen synes kunna utan större ansträngningar bringas till insikt om betydelsen av en tidig behandling av uppföranderubbningar. Detta gällde i allt fall klinikverksamhetens begynnelsestadium. Härtill kommer, att klinikerna i princip blott äro speciella organ, dit institutioner, som få den primära kontakten med fallen, i händelse av behov kunna hänvisa sådana fall, vari särskilda svårigheter yppats. Klinikerna utgöra med andra ord komplement till domstolar, skolor, barnvårdsnämnder, barnläkare och enskilda hem. Då en klinik startar sin verksamhet, händer det nog — vilket alltid i dessa fall är att vänta — att personalen blir överlupen av fall, som tidigare under årens lopp samlats utan att kunna beredas erforderlig vård. Emellertid verkar klinikernas arbete i den riktningen, att personalen i övriga socialvårdande och pedagogiska institutioner bibringas bättre insikter rörande sina egna arbetsuppgifter och samtidigt får en bättre förståelse för arten av klinikarbetet. Till följd härav komma småningom färre fall än i början att av sådana institutioner hänvisas till klinikerna. Sedan klinikerna utomstående socialvårdsfunktionärer fått en bättre insikt i klinikernas arbetsmetoder, har också ett alltmera fruktbringande samarbete kunna upptagas mellan klinikerna och andra institutioner, något som i sin mån varit ägnat att lätta arbetsbördan.

Ett gott samarbete med andra institutioner utesluter för klinikernas del icke en i möjligaste mån oberoende ställning. Klinikerna ha i de flesta fall icke växt upp som en del av sjukhusorganisationen, och detta förhållande anses i viss mån ha befrämjat självständigheten i klinikorganisationen och bidragit till verksamhetens förtroende såsom mentalhygienisk institution samt främjat dess utveckling i önskvärd riktning. En tendens till ökade relationer mellan klinikerna och de medicinska undervisningsanstalterna har kunnat spåras, och denna tendens anses löftesrik.

Klinikernas verksamhet finansieras på olika sätt. Såväl statliga som kommunala medel anlitas för ändamålet. Bidrag erhållas stundom från »public funds», d. v. s. medel för den offentliga skolundervisningen. Även privata donationer till stöd för verksamheten förekomma. De medelstora städernas kliniker få vanligen sina kostnader bestridda av kommunala medel. I vissa fall söka klinikerna förbättra sina villkor genom frivilliga avgifter av föräldrar, som kunna och vilja betala för sig. Denna sistnämnda form av finansiering har dock med hänsyn till verksamhetens samhällseliga betydelse spelat en relativt blygsam roll. Numera ha stora federala anslag beviljats för barnvårdsändamål, särskilt såvitt angår landsbygdsdistrikten, och dessa anslag komma även klinikverksamheten tillgodo. Den federala *Children's Bureau* inom *Department of Labor* utformar i samråd med delstaternas myndigheter planerna för den barnavårdande verksamhet i landet, som skall draga nytta av dessa anslag. Det förtjänar i detta sammanhang framhållas, att betydande federala anslag beviljas delstaterna till stöd för verksamhet, inriktad på

ett förekommande av felutveckling hos normala barn, detta dock under förutsättning av delstaternas egen ekonomiska medverkan.

I de amerikanska skolorna ha vissa speciella åtgärder vidtagits till mildrande av elevernas anpassningssvårigheter. Ehuru dessa åtgärder i viss mån utgå från andra förutsättningar än anordnandet av den nu beskrivna kliniska verksamheten, skola här även de åsyftade åtgärderna inom skolväsendet beröras till komplettering av den föregående redogörelsen. Vid större amerikanska skolor brukar en »psykologisk avdelning» finnas anknuten till skoladministrationen. Vanligen består en sådan avdelning av lärare med speciell psykologisk utbildning, vilka diagnostisera särskilda inlärnings- eller uppfostringssvårigheter hos eleverna, remittera de svårare fallen till specialister, giva de lindrigare fallen (smärre talfel och dylikt) psykoterapeutisk behandling samt bistå lärarna med råd i deras pedagogiska verksamhet. Ytterligare finnas i det amerikanska skolväsendet mentalhygieniskt verksamma tjänstemän, som benämnas »visiting teachers» (besökslärare). Dessa tjänstemän äro socialarbetare med psykiatrisk utbildning och behöva ej nödvändigtvis därjämte vara utbildade pedagoger. En och samma »visiting teacher» är ofta knuten till flera skolor och har mottagning anordnad i skollocalerna. Även »visiting teachers» giva lärarkrafterna råd angående lämplig behandling av barn med skolsvårigheter samt omhändertaga och remittera mera utpräglade fall till vederbörande skolläkare, men de utgöra också en förbindelselänk mellan skola och hem. Sålunda ingå hembesök i mån av behov i en »visiting teacher's» ålligganden.

På sina håll i Förenta staterna (exempelvis i Massachusetts) har man även anordnat ambulerande psykiatriska skolkliniker, som ha till uppgift att ägna de efterblivna eleverna och deras utbildningsproblem speciell uppmärksamhet. Överhuvud taget synes man i Förenta staterna, med hänsyn till verksamhetens förebyggande och i längden ekonomiskt lönande karaktär, ha sökt i rikt växlande organisationsformer sörja för barnens och ungdomens psykiska välfärd, vare sig det gäller åtgärder i renodlade fall av uppföranderubbning eller utvecklingshämning eller fråga är om korrektiv mot blandformer av dessa avvikelser från det normala.

England.

I England har vuxit fram ett system för psykisk barna- och ungdomsvård, vilket i mycket efterbildat och anslutit sig till det amerikanska systemet på området. År 1937 funnos i England fyrtiosex Child Guidance Clinics, därav ett trettio i London. Klinikerna ha huvudsakligen lokaliserats till de större städerna samt äro i vissa fall helt fristående till sin organisation, i andra fall anknutna till folkskoleväsendet och i åtskilliga fall till sjukhus, främst anstalter för sinnessjukvård. Sjutton kliniker voro år 1937 kommunala, därav femton i London.

Driften av skolklinikerna bekostas i stort sett av stat och kommun, de fristående och sjukhusklinikerna däremot medelst bidrag från privata fonder.

Verksamheten vid den äldsta kliniken, *London Child Guidance Clinic*, grundad år 1929 och av fristående typ, har under många år delvis bekostats medelst penningbidrag från Förenta staterna (från the Commonwealth Fund of America), bidrag som dock under årens lopp successivt minskats. Enahanda har varit förhållandet med verksamheten vid vissa andra likartade kliniker liksom med utbildningen av klinikpersonal. — Emellertid erläggas även avgifter till klinikerna, då desamma konsulteras av patienter. Man håller i England rent principiellt på detta avgiftssystem, enär verksamheten på grund därav icke kommer att framstå som välgörenhet. Vid *London Child Guidance Clinic* utkrävas avgifter allt efter patienternas betalningsförmåga, dock att den glidande skalan för avgiftsberäkningen är maximerad. Högsta avgift för undersökning och första besök är 30 shillings, medan avgiften för förnyat klinikbesök varierar mellan 6 pence och 7 shillings. Ett likartat betalningssystem som vid *London Child Guidance Clinic* tillämpas även vid andra av landets kliniker för psykisk barna- och ungdomsvård.

Personalen vid klinikerna består, liksom fallet är i Förenta staterna, av psykiatriker, psykologer och socialarbetare med psykiatrisk utbildning. I regel intaga psykiatrikerna chefsställning, men det händer vid skolklinikerna att den kliniska verksamheten förestås av en skolpsykolog. Personalen är högt kvalificerad. *London Child Guidance Clinic* fungerar som ett utbildningscentrum för dem, som vilja ägna sig åt verksamhet av ifrågavarande slag, vare sig som läkare, som psykologer eller i egenskap av socialarbetare. För erhållande av dylik specialutbildning fordras viss kompetens, för läkare fullständig medicinsk utbildning ävensom utbildning i psykoanalys, för psykologer akademisk examen jämte vunnit undervisningsvana samt för socialarbetare diplom över undergången social utbildning samt självständigt socialt arbete; även väl genomgången utbildning i psykoanalys är en ofta förekommande merit. Tiden för läkares och psykologers utbildning vid *London Child Guidance Clinic* uppgår till minst ett år. Socialarbetare med nyssnämnda kvalifikationer utbildas drygt fyra månader vid kliniken och lika lång tid på sinnessjukhus, varjämte de genomgå en tre veckors kurs i sinnesslövärd. Parallellt härmed bedrivs teoretiska studier. Dessa studier (*Mental Health Course*) vara $10\frac{1}{2}$ månader och fortgå varje år sedan 1929.

Bland dem som för erhållande av hjälp söka klinikerna utväljes ett antal för ändamålet lämpade fall, vilka vid klinikerna meddelas terapeutisk behandling, medan återstoden hänvisas till andra institutioner, vilka i stor utsträckning samarbeta med klinikerna. Skolklinikerna behandla för sin del endast skolbarn och huvudsakligen fall av skolvårigheter. I de fall, då klinikerna icke äro anslutna till sjukhus, har det ofta varit mindre väl beställt med tillgången på observationsplatser, avsedda för klinikernas patienter.

Klinikerna äro till sin natur stationära, ehuru ambulatorisk verksamhet varit diskuterad. Efter krigsutbrottet ha emellertid i många fall de vid klinikerna anställda socialarbetarna fått ambulera för att kunna fylla sin upp-

kriget och den därav föranledda evakueringen ha nämligen medfört en passningsproblem. Överhuvud taget ha krigsförhållandena, såsom inta, medfört en ansvällning av klinikernas arbetsbörda.

En centralorganisation för de engelska klinikerna, benämnd *Child Guidance Council*, söker biträda klinikerna i det praktiska arbetet genom att skaffa erforderliga observationsplatser och lämpliga fosterhem samt träffar vissa avgöranden rörande personalens löneförhållanden. Sammanslutningen ifråga tog på sin tid initiativ till utbildning av socialarbetare av nu ifrågavarande slag och garanterade under en kort tid deras löner. Numera söker institutionen med alla medel befrämja studiet av barnårens uppföranderubbningar samt arbetet att förebygga psykos, neuroser och uppfostringsbesvär. Vidare främjar institutionen samarbetet mellan klinikerna samt mellan dessa å ena och övriga sociala institutioner å andra sidan, varjämte institutionen underlättar byte av personal och delgivning av erfarenheter klinikerna emellan. Slutligen söker sammanslutningen sprida kunskap om värdet av klinikernas arbete, underlätta verksamhetens finansierande samt anordna kurser och konferenser för dem som syssla med klinikarbete.

Det anses på sina håll i England, att anordningen med en klinik för psykisk barna- och ungdomsvård, anknuten till ett sjukhus, är den för ändamålet bäst lämpade formen för dylik klinisk verksamhet. *Child Guidance Clinic at Guy's hospital* i London är på detta område en föredömlig institution. Denna klinik har numera lokaler i särskild byggnad och har därigenom goda möjligheter att intaga patienter för observation i fysiskt och psykiskt hänseende. Kliniken hade efter fem års verksamhet tagit sådan omfattning, att den kommit att sysselsätta, förutom erforderligt antal vid sjukhuset anställda läkare, två psykologer och två å heltid verksamma socialarbetare, samtliga avlönade, samt därtill omkring ett tiotal oavlönade socialarbetare, som ej hade heltidssysselsättning. Under år 1935 beredde kliniken hjälp i 363 nya fall. Samma år vidtog å kliniken åtgärder i sammanlagt omkring 1 000 fall. Den terapeutiska behandling, som bestått de utvalda fallen, har utgjorts av sådana åtgärder som exempelvis specialbehandling av patienter med ordblindhet och likartade defekter. Erfarenheten anses ha visat, att ända upp till 75 procent av behandlade fall till följd av behandlingen vunnit större eller mindre förbättring i sitt tillstånd. Tillströmningen av hjälpsökande har stadigt ökats, och klinikens arbetsbörda därmed blivit alltmer pressande, varför urvalet av för intensiv behandling lämpade fall tyvärr undan för undan måst skärpas.

I grevskapet *Hertfordshire* strax norr om London finns, för att taga ett annat exempel, en av de största klinikerna i landet. Den är ansluten till ett sjukhus och har fyra »centres» (en central och tre filialer) med sammanlagt två läkare, fem psykologer, därav tre med psykiatrisk utbildning, och tre psykiatriskt utbildade socialarbetare ävensom två sekreterare.

I det engelska skolväsendet fungera också psykologer (skolpsykologer), som icke äro direkt underställda klinikerna men samarbeta med dem. Dessa skolpsykologer sortera under *Education committees*, d. v. s. de myndigheter, som handha den omedelbara ledningen av det statligt-kommunala skolväsendet i distrikten (counties m. m.). I allt större utsträckning anställa numera *Education committees* skolpsykologer — en eller flera för varje distrikt. Psykologernas främsta uppgift är att testa enskilda elever och stundom skolornas hela elevmaterial.

Tyskland.

I Tyskland har rådgivningsverksamheten i uppfostringsfrågor gamla anor. Redan år 1903 öppnades sålunda i Berlin ett så kallat *Jugendberatungsstelle*. I olika former söker man numera nå vidare på den väg, varpå man sålunda slagit in. *Beratungsstellen* finnas av olika typer, allteftersom deras uppbyggnad, sammansättning och uppgifter växla. Gemensamt för dem alla är emellertid, att de ha en offentlig prägel. Hittills ha dessa *Beratungsstellen* i stort sett tillkommit på lokala initiativ, men på sista tiden ha strävanden förmärkts, som syfta till att centralt och mera planmässigt än förut främja verksamheten.

Den offentliga barna- och ungdomsvården i Tyskland samarbetar sedan länge med den pedagogiska, psykologiska och psykiatriska sakkunskapen, då det gäller uppfostringsfrågor. Sådant samarbete upprätthålles exempelvis med personalen vid psykiatriska kliniker och nervkliniker. Vid dessa kliniker finnas — i allt fall i universitetsstäderna — psykiatriska rådgivningsbyråer. Även vid barnklinikerna finnas läkepedagogiska rådgivningsbyråer upprättade. I åtskilliga storstäder ha de barna- och ungdomsvårdande myndigheterna, *Jugendämter*, psykologer eller psykiatriker anställda, vilka verka å egna, vederbörande *Jugendämter* underställda *Beratungsstellen*.

Ifråga om de nu nämnda institutionernas klientel förekommer intet reglerat urval. De fall, med vilka *Jugendämter* få att skaffa, bestå enligt uppgift ofta av svagt begåvade barn med mindre gott påbrå och fostrade under socialt otillfredsställande förhållanden.

De till klinikerna anslutna rådgivningsbyråerna begagna de olika sjukvårdsinrättningarnas lokaler och ha, utom på de ledande posterna, egen personal. I de fall, då *Jugendämter* anlita särskilt anställda psykologer eller psykiatriker för sin rådgivningsverksamhet, ha dessa tjänstemän egna, av *Jugendämter* tillhandahållna lokaler och därtill särskild för ändamålet dem underställd personal. Många rådgivningsbyråer förfoga över observationskliniker eller observationshem med sjukvårdsutbildad och pedagogiskt skolad personal.

För närvarande arbeta, som förut nämnts, åtskilliga krafter på ett mera i stort anlagt främjande av de lokala *Jugendämters* rådgivningsverksamhet. Sålunda har exempelvis *Landesjugendamt* i Rhenprovinsen uppmanat de lokala *Jugendämter* i provinsen att tillvarataga möjligheterna till uppfostringsrådgivning, eventuellt under medverkan av vederbörande *Gesundheitsämter* (hälsovårdsnämnder). Samtidigt har *Landesjugendamt* uppdragit riktlinjer för systemets utbyggnad och verksamhetens finansiering.

Även fackligt-politiskt upprättade rådgivningsbyråer för uppfostringsfrågor ha på senare tid tillkommit i Tyskland. Det är *NS-Volkswohlfahrt* (*NSV-Jugendhilfe*) som står för upprättandet av dessa byråer. Man har planerat att för ändamålet anställa en psykolog (»referent för uppfostringsrådgivning») inom varje Gau. För ändamålet lämpade personer erhållas genom *Deutsche Gesellschaft für Psychologie*. En ledare för verksamheten inom varje Gau skall verka för upprättandet av dylika fackligt-politiska rådgivningsbyråer i

de olika lands- och stadskretsarna, själv bedriva fältarbete och dessutom psykologiskt skola NSV-Jugendhilfes medlemmar för uppgiften. Där egna byråer i kretsarna icke kunnat upprättas, har man sökt hjälp av den psykologiska referenten under vissa på förhand bestämda perioder. I vidare mån än här ovan angivits stå i allmänhet icke särskilda krafter till förfogande för verksamhetens bedrivande. Observationsplatser ställas ofta till förfogande av *Psychologischer Universitätsinstitut*. I andra fall utnyttjas särskilda, centrala observationshem eller universitetsnervklinikernas stationer.

Den nämnda rådgivningsverksamheten i uppfostringsfrågor bedrivs enligt riktlinjer upprättade av *Hauptamt für Volkswohlfahrt* och avser i första hand rent förebyggande uppfostringsåtgärder. Svårt patologiska fall och intelligensdefekta barn erhålla i regel ej behandling genom nu ifrågavarande byråers försorg.

För behandling av, bland annat, neurosfall bland barn ha på senare tid i olika tyska storstäder rådgivningscentraler upprättats av *Deutsche Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie*. Dessa centraler begagna psyko-terapeutiska metoder och samarbeta med vissa smärre observationshem. Centralernas personal består av nervläkare och psykologer, som fått sin utbildning vid institutet.

Schweiz.

Beträffande förhållandena i Schweiz torde följande vara förtjänt av beaktande. Redogörelsen avser allenast förhållandena, sådana de gestaltat sig intill år 1939.

Någon riksomfattande organisation för den psykiska barna- och ungdomsvården finnes ej i landet. Emellertid ha de större kantonerna i ekonomisk samverkan med vederbörande städer upprättat så kallade *Psychiatrische Polikliniken für Kinder und Erziehungsberatungsstellen*. Dylika inrättningar finnas i Basel, Bern, Genève, Lausanne och Zürich.

I samtliga fall ha psykiatriker tillsatts som föreståndare för inrättningarna. Dessa psykiatriker äro tillika läkare vid de olika städernas sinnessjukhus, där de förestå en avdelning för observation och vård av sådana till de psykiatriska barnklinikerna hänvisade fall, som ej på poliklinisk väg kunna erhålla tillfredsställande behandling. De psykiatriska barnklinikerna som äro stationära stå under samma förvaltning som respektive sinnessjukhus i de olika städerna men ha i dessa städer egna mottagningslokaler, skilda från sinnessjukhusen. Vid var och en av klinikerna finnas anställda, förutom vederbörande föreståndare, en eller flera underläkare samt en skolad psykolog, vilkens hjälp anlitas vid förundersökning, testning och dylikt. Å klinikerna hållas i regel mottagningar dagligen. I pediatrik specialutbildade läkare (barnläkare) finnas ej anställda vid klinikerna, men klinikpersonalen samarbetar med de pediatrika avdelningarna vid städernas sjukhus. I Zürich, exempelvis, underkastas alla till stadens barnpsykiatriska klinik hänvisade barn noggrann undersökning på den pediatrika avdelningen. Eventuellt intagas de där ett par dagar för observation. Vid kliniken i Zürich, som troligen

är den största av de schweiziska klinikerna, uppgick antalet nyanmälda fall till mellan 500 och 600 under det sista år, som här redovisas. Därest även återställningsfallen medräknas, uppgick antalet konsultationer under samma tid till mellan 1 500 och 1 600, vilket medförde en alltför sträng arbetsbörda för en överläkare och en underläkare. Klinikernas klientel utgöres av både barn och ungdom med mer eller mindre avancerade anpassningssvårigheter och kriminella tendenser. Verksamheten består av såväl rådgivning som behandling. Alla intelligensgrader finnas representerade inom klientelet, men i regel erhålla endast de normalbegåvade behandling vid klinikerna, under det att de psykiskt undermåliga remitteras till andra institutioner.

Förutom de nu beskrivna klinikerna, vilka efter förmåga betjäna befolkningen såväl i städer som å kringliggande landsbygd, finnas kommunalt anordnade skolpsykologiska centraler (*Schulpsychologische Aemter*) i Basel, Bern, Genève och St. Gallen. Dessa inrättningar förestås i regel av utbildade pedagoger (med den akademiska graden dr. phil.) och äro anslutna till skolorna. Både rådgivning och behandling förekomma vid dessa institutioner. Åtskilliga dit hänvisade fall remitteras emellertid till de barnpsykiatriska klinikerna.

Ytterligare finnas en mängd på privat väg anordnade rådgivningsstationer för uppfostringsvårigheter. Dessa äro i regel organiserade av någon ideell förening och ofta anslutna till eller ambulatoriskt skötta av något hälsopedagogiskt seminarium. Rådgivningsstationerna ha mottagning vanligen endast två gånger i månaden samt förestås i de flesta fall av någon pedagog med graden dr. phil. Sådana stationer finnas i Basel, Chur, Freiburg, Genève, Luzern, Neuchâtel, Sargans, Solothurn, Thun, Wallis, Wengen och Zürich. De utöva antingen enbart rådgivning eller också även intensivbehandling av fallen.

Danmark.

Utvecklingen i Danmark på ifrågavarande område har ej heller den varit fullt enhetlig utan gått efter två linjer, den barnpsykiatriska och den skolpsykologiska. Även blandformer finnas.

I *Köpenhamn* finnas tre psykiatriska barnpolikliniker, knutna till stadens tre största psykiatriska sjukhusavdelningar, nämligen en vid rigshospitalets avdelning O, en vid kommunehospitalets sjätte avdelning och en vid Bispebjergs hospitals avdelning E. Dessa polikliniker stå under ledning av respektive avdelningars läkare. Vid den förstnämnda polikliniken finnes en särskild poliklinikläkare fast anställd. Läkarna vid denna poliklinik stå till tjänst med konsultation varje dag, och ett par yngre läkare arbeta därstädes med upprättandet av journaler i de olika fallen. Konsultationerna vid de nu nämnda tre klinikerna äro icke belagda med avgift. Vid varje poliklinik arbeta, förutom läkarna, ett antal sjuksköterskor och en eller två socialarbetare.

Köpenhamn har även en skolpsykologisk byrå, som arbetar under ledning av en kvinna med akademisk utbildning. Denna byrå, som är kommunal, står öppen för alla barn från Köpenhamns skolor. Byråns kvinnliga ledare

och 4 till 5 medhjälpare, som stå till hennes disposition, (»skolpsykologer») ha genomgått en grundlig psykologisk skolning vid universitetet. De ha avlagt examen, motsvarande den svenska filosofie licentiatexamen, och dessutom erhållit viss lärarutbildning. Vid byrån finnes även anställd en kvinnlig läkare (»skolpsykiatriker»). Dessutom arbetar en sjuksköterska vid byrån men däremot ingen socialarbetare. I *Frederiksberg* och *Gentofte* (två förstäder till Köpenhamn) finnas likaledes skolpsykologiska byråer under ledning av akademiskt skolade krafter. Skolpsykologer saknas i övriga delar av landet, men på sakkunnigt håll hoppas man på systemets utveckling i samband med ett allmännare genomförande av hjälpundervisningen.

Ett gott samarbete upprätthålles mellan de olika skolpsykologiska byråerna och de psykiatriska poliklinikerna. Skolpsykologerna göra besök i de olika skolorna och ha lokaler för mottagning därstädes. Enklare fall av speciella skolsvårigheter behandla skolpsykologerna själva — exempelvis svårigheter, som föranleda undervisning i ordblindhetsklasser. En del fall remitteras till barnläkare och en del — de svårare fallen — till de psykiatriska barnpoliklinikerna. Skolpsykologerna bruka därvid personligen följa hjälpbehövande mödrar och barn till dessa polikliniker. Samarbete på vetenskaplig grund förekommer i övrigt mellan skolpsykologerna och det arvsbiologiska forskningsinstitutet i Köpenhamn.

Några fastställda grunder för utbildningen av skolpsykologer finnas icke. Emellertid ha två vetenskapsmän och universitetslärare inom det psykologiska facket uppdragit grundlinjer för en för ändamålet avsedd treårig psykologiskt-pedagogisk universitetsutbildning, avsedd att avslutas med candidatus psychologię-examen. Till detta förslag har dock, såvitt kunnat utrönas, vederbörande myndigheter ännu ej tagit ställning.

I *Aarhus* finnes en skolpsykiatrisk byrå, som står under ledning av en kvinnlig läkare med en skolpsykolog som biträde. Denna byrå är kommunal samt liknar i fråga om organisation och arbetsmetoder i viss mån den i nästföregående kapitel närmare beskrivna rådgivningsbyrå för uppfostringsfrågor, som finnes knuten till Stockholms stads barnavårdsnämnd.

Frågan om anordnandet av observationshem för svårfostrade barn är i Danmark i stort sett olöst.

Man är i färd med att inrätta en särskild *barnpsykiatrisk avdelning vid rigshospitalet* i Köpenhamn, och det antages att läkaren vid Köpenhamns skolpsykologiska byrå kommer att bli överläkare vid denna nya avdelning. Därest en barnpsykiatrisk klinik skulle komma att inrättas vid kommunehospitalet i Aarhus, antages det, att denna kommer att anknytas till sjukhusets barnavdelning och ej till dess psykiatriska avdelning.

Finland.

I Finland ha på senare tid centraler för rådgivning i uppfostringsfrågor grundats. Sålunda anställde *Helsingfors stad* på hösten 1938 en barnpsykiatriker för folkskolorna i staden. Även stadens barnträdgårdar fingo kort

därpå sin egen psykiatriker. *Samfundet folkhälsan i Svenska Finland* öppnade på våren 1939 en mentalhygienisk byrå för barn i *Helsingfors* och en dylik byrå i *Åbo*. Sistnämnda båda byråer, som äro avsedda för svensktalande barn och ungdomar i åldern upp till 18 år, förestås av en och samme läkare. Å byrån i *Helsingfors* mottagas icke barn från stadens folkskolor och barnträdgårdar, detta för att byrån icke skall ingripa å de vid dessa institutioner anställda barnpsykiatrikernas verksamhetsområde. Byråns klientel i *Helsingfors* stad utgöres därför av barn i förskolåldern, vilka ej gå i stadens barnträdgårdar, samt läroverkselever och ungdom över skolåldern. Dessutom mottagas å byrån barn av alla kategorier från den kringliggande nyländska landsbygden. Behandlingen å denna byrå är kostnadsfri. I *Åbo* finnes sedan år 1939, förutom samfundet folkhälsans därvarande byrå, jämväl en av *general Mannerheims barnskyddsförbund* grundad rådgivningsbyrå. Sistnämnda byrå bedriver rådgivning i uppfostringsfrågor rörande finsktalande barn och står, även den, under ledning av en läkare.

*

På grund av rådande krigsförhållanden ha uppgifter från *Norge* rörande därstädes vidtagna åtgärder för psykisk barna- och ungdomsvård tyvärr icke stått att erhålla.

Sammanfattande synpunkter.

Av den lämnade översikten framgår att man vid anordnandet av psykisk barna- och ungdomsvård i utlandet vanligen sökt tillgodogöra sig såväl den psykiatriska och pediatrika som den sociala, psykologiska och pedagogiska sakkunskapen. Psykiatrikerna och de specialutbildade socialarbetarna synas vara de yrkesgrupper, som oftast äro representerade bland de för ändamålet verksamma funktionärerna. Den psykologiska och pedagogiska sakkunskapen har man i viss utsträckning sökt utnyttja under särskilda organisationsformer — psykologiska avdelningar vid skolorna, »visiting teachers», skolpsykologiska centraler eller byråer. Dessa särorganisationer synas dock i första hand syfta till ett tillrättaläggande av rena skolsvårigheter, framför allt sådana av mindre allvarlig natur.

Man fäster i utlandet uppenbarligen stor vikt vid den vetenskapliga forskningen rörande de ungas uppfostrings- och anpassningsproblem liksom vid en rationell utbildning av blivande funktionärer inom den psykiska barna- och ungdomsvården. Det förefaller därvid vara ett tämligen genomgående drag, att de upprättade rådgivningscentralerna i stor utsträckning utnyttjas för vetenskapliga och praktiskt pedagogiska ändamål inom ifrågavarande ämnesområde.

En tydlig strävan har i de olika länderna gjort sig märkbar, nämligen att låta denna gren av den socialmedicinska vården omfatta allenast så många fall, att desamma av funktionärerna kunna ägnas så intensiv och långvarig behandling, som enligt vunna erfarenheter fordras för tillfredsställande resultat. Emellertid har det visat sig tämligen ogörligt att obrottsligt

fasthålla vid en sådan princip. Resurserna för tillgodoseende av hjälpbehovet ha i allmänhet ej varit större, än att man i åtskilliga fall fått nöja sig med ren rådgivning och för den fortsatta behandlingen lita till andra institutioner.

För att den psykiska rådgivningen för barn och ungdom skolat kunna fylla sin uppgift har det i allmänhet varit nödvändigt, att stat och kommun helt eller delvis fått svara för de med verksamheten förenade kostnaderna. England utgör därvidlag i viss mån ett undantag, i det att man där — liksom i andra fall av sjuk-, hälso- och socialvård — åtminstone hittills kunnat i betydligt större utsträckning än i andra länder lita till frivilliga insatser från privat håll. Behandlingen vid de utländska centralerna synes oftast vara kostnadsfri för de hjälpsökande. I de fall, då vården eller rådgivningen varit avgiftsbelagd, förefaller det som om avgifterna spelat en underordnad roll för verksamhetens finansiering.

Som slutomdöme rörande ifrågakvarande verksamhet i utlandet torde kunna sägas, att densamma fyller ett behov av synnerlig vikt och avsevärd storleksordning, samt att verksamheten numera bygger på en betydande fond av praktisk erfarenhet och är stadd i oavbruten utveckling.

Kap. VI. Förutsättningar och krav ifråga om anordnandet av allmän psykisk barna- och ungdomsvård.

Socialpolitiska och socialmedicinska synpunkter på frågans lösning.

I ett tidigare avsnitt av detta betänkande har framhållits hurusom man, då det gäller att i stora drag klarlägga den medelbara bakgrunden till social missanpassning och asocialitet hos barn och ungdom, väsentligen har att falla tillbaka på psykiska brister av olika slag hos de unga samt otillfredsställande hemförhållanden och brister i miljöförhållandena i övrigt. Detaljerade utredningar rörande dessa förhållanden ha genom kommitténs försorg verkställts, och resultaten därav redovisas i de vid detta betänkande fogade, förut omnämnda bilagorna A och B. Vidare har det påvisats, att i det övervägande antalet fall utvecklingen till missanpassning och asocialitet redan på ett tidigt stadium bort kunna förutses, därest förhållandena blivit i tid klarlagda. Ytterligare torde den föregående framställningen tydligt giva vid handen, att, för den händelse förefintligheten av de omständigheter, som i olika fall predisponera för missanpassning och asocialitet, blivit i tid avslöjade, åtskilliga hjälpmedel finnas, varigenom man kan inlänka de ungas utveckling på nya banor, ledande till bättre social anpassning än den, var till utvecklingen tidigare tenderat.

Det måste fördenskull ur olika synpunkter sett framstå som synnerligen angeläget, att i mesta möjliga mån effektiva åtgärder vidtagas för tillvaratagande av alla till buds stående möjligheter att i tid uppsåra och avslöja orsakerna till gryende missanpassning hos de unga. Att så sker är en grundförutsättning för en verksam mentalhygienisk profylax och för ett undanröjande av uppkomna missförhållanden, vilka leda till en för unga människor ödesdiger felutveckling. Åtgärder i nu angivet syfte äro starkt motiverade av socialpolitiska och kriminalpolitiska skäl, men de måste vid närmare eftertanke framstå som välgrundade även ur befolkningspolitisk och försörjningsekonomisk synvinkel sett. Sist men icke minst tala rent humanitära skäl starkt för frågans lösning. Det gäller att med verk samma medel söka avvärja oförvållade personliga olycksöden samt att tillvarataga och utveckla de goda anlagen hos sådana unga individer, som på grund av konstitution och miljö ha otillfredsställande förutsättningar att av egen kraft utvecklas till sunda, livsdugliga och nyttiga samhällsmedlemmar. Samtidigt gäller det att skydda samhället mot nedbrytande inverkan av asociala kraf-

ter, vare sig dessa äro av arvsbiologisk natur eller ha annat ursprung. Syftemålet är med andra ord att, under hänsynstagande till individernas anspråk på personlig lycka, skapa förutsättningar för en kvalitativ förbättring av folkmaterialiet och ett effektivt tillvaratagande av samhällsmedlemmarnas arbetskraft också i sådana fall, där arbetsförmågan av psykiskt verkande orsaker icke är fullgod, ävensom att åstadkomma en avspänning av bestående sociala konfliktsituationer och en minskning av anledningarna till uppkomsten av dylika situationer.

En verksamhet med nu angivna syftemål måste, därest densamma fungerar tillfredsställande, på lång sikt verka minskande på de sociala hjälp- och vårdbehoven samt därjämte ur kriminalpolitisk synpunkt sett ha en i hög grad sanerande och välgörande verkan. Åtgärder av nu ifrågakarande art utgöra därför ett inslag i barna- och ungdomsvården av den mest genomgripande och omfattande betydelse. Kunna blott de råd- och hjälpbehövande fallen i barna- och ungdomsåren uppsåras samt orsakerna till det onda klarläggas, givas, trots våra ännu så länge relativt bristfälliga kunskaper och möjligheter på området, redan nu åtskilliga medel, varigenom felutveckling kan förebyggas, skadeverkningar neutraliseras, olyckor avvärijas och sjukdomstillstånd hävas. Vilka möjligheter som därvidlag stå en väl uppbyggd organisation till buds visar måhända bäst den tidigare givna överblicken av åtgärder, vidtagna bland annat genom försorg av Stockholms stads barnavårdsnämnds rådgivningsbyrå för uppfostringsfrågor.

De fall det i förevarande hänseende gäller att komma till rätta med finnas såväl bland barnen i spädbarns-, kolt-, lek- och skolåldern som bland ungdomen i den mognare skolåldern och i efterskolåldern. Det är följaktligen fråga om de åldrar, i vilka barnavårds- och ungdomsnämnderna vid behov ha att ingripa, liksom det även gäller de skeden av livet, då barnen och ungdomarna stå under uppsikt av den förebyggande barnavårdens funktionärer och av skolläkarna samt erhålla fostran och utbildning i hem och skola. De hittills gjorda sporadiska och ofta nog bristfälliga försöken att, med hjälp av huvudsakligen länsvis ordnade centraler, öppna möjligheter för hem, skola och barnavårdsnämnder att i mera svårartade och för sin behandling tidskrävande fall erhålla råd och stöd i sin verksamhet utgå från den förutsättningen, att ett behov härav förefinnes, ett behov som den förebyggande barnavårdens funktionärer och skolläkarorganisationen icke ensamma förmå fylla. Denna utgångspunkt torde få anses riktig. Erfarenheten talar för och de i detta betänkande åberopade statistiska utredningarna visa, att det föreligger ett omfattande behov av råd och stöd i uppfostringsfrågor, ett behov av socialmedicinska tillrättalägganden och mentalhygienisk vård i sådana från det normala avvikande fall, som påkalla ett mera intensivt studium och en långvarig uppmärksamhet. Hem, skola och barnavårdsnämnder behöva, för att kunna på ett tillfredsställande sätt lösa sina uppgifter i fall av nu angiven beskaffenhet, sakkunnigt biträde i en utsträckning, som de, enligt vad den föregående framställningen utvisar, icke kunnat erhålla och i framtiden knappast heller kunna påräkna av de organisatio-

ner, vilka handha den löpande socialmedicinska vården av barn och ungdom i allmänhet.

Organisatoriska förutsättningar och krav.

Den nyss berörda utgångspunkten för tillskapandet av särskilda centraler för meddelandet av råd och stöd i fall av mera höggradiga uppfostringsvårigheter måste med ledning av den föregående framställningen betraktas som riktig och beaktansvärd. Emellertid torde även de tankar, som ligga till grund för de nuvarande centralernas organisatoriska utformning, i mångt och mycket få anses riktiga. Det gäller här en hemmens och skolans samt barnavårds- och ungdomsnämndernas gemensamma uppgift, en profylaktisk och jämväl terapeutisk uppgift av såväl medicinsk och pedagogisk som social karaktär, vilken icke lämpligen kan lösas på annat sätt än genom samverkan av fackmän med speciella kunskaper och färdigheter på området. Därest sådan sakkunskap med erforderliga kvalifikationer i tillräcklig utsträckning och för rimliga kostnader skall finnas att tillgå i landets olika delar, synes enda möjligheten vara att ordna verksamheten på sådant sätt, att densamma kommer att utövas genom centraler, stationerade i distrikt av lämplig storlek samt utrustade med en skolad funktionärsstab och för verksamheten erforderliga tekniska hjälpmedel.

Det må här — ehuru yttrandet från kommitténs synpunkt sett har en begränsad räckvidd — erinras om att chefen för socialdepartementet år 1936, i samband med tillkomsten av vissa ändringar i barnavårdslagen, yttrade i huvudsak följande ifråga om önskvärda hjälpmedel vid placering av barn och ungdom som omhändertagits för skyddsuppfostran. För avgörande av, vilka barn som borde intagas i skyddshem av olika slag och vilka som borde placeras på annat sätt, borde åt barnavårdsnämnderna tillhandahållas all den sakkunniga vägledning, varav de hade behov. Närmast gällde det att få till stånd lämpliga undersöknings- och observationsmöjligheter ute i orterna, därvid om möjligt borde ordnas så, att barnet eller den unge icke behövde intagas i skyddshem. För ändamålet syntes främst böra tagas i anspråk de redan existerande rådgivningsbyråer, som funnes inrättade i Stockholm, Göteborg och Lund, varjämte åtgärder borde vidtagas för att liknande byråer skulle komma till stånd även annorstädes, särskilt på orter med centrallasarett i Norrland. För de mest svårbedömda fallen borde undersökning å karolinska sjukhusets klinik eller möjligen universitetsstädernas sjukhus ifrågakomma. Även barnavårdsförbundens upptagningshem kunde hava en uppgift att fylla, åtminstone i fråga om yngre åldersklasser.¹

De hittillsvarande centralerna bygga i mycket stor utsträckning på frivilliga och oavlönade insatser. En jämförelse mellan de särskilda centralerna ifråga om organisation och funktion samt sättet för verksamhetens bekostande visar dessutom, att centralerna förete en mängd inbördes olikheter. Samhället är skyldigt pionjärerna på området mycken tack för ett

¹ Prop nr 219/1936.

hängivet, uppoffrande och framgångsrikt arbete. Emellertid torde det vara uppenbart, att en så viktig verksamhet som den här gäller icke i längden kan bedrivas med önskvärd effektivitet, om den huvudsakligen grundas på frivilliga och oavlönade insatser. Ävenså torde det vara klart, att verksamheten är av sådan betydelse och numera nått en sådan omfattning, att mycket står att vinna på en allmän översyn av förhållandena, syftande till en samordning av de verksamma krafterna, en rationalisering av arbetsförhållandena och ett uppordnande av de ekonomiska frågorna.

Därest man — som här förutsatts — då det gäller verksamhet av ifrågasvarande slag icke längre kan nöja sig med de hittills gjorda, för det mesta lösliga samt ofta i och för sig otillräckliga försöken, uppkommer den frågan, vem som bör anordna och bekosta sådan verksamhet, om den ordnas mera systematiskt. Man frågar sig därvid till en början, om verksamheten möjligen är en primärkommunernas angelägenhet.

Det må då här erinras om, bland annat, det förhållandet, att i 2 § 2 mom. andra stycket lagen om samhällets barnavård och ungdomsskydd finnes ett stadgande av innehåll, att det åligger barnavårdsnämnd »att i den omfattning och ordning Konungen bestämmer ombesörja att barn eller ungdom, beträffande vilken uppkommit fråga om ingripande enligt denna lag, underkastats observation för att utröna behovet av ingripande och de lämpliga formerna därför». Givet är att, i den mån Kungl. Maj:t utfärdar bestämmelser av nu angivet slag, dessa lämpligen kunna anknytas till blivande föreskrifter rörande de här ifrågasatta centralernas verksamhet. Huruvida det kan anses ur alla synpunkter ändamålsenligt att beträda den väg det nu återgivna stadgandet anvisar är en särskild fråga, som kommer att närmare behandlas här nedan i kap. VIII och IX. Under alla förhållanden öppnar emellertid tillkomsten av centraler av åsyftad beskaffenhet en praktisk möjlighet för barnavårds- respektive ungdomsnämnderna att vid förefallande behov låta underkasta sitt klientel sakkunnig undersökning och observation. Sådana centraler kunna vid tillämpning av gällande bestämmelser i barnavårdslagen få en uppgift att fylla som rådgivande organ då det för barnavårdsnämnderna gäller att träffa avgöranden i olika hänseenden, exempelvis ifråga om lämpliga åtgärder med avseende å barn under 16 år, som nämnderna äro lagligen skyldiga att omhändertaga, antingen på grund av fara för deras själsliga hälsa (barnavårdslagen 22 § a) eller i anledning av andlig brist eller svaghet hos barnen (barnavårdslagen 29 § 2 mom.). Ytterligare må erinras om den insats centralerna enligt vad ovan antytts kunna göra, då anstalter skola träffas för ändamålsenlig placering av barn och ungdom som omhändertagits för skyddsuppfostran.

Härmed är dock icke sagt att anordnandet av centralerna och bekostandet av deras verksamhet principiellt måste betraktas som en i barn- och ungdomsvården ingående angelägenhet för primärkommunerna. Då jämlikt 22 § eller 29 § barnavårdslagen förutsättningar föreligga för ingripande av barnavårds- respektive ungdomsnämnd, ha, som i annat sammanhang antytts och som framgår av utredningen i den vid betänkandet fogade bila-

gan A, tack vare omständigheternas makt ofta nog — särskilt då vanart redan manifesterats — de för de unga ogynnsamma förhållandena hunnit nå ett sådant utvecklingsskede, att centralernas verksamhet icke längre kan bli vad den dock i första hand syftar till, nämligen medicinsk och social profylax. I den verksamhet, varom här är fråga, skall man nämligen i princip sträva efter att åstadkomma ett så tidigt ingripande som möjligt — i samarbete med, förutom andra institutioner, den förebyggande medicinska barnavårdens och skolans funktionärer — och att därvid jämväl lägga förhållandena tillrätta i fall av sådan beskaffenhet, att de ej motivera åtgärd av barnavårdsnämnd. Centralerna skola med andra ord, som även tidigare antytts, tillhandagå ej blott barnavårds- och ungdomsnämnderna utan även, och måhända i första hand, föräldrar och andra målsmän samt tjänsteläkare, barnavårdscentraler, barnavårdsstationer, skolläkare och andra skolmyndigheter, med flera. Den föregående framställningen visar ju — för att taga ett exempel — att mer än 60 procent av de vid Stockholms stads barnavårdsnämnds rådgivningsbyrå för uppfostringsfrågor under år 1942 nyinskrivna fallen anmälts till byrån av skola eller målsmän.

Vid nu angivna förhållanden och då rådgivningsverksamheten, av skäl som framgå av det föregående, ej heller kan betraktas som i egentlig mening en uppgift för skolan — vare sig för denna institution ensam eller för densamma i förening med barnavårds- och ungdomsnämnderna — torde det få anses klart, att problemet icke utan vidare kan vinna en principiellt riktig lösning genom att man ålägger primärkommunerna att anordna centraler av ifrågasatt slag och bekosta deras verksamhet. En sådan lösning skulle i övrigt — med hänsyn till att centralerna regelmässigt måste betjäna ett stort antal kommuner och genom sin verksamhet ingripa i olika grenar av den kommunala förvaltningen — komma att stöta på betydande praktiska svårigheter.

Frågan, huruvida anordnandet och bekostandet av centralernas verksamhet är en primärkommunernas angelägenhet, måste därför av såväl principiella som praktiska skäl besvaras nekande. Ett närmare övervägande av spörsmålet rörande den ifrågasatta verksamhetens egentliga karaktär torde emellertid giva uppslaget till en principiellt riktig och praktiskt tillfredsställande lösning av positiv art. Resultatet av ett dylikt övervägande måste bli, att centralernas verksamhet, sådan den här till sin allmänna karaktär beskrivits, rent objektivt sett i hög grad innebär hälsovård, låt vara att detta begrepp då möjligen erhåller en annan räckvidd än man i allmänhet vant sig vid. Den omständigheten, att det gäller ej blott de ungas fysiska välbefinnande utan även, och därtill i första hand, deras andliga hälsa, deras trivsel och funktionsduglighet i samhället, får härvidlag icke förleda till en oriktig uppfattning. Har man en gång fastslagit, att det här i grund och botten gäller hälsovård, följer därav att det hör, icke till primärkommunernas, utan till landstingens uppgifter att stå för centralernas verksamhet, dock att städer, som ej deltaga i landsting, givetvis ha att fylla landstingens uppgift, såvitt angår sådan verksamhet inom dessa städers områden. Emellertid

kan det icke förnekas, att det i förevarande fall gäller ej blott en uppgift för landstingen respektive de städer, som ej deltaga i landsting, utan även ett statsintresse av betydande vikt. I sistberörda hänseende må ånyo erinras om den ifrågasatta verksamhetens syfte att skapa förutsättningar för de ungas utveckling till nyttiga samhällsmedlemmar och att skydda samhället mot nedbrytande inverkan av asociala krafter samt att uppbygga en profylax mot brottslighet.

Av nu anförda skäl synes det motiverat att låta landstingen respektive de städer, som ej deltaga i landsting, anordna och i första hand bekosta erforderliga centraler för psykisk barna- och ungdomsvård. Avgörande skäl tala emellertid för att staten bör genom rikligt tillmätta anslag ekonomiskt stödja en så utpräglat samhällsgagnelig verksamhet som den, varom här är fråga.

Det torde redan av det sagda framgå, att de nu önskvärda föreskrifterna om inrättande och bekostande av läns- och stadscentraler för mentalhygien bland barn och ungdom knappast kunna eller ens böra givas sådan innebörd, att vidtagandet av åtgärder för dylikt ändamål blir obligatoriskt. Tvärt om tala erfarenheterna från den förebyggande mödra- och barnavården starkt för lämpligheten av att medelst till storleken väl avpassade statsbidrag intressera landsting och städer för att frivilligt åtaga sig denna betydelsefulla uppgift, vilken principiellt sett tillhör dessa myndigheters arbetsfält, låt vara att det i praktiken gäller en angelägenhet som i viss mån faller utanför deras hittillsvarande verksamhetsområden.

Behovet av centraler för psykisk barna- och ungdomsvård.

Vid ett schematiskt bedömande av frågan om det antal centraler, varav behov kan anses föreligga, spela givetvis omfattningen och intensiteten av centralernas verksamhet en avgörande roll. Man torde i vårt land — åtminstone tills vidare — icke vare sig kunna eller böra lägga verksamheten så, som skett i Amerikas förenta stater, att endast ett utvalt antal till intelligensen normala men miljöskadade eller eljest missanpassade barn och ungdomar ägnas en omsorgsfull och tidsödande terapeutisk behandling. Dels har nämligen, som förut antytts, en sådan riktlinje för verksamheten visat sig svår att i praktiken följa, dels och framför allt skulle med en på sådant sätt fungerande verksamhet ett mycket stort antal fall, vari behov av råd, stöd och vård från sakkunnigt håll föreligger, komma att stå utan möjlighet att på ett tillfredsställande sätt få detta behov tillgodosett genom effektivt ingripande av hälso- eller socialvårdande organ. Därest hjälpsökande vid centralerna komma att utan åtskillnad mottagas för rådgivning eller behandling, kommer detta givetvis att medföra en ansvällning av antalet därstädes omhändertagna fall och därmed en ökning av arbetsbördan, även om fallen icke kunna ägnas en så omfattande och intensiv behandling som vid de amerikanska anstalterna. Säkerligen finnes på många håll i vårt land ett visst under årens lopp uppsamlat hjälpbehov på ifrågavarande område, som väntar på att bli tillgodosett. Det är givetvis

svårt att bedöma storleken av tillströmningen till centralerna, sedan detta under tidigare år uppdämda behov blivit tillfredsställt. Den hittills vunna erfarenheten på området gör det emellertid troligt, att antalet rådgivnings- och vårdfall småningom kommer att ökas, efter hand som kännedomen om och uppskattningen av centralernas verksamhet vunnit spridning bland befolkningens breda lager. Enär verksamheten förutsättes skola få delvis annan karaktär och omfattning än vad fallet är i Amerikas förenta stater, torde därstädes gjorda iakttagelser rörande betydelsen av distriktens storlek och folkmängd, då det gäller frågan om anordnandet av kliniker, icke vara direkt tillämpliga på våra förhållanden. Därest man emellertid bygger på de hittills i vårt land vunna erfarenheterna, sedda i belysning av de amerikanska iakttagelserna, torde man komma till den slutsatsen, att behov av en fullständig och väl uppbyggd central här i landet föreligger åtminstone i samtliga län av ordinär storlek ifråga om ytvidd och befolkningstal samt dessutom i de största, ej i landsting deltagande städerna. Den omständigheten att länen sinsemellan äro tämligen olikartade, såväl ifråga om ytvidd som invånarantal, kan i vissa fall motivera särskilda anordningar. Detsamma kan möjligen tänkas behöva bli fallet, där av naturen betingade förhållanden av annan art påverka avgörandet. Kommittén har studerat länens befolknings- och arealförhållanden men stannat vid att här icke framlägga någon detaljerad plan för en lämplig distriktsindelning. Med stöd av givna förutsättningar av här angiven art torde det i stället få anses lämpligt, att en sådan plan utformas efter hand genom avgöranden av central myndighet från fall till fall.

Beskaffenheten av centralernas verksamhet.

Frågan om utformningen och sammansättningen av centralerna, vilka för länens vidkommande i regel lämpligen torde böra stationeras i residensstäderna, är givetvis — i likhet med frågan om antalet behövliga centraler — avhängig av omfattningen och beskaffenheten av den verksamhet centralerna skola bedriva. Denna verksamhet kan i korthet sägas i första hand gå ut på sådan mental- och socialundersökning, som erfordras för att klarlägga orsakerna till de svårigheter och rubbningar, vilka kommit till synes i de olika fallen, och för att finna lämpliga utvägar för rationell behandling. Verksamheten skall emellertid dessutom åsyfta föranstaltande av erforderlig kroppslig undersökning och behandling, meddelande av råd, vidtagande av åtgärder för lämplig behandling i uppfostringssyfte och för social sanering av olämpliga hemförhållanden samt socialhygienisk övervakning av de anmälda fallens fortsatta utveckling.

Givet är att en sådan verksamhet blir olika intensiv och tidsödande alltefter fallens svårighetsgrad. I fall som motivera verklig observation torde undersökningen och rådgivningen i regel komma att omfatta följande moment. Patientens förutvarande tillstånd utredes genom inhämtande av upplysningar rörande arvsanlag och tidigare förhållanden i hem, skola och

kamratliv m. m. Därvid inhämtas upplysningar från föräldrar, lärare, läkare, barnvårdsnämnder samt andra personer och institutioner, med vilka barnet kan ha varit i kontakt. Vidare söker man genom besök i hemmet samt ingående samtal med barnet få en någorlunda tillförlitlig bild av dess miljö och de pedagogiska möjligheterna att handleda det. Ytterligare studeras uppförandet under observationstiden. Än vidare underkastas barnet läkarundersökning, såväl en allmän kroppsundersökning som en speciell psykologisk observation. Slutligen får det genomgå erforderlig experimentalpsykologisk undersökning, exempelvis intelligensprövning och testning, avseende att belysa karaktär och utveckling ifråga om nervsystemets inverkan på muskulaturens funktion (den motoriska utvecklingen), temperamentstyp m. m. Journal rörande de gjorda iakttagelserna upprättas tillika med sammanställning av fakta, och anteckningar göras om de i anslutning härtill dragna slutsatserna rörande fallets behandling. Med ledning av den verkställda utredningen lämnas slutligen muntliga eller skriftliga direktiv till föräldrar, lärare och barnvårdsnämnd, med flera. Efter undersökningen och rådgivningen följer så övervakningen, som av utövaren kräver betydande skicklighet samt därtill ofta tager mycken tid i anspråk.

Centralernas tekniska resurser och personalens sammansättning.

Skall ett så noggrant och tidsödande arbete som det här beskrivna med framgång kunna utföras, erfordras en till storleken riktigt avvägd personal med lämplig teoretisk utbildning och praktisk erfarenhet samt med nödiga tekniska resurser till sitt förfogande. Tekniska resurser torde i allmänhet kunna erhållas genom ett effektivt utnyttjande av länens centrallasarett och andra sjukhus ävensom de särskilda observationshemmen (upptagningshemmen) för barnklientel. Frågan om dessa förhållanden skall mera detaljerat beröras i ett senare avsnitt av detta betänkande (kap. VIII).

För att en fullt rationell sammansättning av personalen å en central skall ernås, fordras att inom densamma beredes erforderligt utrymme för pediatrik, psykiatrik, psykologisk, pedagogisk och socialvårdsteknisk sakkunskap. Det är icke kommitténs avsikt att ifråga om centralernas sammansättning framlägga förslag till en fullständig och detaljerad plan. Även här torde finnas plats för avgöranden från fall till fall av central myndighet. Därvid torde behovet av och tillgången på sakkunnig arbetskraft få vägas mot varandra, under behörigt hänsynstagande till angelägenheten av att kostnaderna för verksamheten hållas inom rimliga gränser. Stundom torde sakkunskap i olika hänseenden kunna samlas på en hand. Vid en effektivt arbetande central böra dock under alla förhållanden sysselsättas en läkare samt en omsorgsfullt utbildad, i sociala frågor väl förfaren assistent med heltidstjänstgöring. Såsom förut antytts är det även ett önskemål, att centralerna få tillfälle att tillgodogöra sig sakkunskapen hos en psykologiskt skolad pedagog. I de fall, då den åsyftade heltidsassistenten icke kan anses fullödigt representera sakkunskap av sistnämnda slag, torde centralerna med fördel kunna, i likhet med

vad nu är fallet i Stockholm, utnyttja deltidstjänstgöring av därtill lämpade, helst specialutbildade lärarkrafter. Även i detta sammanhang må betonas vikten av att centralerna upptaga och upprätthålla ett förtroendefullt samarbete med skolmyndigheterna och barnavårdsnämnderna samt övriga barn- och ungdomsvårdande institutioner.

Enligt vad den tidigare framställningen visar har man i flera främmande länder inrättat särskilda tjänster för skolpsykologer, vilka dels mera självständigt syssla med skolelevernas psykiska problem och dels bilda en förbindningslänk mellan skola och rådgivningscentraler. Det vill emellertid synas, som om tiden icke skulle vara mogen för en sådan utbyggnad av skolsystemet i vårt land. Erforderligt samarbete mellan skolmyndigheterna och rådgivningscentralerna torde, åtminstone tills vidare, kunna anses i viss mån garanterat genom en organisation av det slag som här skisserats. Dock må den förhoppningen uttryckas, att våra lärare med tiden skola vinna ökad förståelse för och insikt i psykologiska sammanhang i allmänhet, särskilt då de förhållanden av social natur och annat slag, som påverka de ungas själsliga utveckling. Mycket skulle vara vunnet redan om i varje skoldistrikt funnes en lärarkraft med särskilda insikter i dessa förhållanden, en person vilken distriktets övriga lärare vid påfallande behov kunde i första hand konsultera.

Tillgången på kvalificerad personal.

På olika håll har det yppats farhågor för att tillräckligt antal läkare med för ändamålet erforderlig kompetens icke skulle finnas att tillgå. Om tillgången på kvalificerad personal i övrigt för de tilltänkta centralerna har däremot ej varit närmare tal. Därest man i förevarande sammanhang bortser från den omständigheten, att vi här stå inför ett på sätt och vis nytt verksamhetsområde, vars möjligheter hittills överhuvud taget icke gjorts till föremål för tillräckligt omfattande och djupgående vetenskaplig forskning, torde man, enligt vad av kommittén verkställda undersökningar givit vid handen, dock kunna säga, att de yppade farhågorna äro i viss mån överdrivna. Ett stort antal yngre och äldre läkarkrafter sysslar redan nu med ifrågavarande problem, ehuru många gånger under ogynnsamma förhållanden och med otillräckliga resurser. Likaså undergår ett antal yngre läkare för närvarande sådan utbildning, som är ägnad att göra dem lämpade för verksamhet av ifrågavarande slag. Flera av dessa yngre läkarkrafter synas därvid direkt inrikta sig på socialläkarens uppgifter i mentalhygienens tjänst bland barn och ungdom. I vad mån den nuvarande utbildningen för läkares och blivande assistenters vidkommande kan anses ändamålsenlig skall beröras i nästa kapitel.

Kap. VII. Utbildning av personal för psykisk barna- och ungdomsvård.

Allmänna synpunkter.

Då det gäller frågan om möjligheterna att träffa effektiva anstalter för psykisk barna- och ungdomsvård, kan man icke bortse från det förhållandet, att de i vårt samhälle förefintliga kunskaperna om de egentliga orsakerna till psykisk och social missanpassning bland barn och ungdom i allmänhet äro tämligen ytliga. Detsamma gäller kännedomen om de metoder enligt vilka missanpassningsproblemen med utsikt till framgång skola kunna angripas. Och icke nog med att här föreligger ett område för vetenskaplig forskning, som hittills i alltför ringa grad blivit föremål för metodisk bearbetning. Det förhåller sig tillika så, att läkare, sköterskor, pedagoger och socialvårdsfunktionärer hittills i allt för liten utsträckning fått sådan elementär utbildning, som erfordras för att vederbörande skola få något grepp om missanpassningsproblemen och med utsikt till framgång kunna genom självständigt arbete tränga djupare in i de frågor det här gäller. Sistnämnda förhållande har uppmärksammats av, bland andra, Sveriges socialdemokratiska kvinnoförbund, svenska läkarsällskapets sektion för psykiatri och neurologi samt riksförbundet för sexuell upplysning i dessa sammanslutningars tidigare i detta betänkande redovisade skrivelser (bilagorna C—E). I berörda skrivelser framhålles, på sätt förut nämnts, önskvärdheten av åtgärder för ökade möjligheter till psykologisk utbildning för personal i pedagogisk och psykologisk verksamhet eller i allt fall för vidgad mentalhygienisk orientering för lärare, särskilt ifråga om behandlingen av psykiskt särartade elever.

Utbildningssystemets brister äro av vikt att hålla i minnet, såväl då det gäller planläggandet av de ifrågasatta centralernas egen verksamhet i egentlig mening, som då fråga är om att bedöma möjligheterna till effektivt samarbete mellan centralerna samt skolor och barnavårdsnämnder, med flera institutioner. En kortfattad översikt rörande utbildningen av läkare, sköterskor, lärare och socialvårdsfunktionärer, med speciell hänsyn till meddelad undervisning av betydelse för kännedomen om barna- och ungdomsårens mentalhygien och uppfostringsproblem, torde därför här vara på sin plats.

Läkarutbildningen.

Vad först beträffar läkarutbildningen, så ingå bland läroämnena under den prekliniska studietid, som föregår avläggandet av medicine kandidatexamen, ämnena fysiologi, histologi, anatomi och farmakologi. Till ämnet fysiologi hör sinnesfysiologin som står psykologin nära. I histologi ingår läran om nervsystemets mikroskopiska byggnad, medan undervisningen i anatomi avhandlar bland annat hjärnans, ryggmärgens och de perifera nervernas för blotta ögat synliga (makroskopiska) byggnad och utbredning inom organismen. Även byggnad och funktion av nervcentra för de inre organen (det autonoma nervsystemet) belysas vid studiet av nu nämnda fyra ämnen. Det materiella underlaget för människans själsliv får sålunda en tämligen allsidig belysning under dessa studier. Vid studiet av sinnesfysiologi torde även de med sinnesorganens funktioner parallella psykiska förloppen något klarläggas. Speciell undervisning i psykologi förekommer emellertid icke i samlad form, ehuru från olika håll framförts önskemål om åtminstone en allmän orientering inom normalpsykologin. Undervisning i socialmedicin kan ej heller sägas förekomma under denna del av studietiden.

Under tiden från medicine kandidatexamen och fram till medicine licentiatexamen inhämtas genom beivrande av föreläsningar och tjänstgöring å kliniker de praktiska kunskaper och färdigheter en läkare i allmänhet behöver. Tentamensämnena äro sju till antalet, däribland pediatrik. Dessutom förekomma obligatoriska slutförhör i bland annat hygien och psykiatri.

Den obligatoriska kursen i psykiatri omfattar en tid av två månader. Ett begränsat antal intresserade studerande ha dessutom tillfälle till assistenttjänstgöring under en eller ett par månader å psykiatrisk klinik. Utöver den obligatoriska kursen i psykiatri ha ämneslärarna brukat meddela frivillig undervisning i poliklinisk hjälpverksamhet bland barn och vuxna. I Stockholm, exempelvis, ha speciella föreläsningar i barnpsykiatri och besök vid rådgivningsbyrå för uppfostringsfrågor ingått i denna extra utbildning. Då nu de psykiatriska klinikerna i Stockholm och Lund direkt anknutits till undervisningssjukhus — karolinska sjukhuset respektive Lunds lasarett — ha de blivit belagda med lättare och tidigare fall av psykisk sjukdom. De studerande få till följd härav vid den frivilliga undervisningen stifta bekantskap med fall av psykopati samt neuroser och lättare intelligensdefekter m. m. ävensom iakttaga, hurusom patienter med dylika lättare psykiska rubbningar kunna bibringas åtminstone partiell social duglighet genom poliklinisk vård. Dessa iakttagelser ha en speciell betydelse för blivande barnpsykiatriker, i det att de studerade fallen ofta representera senare ålders- och utvecklingsstadier av psykiska rubbningar, som äro vanliga bland barn och ungdom. Även de själsliga rubbningarnas ärftlighetsförhållanden och därav föranledda åtgärder, såsom profylax förmedelst sterilisering och abortiv behandling m. m., bruka i korthet omnämnas vid föreläsningarna i psykiatri.

Den obligatoriska utbildningen i psykiatri för blivande läkare måste sägas icke fylla de anspråk, som böra ställas på en utbildning i detta fack, då det gäller barnpsykiatriker. Utbildningen svarar knappast heller mot en tjänste-

läkares kunskapsbehov på området. Kännedomen om psykiska rubbningar hos vuxna har en stor betydelse för klagörandet av själsliga störningar hos barn. De vuxna äro nämligen såväl anlagsbärare som miljöbildare. Terapi för psykiskt skadade barn måste i betydligt större omfattning än man vanligen föreställer sig inriktas på vuxna personer i barnets omgivning.

Den obligatoriska kursen i pediatrik omfattar tre månader. Under kursen bruka de studerande beredas tillfälle att deltaga i arbetet på en barnavårdscentral. Även barnårens psykiska sjukdomar och utvecklingsrubbningar beaktas vid pediatrikundervisningen. Någon mera ingående undervisning i hörhörande specialfrågor, exempelvis i intelligenstestning, brukar dock icke förekomma. I regel anordnas emellertid studiebesök vid barnhem och andra sociala barnavårdsinrättningar, varjämte viss kunskap om barnavårdslagstiftningen bibringas eleverna.

Pediatrikundervisningen kan icke anses vara tillräcklig för en blivande barnpsykiatriker. Från sakkunnigt håll har framhållits önskvärdheten av någon tids assistenttjänstgöring för de studerande, för att pediatrikkursen må kunna giva erforderlig kompetens på området för läkare i allmänhet.

Hur undervisningen inom det blivande specialämnet barnpsykiatri lämpligen bör avvägas i förhållande till psykiatri och pediatrik har varit föremål för delade meningar. Frågan synes komma att lösas på olika sätt vid de särskilda lärosätena i landet.

Socialmedicin utgör icke särskilt läroämne i undervisningsplanen, och någon sammanhängande undervisning i ämnet förekommer ej. Viktiga delar därav beröras dock i ämnena hygien samt rätts- och statsmedicin. Vidare förekommer i viss mån socialmedicinsk utbildning i samband med undervisningen i ytterligare andra ämnen, såsom exempelvis i invärtes medicin, där ofta den sociala bakgrunden till en sjukdom eller sjukdomsgrupp beröres, då vederbörande lärare har intresse för dylika orsakssammanhang. Från sakkunnigt håll har kraftigt betonats nödvändigheten av en mera samlad och systematisk undervisning i socialmedicin för blivande läkare.

Efter erhållen legitimation har varje läkare att i princip själv bestämma över sin vidare utbildning och yrkesförkovran samt att finna de lämpliga vägarna härför. Vissa regler för den fortsatta utbildningen föreligga dock. Svenska läkarförbundet, som närmast har karaktären av en kollegial facksammanslutning och omfattar majoriteten av praktiskt verksamma läkare, har fastställt villkor för utbildning av de läkare, som önska utgiva sig som specialister inom olika ämnesområden, exempelvis då det gäller barnsjukdomar, psykiska sjukdomar och nervsjukdomar men däremot ännu icke barnpsykiatri. Specialistkompetens får sökas hos läkarförbundet, som har tillsatt en särskild nämnd med uppgift att granska de inkomna ansökningarna och tillstyrka eller avstyrka dem efter hörande av en eller flera sakkunniga. Själva avgörandet ligger hos läkarförbundets styrelse. Ehuru denna praxis egentligen icke stöder sig på annat än en frivillig överenskommelse kolleger emellan, är sammanhållningen inom kåren så stark, att förfaringssättet i regel strängt respekteras av alla läkare. — I detta sammanhang förtjänar omnäm-

nas att den fortbildning, som åtskilliga yngre läkare undergått eller för närvarande undergå för att kunna ägna sig åt socialläkarens uppgifter i mentalhygienens tjänst bland barn och ungdom, i regel består av minst tre års tjänstgöring som underordnad läkare vid sinnessjukhus och barnsjukhus.

I kungörelsen den 17 december 1915 angående villkor för behörighet till vissa läkarbefattningar stadgas bland annat att för behörighet till vissa tjänstläkarbefattningar (provinsiälläkare, stadsläkare, municipalläkare m. m.) fordras, förutom legitimation som svensk läkare, tjänstgöring under minst 8 månader som underordnad läkare vid offentlig eller enskild sjukvårdsinrättning, därav minst 4 månader vid lasarett eller vid medicinsk eller kirurgisk avdelning av sjukhus. Nämda kungörelse innehåller ytterligare stadganden, som kunna vara av intresse i förevarande sammanhang. Sålunda angives som villkor för behörighet till lasarettsläkarbefattning, att vederbörande läkare skall under minst tre år ha bestritt med rätt till tjänsteårsberäkning förenad befattning som läkare vid lasarett, därav minst två år som underordnad läkare. Medicinalstyrelsen har förklarat, att som tjänstgöring enligt nämnda kungörelse räknas även tjänstgöring som extra läkare, förordnad av medicinalstyrelsen.

För läkarnas fortbildning finnas särskilda kurser anordnade. Dessa äro av två olika slag, nämligen dels på statligt initiativ tillkomna ämbetsläkarkurser, dels av Göteborgs högskola och karolinska institutet anordnade medicinska fortsättningskurser.

Ämbetsläkarkurserna anordnas genom medicinalstyrelsens försorg vid statens institut för folkhälsan. I regel hållas två kurser per år, en på våren och en på hösten. De som önska deltaga i sådan kurs insända ansökan till medicinalstyrelsen. Vanligen antagas omkring 15 deltagare per kurs. En dylik kurs brukar vara ungefär två månader samt bestå av föreläsningar och praktiska demonstrationer, huvudsakligen inom socialhygienens och socialmedicinens områden. Kursen är närmast avsedd för fortbildning av tjänsteläkare, och genomgång av sådan kurs kräves för behörighet till vissa tjänster, däribland förste provinsiälläkartjänsterna.

De medicinska fortsättningskurserna ha de senare åren på initiativ av professorer och läkare anordnats vid Göteborgs högskola och vid karolinska institutet. Även till dessa kurser utses deltagarna genom medicinalstyrelsen. Deltagarantalet har varit något växlande (30—50 per kurs). Avsikten med dessa kurser har närmast varit att hos de praktiskt verksamma läkarna ute i bygderna befästa kunskapen om den medicinska utvecklingen, speciellt beträffande profylax och terapi. Under de senaste åren ha dylika kurser hållits omväxlande i Göteborg och Stockholm.

I ett av sakkunniga utarbetat, hösten 1943 till Kungl. Maj:t ingivet förslag rörande läkarutbildningen föreslås efterutbildning av läkare, som skulle genomföras på sådant sätt, att varje läkare genomginge en kurs två gånger, exempelvis vid 40—45 och 50—55 års ålder. Efterutbildningen skulle vara frivillig utom för en del läkare, däribland provinsiälläkarna, för vilka utbildningen skulle vara obligatorisk. Varje kurs skulle räkna tre veckor, och i an-

slutning till kurserna skulle eventuellt givas kurser om en veckas längd i socialmedicin för tjänsteläkare, med flera. Innehållet i fortsättningskurserna skulle anslutas till de vetenskapliga framstegen och det socialmedicinska framåtskridandet. De sakkunniga anse, att för närvarande stor vikt bör läggas vid pediatrikundervisningen samt vid den förebyggande mödra- och barnvården.

Sjuksköterskeutbildningen.

I det följande lämnas en kortfattad redogörelse för sjuksköterskeutbildningen, med speciell hänsyn till meddelandet av erforderliga kunskaper rörande barna- och ungdomsårens mentalhygien.

Grundläggande sköterskeutbildning bedrivs vid följande av staten godkända sjuksköterskeskolor, nämligen statens sjuksköterskeskola, S:t Eriks sjuksköterskeskola, Stockholms stads sjuksköterskeskola, Sophiahemmet och stiftelsen Rödakorshemmet, samtliga i Stockholm, Uppsala sjuksköterskehems sjuksköterskeskola i Uppsala, södra Sveriges sjuksköterskehem i Lund, Göteborgs sjuksköterskeskola i Göteborg, Birgitta sjuksköterskeskola i Linköping, sjuksköterskeskolorna vid lasaretten i Eskilstuna, Jönköping, Kristianstad, Borås, Karlstad, Örebro, Västerås, Falun, Gävle, Sundsvall, Östersund och Umeå samt sjuksköterskeskolorna vid Ersta diakonissanstalt i Stockholm, samariterhemmet i Uppsala och Betaniastiftelsen i Stockholm.

Utbildningstiden vid dessa skolor är i regel 3 till 3^{1/2} år, bortsett från en provtjänstgöring under några månader före den egentliga utbildningens början. Vid de tre sistnämnda sjuksköterskeskolorna är utbildningstiden emellertid omkring 5 år.

För inträde i skolorna fordras följande förkunskaper, nämligen tillfredsställande allmänbildning och förutsättningar för att kunna tillgodogöra sig undervisningen, vitsordade genom realexamen, avgångsbetyg från flickskola med normalskolekompetens eller folkhögskola eller ock på annat sätt, som av skolstyrelsen godkännes. Inträdesåldern är minst 20 och högst 27 år. Åldersdispens kan dock meddelas av medicinalstyrelsen. Sökande skall vidare för att kunna vinna inträde förete läkarintyg, styrkande god hälsa samt frihet från lyte som skulle göra sökanden olämplig som sjuksköterska. Dessutom fordras i regel intyg och referenser rörande sökandens allmänna lämplighet för yrket, en fordran som tillsammans med ett allmänt krav å goda vitsord från provtjänstgöringen innefattar ett slags kvalifikationskrav i psykiskt hänseende på adepterna.

Beträffande det närmare anordnandet av utbildningen föreligger en av medicinalstyrelsen år 1933 utarbetad normalplan, betitlad »Föreskrifter rörande undervisningsplan och arbetsordning för av staten godkänd sjuksköterskeskola med treårig utbildning». Denna utbildningsplan är för närvarande föremål för omarbetning, dock icke, såvitt kunnat utrönas, i avsikt att bereda ökat utrymme för undervisning i allmän psykologi och barnpsykologi.

Enligt 1933 års normalplan skall vid sjuksköterskeskola meddelas såväl

teoretisk som praktisk undervisning i sjukvård. Den teoretiska undervisningen meddelas i en förberedande kurs om minst två månaders längd och en huvudkurs, för vilken den återstående delen av undervisningstiden tages i anspråk. Förkursen skall omfatta inalles 170 undervisningstimmar i sådana ämnen som anatomi och fysiologi (omkring 30 timmar) samt sjukvårdslära och barnets skötsel (omkring 60 timmar). Huvudkursen omfattar dels teoretisk undervisning om inalles cirka 160 lektionstimmar, dels praktisk tjänstgöring å olika sjukhusavdelningar och specialsjukhus. Den teoretiska undervisningen avser, bland annat, pediatrik (omkring 10 timmar), psykologi och psykiatri (omkring 20 timmar) samt medicinsk medborgarkunskap (omkring 5 timmar). Undervisningen i psykologi och psykiatri torde vara tämligen elementär. Den teoretiska undervisningen meddelas antingen jämsides med sjukhusarbetet eller ock — vilket anses mera lämpligt — under särskild tid, minst två månader, då eleverna icke tjänstgöra å sjukhus. Vid skoltidens slut anställs förhör i närvaro av två särskilt tillkallade personer, av vilka en utses av medicinalstyrelsen.

Den praktiska tjänstgöringen är mycket olika anordnad inom olika sjuk-sköterskeskolor, till följd av att tillgången på utbildningsplatser vid sjukhusen är begränsad. Den för samtliga elever obligatoriska tjänstgöringen innefattar endast utbildning å medicinsk och kirurgisk avdelning samt å operationsavdelning eller kirurgisk poliklinik. Därutöver föreskrives i normalplanen blott att undervisningen skall planläggas så, att eleven erhåller en så mångsidig utbildning som möjligt med hänsyn till vederbörandes håg och fallenhet. I den föreslagna tjänstgöringsplanen rekommenderas emellertid, bland annat, utbildning å barnsjukhus under 4 månader och å sinnessjukhus under likaledes 4 månader. I praktiken torde denna rekommendation tillämpas så, att eleverna få framföra sina önskemål beträffande placering å olika sjukhus eller sjukhusavdelningar, varefter ledningen för skolan verkställer placering med hänsyn till den uppfattning man fått om elevernas duglighet och läggning. Tjänstgöring å barnsjukhus brukar vara eftertraktad av eleverna, varför skolans ledning har möjlighet att företaga en noggrann gallring bland aspiranterna på de relativt få elevplatser, som finnas tillgängliga vid barnavdelningar. Bristen på elevplatser torde ofta nog göra elevernas önskemål angående specialpraktikens art omöjliga att förverkliga.

Under tjänstgöringen vid respektive avdelningar meddelas eleverna handledning och undervisning närmast av avdelningssköterskorna. De större sjuk-sköterskeskolorna ha dessutom särskilda instruktionssköterskor för eleverna vid sina undervisningssjukhus. Den teoretiska undervisningen handhas av professorer vid de medicinska högskolorna samt överläkare eller andra kvalificerade föreläsare.

I regel fullfölja eleverna sin grundläggande tjänstgöring under de båda första elevåren, medan det tredje året ägnas åt specialutbildning inom något visst fack, exempelvis barnsjukvård eller sinnessjukvård. Redan vid sin examen ha därför sjuksköterskorna en viss specialinriktning mot något bestämt verksamhetsområde. Åtminstone är så förhållandet vid de större skolorna.

Det förtjänar i förevarande sammanhang påpekas, att sjuksköterskekompetens med en till två år avkortad sköterskeutbildning numera står att erhålla, därest vederbörande elev jämväl avlägger socialpolitisk examen vid institutet för socialpolitisk och kommunal utbildning och forskning. En överenskommelse härom har nämligen träffats mellan institutets ledning och medicinalstyrelsen. Emellertid har denna utbildningsmöjlighet begagnats endast i ett fåtal fall.

Utöver den egentliga sjuksköterskeutbildningen finnas också påbyggnadskurser. Dessa äro anordnade vid statens distriktssköterskeskola, centralskolan för specialutbildning av barnsjuksköterskor och svensk sjuksköterskeförenings fortsättningskurs.

Distriktssköterskeskolan, som är förlagd till statens institut för folkhälsan, meddelar den kompetens, som fordras för anställning som distrikts- eller dispensärsköterska. Kursen varar omkring sex månader och är dels teoretisk, dels praktisk. Såväl sjuksköterskor som tredje årets elever vid godkänd sjuksköterskeskola kunna vinna inträde. Denna skola skänker sina elever en god utbildning för social verksamhet.

Centralskolan för specialutbildning av barnsjuksköterskor, förlagd till Norrtulls sjukhus i Stockholm, är uppdelad å två avdelningar, en A-kurs omfattande ett års tjänstgöring å Norrtulls sjukhus och en B-kurs omfattande en tre månaders teoretisk-praktisk kurs i social barnavård. Till båda dessa kurser mottagas i första hand tredje årets sjuksköterskeelever, men till B-kursen kunna även färdiga sjuksköterskor vinna tillträde. Utbildningen är avsedd för sjuksköterskor inom barnsjukvården och den sociala barnavården, såsom vid barnavårdscentraler, i skolsköterskebefattningar m. m. — I de föreläsningar som hållas bruka i någon mån de viktigaste dragen av den normala barnpsykologin och barnpsykopatologin beröras. Under sin praktiska tjänstgöring å Norrtulls sjukhus komma kursdeltagarna även i beröring med de psykiska utredningsfall som vårdas å detta sjukhus. Kursdeltagarnas insikter i psykisk hälso- och sjukvård för barn bli dock tämligen ytliga och fragmentariska med den uppläggning kurserna för närvarande ha.

Svensk sjuksköterskeförenings fortsättningskurs är avsedd för husmödrar vid sjukvårdsinrättningar, instruktionssköterskor, med flera. Den saknar intresse i detta sammanhang.

Samtliga nu nämnda påbyggnadskurser anordnas av svensk sjuksköterskeförening, och de olika sjuksköterskeskolorna i landet få var för sig disponera några elevplatser å de kurser som här äro av intresse. Genom förmedling av svensk sjuksköterskeförening kunde, åtminstone före kriget, sjuksköterskor beredas tillfälle till praktik utomlands, exempelvis inom den barnpsykiatriska verksamheten i Schweiz.

Det antal sjuksköterskor som utexamineras per år uppgår till omkring 900. Distriktssköterskeskolan genomgås av cirka 100 elever årligen, vilket dock icke svarar mot behovet av distriktssköterskor. Centralskolan för specialutbildning av barnsjuksköterskor besöks under loppet av ett år av 32 elever i A-kursen och 20—25 elever i B-kursen.

Vad sjuksköterskeutbildningens praktiska värde beträffar, har en nyexaminerad sköterska i allmänhet icke hunnit tillägna sig den expeditionsrutin och vana vid skrivarbete, som utgöra nödvändiga färdigheter för en assistent vid en rationellt fungerande psykisk hälsovårdscentral för barn och ungdom. Dessutom torde sjuksköterskeeleverna under sin utbildning få tämligen ringa kännedom om den sociala lagstiftningen och obetydlig praktisk träning i det dagliga handläggandet av ärenden inom mödrahjälp, halvöppen barnvård, social hemhjälp, samhällets barnvård, fattigvård, sinnesslövard m. m. Icke ens de sjuksköterskor, vilka genomgått centralskolan för specialutbildning av barnsjuksköterskor, erhålla någon egentlig utbildning i intelligenstestning. Endast ett kort omnämnande av metodens existens och allmänna innebörd lämnas eleverna.

Lärarytbildningen.

Beträffande lärarytbildningen i vårt land torde följande framställning vara av intresse, med hänsyn till de synpunkter som i detta sammanhang särskilt böra beaktas.

Ifrågavarande utbildning är i vårt land upplagd efter väsentligt olika riktlinjer, allteftersom det gäller folk- och småskollärare eller lärare vid de högre skolorna. Folk- och småskolornas lärare utbildas vid särskilda, för ändamålet inrättade seminarier, medan utbildningen av lärare för de högre skolorna sker i två etapper — den teoretiska utbildningen vid universitet eller högskola och den praktiska under provårskurs vid läroverk eller seminarium.

Enligt den nuvarande seminarieorganisationen finnas inalles tio folkskoleseminarier, nämligen fyra för både manliga och kvinnliga elever (i Göteborg, Luleå, Lund och Umeå), tre för enbart manliga (i Karlstad, Linköping och Uppsala) samt tre för enbart kvinnliga elever (i Falun, Kalmar och Stockholm). Seminarierna i Göteborg, Lund, Umeå, Linköping och Uppsala äro dubbelseminarier, i det att de äro inrättade för en fyraårig linje och en tvåårig, den senare avsedd för elever som avlagt studentexamen. Även i Falun finnes dubbelseminarium, men där är den tvååriga linjen avsedd för småskollärarytternas fortbildning till folkskollärarytternor. Övriga seminarier ha endast en linje, den fyraåriga.

Fordringarna för inträde å seminariernas fyraåriga linje äro i princip byggde på det minimikravet, att elev skall ha inhämtat kunskaper, motsvarande vad som fordras för realexamen. På grund av konkurrens ha dock fordringarna i realiteten ytterligare pressats upp. För inträde å den tvååriga linjen fordras viss kvalificerad studentexamen samt godkända intagningsprov i musik, slöjd och muntlig framställning. Med avseende å sökandes lämplighet stadgas i båda fallen, att vederbörande skall vara känd för gott uppförande och vara fri från sjukdom eller så beskaffat lyte, som kan göra honom eller henne olämplig för läraryrket. Inträdessökande skall sålunda dels förete lärarytternas om godtagbart hälsotillstånd dels ock medelst

intyg av pastorsämbete eller ojävig kommunal förtroendeman styrka sitt goda uppförande. Något annat underlag för prövning av sökandes lämplighet att utbildas till lärare förekommer icke. Under seminarietiden förekommer väl en viss av ådagalagd olämplighet för yrket betingad gallring bland eleverna, men denna gallring är till storleken mycket obetydlig. Av småskollärarinna, som söker inträde vid tvåårigt folkskoleseminarium, fordras, förutom på visst sätt kvalificerad småskollärarexamen, minst två års väl vitsordad lärartjänstgöring. Småskoleseminarierna äro i regel tvååriga, och inträdesfordringarna där äro i huvudsak desamma som vid fyraårigt folkskoleseminarium.

Vid såväl folk- som småskoleseminarierna är en betydande del av den i timplanerna upptagna tiden anslagen åt den praktiska lärarutbildningen (egna undervisningsövningar och auskultationer) samt åt studier i psykologi, pedagogik och metodik. Undervisning i psykologi och pedagogik förekommer sålunda fyra timmar i veckan under två år — å den fyraåriga linjen under de båda sista åren. Vad psykologiundervisningen beträffar upptager kursplanen, förutom allmän psykologi, bland annat barn- och ungdomspsykologi, med särskild vikt fäst vid det som ur uppfostringssynpunkt är av betydelse, huvuddragen av barna- och ungdomsårens psykopatologi samt psykisk hälsovård. I studieplanen ingå vidare, bland annat, mera allsidiga iakttagelser rörande barn i övningsskolan och kortfattade redogörelser för dessa iakttagelser. I samband med studiet av psykopatologin och den psykiska hälsovården skola även förekommande särskilda åtgärder för uppfostran och undervisning av psykiskt efterblivna och svårfostrade barn upptagas till behandling.

Avlagd folkskollärarexamen medför behörighet att anställas som lärare i alla former av svensk folkskola och i folkskolans högre avdelning, detta under förutsättning att vederbörande gjort sig känd för hedrande vandel samt äger den stadga i karaktären och foglighet i lynnet, som ungdomens ledning kräver.

För undervisning i hjälpklass har ett behov av kompletterande utbildning gjort sig starkt gällande, alltsedan dylika klasser började inrättas i vårt land, och särskilda utbildningskurser för detta ändamål ha förekommit, först sporadiskt och på enskilt initiativ men senare mera regelbundet och i statlig regi. De första regelbundna kurserna av detta slag anordnades vid folkskoleseminariet i Stockholm under åren 1926—1932. Varje kurs omfattade då 100 dagar, och sammanlagt 61 lärare deltog i dem. Sedan 1939 anordnas dels en utbildningskurs av detta slag vid folkskoleseminariet i Stockholm under större delen av vårterminen, dels en något kortare fortbildningskurs vid seminariet i Göteborg. Antalet deltagare i dessa båda kurser uppgår till sammanlagt 30—35 per år. Då emellertid hjälpklassernas antal i riket numera är något över 300, har en betydande del av de i dylika klasser tjänstgörande lärarna saknat tillfälle att komma i åtnjutande av utbildning av sist omnämnda slag. Kurserna ifråga omfatta teoretisk undervisning i form av föreläsningar, lektioner, demonstrationer m. m. ävensom praktisk utbildning,

bestående av auskultation och övningsundervisning i skolklasser för psykiskt efterblivna och svårfostrade barn samt övningar i intelligensmätning och deltagande i arbetet å byrå för rådgivning i uppfostringsfrågor.

Den egentliga lärarutbildningen för blivande läroverkslärare försiggår, som redan nämnts, under det så kallade provåret, som i regel omfattar två terminer. Provårskurser anordnas vid vissa allmänna läroverk och folkskoleseminarier samt avse i regel tre läroämnen. Rätt att genomgå provårskurs tillkommer den, som avlagt för behörighet till ämneslärartjänst vid allmänt läroverk eller folkskoleseminarium föreskrivna kunskapsprov samt — därest ämnet pedagogik icke ingått i examen — blivit godkänd vid särskilt föreskriven prövning i psykologi och i pedagogikens teori och historia. Läroverkslärarutbildningen torde icke kunna anses skänka tillräckliga insikter i barn- och ungdomspsykologi. Än mindre garanterar den de blivande lärarna erforderliga insikter i barna- och ungdomsårens psykopatologi. Utbildningen måste även i övrigt anses behäftad med vissa systematiska brister, därest man tänker på dess uppgift att bereda adepterna för en blivande gärning som ungdomens fostrare.

Utbildningen av socialarbetare.

Ifrågavarande utbildning sker för närvarande i vårt land huvudsakligen vid institutet för socialpolitisk och kommunal utbildning och forskning (socialinstitutet).¹ Detta institut började sin verksamhet år 1921. Rätt att inträda som lärjunge vid institutet äga, till ett för varje läsår fastställt antal, män och kvinnor, vilka finnas äga tillräcklig underbyggnad och mognad för att kunna tillgodogöra sig högskolemässig undervisning. Vid urvalet av lärjungar tages hänsyn till såväl boklig bildning som praktisk erfarenhet. Den utbildning, som här är av intresse, bedrivs å institutets socialpolitiska linje.

Några formella kompetensvillkor finnas, enligt vad av det föregående framgår, icke föreskrivna för inträde vid institutet, men av de 87 elever (58 kvinnliga och 29 manliga) som hösten 1942 intogos å den socialpolitiska linjen hade 61 avlagt studentexamen och 6 realexamen, varjämte 11 hade normalskolekompetens och 9 folkhögskole- eller annan därmed jämförlig bildning. En av de intagna var filosofie magister, två voro filosofie kandidater och fyra examinerade sjuksköterskor, en var gymnastikdirektör och två voro barnträdgårdslärarinnor. På grund av ökad tillströmning av inträdessökande ha på senare tid i praktiken tämligen långt gående teoretiska kompetenskrav kommit att gälla för dem, som skola kunna vinna inträde vid institutet.

För tillträde till den socialpolitiska linjen fordras en grundlig och väl planerad praktisk förberedelse — för studenter under 1 1/2 å 2 år — varvid dock viss hänsyn tages till sökandens övriga meriter. Förpraktiken kan läggas antingen som en mera allmän förberedelse, med tanke på olika sociala tjänster eller som direkt förberedelse för utövandet av något särskilt slag av social

¹ Proposition om upprättande av ett socialinstitut i Göteborg har förelagts årets riksdag (nr 171/1944).

verksamhet. Som lämplig förpraktik anses praktisk barnavård, sinnes- och kroppssjukvård, yrkesarbete (till exempel inom industri), hemgårds- och ungdomsarbete, praktik vid socialvårdsbyrå, arbetsförmedling, skyddshem och dylikt. Minimiåldern för inträde vid institutet å dess socialpolitiska linje är 21 år och maxiåldern 33 år. Före påbörjandet av den i de socialpolitiska studierna ingående psykologikursen böra eleverna ha inhämtat kunskaper i ämnet, motsvarande fordringarna för studentexamen.

Den socialpolitiska examen vid institutet omfattar ämnena nationalekonomi, statskunskap, socialpolitik, samhällets hjälp- och skyddsverksamhet med socialförsäkring, socialhygien och psykologi samt den sociala praktiska kursen. Examen förutsätter minst betyget med beröm godkänd i två ämnen, minst godkända kunskaper i övriga ämnen samt intyg om godkänt arbete å den sociala praktiska kursen. Studieämnena äro desamma för alla på ifrågasvarande linje, men i stor utsträckning sker specialisering genom fördjupat studium i vissa ämnen samt individuellt planerad praktik och praktiska seminarieövningar. Föreläsningar och övningar för socialpolitisk examen utsträckas över fem terminer (ett läsår omfattar tre terminer). I regel måste dock eleverna beräkna längre tid för de tentamina och den praktik som erfordras för examen (2 1/2 år).

Ämnet psykologi omfattar dels allmän psykologi och socialpsykologi, dels barna- och ungdomsårens psykologi och psykopatologi och dels medicinsk psykologi. Dessutom föreläsa speciallärare i psykiatri och kriminalpsykologi. Allmän psykologi och socialpsykologi omfatta tillsammans 18 föreläsningar, barnpsykologi och barnålderns psykopatologi 24 föreläsningar, medicinsk psykologi 14 föreläsningar, psykiatri två avdelningar om vardera 10 föreläsningar och kriminalpsykologi 12 föreläsningar. Seminarieövningar förekomma i samtliga tre allmänna ämnesdelar. Dessutom givas tillsammans 20 specialföreläsningar om epilepsi, talrubbingar, psykoterapeutiska behandlingsmetoder, rådgivningsbyråarbete samt hjärnskador och hjärnsjukdomar. Föreläsare och ledare av seminarieövningarna äro olika vetenskapsmän och praktiserande läkare.

Den sociala praktiska kursen, som pågår hela studietiden jämsides med de teoretiska studierna, avser att, som en tillämpning och komplettering av de teoretiska ämnena, dels giva en överblick över hela det sociala praktiska arbetsområdet och de olika grenarnas samarbete med varandra, dels giva en inblick i olika institutioners organisation och arbetsmetoder. Kursen omfattar besök vid olika sociala institutioner med föredrag och demonstrationer, specialföreläsningar, fingerade sammanträden, elevföredrag och diskussioner. I mindre grupper ordnas seminarieövningar på olika områden med diskussioner och studier av praktiska problem. Därvid behandlas utrednings- och undersökningsarbete, rapportskrivning, organisatoriska frågor m. m. samt problem i det personligt sociala arbetet. Vid dessa övningar bidra eleverna själva med diskussionsmaterial. Vidare förekommer en kurs i mötesteknik.

För godkänt betyg i den praktiska kursen fordras närvaro vid besök som förut omnämnts och vid specialföreläsningar, godkänt deltagande i diskus-

sioner och seminarieövningar samt godkänd praktik. Denna obligatoriska praktik ordnas medelst samarbete med sociala institutioner inom och utom Stockholm. Den planeras så individuellt som möjligt med hänsyn till framtida arbetsuppgifter, avser en tid av minst sex månader och är förlagd till såväl studietermener som mellanterminer. På det psykologiska området erhålla eleverna praktik vid Stockholms stads barnavårdsnämnds rådgivningsbyrå för uppfostringsfrågor (6 månader å halvtid), rättspsykiatriska kliniken (4 månader å halvtid) och hjälpbyrån för psykiskt sjuka (6 månader å halvtid) samt dessutom å Beckomberga sjukhus och hos statens hjälpskolekonsulent.

Från många håll ha önskemål framförts om ökad psykologisk utbildning för olika slag av barnavårdstjänstemän, barnavårdsombud, kuratorer vid rådgivningsbyråer för uppfostringsfrågor, med flera, varvid särskilt behovet av kunskaper i testning påtalats. Socialinstitutet har därför under tiden den 1 september—1 december 1943 anordnat en kurs för 11 personer, som nyligen diplomerats vid institutet eller där i det närmaste avslutat sina studier. Av deltagarna har krävts god förutbildning i praktisk barnavård och socialt barnavårdsarbete.

Kursen, vilken tagit deltagarnas hela tid i anspråk, har för deltagare som ej förut erhållit sådan praktik, omfattat tjänstgöring å sinnessjukhus — direkt under psykiatrikers ledning — eller å rådgivningsbyrå samt dessutom vid sinnesslöskola. Härjämte har under kursen förekommit testning av folkskolbarn i åldern 7—16 år, uttagning av hjälpklass elever under ledning av statens hjälpskolekonsulent samt ungefär 60 föreläsningar i olika ämnen. Legitimerade läkaren Alice Hellström har tillsammans med den pedagogiska inspektrisen för sinnesslövärderna Ragnhild Jungner lett utbildningen i testning. I övrigt har medverkan skett av läkare och psykologer, som specialiserat sig på ifrågavarande ämnesområden. Föreläsningarna ha berört familjepsykologi, sinnesslövärd, skolsvårigheter, ordblindhet, sexualundervisning m. m.

Socialutbildningssakkunniga, som av Kungl. Maj:t tillsattes sommaren 1942, syssla för närvarande med en utredning rörande, bland annat, en viss omläggning av studierna, framför allt praktikantutbildningen, för eleverna å den socialpolitiska linjen vid socialinstitutet. Betänkande i saken lär kunna förväntas under innevarande år.

Särskilda utbildningsanstalter. Typfall.

Utbildning, avsedd att bibringa eleverna kännedom om barna- och ungdomsårens mentalhygien och uppfostringsproblem, förekommer även vid andra institutioner än de nu nämnda, däribland, som i annat sammanhang antytts (sid. 75), Ericastiftelsens läkepedagogiska seminarium i Stockholm. Den utbildning som meddelas vid stiftelsen syftar till att göra personer som syssla med barn och ungdom lämpade för sina uppgifter, oavsett vilka yrkesgrupper dessa personer representera. De speciella kunskaper och färdigheter vilka bibringas eleverna anses med andra ord vara av en avgörande betydelse för alla som aktivt deltaga i barna- och ungdomsvård, för pedagoger likaväl som för sköterskor och socialarbetare.

Vid seminariet intagas årligen 20 till 25 elever, såväl manliga som kvinnliga, till kurser, omfattande två terminer. Rätt att inträda å seminariet äger den, som kan styrka sin personliga lämplighet för arbete bland barn och ungdom samt äger den mognad och de förkunskaper som erfordras för att vederbörande skall kunna tillgodogöra sig undervisningen. Lämpligheten styrkes genom läkarintyg, avseende jämväl det psykiska hälsotillståndet, samt uppgifter från personer, till vilka sökande refererat. Det fordras, att adepterna genomgått folkskole- eller småskoleseminarium, eller att de fått utbildning i sjukvård eller socialt arbete. Elevernas ålder brukar variera mellan 22 och 40 år. Undervisningen är ej förenad med tentamens- eller examenstväng för eleverna. Ett tjugotal krafter — vetenskapsmän, läkare, pedagoger och socialvårdsfunktionärer — verka som lärare och föreläsare vid seminariet i olika ämnen, bland annat i psykologi. Eleverna sammanhållas i en klass, arbeta 35 arbetsveckor och bevista därvid två föreläsningar om dagen. Samtidigt praktisera eleverna å seminariets avdelning för psykisk barna- och ungdomsvård. De första veckorna få eleverna bedriva praktiska studier vid daghem (barnkrubbor). Därefter får varje elev, på sätt förut nämnts, följa utvecklingen hos barn inskrivna vid stiftelsen. Eleverna handledas under sin praktiska verksamhet vid seminariet av dess föreståndare, legitimerade läkaren Nycander, jämte specialutbildade assistenter samt få därvid lära sig, bland annat, social hemutredning ävensom skyddslingarnas och deras föräldrars påverkan i socialt önskvärd riktning. Vidare få eleverna lära sig att föra journaler och skriva redogörelser för sjukdomfallens uppkomst, förlopp och behandling, hålla föredrag och delta i diskussioner rörande de olika fallen. Eleverna få även auskultera som biträden i Stockholms folkskolors hjälp- och psykopatklasser samt göra gruppbesök å olika barnavårdande institutioner. Intelligenstestning av barnen förekommer visserligen å stiftelsen, men den utföres av assistenterna. Eleverna ha i allmänhet för kort utbildningstid för att hinna lära sig utföra testning. Emellertid ha en del elever, efter undergången utbildning vid seminariet, brukat fortsätta studierna vid södra K.F.U.K. i Stockholm och därvid lärt sig testning. Stiftelsen anordnar även korta sommarkurser i psykisk barnavård för lärare. Dessa kurser omfatta en veckas föreläsningar och besökas vanligen av ett femtiotal lärare.

Vid Ericastiftelsens seminariearbete är tyngdpunkten förlagd till den kliniska utbildningen. I en del fall har det därför hänt, att denna utbildning begagnats som förpraktik av personer, vilka därefter genomgått den socialpolitiska kursen vid socialinstitutet.

Den vetenskapliga forskningen och kraven på en ändamålsenlig personalutbildning.

Den översikt, som nu lämnats rörande de å olika yrkesområden förefintliga möjligheterna till utbildning, berörande barns och ungdoms mentalhygien och uppfostringssvårigheter, giver anledning till åtskilliga reflexioner. Till en början må här påpekas, att ämnesområdet som sådant är tämligen nytt, i

det att förståelsen för dess samhällliga betydelse först på senare tid vunnit större spridning. Den fördjupade sociala och demokratiska syn, som på senare tid blivit allt mera allmän, har också vidgat den medborgerliga förståelsen för de personliga bekymmer och olyckor, som psykiska brister och lidanden åsamka talrika barn och deras föräldrar. Viljan att hjälpa har blivit starkare både i samhällets hjälpverksamhet och i forskningen. Den vetenskapliga bearbetningen av problemkomplexet rör sig dock alltså med en mängd i viss mån obekanta faktorer. I vårt land har forskningen på området ännu icke nått samma intensitet och omfattning som i åtskilliga främmande länder. Till följd av dessa förhållanden ha måhända de personer, vilka handha utbildningen inom ifrågavarande ämnessfär, icke alltid själva hunnit tillägna sig den grundsyn på problemen, vartill senare tiders rön och erfarenheter bort föranleda. Det är i hög grad önskvärt, att ett fördjupande av forskningen på området kommer till stånd i vårt land, liksom att resultatet av en sådan fördjupad forskning levandegöras för alla dem, som syssla med barnens och ungdomens fostran. Först då kunskapen om den psykiska och sociala missanpassningens orsaker blivit större samt mera allmän spridd och accepterad, har man anledning förvänta en mera djupgående sanering av de i olika hänseenden otillfredsställande förhållanden, som nu alltför ofta bilda underlaget för missanpassning och utveckling i asocial riktning hos de unga.

Det är givetvis icke lätt att avgöra vilka vägar man bör beträda, då det gäller att främja den forskning varom nu är fråga. Ett betydande intresse för saken synes emellertid förefinnas på skilda håll i vårt land. 1941 års befolkningsutredning lär under sitt arbete ha haft ett projekt om grundandet av ett centralt forskningsinstitut för uppfostringsfrågor uppe till diskussion. 1936 års lärarutbildningsakkunniga väckte i ett på sin tid avgivet betänkande (Statens offentliga utredningar 1938: 50) förslag om upprättandet av ett psykologisk-pedagogiskt institut med teoretiskt vetenskapliga och praktiska uppgifter, som dock skulle vara av snävare räckvidd än vad en allsidig forskning i uppfostringsfrågor kräver. Institutet skulle enligt förslaget vara av enskild karaktär, med anknytning till föreningen för psykologisk-pedagogiska institutet, samt för sin verksamhet åtnjuta statsbidrag. Förslaget har icke förverkligats, men tanken på ett institut av ifrågavarande slag togs åter upp av 1940 års skolutredning, som föreslog inrättandet av ett statligt psykologisk-pedagogiskt institut från och med budgetåret 1944/1945. Det sålunda föreslagna institutet skulle arbeta å två avdelningar samt ha till uppgift, bland annat, att främja och leda psykologisk-pedagogisk forskning inom landet. 1942 års riksdag fann emellertid, att tidpunkten för inrättandet av ett institut av ifrågavarande slag liksom frågan om institutets utformning och medels anvisande för ändamålet borde bli beroende av särskilt riksdagsbeslut framdeles, vadan ej heller skolutredningens förslag ledde till någon praktisk åtgärd. I en den 21 december 1943 till Konungen ingiven skrivelse har nu skolöverstyrelsen hemställt, att Kungl. Maj:t måtte föreslå riksdagen att besluta om upprättandet av ett psykologisk-pedagogiskt institut enligt styrelsens

i skrivelsen framlagda förslag och anvisa medel därtill för budgetåret 1944/1945. Skolöverstyrelsen angiver det tilltänkta institutets huvuduppgifter på följande sätt. Institutet skulle verkställa systematiska undersökningar, möjliggörande en differentiering av skolans elevmaterial. Därvid skulle institutet utarbeta testserier, med hjälp av vilka elevernas intellektuella förutsättningar i olika hänseenden kunde bedömas. Vidare skulle olika undervisningsmetoder och frågan om lämplig ålder hos eleverna för tillgodogörandet av olika slag av kunskapsstoff utredas och undersökas. Slutligen skulle institutet anordna psykologiska och pedagogiska kurser för lärare, med flera. Samarbete säges vara önskvärt mellan institutet samt föreningen för psykologisk-pedagogiska institutet och institutet för praktisk psykologi vid Stockholms högskola. Skolöverstyrelsens skrivelse har föranlett Kungl. Maj:t att till årets riksdag framlägga proposition i ärendet (nr 207/1944).

Frågan, huruvida den erforderliga, medicinskt, socialt, psykologiskt och pedagogiskt betonade forskningen i uppfostringsfrågor kan och bör centraliseras eller ej, är ett spørsmål som ej kan besvaras utan att göras till föremål för ingående överväganden. Behörig hänsyn måste därvid tagas till, bland annat, möjligheten att bygga vidare på redan förefintliga ansatser till dylik forskning vid landets universitet, högskolor och andra forskningsinstitutioner. Frågan är i hög grad värd att utan omgång allvarligt övervägas, men dess lösning torde få anses falla utanför ungdomsvårdskommitténs uppdrag.¹ Så mycket kan dock i detta sammanhang sägas, som att, därest de av kommittén ifrågasatta centralerna för psykisk barna- och ungdomsvård komma till stånd, dessa centraler komma att kunna erbjuda utomordentliga tillfällen till empiriskt grundade studier av vetenskapligt och praktiskt värde, då det gäller att komma ungdomens uppfostringsproblem närmare in på livet.

Emellertid är det icke endast den rent vetenskapliga forskningen på området som är behäftad med brister. Även den i vårt land bedrivna utbildningen av sådana funktionärer, som i en eller annan egenskap skola ha att syssla med det unga släktets vård och fostran, är i många hänseenden mindre ändamålsenlig rent tekniskt sett, ett förhållande som, även det, synes ha uppmärksamrats på skilda håll. I skrivelse till statsrådet och chefen för socialdepartementet har sålunda styrelsen för sällskapet för psykologi i Stockholm, i anledning av medicinalstyrelsens förslag till ny lag om behörighet att utöva läkarkonsten, hemställt om utredning i vad mån lärare, sjuksköterskor och socialvårdsfunktionärer böra och kunna beredas en förbättrad utbildning i psykologi. Här förtjänar vidare ånyo erinras om socialutbildningssakkunnigas utredning liksom om skolöverstyrelsens förslag rörande ett blivande psykologisk-pedagogiskt instituts kursverksamhet. De föreslagna kurserna avse undervisning i allmän psykologi och medicinsk pedagogik för lärare, allmän pedagogisk fortbildning för lärare samt pedagogik för blivande lärare. Ytterligare må erinras om läkarutbildningssakkunnigas och skolöverläkarens

¹ Det må här hänvisas till betänkande om inrättande av ett samhällsvetenskapligt forskningsråd (stat. off. utredn. 1944: 19), vari även de ifrågavarande forskningsuppgifterna beröras.

respektive skolöverstyrelsens i tidigare sammanhang berörda förslag rörande kursverksamhet för läkare och lärare.

Vad den nuvarande läkarutbildningen angår, så har, som förut nämnts, skolöverläkaren framhållit, att läkarna ännu icke i större utsträckning erhållit specialutbildning för de socialhygieniska och mentalhygieniska uppgifter, som enligt skolöverläkarens förslag tillämnas skolläkarna. Man torde utan tvekan kunna bestyrka riktigheten av vad sålunda framhållits samt därutöver tillägga, att bristen på erforderliga kunskaper i socialmedicin och mentalhygien i betydande utsträckning gör sig kännbar inom läkarkåren, och att denna brist är särskilt beklaglig då det gäller tjänsteläkarna. Någon förbättring i detta sakernas tillstånd står givetvis att vinna genom ett rationellt anordnande av fortbildningskurser för läkare, omfattande bland annat nu nämnda ämnen. Emellertid skulle man säkerligen nå avsevärt mera betydelsefulla resultat genom en komplettering och partiell omläggning av de grundläggande läkarstudierna. Det gäller nämligen här att från början bibringa medicine studerandena en riktigare grundsyn än hittills på sjukdomsorsakerna och sjukdomstillstånden som verksamma faktorer i samhällslivet. Från denna synpunkt sett är det sålunda synnerligen otillfredsställande, att exempelvis en samlad och systematisk undervisning i socialmedicin icke meddelas vid den grundläggande läkarutbildningen. Även bristen på undervisning i psykologi framstår som en allvarlig olägenhet, då det gäller de blivande läkarnas utbildning. Ytterligare förtjänar framhållas att de medicine studerandena genom de obligatoriska kurserna i psykiatri och pediatrik icke synas kunna inhämta tillräckligt djupgående kunskaper i dessa ämnen, speciellt ifråga om de lättare psykiska sjukdomstillstånden, neuroser och närstående rubbningar. Dessutom borde behovet av särskild undervisning rörande de intellektuella utvecklingshämningarna och deras samhällseliga betydelse mera än hittills beaktas vid de medicinska studierna. De barnpsykiatriska studierna ha, trots synnerligen lofvärda ansatser, ännu icke nått den stadga och självständighet, som kunna anses önskvärda. Ett inrättande av centraler för psykisk barna- och ungdomsvård torde emellertid i sistnämnda hänseende kunna i sin mån verksamt bidra till en god och slutgiltig lösning av utbildningsfrågan.

Vad beträffar sjuksköterskeutbildningen torde man, vare sig det gäller de grundläggande kurserna eller fortbildningskurserna, kunna säga, att denna utbildning skänker eleverna alltför ytliga och fragmentariska insikter i psykologi och psykopatologi, för att dessa insikter utan vidare skulle kunna nyttiggöras inom den psykiska barna- och ungdomsvården. Vidare synas sjuksköterskeeleverna förvärva alltför obetydliga kunskaper i socialmedicin och alltför ytlig insikt i gällande sociallagstiftning för att kunna effektivt fylla socialarbetarens uppgifter inom barna- och ungdomsvård av nyss angiven natur. Även träning i praktiskt socialvårdsarbete vid olika institutioner, exempelvis barnavårdsnämnder, spelar en påfallande obetydlig roll under sköterskeutbildningen. Vidare må erinras om att ej ens eleverna vid centralskolan för utbildning av barnsjuksköterskor få lära intelligenstestning. Man torde slut-

ligen kunna anmärka, att sjuksköterskeutbildningen i någon mån utövas i sådana former, att den personliga initiativförmågan hos eleverna alltför litet uppodlas, detta trots att förhållandena i berörda hänseende under senare tid avsevärt förbättrats. Även ifråga om sjuksköterskeutbildningen torde kunna sägas att en rationell påbyggnad av fortbildningskurserna är av behovet påkallad, men att en komplettering och partiell omläggning av de grundläggande studierna skulle vara av än större betydelse för elevernas fostran till duglighet i socialvårdande värv, särskilt då det gäller den psykiska barna- och ungdomsvården.

Knappast någon yrkesgrupp i samhället har väl en verksamhet av så allmän och djupgående betydelse för barnens fostran och utveckling som lärarkåren. Det är därför av betydande vikt, att endast för lärarkallet lämpade personer ägna sig åt detsamma, och att de blivande lärarna erhålla en utbildning, som svarar mot de krav man måste ställa på barnens fostrare. Tyvärr är det nog i dessa hänseenden ej alldeles väl beställt i vårt land. Då det gäller lärarurvalet fästes för närvarande alltför ringa vikt vid den av vederbörandes lynne och karaktärsanlag betingade fallenheten för fostrargärningen. Dessutom torde det med fog kunna sägas, att hela vårt undervisningsväsen i alltför hög grad är inriktat på de ungas intellektuella skolning till men för deras fostran till harmoniskt utvecklade och praktiskt dugande människor, samt att lärarutbildningen bär en del av skulden till detta förhållande. De mest påtagliga bristerna härvidlag förefinnas inom läroverkslärarutbildningen, vilken synes skänka mycket otillräckliga insikter i, bland annat, barn- och ungdomspsykologi samt väl knappast någon inblick i barna- och ungdomsårens psykopatologi. Men även då det gäller utbildningen vid folkskoleseminarierna torde en del återstå att göra, innan tillfredsställande förhållanden kunna anses uppnådda. Våra blivande lärare måste få en riktigare grundsyn än hittills på barna- och ungdomsårens uppfostringssvårigheter, på orsakerna till och botemedlen mot desamma. De måste över lag lära sig att i tid urskilja olika slag av dylika svårigheter, att därvid i erforderlig mån skärskåda fallen ur social synvinkel samt att själva eller med hjälp av andra fackmän på ett pedagogiskt, psykologiskt, medicinskt och socialt riktigt sätt ingripa, så att missanpassningsbesvär, som eljest kunna få förödande verkningar, undanröjas eller mildras. Detta gäller alldeles särskilt för den händelse lärarna skola kunna aktivt medverka inom den psykiska barna- och ungdomsvården på sätt här förut skisserats. I detta sammanhang må framhållas vikten av att vid besättandet av hjälpklasslärartjänster och andra dylika nyckelpositioner inom den pedagogiska ungdomsvården erforderlig hänsyn toges till sökandenas speciella fallenhet och utbildning för kallet, så att icke tjänstetidens längd och andra allmänna meriter bli ensidigt utslagsgivande i dylika fall.

Utbildningen vid socialinstitutet synes, såvitt det kunnat bedömas, i huvudsak ske enligt riktlinjer, vilka, sett från de synpunkter som här beaktas, äro principiellt riktiga. Måhända kunde dock de inträdessökandes lämplighet bättre utrönas genom en fastare organisation av förpraktiken. Vidare

torde praktiken kunna tillrättaläggas bättre för de elever, vilka för framtiden skola ägna sig åt barnavård och ungdomsskydd. Därvidlag torde den vid Ericastiftelsen tillämpade kliniska utbildningen med seminarieverksamhet i anslutning till de individuella vårdfallens behandling få anses i viss mån föredömlig, låt vara att denna utbildning, sådan den utformats vid stiftelsen, företer en del brister. Det må i detta sammanhang erinras om att socialutbildningssakkunniga i sitt utredningsarbete syssla med hithörande problem.

Även då det gäller utbildning av icke medicinskt skolad personal, som skall ha med ungdomens fostran och handledning att göra, är det på sin plats att framhålla, vilka nya möjligheter ett inrättande av de ifrågasatta centralerna för psykisk barna- och ungdomsvård komma att medföra. Värdet av de vid sådana centraler under skicklig och erfaren ledning bedrivna praktiska studierna kunna knappast överskattas. Emellertid torde det framgå av vad som här anförts, att utbildningsfrågan som sådan, då det gäller skolning av såväl läkare som andra för den tilltänkta verksamheten erforderliga funktionärer, kräver en fortsatt och ingående uppmärksamhet, för den händelse förhållandena överlag skola kunna bli väl tillrättalagda för en ändamålsenlig psykisk barna- och ungdomsvård i vårt land. Att i detalj utreda denna utbildningsfråga torde icke tillkomma ungdomsvårdskommittén, som dock är angelägen om att påvisa vikten av att frågan med det snaraste upptages till ett mera allsidigt och ingående övervägande än hittills skett. Kommittén vill dock i detta sammanhang framhålla som sin mening, att det icke kan försvaras att i avbidan på en allmän översyn av utbildningsfrågan dröja med inrättandet av de ifrågasatta centralerna.

Kap. VIII. Förslag till anordnande av statsunderstödd psykisk barna- och ungdomsvård. Allmän motivering till förslaget.

Verksamhetens syftemål och omfattning.

I anslutning till vad som förut yttrats i detta betänkande vill ungdomsvårdskommittén i det följande väcka förslag om anordnande av statsunderstödd psykisk barna- och ungdomsvård i vårt land. Därvid uppkommer det spørsmålet, hur pass fast en organisation för angivna ändamål bör uppbyggas, hur omfattande densamma bör göras, och hur organisationen i sina detaljer bör utformas. Svaren på dessa frågor äro i hög grad avhängiga av verksamhetens ändamål och uppgifter samt den omfattning verksamheten kan tänkas komma att få.

Den psykiska barna- och ungdomsvården är i första hand avsedd att utgöra ett synnerligen betydelsefullt komplement till redan bestående organisationsformer, i vad det gäller den egentliga förebyggande barna- och ungdomsvården. Härmed äro dock den tilltänkta verksamhetens ändamål och uppgifter icke på ett uttömmande sätt beskrivna. De organ som komma att handha den psykiska barna- och ungdomsvården böra nämligen även verka för spridandet av en socialmedicinskt och psykologiskt sett riktigare uppfattning än den hittills vanliga ifråga om de ungas uppfostrings- och anpassningsproblem. Såväl hos allmänheten som de barnavårdande organens funktionärer förefinnes ett kännbart behov av vidgade och fördjupade kunskaper om de psykologiska, medicinska och sociala faktorer, som betinga uppkomsten av problem av nu angiven natur. En verksamhet, som syftar till att med effektiva medel skapa en sakligare och riktigare syn på de ungas svårigheter än den som alltjämt mångenstädes råder, är i sig själv av humanitär och förebyggande natur, och utövändet av sådan socialpedagogisk verksamhet bör därför höra till uppgifterna för den psykiska barna- och ungdomsvårdens organ. Slutligen skall organisationen bereda tillfälle till fördjupade vetenskapliga studier i uppfostringsfrågor samt praktiska rön för blivande funktionärer i barna- och ungdomsvårdens tjänst.

Vad beträffar omfattningen av den egentliga psykiska barna- och ungdomsvården torde det, som förut påpekats, få anses klart, att man icke kan begränsa organisationen till att avse intensiv behandling av ett utvalt antal barn, utan att biträde av organisationen i en eller annan form måste stå till

buds i alla de fall, där påtagliga uppfostrings- och anpassningssvårigheter yppats. Organisationen skall med andra ord söka bereda möjligheter till en lösning av sådana svårigheter för barn och ungdom utan åtskillnad i åldern upp till tjuguettt år. Personer över denna ålder böra däremot ej få anlita organisationen, med mindre det gäller uppfostringsfrågor rörande dem underställda barn och ungdomar eller möjligen utskrift av intyg för sterilisering eller avbrytande av havandeskap på eugeniska eller sociala grunder.

Det förhållandet, att den psykiska barna- och ungdomsvårdens organ i princip skola stå öppna för alla unga, vilkas uppfostran och sociala anpassning äro förenade med svårigheter, gör givetvis, att klientelet kan komma att antaga tämligen betydande proportioner. Socialstyrelsen har i sitt yttrande över de vid 1943 års riksdag väckta motionerna i förevarande fråga preliminärt räknat med omkring 20 000 svårfostrade eller efterblivna barn i åldrarna 7—16 år (år 1942). Denna beräkning är i viss mån grundad å resultaten av den i kap. III omnämnda, av skolöverstyrelsen i samråd med medicinalstyrelsen år 1939 utförda, riksomfattande undersökningen angående frekvensen av efterblivna eller eljest svårfostrade barn inom folkskole-distrikten. Som förut påvisats har emellertid den på kommitténs föranstaltande anordnade undersökningen rörande folkskolbarnen i Hallands norra och södra inspektionsområden (Bil. B) givit andra resultat än den år 1939 utförda undersökningen, resultat som närmast tyda på att man får räkna med något större tal än socialstyrelsen preliminärt angivit. Enligt kommitténs undersökning — vilken utförts med hjälp av tydligare och mera specificerade frågor än den tidigare utredningen — skulle, som tidigare nämnts, omkring 2,4 procent av de cirka 19 000 folkskolbarnen i Hallands norra och södra inspektionsområden ha visat påfallande lynnesegendomligheter, vare sig i förening med intellektuell undermålighet eller ej. Härtill komma fallen av renodlad intelligensbrist, vilka synas representera en ännu större andel av folkskolbarnen än de lynnesegendomliga gruppen. De lynnesegendomliga barnen torde komma att utgöra den psykiska barna- och ungdomsvårdens egentliga klientel. Under förutsättning att man kunde räkna med ett genomsnittligt tal av 2,4 procent för de påtagligt lynnesegendomliga i skolåldern, skulle detta betyda, att den psykiska barna- och ungdomsvårdens klientel vad de lynnesegendomliga i denna ålder beträffar skulle komma att uppgå till ett antal av ungefär 14 000 för riket i dess helhet. Härtill komma givetvis de lynnesegendomliga i förskolåldern och efterskolåldern. För den händelse man betänker, att även en del fall av renodlad intelligensbrist komma att hänvisas till den psykiska barna- och ungdomsvårdens organ — de flesta sådana fall torde dock vara så godartade att dylik åtgärd ej erfordras — skulle man för närvarande (d. v. s. år 1943) möjligen kunna räkna med att cirka 25 000 barn och ungdomar i vårt land befinna sig i en sådan situation, att åtgärder av den psykiska barna- och ungdomsvårdens organ beträffande dem skulle vara påkallade. Den under senare år ökade födelsefrekvensen torde emellertid komma att medföra, att antalet psykiskt vårdbehövande barn och ungdomar snart kommer att överstiga 25 000.

Övergångsorganisation för verksamhetens bedrivande.

Ungdomsvårdskommittén har funnit, att ett starkt och bestående behov av psykisk barna- och ungdomsvård förefinnes i vårt land, samt att åtgärder för ett varaktigt och ändamålsenligt tillfredsställande av detta behov äro i hög grad påkallade. Fullt tillräckliga hållpunkter i praktiskt hänseende för en organisatoriskt sett slutgiltig utformning av den psykiska barna- och ungdomsvården förefinnas emellertid ännu icke. Såvitt man kan bedöma torde det därför vara i hög grad ändamålsenligt att låta verksamheten från givna förutsättningar organiskt växa fram och taga form utan att från början allt för hårt klavbindas i fastställda former. Den i viss mån förefintliga bristen på kvalificerad personal talar också för ett sådant förfarande. Med hänsyn till dessa förhållanden torde det vara lämpligt, bland annat, att icke redan nu tillskapa fasta tjänster för den tilltänkta verksamheten utan att dröja därmed, tills några års praktisk erfarenhet kunnat giva närmare vägledning angående utformningen av organisationens detaljer.

Ett synnerligen viktigt inslag i den tilltänkta verksamheten består i anlitaandet av specialutbildade läkarkrafter. Gällande instruktion för medicinalstyrelsen ålägger styrelsen att vid förefallande behov förordna extra läkare till biträde vid sjukvården. Ehuru det här gäller ej blott sjukvård utan även, och därtill i främsta rummet, hälsovård, kan med stöd av denna bestämmelse en med hjälp av extra läkarkrafter upplagd organisation för en övergångstid av tre år komma till stånd. Ungdomsvårdskommittén har funnit övervägande skäl tala för en sådan anordning och begränsar sig därför i det förslag som nu framlägges till att förordna en verksamhet, avsedd att i delvis mindre fasta former fungera under en övergångstid av tre år. Då denna tid närmar sig slutet, bör, med stöd av därunder vunna erfarenheter, frågan om den fortsatta verksamhetens omfattning liksom frågan om fastare och mera detaljerade former för en sådan verksamhet upptagas till bedömande. Den utredning som framlägges i nu förevarande betänkande har emellertid med avsikt gjorts så fyllig, att några mera djupgående principiella överväganden knappast skola behöva föregå ett sådant förnyat bedömande. Den i det föregående berörda försöksverksamheten i Värmlands län (se kap. IV) har redan givit vid handen, att den psykiska hälsokontrollen vid centrallasarettet i Karlstad fyller ett större behov än man i allmänhet väntat. Kommittén är förvissad om att även erfarenheterna från en allmän verksamhet skola komma att bestyrka riktigheten av kommitténs uppfattning, att behovet av psykisk barna- och ungdomsvård är stort och bestående, samt att de åtgärder kommittén i det följande föreslår för ett temporärt täckande av behovet äro såväl principiellt riktiga som ändamålsenliga och för den skull ägnade att läggas till grund för en utveckling på längre sikt.

Organisationens uppläggning. Tillsynsmyndighet och lokala organ.

Av principiella skäl och praktiska hänsyn har kommittén funnit det motiverat att väcka förslag om att låta landstingen respektive de städer, som ej

deltaga i landsting, vidtaga och i första hand bekosta erforderliga åtgärder för psykisk barna- och ungdomsvård (se kap. VI). Vidare har kommittén ansett, att blivande föreskrifter om anordnandet av dylik verksamhet åtminstone icke för närvarande böra givas sådan innebörd, att det för landstingen respektive städerna blir en ofrånkomlig skyldighet att vidtaga åtgärder för ändamålet. Att föreskrifterna givas en villkorlig utformning torde framstå som särskilt berättigat med hänsyn till den tillämnade successiva utbyggnaden av verksamheten i så obundna former som möjligt. I detta sammanhang bör även den omständigheten beaktas, att de skisserade riktlinjerna för en blivande verksamhet på området innebära en garanti för att kostnaderna för systemets uppbyggnad skola hållas inom rimliga gränser samt ej medföra någon häftig och alltför kännbar ekonomisk påfrestning.

I det föregående (kap. VI) har jämväl konstaterats, att den psykiska barna- och ungdomsvården bör utövas genom centraler i distrikt av lämplig storlek, samt att behov av en fullständig och väl uppbyggd dylik central torde föreligga i samtliga län av ordinär storlek samt dessutom i de största, ej i landsting deltagande städerna.

Ungdomsvårdskommittén vill med stöd av den av kommittén verkställda utredningen föreslå, att möjligheter nu skapas till ett frivilligt uppbyggande av en statsunderstödd organisation för psykisk barna- och ungdomsvård, avsedd att utövas genom läns- och stadscentraler, allt i enlighet med här bifogat författningsutkast och enligt regler i stort sett analoga med dem, som gälla för den förebyggande mödra- och barnavården.

Härovan har talats om behovet av centraler för psykisk barna- och ungdomsvård i våra län av ordinär storlek och i de största, ej i landsting deltagande städerna. Det torde emellertid komma att visa sig, att en del mindre län (landstingsområden) ha för ringa storlek för att för närvarande kunna motivera anordnandet av självständig, statsunderstödd verksamhet av ifrågavarande slag. Detsamma kommer säkerligen att visa sig vara förhållandet med Gävle stad och möjligen även med ytterligare någon eller några av de städer, som ej deltaga i landsting. Av de städer, som deltaga i landsting, torde ingen ha nått sådan storlek, som kan anses erforderlig för anordnandet av egen statsunderstödd central för psykisk barna- och ungdomsvård. Vid nu angivna förhållanden finner kommittén det ändamålsenligt att föreslå ett frivilligt och statsunderstött anordnande av verksamhet av nu ifrågavarande slag inom samtliga landstingsområden och städer utom landsting med den inskränkningen, att statsunderstöd icke skall lämnas till självständig organisation för ändamålet i landstingsområden och städer, som vid sakkunnigt bedömande av central myndighet befinnas på grund av sin ringa storlek bättre lämpade för verksamhet, ordnad för flera områden gemensamt. Visserligen bör statsanslag kunna utgå jämväl för bedrivandet av psykisk barna- och ungdomsvård i dylika områden av mindre storleksordning, men verksamheten måste då ordnas i sådan form, att två landsting, eller landsting och stad, eller två städer, allt efter den centrala myndighetens bedrivande, förena sig om att bedriva verksamheten gemensamt.

Den psykiska barna- och ungdomsvården är av sådan art och betydelse samt kommer med all säkerhet att taga sådan omfattning, att centralt ordnad sakkunnig tillsyn å densamma erfordras. Det torde ligga i sakens natur, att tillsynen över verksamheten och avgörandet av frågor om verksamhetens lokala begränsning böra anförtros åt en och samma myndighet. Svaret på frågan om vilken myndighet som bör handha nämnda uppgifter är i hög grad beroende av den psykiska barna- och ungdomsvårdens karaktär. Den föregående framställningen visar, att verksamheten har såväl medicinska som sociala, psykologiska och pedagogiska sidor. Valet skulle för den skull komma att stå mellan medicinalstyrelsen, socialstyrelsen och skolöverstyrelsen.

Åtskilliga skäl kunna givetvis anföras till förmån för ett val i den ena eller andra riktningen. Vikten av psykologiskt och pedagogiskt riktig handledning av de särpräglade barnen samt önskvärdheten av en anknytning till skolläkarnas verksamhet synas närmast tala för att skolöverstyrelsen anförtros tillsynen över den psykiska barna- och ungdomsvården. Minst lika starka skäl tala emellertid för att anförtro socialstyrelsen tillsynen. Den tilltänkta verksamheten kommer nämligen att i ej oväsentlig grad få att skaffa med barnavårds- och ungdomsnämndernas klientel, som i åldershänseende icke enbart är begränsat till skolelevstadiet. Som av framställningen i kap. IV framgår ha dessa nämnder även flerstädes, antingen direkt eller också indirekt genom barnavårdsförbunden, varit engagerade i den hittillsvarande psykiska rådgivningsverksamheten och i många fall tagit initiativ till anordnande av sådan verksamhet, vilket vittnar om att hithörande verksamhet fyller ett stort behov inom socialvårdens organisation. Kommittén är angelägen om att under alla förhållanden understryka det viktiga förhållandet, att anordnandet av psykisk barna- och ungdomsvård innebär tillskapandet av ett synnerligen betydelsefullt hjälpmedel för social profylax i detta begrepps vidsträcktaste bemärkelse.

Emellertid förtjänar framhållas att den verksamhet varom här är fråga syftar till mera vittgående och differentierade åtgärder än pedagogiska tillrättlägganden samt till åtgärder på ett så tidigt stadium av de ungas utveckling, att behov av barnavårdsnämnds ingripande genom omhändertagande ej hunnit uppkomma. Det har för övrigt i praktiken visat sig, att de fall varmed de nuvarande rådgivningsbyråerna fått att göra icke i övervägande grad äro sådana, som hänvisats till byråerna av barnavårdsnämnderna, och framför allt icke så kallade placeringsfall. Vid övervägandet av ifrågavarande spörsmål måste man också hålla i minnet, hur viktigt det i praktiken är för en ändamålsenlig behandling av rådgivningsfallen att äga tillgång till lämpliga sjukhuslokaler, där observation och erforderliga operativa ingrepp kunna ske, och där psykoterapeutisk behandling i viss utsträckning kan komma till stånd. En anknytning inom den tilltänkta organisationens egen ram av den psykiska barna- och ungdomsvården till lasarettsvården är därför i hög grad påkallad, liksom en effektiv insats av läkare med ändamålsenlig utbildning är ett väsentligt och oumbärligt moment i verksamheten. Här må även erinras om att verksamheten, som förut framhållits, ur principiell syn-

punkt sett måste anses ha en i hög grad hälsovårdande karaktär. Vid nu angivna förhållanden finner kommittén det vara ofrånkomligt, att tillsynen över den psykiska barna- och ungdomsvården anförtros åt medicinalstyrelsen.

Emellertid är kommittén angelägen att i detta sammanhang ytterligare betona, att den medicinska undersökning och medicinska behandling, som inom den psykiska barna- och ungdomsvården kunna förekomma, allenast utgöra medel, om än outhärliga sådana, för ett fullföljande av verksamhetens syftemål. Detsamma kan med fog sägas om det pedagogiska inslaget i verksamheten. Syftemålet med verksamheten är till sina yttersta konsekvenser social profylax, en hjälp åt de unga som medför resultat för livet och ej blott för stunden. De miljöproblem, som, jämte de medicinska frågorna, i regel måste lösas inom den psykiska barna- och ungdomsvården, äro väsentligen av social karaktär. Verksamheten måste därför oundgängligen vara fast knuten till socialvården, så att den icke stannar vid att vara allenast en individuell medicinsk undersökning och vård eller en av medicinska avgöranden betingad pedagogisk behandling. Det väsentliga arbetet — de ungas sociala anpassning i enlighet med deras konstaterade förutsättningar och anlag — börjar, sedan läkaren ställt sin diagnos och den medicinska behandlingen avslutats. Av nu anförda skäl måste det åligga medicinalstyrelsen att i största möjliga omfattning handla i samråd med socialstyrelsen, då det gäller den psykiska barna- och ungdomsvården. Även med skolöverstyrelsen bör samråd äga rum, då det gäller det pedagogiska inslaget i verksamheten.

För att ärendena angående den psykiska barna- och ungdomsvården inom medicinalstyrelsen skola kunna få en i mesta möjliga mån ändamålsenlig behandling vill kommittén föreslå, att inom styrelsen upprättas en särskild tjänst för ärendenas handläggning. Vissa organisatoriska synpunkter på denna angelägenhet komma att närmare beröras å annan plats i detta kapitel. Ansvaret för samarbetet med medicinalstyrelsen bör inom socialstyrelsen närmast åvila chefen för sistnämnda myndighets andra byrå, vilken befattningshavare är statens inspektör för fattigvård och barnavård. Även inom skolöverstyrelsen torde anordningar böra vidtagas för möjliggörande av ett effektivt samarbete å ifrågavarande område. Genom anstalter av nu angivet slag skulle organisatoriska förutsättningar skapas för ytterst betydelsefulla medicinskt-sociala och psykologiskt-pedagogiska insatser i den offentliga barna- och ungdomsvården.

Vad härefter den lokala organisationen av verksamheten angår, är kommittén, som förut antytts, av den uppfattningen, att för verksamhetens drivande böra tillskapas centraler inom vårddistriktet med för ändamålet erforderlig personal samt tillgång på lokaler och tekniska resurser. Dessa centraler böra stå under ledning av specialutbildade läkare med erforderligt antal assistenter till sitt förfogande.

Såväl principiella skäl som praktiska hänsyn motivera en anknytning av länens centraler till länslasarettens. Givet är att, där barnavdelning för kropps-

sjukvård finnes inrättad vid dessa lasarett, en central för psykisk barna- och ungdomsvård lämpligast uppbygges genom utvidgning av barnavdelning- en till att avse jämväl den psykiska vården. En sådan anordning torde medföra möjlighet för centralen att på ett enkelt sätt få tillgång till lämplig mottagningslokal och sängplatser för observationsfall å barn- avdelningen samt därtill erforderliga instrument för hithörande undersök- ningar m. m. — låt vara att inventarieförrådet torde behöva kompletteras, bland annat med materiel (leksaker m. m.), som erfordras för karaktärs- och temperamentsbedömning samt psykoterapeutisk behandling i påkom- mande fall. Samtidigt medför en dylik anordning ett underlättande av frukt- bringande samarbete mellan centralens personal och lasarettets specialister på olika områden samt minskad omgång, då vårdfall för rationell behand- ling måste hänvisas till annan läkare för operativt ingrepp eller dylikt. Även i fall, där barnavdelning icke finnes vid länslasarett, måste genom lasarett- ledningens försorg vidtagas åtgärder för lämpliga anordningar med avse- ende å mottagningslokal och sängplatser för observation m. m. I detta sam- manhang förtjänar framhållas att det, såvitt kunna erfarenheter från för- söksverksamheten i Värmlands län giva vid handen, icke finnes anledning befara att sjukhusmiljön skall verka avskräckande på dem, som för erhål- lande av råd och hjälp önska vända sig till centralerna.

Även i städer, som ej deltaga i landsting, kunna de föreslagna centraler- na med fördel anknytas till sjukhus. Som den föregående redogörelsen vi- sar (kap. IV) har man emellertid i sådana städer hittills även utnyttjat sko- lan och samhällets barnavårdande organ, då det gällt att träffa anstalter för den psykiska barna- och ungdomsvården. Kommittén anser, att man i dylika fall bör hålla den möjligheten öppen att med hjälp av statsbidrag bygga vidare på den grund som redan lagts. I de fall, då för den skull led- ningen av den psykiska barna- och ungdomsvården förlägges till byrå under skolmyndighet eller barnavårdsnämnd, måste emellertid, enligt kommitténs mening, ovillkorligen sådana anstalter träffas, att erforderlig observation av vårdfall kan genom medverkan av vederbörande sjukhusmyndighet äga rum å sjukhus i orten. Undantagsvis skulle det kunna befinnas ändamåls- enligt att låta samtliga här åsyftade samhällsorgan var för sig deltaga i den psykiska barna- och ungdomsvården. Som i annat sammanhang omnämnts (kap. V) har emellertid i Amerikas förenta stater en dylik uppdelning av verksamheten visat sig lämplig allenast, då det gäller de egentliga storstä- derna. Denna erfarenhet torde äga sin tillämplighet även ifråga om svenska förhållanden.

Det måste anses vara av betydande vikt, att man i mesta möjliga mån underlättar tillgången till det stöd i uppfostringsfrågor centralerna komma att erbjuda. Vad verksamheten i länen beträffar är det därför angeläget, att man, i den mån sådant på grund av vederbörande läns storlek och kom- munikationsförhållanden finnes erforderligt, å olika platser upprättar filialer för den psykiska barna- och ungdomsvården. Genom ett sådant förfarande vinner man, att resorna för de hjälpsökande från avlägset belägna orter för-

kortas och förbilligas. Jämsides härmed når man det resultatet, att en dylik resa för personer från ensliga bygder med fattiga villkor icke kommer att framstå som ett företag av sådana proportioner, att man ej vågar giva sig in på detsamma. Vidare kan det hända, att det i vissa fall kan vara ändamålsenligare att komma i kontakt med landsbygdens barn under förhållanden, som icke i högre grad avvika från förhållandena i hemorten, än att få barnen under behandling i en för dem ovan stadsmiljö, inför vilken de reagera genom att andligen spänna sig och överhuvud taget ådagalägga ett annat uppförande än under vanliga omständigheter.

Då det gäller att välja plats för dylika filialer, torde det i många fall komma att visa sig lämpligt att anknyta filialerna till de olika observations- eller upptagningshemmen för barn ute i orterna. I de fall, då denna utväg kan väljas, torde frågan om lokal för mottagningarna kunna lösas i samråd med barnhemmens huvudmän. Vidare är att märka att å dessa hem bör finnas möjlighet att få barn som äro att betrakta som undersökningsfall intagna för observation, låt vara att de mera svårbedömda fallen i regel böra hänvisas till länslasaretten.

Här föreligger ett praktiskt exempel på nödvändigheten av ett fast och förtroendefullt samarbete mellan den psykiska barna- och ungdomsvårdens huvudmän samt de socialvårdande organen i orterna liksom mellan medicinalstyrelsen och socialstyrelsen.

Därest man av särskild anledning skulle önska att i ort varest länscentral finnes upprättad anordna mottagning även i annan lokal än den lasarettet har att erbjuda, böra ur principiell synpunkt sett hinder icke möta för en sådan anordning. Vad här yttrats om länscentralernas lokalförhållanden äger givetvis i tillämpliga delar sin giltighet jämväl å motsvarande förhållanden i de städer utom landsting, varest psykisk barna- och ungdomsvård enligt detta betänkande kan komma att bedrivas.

Personal. Befattningshavarnas antal och kompetens.

Den personal, som skall vara verksam inom den psykiska barna- och ungdomsvården, bör, som tidigare framhållits, utgöras av specialutbildade läkare jämte assistenter. För de löpande göromålen torde mången gång med fördel biträde kunna påräknas även genom arbete av sådana personer, som vid centralerna i studiesyfte skaffa sig praktik å det område inom barna- och ungdomsvården det här gäller.

Att de tilltänkta centralerna skola förestås av läkare måste med hänsyn till verksamhetens hälso- och sjukvårdande karaktär anses naturligt. Givetvis kunna å ena sidan, såsom framgår av förhållandena vid Stockholms stads barnavårdsnämnds rådgivningsbyrå för uppfostringsfrågor, fall inträffa, då mer än en läkare erfordras vid en central, därvid ledningen för verksamheten bör anförtros åt en av dessa läkare. Å andra sidan är det även tänkbart, att på grund av de lokala förhållandena inom ett eller annat område det därvarande behovet av läkare för nu ifrågavarande ändamål åtminstone till en

början kommer att visa sig så pass ringa, att det icke motiverar tillsättandet av en heltidsanställd läkare.

Även om på något håll tillfredsställande resultat skulle kunna uppnås med hjälp av en halvtidsanställd läkare, synes det dock under alla förhållanden vara nödvändigt, att varje central disponerar över en heltidsanställd assistent. Det måste nämligen anses vara av största vikt, att kontinuitet upprätthålles vid den löpande övervakningen av vårdfallen, och att den för sådant ändamål avsedda arbetskraften är tillräcklig. Emellertid torde anställning av en enda assistent knappast någonsin vara tillfyllest ens å övergångsstadiet, då det gäller att fylla behovet av sakkunnigt biträde åt läkaren (eller läkarna) vid en läns- eller stadscentral. Givetvis kunna de lokala förhållandena och andra omständigheter nödvändiggöra en utökning av personalen. Det må här erinras om, bland annat, vad förut yttrats angående nödvändigheten av att pedagogisk sakkunskap anlitas i den psykiska barna- och ungdomsvården, ett förhållande som, då en heltidsanställd assistent icke i erforderlig mån besitter dylik kompetens, kan nödvändiggöra ett anlitanande av lämpliga lärarkrafter för deltidstjänstgöring vid centralerna. Ett lämpligt ordnat samarbete med vederbörande fattigvårds- och barnavårdskonsulenter samt barnavårdsombud är, som i annat sammanhang kommer att närmare beröras, även det oundgängligen nödvändigt och kommer att innebära en viss garanti för att centralernas behov av socialvårdskompetens aldrig skall bli obeaktat eller bristfälligt tillgodosett. Här må ytterligare påpekas att vid bedrivandet av en för flera områden gemensam verksamhet det normala sannolikt kommer att bli, att för hela distriktet finnes en läkare, medan däremot särskilda assistenter verka i de olika områdena. En exakt förhandsberäkning rörande personalens sammansättning vid de olika centralerna är svår att verkställa, och något försök att utföra en sådan skall ej göras i förevarande sammanhang. Längre fram i detta kapitel skall emellertid en schematisk överslagsberäkning rörande personalbehovet göras och läggas till grund för en kalkyl, avseende kostnaderna för den föreslagna verksamheten.

Då det förslag om anordnande av psykisk barna- och ungdomsvård, vilket nu framlägges, närmast avser verksamhet under en övergångstid, varunder omfattningen av en framtida, bestående organisation på området skall utrönas, är det icke för närvarande motiverat att för ifrågavarande ändamål tillskapa några fasta tjänster. Kommittén föreslår därför, att samtliga befattningar som här kunna komma ifråga tillsvidare inrättas allenast som extra tjänster. Läkarna böra, som förut antytts, förordnas av medicinalstyrelsen. Däremot bör det vara landstingen och städerna förbehållet att själva anställa de assistenter, som kunna anses erforderliga för verksamhetens behöriga fortgång.

Kommittén går härefter att behandla frågan om vilka krav som böra ställas å centralernas befattningshavare, då det gäller kompetens för den psykiska barna- och ungdomsvårdens uppgifter. Denna fråga är i och för sig komplicerad, och lösningen av densamma försvåras av de förut berörda

förhållanden, som sammanhånga med vetenskaplig forskning och utbildning å området.

Vad till en början *läkarkrafterna* beträffar, måste behörig hänsyn tagas till det förhållandet, att det här gäller ett verksamhetsområde som vanligen är i viss mån främmande för en icke specialutbildad läkare, samt att noggranna regler för läkarnas utbildning till specialister ännu icke kommit till stånd. Viss praxis har visserligen uppkommit rörande omfattningen av fortbildning för medicine licentiater, som önska specialisera sig inom ämnena pediatrik och psykiatri, men barnpsykiatrin har ännu icke som ämnesområde vunnit sådan stadga, att någon fast praxis ifråga om fortbildningen för blivande barnpsykiatriker hunnit växa fram. Man kan därvidlag endast, som tidigare påpekats, fastslå, att socialläkare i mentalhygienens tjänst bland barn och ungdom i regel ägnat eller ägna sammanlagt tre år efter medicine licentiatexamen åt tjänstgöring som underordnad läkare vid sinnessjukhus och barnsjukhus. Det torde kunna förväntas, att frågan om läkarnas specialutbildning inom en ej alltför avlägsen framtid kommer att av myndigheterna upptagas till avgörande. För den händelse riktlinjer för fortbildning i barnpsykiatri då komme att uppdragas, skulle detta givetvis vara av stor betydelse för den psykiska barna- och ungdomsvårdens framtida utveckling.

Innan frågan om läkarnas specialutbildning kommit närmare sin lösning, torde det icke vara tillrådligt att föreskriva allmängiltiga och detaljerade kompetensvillkor för dem, som i egenskap av läkare vilja ägna sig åt psykisk barna- och ungdomsvård i den av kommittén här föreslagna organisationen. Angelägenheten härav är desto större, som tillgången på läkare med vad här kallats barnpsykiatrisk utbildning ännu är tämligen begränsad. I sak gäller det här som i andra fall blott, att den för tjänsten lämpligaste personen får förtroendet att fylla en maktpåliggande uppgift inom det område varom fråga är. Med sakernas nuvarande ordning kan emellertid den lämplige i förevarande fall vara att finna än bland de specialutbildade barnläkarna, än bland psykiatrikerna, än bland de så kallade barnpsykiatrikerna, vilka skaffat sig fortbildning inom båda ämnesområdena. Undantagsvis skulle måhända även annan läkare med väl dokumenterad erfarenhet i mentalhygien rörande barn och ungdom kunna ifrågakomma. Givet är emellertid att de läkare, som fått både pediatrik och psykiatrisk skolning, i allmänhet måste anses mest lämpade för uppgiften. Genom studier och praktik vunnit kunskap rörande de kroppsliga sjukdomstillstånd, som speciellt sammanhånga med barna- och ungdomsåren, är givetvis ytterligt värdefull för den, som i egenskap av fackman skall syssla med de ungas psykiska hälso- och sjukvård, men man får ej glömma att studiet av det mänskliga själslivet och dess sjukliga yttringar här har sin givna betydelse. Sistnämnda förhållande torde framstå i särskilt klar dager, om man betänker att det i rådgivningsverksamheten mycket ofta kommer att gälla utredningar rörande sociala sammanhang, bottnande i nervösa rubbningar och andra avvikelser från det normala icke blott hos de unga utan även hos deras fostrare. Efter ett noggrant övervägande av frågan om kompetenskraven för läkare inom den statsunderstödda psykiska barna-

och ungdomsvården har kommittén funnit det lämpligast att föreslå, att det tills vidare skall läggas i medicinalstyrelsens hand att, i samråd med socialstyrelsen och skolöverstyrelsen, inom här förut angivna gränser träffa avgörande från fall till fall vid läkartjänsternas besättande.

Vad *assistenternas* kompetens beträffar, får man icke av det förhållandet, att den psykiska barna- och ungdomsvården enligt kommitténs förslag skall ledas av läkare och i regel vara anknuten till lasarettsvården, draga den slutsatsen, att assistenterna måste ha sjuksköterskeutbildning. Visserligen höra sjuksköterskorna under vissa betingelser till dem, vilka kunna ifrågakomma då det gäller att besätta assistenttjänster inom den psykiska barna- och ungdomsvården, men man får ej glömma, att en dylik assistent egentligen icke kommer att få någon sjukvårdande uppgift att fylla. Den föregående framställningen torde med önskvärd tydlighet visa, hurusom assistenterna istället i hög grad måste få att syssla med sociala, psykologiska och pedagogiska problem. En grundlig social, psykologisk och pedagogisk utbildning måste därför, i förening med naturlig fallenhet för uppgiften, anses utgöra en värdefull för att icke säga ofrånkomlig förutsättning för erhållandet av anställning som assistent i den statsunderstödda psykiska barna- och ungdomsvården. För heltidsanställda assistenter torde av förut anförda skäl särskilt den sociala utbildningen komma att visa sig vara av oskattbart värde.

Det är en given fördel, då kunskaper och erfarenheter berörande samtliga ifrågavarande ämnesområden kunna samlas på en hand. Så lär dock, åtminstone tills vidare, endast undantagsvis kunna bli fallet. Här må i detta hänseende hänvisas till förhållandena i Stockholm. I det föregående har i olika sammanhang påpekats, hurusom man, då kompetens i något hänseende saknas hos en heltidsanställd assistent, bör söka avhjälpa denna brist genom anlåtande av deltidsanställd personal, och hurusom särskilt den pedagogiska sakkunskapen på detta sätt kan och bör utnyttjas. Även härutinnan kan hänvisas till det system som tillämpas i Stockholm, varest en utbildad hjälpklasslärarinna genom att å deltid ställa sin arbetskraft till förfogande tillför rådgivningsbyrån för uppfostringsfrågor pedagogisk och även psykologisk kompetens.

Under åberopande av här framhållna omständigheter vill kommittén icke snävt begränsa de formella kompetensvillkoren för blivande assistenter i den statsunderstödda psykiska barna- och ungdomsvården. Enligt kommitténs mening böra de som avlagt socialpolitisk examen vid socialinstitutet eller erhållit därmed likvärdig social utbildning äga förutsättningar för att på ett tillfredsställande sätt sköta en assistenttjänst. Särskilt torde detta vara fallet, då vederbörande undergått sådan fortbildning, som enligt det föregående under höstterminen 1943 stod till buds vid institutet. Man kan även påräkna värdefulla insatser av pedagogerna, då det gäller assistentarbetet vid de föreslagna centralerna. I första hand torde härvidlag de för hjälpundervisning utbildade folkskollärarna böra ifrågakomma. Undantagsvis bör även annan utbildning än sådan som här särskilt omnämnts med fördel kunna nyttiggöras genom assistentarbete i den psykiska barnavården

— exempelvis barnsjuksköterske- och distriktsköterskeutbildning, kompletterad med, förutom annat, praktik i barna- och ungdomsvård, ävensom psykologisk utbildning i förening med praktik i socialt arbete bland barn och ungdom. Här förtjänar ånyo framhållas nödvändigheten av att assistenterna ha kännedom om den sociala lagstiftningen samt förmåga att på ett praktiskt tillfredsställande sätt handlägga de ärenden av socialvårdsnatur som kunna förekomma, då det gäller att lägga förhållandena tillrätta i de fall, varmed centralerna få att göra. Slutligen må anmärkas att den kliniska utbildningen vid Ericastiftelsen, även om densamma icke är ur alla synpunkter tillfredsställande, torde få anses ha ett visst värde som komplement till utbildning av de olika slag som i detta sammanhang omnämnts.

Givet är att vid besättandet av en assistenttjänst vederbörande läkare bör beredas tillfälle att yttra sig angående de sökandes lämplighet. Ett gott och förtroendefullt samarbete mellan läkare och assistenter är en synnerligen viktig förutsättning för ett lyckligt resultat av centralernas arbete. Det förhållandet, att landstingen respektive de städer, som ej deltaga i landsting, själva skola få anställa assistenterna, nödvändiggör vidare ett stadgande av innehåll, att medicinalstyrelsen har att — med iakttagande av härovan angivna synpunkter och i samråd med socialstyrelsen och skolöverstyrelsen — föreskriva villkor för behörighet att vinna anställning som assistent. Ett sådant stadgande kommer att innebära en garanti för ett lämpligt urval vid assistenttjänsternas besättande, särskilt då, på sätt här förutsattes och i kap. IX närmare avhandlas, de sökandes kompetens prövas genom tillsynsmyndighetens försorg. I detta sammanhang må erinras om att vissa kvalifikationer, exempelvis kunskap och färdighet i intelligensmätning, stundom kunna befinnas oundgängligen nödvändiga för en assistent, ett förhållande som medicinalstyrelsen i så fall har att beakta vid meddelandet av sina föreskrifter. Det förhållandet, att sociala och även psykologiskt-pedagogiska synpunkter måste i synnerlig grad beaktas, då det gäller besättandet av assistenttjänsterna, gör det önskvärt för att icke säga nödvändigt, att medicinalstyrelsen vid meddelandet av föreskrifter om behörighetsvillkor för assistenter handlar i samråd med socialstyrelsen och skolöverstyrelsen.

Till sist må här betonas vikten av att en assistent besitter rent personlig lämplighet för sin uppgift. En god assistent måste vara besjälad av förståelse för de ungas svårigheter samt därtill i rikt mått äga personlig initiativkraft och fysiska förutsättningar att stå ut med ett ofta intensivt och strapatsrikt arbete.

Den lokala verksamheten och dess ledning. Tillsynen å densamma.

För att den psykiska barna- och ungdomsvården skall kunna fungera rationellt och effektivt fordras tvivelsutan, att densamma i varje område lägges upp enligt en på förhand utarbetad plan. Det bör enligt kommitténs mening tillkomma den centrala myndighet som föreslagits att utöva tillsynen å verksamheten, d. v. s. medicinalstyrelsen, att fastställa plan för den

lokala verksamheten i de särskilda fallen. Då det gäller fastställandet av dylik plan, är det angeläget att medicinalstyrelsen samråder med socialstyrelsen och, där så erfordras, även med skolöverstyrelsen. I sådan plan böra städse de allmänna riktlinjerna för den lokala organisationens uppläggning och funktion angivas. Därvid böra, bland annat, uppgifter lämnas rörande dels antalet befattningshavare av olika slag vid den central det gäller dels ock de olika platser, varå verksamheten avses att bedrivas, samt det beräknade antalet mottagningar å varje plats.

Den psykiska barna- och ungdomsvården bör vidare, för att man skall erhålla garanti för dess ändamålsenlighet, bedrivas enligt vederbörligen fastställd instruktion. Sådan instruktion bör i regel fastställas av det landsting eller den stad det gäller, därvid en av medicinalstyrelsen utfärdad normalinstruktion bör tjäna till ledning. Av kommittén upprättat förslag till sådan normalinstruktion återfinnes bland de härvid fogade författningsutkasterna. I de fall, då verksamheten ordnas gemensamt för två områden, anser kommittén det lämpligast, att medicinalstyrelsen fastställer instruktion för verksamhetens bedrivande, dock efter hörande av landsting respektive stad, som komma att beröras av den tilltänkta instruktionen. Ett sådant förfarande är nämligen ägnat att förebygga tvistigheter de olika områdenas myndigheter emellan, rörande instruktionens utformning. Även då det gäller befattningen med instruktionerna för de olika centralernas verksamhet, ligger det i sakens natur, att medicinalstyrelsen bör handla i samråd med socialstyrelsen och skolöverstyrelsen. Önskvärdheten av ett dylikt tillvägagångssätt framstår särskilt klar, därest man betänker, hur komplicerad den ifrågasvarande verksamheten är till sin natur, i det att ej blott hälsovårdande utan även i hög grad socialvårdande och jämväl pedagogiska synpunkter måste läggas på densamma.

Den barnpsykiatriska diagnostiken syftar till att utröna orsakerna till missanpassningstendenser, som kommit till synes hos de unga. Vid den härför erforderliga undersökningen av det kroppsliga och själsliga hälsotillståndet hos de barn och ungdomar det gäller är behovet av läkarens medverkan givet. Dylika undersökningar, som, vad det psykiska tillståndet beträffar, avse såväl intelligensnivå som karaktärstyp, kunna, för den händelse mera långvarig och noggrann observation ej erfordras, av läkaren utföras även vid mottagning i lokal som ej är inrymd i eller ansluten till sjukhus. Detta visar i sin mån att läkarundersökningarna å länscentralernas filialstationer ha en betydande uppgift att fylla. Vissa fall kräva dock, som förut antytts, på grund av sin komplicerade och svårbedömbara karaktär observation å sjukhus, därvid samarbete i mån av behov kan upptagas mellan centralens läkare samt andra specialutbildade läkarkrafter, framför allt barnläkare.

Vid den intelligensmätning, som är ett av hjälpmedlen då det gäller att utröna den intellektuella standarden, bör läkaren vid en central kunna påräkna sakkunnigt biträde av en till centralen knuten assistent. Assistenterna skola nämligen i olika hänseenden biträda läkarna vid mottagningarna. Men härtill inskränka sig ingalunda assistenternas uppgifter. Tvärtom torde man

kunna säga, att tyngdpunkten i assistenternas verksamhet skall vara förlagd till socialutredningen samt den fortlöpande socialhygieniska övervakningen beträffande de vid centralerna behandlade fallen. För ställandet av en riktig diagnos i den psykiska barna- och ungdomsvården är det icke tillräckligt att undersöka det aktuella fallets nuvarande tillstånd. Av minst lika stor betydelse är det nämligen att få upplysning om fallets arvsbiologiska natur, liksom att få en klar bild av vederbörandes miljö- och utvecklingsförhållanden samt av uppförandet i hemmet, skolan och kamratkretsen m. m. Detta är förhållanden, varom kunskap inhämtas genom socialutredningen, och verkställandet av sådan utredning bör åligga assistenterna vid de olika centralerna. Assistenterna skola härjämte upprätthålla kontakten med de barn och ungdomar, som behandlats genom centralernas försorg, detta för att övervaka att givna råd och instruktioner följas samt för att iakttaga den fortsatta utvecklingen. Dessa förhållanden visa, att assistenterna i väsentlig mån skola fungera som socialarbetare, och att deras tjänstgöring kräver långt mera än närvaro vid läkarundersökningarna å centraler och filialstationer. I själva verket nödvändiggör denna tjänstgöring, i allt fall vad landstingsområdena beträffar, ofta åtskilliga resor inom distrikten under tiderna mellan mottagningarna.

Det är emellertid utan vidare klart, att assistenternas tid och krafter icke alltid kunna räcka till för personliga hembesök i alla de fall som hänvisas till centralerna, vare sig det vid sådana hembesök gäller social förhandsundersökning i nyanmälda fall eller efterkontakt med redan behandlade klienter. Därför är det angeläget, att centralerna upprätthålla god kontakt med statens fattigvårds- och barnavårdskonsulenter ävensom med barnavårdsombud, barnavårdsnämnder, daghemmens och lekskolornas personal, skyddskonsulenter, lärare, den medicinskt förebyggande barnavårdens organ samt tjänste- och skolläkare. Genom uppgifter rörande iakttagelser av nu nämnda tjänstemän och myndigheter torde i de flesta fall ett synnerligen viktigt material rörande de olika fallen kunna erhållas, en möjlighet som centralernas personal måste söka utnyttja. Sådana bidrag till utredningsarbetet äro i sak ägnade att främja ett gott arbetsresultat, samtidigt som ett effektivt utnyttjande av bidragen bör kunna underlätta assistenternas arbete och inskränka behovet av resor för deras vidkommande.

En god kontakt mellan centralerna samt övriga nu nämnda myndigheter och tjänstemän är emellertid önskvärd och nödvändig även av andra skäl än nu angivits. Genom sådan kontakt främjas ett spridande bland föräldrar, lärare, socialarbetare och andra av förståelsen för anpassningssvårigheter av de slag, varom fråga är i den psykiska barna- och ungdomsvården. Samtidigt vinnes en viss garanti för att sådana fall, vari ett ingripande av centralernas personal erfordras, verkligen, på föranstaltande av de myndigheter och tjänstemän varmed samarbete upptagits, hänvisas till centralerna. Statens fattigvårds- och barnavårdskonsulenter samt barnavårdsombud och skolläkare, med flera torde lämpligen höra genom särskilda bestämmelser i för dem utfärdade instruktioner förständigas att samarbeta med centralerna i nu

angivet syfte. Lärarna böra, i samband med genomförandet av den föreslagna utbyggnaden av den skolhygieniska verksamheten, åläggas att — för eventuell remittering till central för psykisk barna- och ungdomsvård — till vederbörande skolläkare hänvisa alla de fall bland eleverna, där begynnande felutveckling eller missanpassning synes kunna spåras. I detta sammanhang må även framhållas som i hög grad önskvärt att för skolväsendet tillgängliga medel göras disponibla för bestridandet av kostnader för lärjunges inställelse å central eller filialstation, då föräldrar eller andra målsmän icke äga tillgång att bekosta dylik inställelse. Bestämmelser av sådant innehåll skulle, enligt kommitténs mening, lämpligen kunna inflyta i § 49 folkskolestadgan och § 28 fortsättningskolestadgan. Även i andra skolförfattningar kunde möjligen ändringar och tillägg göras i syfte som nu angivits. Ifråga om barnavårdsnämnderna, åter, torde sådana föreskrifter i barnavårdslagen böra lämnas, som garantera att centralerna utnyttjas i alla de fall, då missförhållande synes påkalla barnavårdsnämnds ingripande och anledning förekommer till antagande, att missförhållandet står i samband med arvs- eller miljöbetingad sjuklighet, svaghet, beteenderubbning eller lynnesdefekt. Förslag till föreskrifter av sådant innehåll har av kommittén upprättats och återfinnes bland de härvid fogade författningsutkasterna. Kommittén finner det önskvärt, att barnavårdsnämnderna även i lindrigare fall än nu avses söka — genom råd och anvisningar till föräldrar och målsmän eller på annat sätt — uppmuntra och främja hänvändelse till centralerna, där sådan hänvändelse kan anses ändamålsenlig. Särskild föreskrift i lag härom torde ej erfordras, men socialstyrelsen bör i samråd med medicinalstyrelsen till barnavårds- och ungdomsnämndernas ledning utfärda instruktiva råd och anvisningar i saken.

I detta sammanhang bör även en annan sida av samverkan å socialvårdens område mellan centralerna och andra myndigheter beröras. Så snart en assistent inom den psykiska barna- och ungdomsvården under sin verksamhet bland de unga och deras målsmän får kännedom om fall, som påkalla ingripande enligt barnavårdslagen, alkoholistlagen eller lagen om fattigvården, har assistenten att göra anmälan därom till vederbörande läkare vid centralen. Läkaren har därefter att vidarebefordra anmälan till barnavårdsnämnd, nykterhetsnämnd eller fattigvårdsstyrelse ävensom att göra statens fattigvårds- och barnavårdskonsulent inom distriktet uppmärksam på fallet. På enahanda sätt har givetvis läkaren att förfara, då han utan anmälan av assistent fått vetskap om förhållande av beskaffenhet att påkalla åtgärd som här avses.

Även i annan ordning än nu nämnts kan kontakt knytas mellan centralerna och andra myndigheter, som ha med barns och ungdoms vård och fostran att göra. Kommittén tänker därvidlag på de möjligheter, som genom inrättandet av centraler öppnas, då det gäller att i olika hänseenden tillgodogöra sig den kapacitet centralernas läkare besitta. Givet är att dessa läkare måste anses i hög grad lämpade att representera den medicinska sakkunskapen vid de olika upptagningshemmen för barn och vid barnhemmen för svårplacerbara barn. Även ur organisatorisk synpunkt sett måste det anses lämpligt, att dessa hem utnyttja centralernas läkare. Hemmen torde nämligen med all sannolik-

het ofta komma att begagnas vid centralernas filialmottagningar och vid observation av en del fall vari centralernas hjälp anlitas, ett förhållande som skulle medföra att biträde av centralernas läkare vid vissa tider utan omgång skulle kunna stå till buds för barnhemmens klientel. Vidare torde man mången gång i sådana städer varest centraler stationerats kunna med fördel begagna den psykiska barna- och ungdomsvårdens läkare jämväl som skolläkare, varjämte läkarens kapacitet bör inom det område centralens verksamhet omspanner kunna utnyttjas för rådgivning vid anordnande av hjälpundervisning enligt kungörelsen den 30 juni 1942 med vissa bestämmelser angående hjälpundervisningen vid folk- och småskolor. Ytterligare måste det anses naturligt, att centralernas läkare anlitas, då det gäller anordnandet av den för skyddshemmens vidkommande föreskrivna läkarvården. Slutligen må här framhållas den betydelse det måste anses äga för sinnesslövärderna, att centraler för psykisk barna- och ungdomsvård under ledning av specialutbildade läkare komma till stånd i länen och i städer, som ej deltaga i lands- ting. Det förliden höst av särskilda sakkunniga framlagda betänkandet rörande sinnesslövärdens organisation, vilket föranlett proposition till innevarande års riksdag (nr 205/1944), bygger i stor utsträckning på läkares medverkan i sinnesslövärderna. Emellertid råder i olika delar av landet en påtaglig brist på läkare med erforderlig kompetens för de kvalificerade uppgifter, som i sinnesslövärderna tillämnas den medicinska sakkunskapen. Redan då det gäller sinnesslövärd i dess nuvarande former böra centralerna och deras läkare ha en betydande uppgift att fylla. Detta torde i än högre grad bli fallet, för den händelse de föreslagna bestämmelserna rörande bildbara sinnesslöa barns fostran å centralanstalter skulle i lag sanktioneras. I så fall skulle centralerna för psykisk barna- och ungdomsvård samt deras läkare säkerligen i stor utsträckning behöva anlitas vid bedömandet av förutsättningarna för barns intagning å centralanstalt för bildbara sinnesslöa. Ävenså komme med all säkerhet tillgången på den psykiska barna- och ungdomsvårdens läkarkrafter att bli av synnerlig betydelse, så snart det gällde att ställa kompetenta läkare till förfogande för de olika anstalter, som enligt förslaget skola handha sinnesslövärderna.

Det må här anmärkas, att nyttan av att centralernas läkare i nu nämnd ordning anlitas för olika värv, som i viss mån ligga vid sidan om centralernas egentliga verksamhet, ingalunda kommer enbart de institutioner till godo, som dessa läkare i sådan ordning kunna tänkas biträda. Helt naturligt kommer nämligen ett utnyttjande av läkarkrafterna även i dylika institutioners verksamhet att i hög grad underlätta centralernas samarbete med dessa institutioner. Samtidigt kommer ett sådant förfarande att bereda läkarna tillfälle till vidgad praktisk erfarenhet inom olika delar av barna- och ungdomsvården. Slutligen må här i förbigående påvisas, hurusom ett anlitan- de av centralernas läkare i olika värv av nu angiven art bör kunna medföra den ingalunda oviktiga praktiska fördelen, att läkarna från olika håll få tillskott till sin avlöning som tjänstemän inom den psykiska barna- och ungdomsvården, något som är ägnat att göra löneanslagen för denna

verksamhet ekonomiskt mindre kännbara. Sistnämnda omständighet kommer att närmare beröras i annat sammanhang.

Den psykiska barna- och ungdomsvårdens karaktär samt verksamhetens uppläggning och organisation enligt kommitténs förslag göra det naturligt, att den lokala verksamheten inom landstingsområdena ställes under ledning av landstingsområdenas hälso- och sjukvårdsberedningar. I de fall, då ledningen av vederbörande landstings hälso- och sjukvårdande verksamhet utövas av särskild hälsovårds- och särskild sjukvårdsberedning, bör ledningen av den psykiska barna- och ungdomsvården inom sådant landstingsområde utövas av nämnda båda beredningar gemensamt. Väl har nämligen sistnämnda verksamhet hälsovårdande karaktär och bör därför sortera under hälsovårdsberedningen, men dess föreslagna anknytning till länslasaretten gör, att även sjukvårdsberedningen bör kunna utöva inflytande å ledningen. För att beredningarna skola kunna på ett i allo ändamålsenligt sätt handha den lokala ledningen av den psykiska barna- och ungdomsvården i landstingsområdena finner kommittén det önskvärt, att beredningarna, då det gäller att träffa avgöranden i frågor av sådan natur, på visst sätt kompletteras med sakkunniga, vilka skola ha att företräda barna- och ungdomsvården samt skolväsendet. Förslag till härför erforderlig ändring i gällande lag om landsting har utarbetats inom kommittén och återfinnes bland författningsutkasterna.

Där städer, som ej deltaga i landsting, ordna psykisk barna- och ungdomsvård i överensstämmelse med förevarande förslag, bör ledningen av verksamheten givetvis utövas av den myndighet som anordnar verksamheten, vare sig detta är sjukhusmyndighet, barnavårdsnämnd eller skolmyndighet eller ock, i fall då verksamheten delats upp på olika samhällsorgan, flera av dessa myndigheter. Med hänsyn till den relativa lättheten att i sådana städer under hand åvägabringa erforderligt samråd de olika myndigheterna emellan och möjligheten för dessa myndigheter att var för sig bedriva psykisk barna- och ungdomsvård har kommittén icke ansett nödigt att för dessa städers vidkommande föreslå någon anordning, motsvarande den föreslagna kompletteringen av landstingens hälso- och sjukvårdsberedningar.

Då det gäller verksamhet, som ordnas gemensamt för två områden, bör ledningen av verksamheten inom varje område organiseras enligt här angivna riktlinjer.

Vad tillsynen över den psykiska barna- och ungdomsvården beträffar, bör denna utövas såväl lokalt som centralt. Den lokala tillsynen bör, enligt kommitténs mening, i landstingsområdena utövas av vederbörande förste provinsialläkare och i städer, som ej deltaga i landsting, av stadsläkare eller, där sådan finnes anställd, förste stadsläkare. Denna regel synes böra upprätthållas såväl beträffande landsting och städer, vilka anordna självständig verksamhet, som ifråga om sammanslutningar av dylika kommuner för bedrivande av gemensam verksamhet. Enligt gällande lag om landsting skall förste provinsialläkare kallas till sammanträde med länets hälso- och sjuk-

vårdsberedning samt äga rätt att deltaga i beredningens överläggningar men ej i dess beslut ävensom att få sin mening antecknad till protokollet. Förste provinsialläkarens ställning till vederbörande beredning synes i hög grad underlätta för honom att utöva tillsyn å den av beredningen ledda psykiska barna- och ungdomsvården. Vad stadsläkare respektive förste stadsläkare beträffar, torde det ligga i sakens natur, att deras befattning med hälsovården gör dem lämpade att utöva den tillsyn varom nu är fråga.

Den lokala tillsynen bör emellertid, för att densamma skall kunna fylla de anspråk som ur olika synpunkter kunna ställas på densamma, av vederbörande förste provinsialläkare, förste stadsläkare och stadsläkare utövas i samråd med barna- och ungdomsvårdande samt pedagogisk expertis inom de områden det gäller. Hur sådant samråd lämpligen bör ordnas avhandlas närmare i kap. IX.

Redan tidigare i detta kapitel har kommittén förordat, att den centrala tillsynen å den psykiska barna- och ungdomsvården skall utövas av medicinalstyrelsen. Det tidigare i skilda sammanhang påpekade förhållandet, att verksamheten ifråga har ej blott en medicinsk utan även en social och psykologiskt-pedagogisk prägel, gör det emellertid, som även förut framhållits, nödvändigt, att medicinalstyrelsen vid utövandet av tillsynen handlar i samråd med socialstyrelsen och skolöverstyrelsen. Särskilt i sådana städer utom landsting, som ordna verksamhet av ifrågavarande slag under ledning av barnavårdsnämnd eller skolmyndighet, måste det falla sig naturligt att socialstyrelsen respektive skolöverstyrelsen får utöva ett avgörande inflytande å den av medicinalstyrelsen utövade tillsynen. I övrigt förtjänar anmärkas att tillsynen själfvallet icke i något hänseende får utövas på sådant sätt, att den inkräktar på den inspektionsrätt, som med stöd av särskilda stadganden må tillkomma socialstyrelsen och skolöverstyrelsen.

För möjliggörande av tillsyn å den psykiska barna- och ungdomsvården enligt nu angivna riktlinjer torde åt en särskild tjänsteman inom medicinalstyrelsen böra anförtros uppgiften att utöva inspektion av nämnda verksamhet och att inom styrelsen föredraga de ärenden som avse verksamheten samt att ansvara för att samverka med socialstyrelsen respektive skolöverstyrelsen äger rum. Sannolikt kommer en sådan anordning med tiden att nödvändiggöra inrättandet av en halvtidstjänst för ändamålet. Under den tid av tre år som kommitténs förslag närmast omspanner torde dock knappast så omfattande arbete komma att krävas av en tjänsteman med ifrågavarande uppgifter, att det kan anses motiverat att redan för denna tid räkna med inrättandet av en dylik halvtidstjänst. Ärendena skulle under denna tid med fördel kunna anförtros antingen åt någon expert, som, mot särskilt arvode och med begränsad deltidstjänstgöring, kunde ägna sig åt uppgiften jämsides med fältarbete inom den mentalhygieniska barna- och ungdomsvården, eller också åt den vid medicinalstyrelsen knutna inspektören för sinnesslövrården, vilken emellertid i så fall måste få viss lättnad i annat med tjänsten sammanhängande arbete. Sistnämnda anordning skulle medföra den praktiska fördelen, att resor för inspektion av den psykiska

barna- och ungdomsvården skulle kunna företagas i sammanhang med de resor, som inspektionen av sinnesslövärderna nödvändiggöra. Givetvis förutsätter sist antydda lösning av frågan, att inspektören för sinnesslövärderna besitter erforderlig kompetens för en sakligt sett riktig behandling av ärendena rörande den psykiska barna- och ungdomsvården.

Kommittén vill emellertid i detta sammanhang betona den med hänsyn till allmänheten praktiskt psykologiska betydelsen av att den psykiska barna- och ungdomsvården icke i administrativt hänseende sammanblandas med sinnesslövärderna.

Inom skolöverstyrelsen torde i och med tillkomsten av den till detta verk knutna skolöverläkarbefattningen ha skapats goda förutsättningar för ordnandet av ett effektivt och ändamålsenligt samarbete med medicinalstyrelsen i frågor rörande psykisk barna- och ungdomsvård.

Vad socialstyrelsen beträffar måste befattningen med den psykiska barna- och ungdomsvården helt naturligt medföra ökat arbete å andra byråns — socialvårdsbyråns — barna- och ungdomsvårdsavdelning. Denna omständighet torde i sin mån bidra till att göra styrelsens tidigare framställning om anslag till anlitande av barnläkareexpertis fullständigt oavvislig. Säkerligen kommer organisationen av den psykiska barna- och ungdomsvården även att påskynda lösningen av den sedan länge av andra skäl aktuella frågan om en utökning av antalet fattigvårds- och barnavårdskon-sulenter liksom av frågan om socialvårdens länsorganisation överhuvud taget.

Personalens avlöning och andra kostnader. Villkoren för statsbidrag samt bidragens karaktär och storlek.

Kostnaderna för den psykiska barna- och ungdomsvården måste av naturliga skäl i princip bestridas av de samhällen som anordna verksamheten. I vad mån och under vilka betingelser statsbidrag för verksamhetens bedrivande böra utgå är en fråga, som tarvar ett särskilt bedömande, men som vid en positiv lösning visar sig äga ett starkt samband med frågan om arten och storleken av de med verksamheten förenade kostnaderna.

I kapitel VI har närmare utvecklats hurusom avgörande skäl tala för att staten bör genom rikligt tillmätta anslag ekonomiskt stödja en av landsting och städer utom landsting anordnad och i första hand bekostad verksamhet, avseende psykisk barna- och ungdomsvård. Helt naturligt måste dock från statens sida vissa krav å en sådan verksamhets uppläggning och utformning uppställas, för den händelse dylika statsbidrag skola kunna anses motiverade. Dessa krav kunna i korthet sammanfattas sålunda att för statsbidrag erfordras, att verksamheten av vederbörande landsting eller stad skall anordnas enligt de i detta kapitel angivna riktlinjerna, och att det skall överlåtas åt den centrala tillsynsmyndigheten att, under vederbörligt hänsynstagande till reglerna om statsbidrag, fastställa grunderna för den lokala personalens avlöningsförmåner. Därest i något fall verksamhet, för vars be-

drivande statsbidrag sökes, redan finnes anordnad, få givetvis för ändamålet erforderliga ändringar i den för verksamheten upplagda organisationsplanen vidtagas, innan dylikt bidrag kan beviljas. Beträffande den exakta utformningen av de fordringar som enligt kommitténs mening måste ställas å en statsunderstödd verksamhet för ifrågavarande ändamål, i vad det gäller lokaler, personal, ledning, tillsyn, plan och instruktion för verksamheten m. m., hänvisas till härvid fogade förslag till kungörelse angående statsbidrag till psykisk barna- och ungdomsvård.

Vad härefter angår statsbidragens karaktär vill kommittén föreslå, att sådana bidrag under angivna förutsättningar skola utgå till landsting, stad utom landsting och gemenskap, som ordnar verksamhet av ifrågavarande slag, med ett årligt belopp, motsvarande viss del av den med verksamheten sysselsatta personalens löner. Härjämte bör enligt kommitténs mening landsting, som självständigt eller i gemenskap med annat samhälle, ordnar dylik verksamhet, åtnjuta fördelen av statsbidrag, motsvarande viss del av kostnaderna för personalens resor i tjänsten, traktamentsersättning däri inräknad. Bidrag av sistnämnda slag synes däremot icke böra åtnjutas av stad utom landsting, vilken självständigt eller gemensamt med annat samhälle ordnar psykisk barna- och ungdomsvård, detta med anledning av, bland annat, sällsyntheten av tjänsteresor utom vederbörande stads planlagda område, de relativt obetydliga avstånd det i regel för personalen i städerna gäller att tillryggalägga, de förhållandevis goda och billiga kommunikationsmöjligheter personalen har att tillgå samt städernas ekonomiska bärkraft.

Det kunde möjligen ifrågasättas, huruvida icke statsbidrag borde, i likhet med vad numera är fallet inom den förebyggande mödra- och barnavården, utgå jämväl till täckandet av klienteletts kostnader för resor till och från centralerna och filialerna. Emellertid finner kommittén icke skäl att på sakens nuvarande ståndpunkt, då det i viss mån gäller att planera verksamhet för en övergångstid, föreslå så vittgående åtgärder. Dessa kostnader torde därför tills vidare få bäras av barnavårdsnämnder, föräldrar och — under förutsättning av erforderliga författningsändringar — skolstyrelser samt dessutom av andra personer och institutioner, som äro direkt intresserade av verksamheten och anlita centralerna. I detta sammanhang må emellertid anmärkas att, då frågan om allmän och obligatorisk sjukförsäkring i praktiken vinner sin lösning i vårt land, frågan om bidrag till kostnader av sistnämnda slag utan vidare torde upphöra att vålla svårigheter.

Kostnaderna för lokaler och inventarier för verksamhetens bedrivande böra enligt kommitténs mening helt bestridas av landsting respektive stad. Som tidigare antytts torde, åtminstone till en början, icke några väsentliga kostnader i sist berörda hänseenden komma att uppstå. Sjukhusen och barnhemmen lära i regel utan större svårigheter kunna bereda erforderlig plats för mottagningar liksom ställa nödiga inventarier till förfogande. Genom samarbete med barnavårdsförbund och distriktsvårdsorgan, med flera torde

det mången gång låta sig göra att vid förefallande behov på ett praktiskt sätt och utan större kostnader anordna mottagningar även i andra lokaler än dem sjukhusen och barnhemmen kunna ställa till förfogande. Nyanskaffning av inventarier torde i regel knappast vara nödvändig i annan mån, än då det gäller kortsystem och journalblanketter m. m. dylikt samt, som förut antytts, leksaker, avsedda att begagnas vid undersökningarna. Vad trycksakerna beträffar, vill kommittén i besparingssyfte rekommendera, att formulär till blanketter och dylikt skola fastställas av den centrala tillsynsmyndigheten, samt att nämnda myndighet tillika skall anskaffa och till självkostnadspris tillhandahålla centralerna trycksakerna.

För att härefter återgå till statsbidragen till täckandet av utgifterna för löner till centralernas personal vill kommittén föreslå, att dylika bidrag skola utgå med belopp, motsvarande högst hälften av de verkliga kostnaderna för avlöning åt läkare och assistenter, men att bidragen icke skola få överstiga visst årligt belopp, vare sig det gäller läkare eller assistent. Därvid har kommittén i princip följt tidigare tillämpade bidragssystem som synas ha slagit väl ut.

Då det förut icke närmare varit tal om personalens löneförmåner, torde det vara lämpligt att i detta sammanhang upptaga frågan härom till bedömande. I en verksamhet av den art varom här är fråga kommer det uppenbarligen att finnas utrymme för anställning av befattningshavare med sinsemellan tämligen olika kompetens, skilda arbetsuppgifter och arbetstider av olika längd. En blick på de i kapitel IV berörda förhållandena vid Stockholms stads barnavårdsnämnds rådgivningsbyrå för uppfostringsfrågor är härvidlag upplysande. Kommittén har med hänsyn till nu antydda förhållanden ansett det ändamålsenligt, att, intill dess under den föreslagna verksamheten vidgade erfarenheter på området vunnits, löneförhållandena få under vissa garantier organiskt anpassa sig efter de lokala förhållandena, utan att behöva följa någon på förhand fixerad generell löneskala. Då den föreslagna verksamheten tills vidare ej omspanner längre tidrymd än tre år, faller det av sig självt, att förslag till grunder för beräkning av ålders-tillägg icke för närvarande framlägges. Garantier för att personallönerna skola bli väl avvägda och i möjligaste mån likformiga vill kommittén söka skapa på två sätt, nämligen dels genom föreskrift om att grunderna för avlöningsförmåner skola fastställas av medicinalstyrelsen, dels genom de statliga lönebidragens konstruktion enligt nyss angivet system. I detta sammanhang förtjänar anmärkas att det ingalunda är kommitténs mening, att lönesystemets övre gräns nödvändigtvis skall motsvaras av det statliga maximibidragets dubbla belopp. Tvärtom har kommittén förutsatt, att det stundom med hänsyn till omständigheterna kan befinnas lämpligt och nödvändigt att, i allt fall då det gäller läkarna, bestämma något högre löner än nu angivits, och kommittén har med ledning härav utformat sitt förslag angående beräkningen av de statliga lönebidragens belopp.

Kommittén har tänkt sig, att de statliga lönebidragens årliga maximibelopp skola fastställas till 6 000 kronor för en läkare och 3 000 kronor för

en assistent. Vid de överväganden, som lett till kommitténs ståndpunktstagande i denna fråga, ha vissa praktiska och lönetekniska synpunkter iakttagits. Kommittén har därvid i första hand letts av önskvärdheten av så pass höga löner, att de kunna verka tilldragande på verkligt kompetent personal.

Ifråga om läkarnas löneförmåner har det ansetts riktigt att stadga förbud mot det nu på sina håll tillämpade systemet med debitering av arvode för konsultation och undersökning m. m. Visserligen måste vid observation ersättning i vanlig ordning utgå för sängplats å sjukhusklinik eller barnhem, men det bör icke tillåtas att tillgången till råd och stöd i uppfostningsfrågor försvåras genom debitering av särskilda arvoden åt läkarna för konsultationer eller undersökningar vid centralerna och filialstationerna eller för utlåtanden och intyg i tjänsten. En sådan inskränkning av de förmåner, som, principiellt sett, för närvarande stå läkarna i den mentalhygieniska barna- och ungdomsvården till buds, motiverar emellertid en lönesättning, som garanterar läkarna kompensation från huvudmannens sida för den uteblivna förmånen.

Vad beträffar den hävdvunna rätten för läkare i samhällelig verksamhet att jämväl bedriva privatpraktik, har kommittén ansett sig icke böra föreslå någon inskränkning för den här ifrågavarande läkarkategoriens vidkommande, detta trots att en sådan inskränkning av principiella skäl måste te sig önskvärd. Då nu rätten till privatpraktik föreslås bibehållen, förutsättes dock givetvis att vederbörande tillsynsmyndighet noggrant tillser, att de privata göromålen icke i någon mån verka hindrande på arbetet med den psykiska barna- och ungdomsvården. Med all sannolikhet kommer det att visa sig, att, för den händelse läkarna åtaga sig jämväl skolläkarsysslor samt den medicinska vården å skydds- och barnhem ävensom förut nämnda uppgifter inom sinnesslövärderna, läkarnas tid blir så upptagen av tjänstegöromål, att föga eller intet utrymme för privatpraktik kommer att finnas. Kommittén anser emellertid, att de löner, som det nu förordade bidragssystemet garanterar, i förening med de arvoden övriga här avsedda samhällliga uppdrag kunna medföra, måste bli av sådan storleksordning, att de böra kunna verka lockande för verkligt dugande läkarkrafter och därtill animera blivande läkare med fallenhet för uppgiften att giva sina studier en för den mentalhygieniska barna- och ungdomsvården lämpad inriktning. I samband med att läkartjänsterna förvandlas till befattningar å ordinarie stat samt förenas med rätt till ålderstillägg och pension bör frågan om lönebeloppen och rätten att utöva privatpraktik upptagas till förnyat övervägande.

Vad assistenternas löneförmåner beträffar, får det föreslagna bidragssystemet, med hänsyn till assistenternas omfattande och betydelsefulla arbetsuppgifter samt de kompetenskrav som måste gälla för dylika befattningshavare, anses förutsätta löner, vilka i det närmaste motsvara de förmåner som efter en tillämnad reglering av barnavårdsombudens tjänsteställning kunna tillkomma sistnämnda befattningshavare. Socialvårdskommittén har föreslagit, att barnavårdsombudens tjänster skola placeras i lönegrad 17

i statens civila extra ordinarie-reglemente. Med den nu valda utgångspunkten för en beräkning av assistenternas löner skulle man komma till ett resultat, motsvarande årslöner av omkring 6 000 kronor. Statliga lönebidrag, som förutsätta assistentlöner av nu antydd storlek, äro även ur en annan synpunkt sett tillräddliga. Det torde nämligen stundom komma att gälla att förvärva dugande lärarkrafter för assistentarbetet, och de statliga lönebidragen måste därför tillmätas på sådant sätt, att de i mån av behov kunna garantera assistentlöner, som animera dylika lärarkrafter att ägna sig åt den psykiska barna- och ungdomsvården. Fullgoda skäl synas för den skull tala för att man icke bör sätta den övre gränsen för assistentlönebidragen lägre än kommittén föreslagit, eller sålunda till 3 000 kronor om året för en sådan befattningshavare.

Socialstyrelsens och skolöverstyrelsens ingående kännedom om det sociala respektive det psykologiskt-pedagogiska arbetets skiftande former samt inom sådant arbete gällande kompetenskrav, löne- och befodringsförhållanden gör det ovedersägligen lämpligt, att medicinalstyrelsen även vid fastställandet av grunder för avlöningsförmåner åt centralernas personal samråder med förstnämnda båda myndigheter.

Vad slutligen angår den närmare utformningen av de statliga bidragen till täckandet av personalens resekostnader, finner kommittén billighets- och lämplighetsskäl tala för en viss regional indelning av landet med rätt till bidrag av olika storlek, allt efter behoven inom de särskilda regionerna. Endast landsting böra, som förut nämnts, komma i åtnjutande av den ekonomiska lättnad dylika bidrag medföra, och bidrag bör enligt kommitténs mening icke under några förhållanden utgå för resor inom centralernas stationeringsorter. I stad utom landsting, vilken självständigt ordnar psykisk barna- och ungdomsvård, förekomma i regel inga personalresor av natur att böra föranleda resekostnadsersättning, och tillräckliga skäl torde, som den föregående framställningen visar, saknas för att tillerkänna ens sådan stad, som — där det kan tänkas förekomma — ordnar verksamhet gemensamt med annan stad eller med landsting, rätt till statsbidrag för resekostnad.

Avstånd, natur- och kommunikationsförhållanden göra resebidragen särskilt påkallade i vissa län. Samtidigt måste vid bidragens avvägande behörig hänsyn tagas till önskvärdheten av att i län, där behovet av psykisk barna- och ungdomsvård måste anses stort och den ekonomiska förmågan att tillgodose behovet mindre god, förståelsen för verksamhetens betydelse vinner sådant stöd, att den leder till effektiva åtgärder för bedrivandet av dylik verksamhet. Nu angivna synpunkter motivera, enligt kommitténs mening, en klassificering, motsvarande den som med gott resultat genomförts ifråga om den förebyggande mödra- och barnavården. Kommittén föreslår därför, att statliga resekostnadsbidrag skola utgå för läkares och assistenters resor för mottagningar enligt av den centrala tillsynsmyndigheten godkänd plan liksom för andra i verksamheten nödvändiga tjänsteresor av dessa befattningshavare. I sistnämnda hänseende äro särskilt att märka assistenternas resor för hembesök hos klientelet. Bidragen skola utgå med viss

del av de sammanlagda resekostnaderna, nämligen för Norrbottens, Västerbottens och Jämtlands län med 70 procent, för Västernorrlands, Gävleborgs, Kopparbergs och Värmlands län med 60 procent samt för övriga län inom riket med 50 procent. Givet är att dessa resekostnadsbidrag böra utgå endast i den mån personalen ej får sina resekostnader ersatta av annan än huvudmannen för den psykiska barna- och ungdomsvården.

Beräkning av kostnaderna för förslagets genomförande.

Att riktigt beräkna storleken av de kostnader, som kunna komma att åvila statsverket i anledning av de tilltänkta föreskrifterna om statsbidrag för bedrivandet av psykisk barna- och ungdomsvård, är synnerligen vanskligt. Förhållandena ifråga om areal, folkmängd etc. i de särskilda områdena äro sinsemellan mycket olikartade. En jämförelse mellan Gotlands och Norrbottens län är därvidlag givande. Även om man tager hänsyn till att bebyggelsen i sistnämnda län i stort sett är koncentrerad till vissa delar av länet, medan andra delar bestå av ren ödemark, måste man konstatera, att de avstånd man har att räkna med inom länet äro synnerligen betydande, samtidigt som den relativa barnrikedomen därstädes är större än i något annat län. Gotlands län, åter, har ett så avskilt läge, att länet, trots sin relativt obetydliga ytvidd och folkmängd, icke lämpligen torde, då det gäller psykisk barna- och ungdomsvård, kunna samarbeta med annat län eller med stad, som ej deltager i landsting. Överhuvud taget ställer det sig svårt att på förhand bedöma i vilka fall för flera områden gemensam verksamhet skall kunna bedrivas. Dock torde man med visshet kunna säga, att Gävle stad och Gävleborgs län måste förenas till ett verksamhetsområde, samt att de båda landstingen i Kalmar län lämpligen böra bedriva gemensam verksamhet. Hallands län är ett område, vars storleksordning möjligen icke kommer att anses nödvändigöra ordnandet av enbart för detta län fungerande psykisk barna- och ungdomsvård. Jämtlands län har väl en obetydlig folkmängd, men de lokala förhållandena i övrigt äro sådana, att en självständig verksamhet i länet för ifrågavarande ändamål torde vara väl behövlig. Uppsala län, som har ringa storlek ifråga om såväl ytvidd som folkmängd, kan möjligen tänkas gå samman med Västmanlands län men däremot knappast med Stockholms län, där Roslagen med sin skärgård bereder särskilda svårigheter. Kommittén anser det emellertid med hänsyn till omständigheterna riktigtast att vid en förhandskalkyl rörande kostnaderna för den psykiska barna- och ungdomsvården icke räkna med gemensam verksamhet i andra fall, än då det gäller dels Gävle stad och Gävleborgs län och dels de båda lanstingsområdena i Kalmar län.

Vid en dylik kalkyl bör man räkna med en eller flera heltidsanställda assistenter inom varje område eller gemenskap för verksamhetens bedrivande. Försiktigheten bjuder att man i de flesta fall räknar även med en deltidsassistent, detta, som förut närmare utvecklats, bland annat för att man i de fall, då heltidsassistenten saknar erforderlig psykologiskt-pedagogisk

kompetens, skall kunna upprätthålla effektiv kontakt med skolan och tillgodogöra sig dess erfarenheter. Vad åter läkarna beträffar, torde i flera fall förhållandena vara sådana, att man kan räkna med allenast deltidstjänster.

En överslagsberäkning rörande personalbehovet i en rådgivningsorganisation, utbyggd under den tid av tre år kommitténs förslag i första hand avser, skulle, därest vederbörlig hänsyn togs till ovan angivna allmänna synpunkter, giva det resultat som följande tabell visar.

Tabell rörande personalbehovet i en för en övergångstid av 3 år uppbyggd organisation för psykisk barna- och ungdomsvård.

O m r å d e	Antal läkare		Antal assistenter		Summa
	Å heltid	Å deltid	Å heltid	Å deltid	
Stockholms stad	2	—	7	—	9
Göteborgs »	1	—	3	—	4
Malmö »	1	—	2	—	3
Norrköpings »	—	1	1	1	3
Hälsingborgs »	—	1	1	1	3
Stockholms län	1	—	1	1	3
Uppsala »	—	1	1	1	3
Södermanlands »	1	—	1	1	3
Östergötlands »	1	—	1	1	3
Jönköpings »	1	—	1	1	3
Kronobergs »	—	1	1	1	3
Kalmar »	1	—	1	1	3
Gotlands »	—	1	1	1	3
Blekinge »	—	1	1	1	3
Kristianstads »	1	—	1	1	3
Malmöhus »	1	—	2	—	3
Hallands »	—	1	1	1	3
Göteborgs och Bohus län	—	1	1	1	3
Älvsborgs län	1	—	2	—	3
Skaraborgs »	1	—	1	1	3
Värmlands »	1	—	1	1	3
Örebro »	1	—	1	1	3
Västmanlands »	—	1	1	1	3
Kopparbergs »	1	—	1	1	3
Gävleborgs län och Gävle stad.....	1	—	1	1	3
Västernorrlands län	1	—	1	1	3
Jämtlands »	1	—	1	1	3
Västerbottens »	1	—	2	—	3
Norrbottens »	1	—	2	—	3
Samtliga	21	9	42	22	94

Det må här framhållas, att den gjorda överslagsberäkningen av mycket att döma angiver minimisiffror rörande personalbehovet i en bestående organisation för psykisk barna- och ungdomsvård. I kap. IV har angivits hursom redan under de fyra första månaderna av den med landstinget som huvudman ordnade verksamheten i Värmlands län ej mindre än 213 nya fall anmälts till centralen i Karlstad. Med utgångspunkt härifrån skulle man kunna räkna med 500—600 nyanmälda fall på ett år inom ett område av den storlek och struktur Värmlands län representerar. En sådan frekvens skulle givetvis, även om man i arbetet räknade med verksamt biträde av praktikanter, i längden innebära en hård belastning för ett system, uppbyggt enligt de i tabellen angivna grunderna, samt knappast medgiva erforderlig noggrannhet och effektivitet i arbetet. Emellertid torde det förhålla sig så, att det på många håll — och däribland i Värmlands län — förefinnes ett sedan lång tid tillbaka uppdämt behov av hjälp å den psykiska barna- och ungdomsvårdens område, ett behov vilket, så snart en ändamålsenlig organisation för dess tillgodoseende träder i funktion, orsakar en plötslig toppbelastning av organisationen. Man torde därför med visst fog kunna förvänta, att anhopningen av nya fall efter någon tids verksamhet minskas. Dock får man icke utan vidare förutsätta, att en sådan minskning skall inträda. Med hjälp av den nya organisationen kunna nämligen fall av föreliggande vårdbehov lättare och effektivare upptäckas än förut varit möjligt. Under alla förhållanden måste det anses väl befogat att räkna med, att centralernas besöksfrekvens på lång sikt kommer att uppvisa en något stigande kurva. Man torde därför få utgå från att i framtiden en viss utbyggnad av systemet kommer att visa sig erforderlig.

Därest man emellertid med utgångspunkt från siffrorna i tabellen räknar med maximibidrag av statsmedel för heltidsanställd personal och med bidrag för deltidsanställd personal i proportion härtill samt tillika förutsätter att av sistnämnda personal läkarna arbeta å halvtid och assistenterna å tredjedelstid, skulle det årliga statsanslaget för *lönebidrag* komma att uppgå till sammanlagt 301 000 kronor.

Vad härefter storleken av *reskostnadsbidragen* beträffar, har med ledning av hittills gjorda erfarenheter en beräkning verkställt för den nuvarande verksamheten i Värmlands län. Härvid har förutsatts att under varje månad skulle förekomma för läkarens vidkommande en resa om ett och ett halvt dygn och två heldagsresor samt vad assistenten (assistenterna) beträffar en resa om ett och ett halvt dygn, två heldagsresor och fyra halvdagsresor. Biljettkostnaderna för dessa månatliga resor ha uppskattats till 150 kronor. Traktamentskostnaderna åter — för läkare 12 kronor per dag och 7 kronor per natt samt för assistent 8 kronor per dag och 6 kronor per natt — komma med nu angivna beräkningsgrunder att uppgå till 109 kronor i månaden. Härav framgår att de årliga reskostnaderna vad Värmlands län angår skulle kunna uppskattas till drygt 3 000 kronor och det föreslagna årliga statsbidraget om 60 procent därav således till 2 000 kronor i runt tal.

Enahanda beräkningsgrund torde kunna tillämpas ifråga om Västernorrlands, Gävleborgs och Kopparbergs län.

Med hänsyn till de betydande avstånden i Norrbottens, Västerbottens och Jämtlands län torde försiktigheten bjuda att de årliga resekostnaderna för vart och ett av dessa län beräknas till 5 000 kronor och de föreslagna statsbidragen om 70 procent därav följaktligen till 3 500 kronor för varje län. Därest man bortser från länen av de typer, som nu varit på tal, d. v. s. samtliga Norrlandslän samt Kopparbergs och Värmlands län, torde man tills vidare kunna utgå från att resekostnaderna för verksamheten i övriga län icke skola behöva bli större, än att statsbidragen, beräknade efter 50 procent av kostnaderna, i genomsnitt skola kunna hållas vid en nivå av 1 250 kronor för län och år.

Med nu angivna beräkningsgrunder skulle resekostnadsbidragens årliga belopp komma att uppgå till sammanlagt 39 750 kronor. Härvid är emellertid att märka att statsanslag för bidrag av nu ifrågavarande karaktär i viss mån skulle innebära allenast en omläggning av statens utgifter, i det att vad som utgives för resor å statens järnvägar kommer staten till godo i form av intäkter för biljetter.

Den verkställda överslagsberäkningen giver alltså vid handen, att den av kommittén föreslagna organisationen för psykisk barna- och ungdomsvård skulle, med tillämpning av de angivna bidragsreglerna, komma att nödvändiggöra statsbidrag till belopp av sammanlagt 340 750 kronor om året. Nu är det emellertid ingalunda troligt, att den tilltänkta organisationen blir fullt utbyggd under första året av den treårsperiod förslaget närmast avser. I övrigt kan det ingalunda anses utan vidare givet, att de större städerna alltid uttaga det statsbidrag, varmed härovan kalkylerats för deras vidkommande. Man torde för det första verksamhetsåret knappast kunna räkna med ett utnyttjande av mera än hälften av det sist angivna beloppet. Försiktigtvis räknas här med ett anslag för detta år om 180 000 kronor. I hur stor utsträckning och i vilken takt den tillämnade organisationen därefter kommer att utbyggas och därmed nödvändiggöra anslagsökning torde med större säkerhet än för närvarande kunna överblickas, sedan organisationen under det första verksamhetsåret börjat fungera.

Till de nu nämnda sammanlagda kostnaderna för statsbidrag till löner och resekostnader för centralernas personal kommer kostnaden för arvode till en *för tillsyn* å den psykiska barna- och ungdomsvården inom medicinalstyrelsen tillsatt tjänsteman med deltidstjänstgöring. Kostnaden härför torde under den tid kommitténs förslag närmast avser kunna beräknas till 3 500 kronor om året. Härtill komma kostnaderna för nämnda tjänstemans inspektionsresor samt för skriv- och expeditionshjälp, förslagsvis beräknade till sammanlagt 3 500 kronor om året. Till sistnämnda kostnader torde dock hänsyn icke behöva tagas vid de särskilda anslagsäskandena för den psykiska barna- och ungdomsvården, utan synas dessa kostnader blott böra föranleda vederbörlig justering av medicinalstyrelsens äskanden, då det gäller de allmänna anslagen å verkets stat.

I den mån ett behov av förstärkning av socialstyrelsens eller därunder lydande organs personal aktualiseras genom den psykiska barna- och ungdomsvårdens organisation, torde anslagsbehoven för sådan förstärkning, såsom föranledda även av andra omständigheter, böra anmälas och bedömas i samband med styrelsens äskanden av anslag å verkets stat. På enahanda sätt torde böra förfaras för den händelse genomförandet av kommitténs förslag skulle komma att medföra någon ökning av skolöverstyrelsens anslagsbehov.

Kap. IX. Speciell motivering.

A. Förslag till kungörelse angående statsbidrag till psykisk barna- och ungdomsvård.

I rubriken till förslaget benämnes den verksamhet det här gäller, i överensstämmelse med sin egentliga innebörd, psykisk barna- och ungdomsvård. En sådan benämning är emellertid i praktiken mindre lätthanterlig och därtill ur psykologisk synpunkt sett ej så tilltalande som man skulle önska. Det ligger i sakens natur att man inom den föreslagna verksamheten ofta kommer att få med sådana känsliga sinnen att göra, som skulle kunna stötas av en benämning, varslande om psykisk vård. För att redan från början kunna vinna allmänhetens odelade förtroende torde verksamheten därför i de olika orter, varest den kan komma att bedrivas, böra utövas under en mera lätthanterlig och tilltalande benämning. En benämning som härvidlag synes kunna komma ifråga är den, som användes i Stockholm och i vissa andra orter, nämligen »rådgivning i uppfostringsfrågor». Visserligen giver denna benämning icke en fullständig och i alla avseenden adekvat bild av de olika momenten i den tilltänkta verksamheten, men praktiska skäl och psykologiska hänsyn torde det oaktat tala för en sådan benämning. Givet är att även andra ur praktisk synpunkt sett lämpliga benämningar kunna ifrågakomma.

1 §.

Föreskrifterna i denna paragraf äro givetvis icke ämnade att hindra, att landsting eller stad, som ej deltagar i landsting, ordnar psykisk barna- och ungdomsvård i andra former än kommitténs förslag avser. Där så sker, bortfaller emellertid möjligheten att erhålla statsbidrag med stöd av de i den föreslagna kungörelsen givna bestämmelserna. Självfallet ha dock Kungl. Maj:t och riksdagen möjlighet att i fall, där så kan finnas påkallat, bevilja anslag även för psykisk barna- och ungdomsvård, bedriven i andra former än i kungörelsen avses, vare sig anstalter härför träffas av landsting, städer, som deltaga eller ej deltaga i landsting, andra kommuner eller privata sammanslutningar. Kommitténs förslag är icke ämnat att i något hänseende utgöra hinder för verksamhet av ifrågavarande slag, som på ändamålsenligt sätt bedrives under andra betingelser än i kungörelsen angives.

Medicinalstyrelsens prövning av frågan om i vilka fall verksamhet utan olägenhet kan ordnas gemensamt för två områden synes kunna ske vid en

allmän förhandsinventering av förefintliga behov och möjligheter på området. Avgöranden i hithörande frågor torde emellertid kunna träffas jämväl från fall till fall i samband med godkännande av plan för verksamheten.

2 §.

I betänkandet ha i kap. VIII de viktigaste riktlinjerna för innehållet i en plan för psykisk barna- och ungdomsvård angivits, och dessa riktlinjer återspeglas i de föreslagna bestämmelserna i detta författningsutkast 7 §. Förslag till dylik plan upprättas av vederbörande myndighet i det område, varest verksamheten skall bedrivas, samt ingives till medicinalstyrelsen för godkännande i samband med ingivandet av ansökan om statsbidrag (7 §). Angående skyldighet för medicinalstyrelsen att vid godkännande av plan liksom i andra fall samråda med socialstyrelsen och skolöverstyrelsen stadgas i 9 §. I förevarande sammanhang må betonas vikten av att, då det gäller ordnande av gemensam verksamhet för två områden, verksamheten på förhand noggrant och i detalj planeras medelst gemensamma överläggningar mellan representanter för de båda områdenas myndigheter. Svårigheter kunna i sådana fall föranledas bland annat därav, att en för områdena gemensam läkare är bosatt i det ena området och icke alltid på samma sätt som i hemorten kan utöva ledningen av centralens verksamhet å lasarett i det andra området. Härom talas närmare i motiveringen till 4 § i det följande. Skulle vid planeringen enighet i något avseende vara svår att åstadkomma, böra alternativa förslag till plan i sådant hänseende kunna upprättas och ingivas till medicinalstyrelsen, vilken därefter får träffa val vid den prövning som föregår godkännandet av plan för verksamheten.

Vad beträffar skälen till förslaget om medicinalstyrelsens befattning med fastställandet av grunderna för de centralernas personal tillkommande avlöningsförmånerna hänvisas till vad därom yttrats i kapitel VIII.

Kommittén har i kap. VIII även betonat vikten av att utövandet av den psykiska barna- och ungdomsvården icke försvåras genom rätt för läkarna att betinga sig särskild ersättning av dem, som rådföra sig men centralernas personal eller eljest anlita densamma. Denna synpunkt har föranlett, att i förevarande paragraf inryckts ett förbud för centralernas personal att mottaga sådan ersättning. Detta förbud står i samklang med ett stadgande i 21 § gällande lag om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus. Jämlikt detta lagrum må nämligen för sjukvård å lasarett eller sjukstuga ansvarig läkare icke mottaga särskild ersättning för åtgärd, som står i omedelbart samband med intagning å eller utskrivning från sjukhuset, eller för undersökning, behandling eller skötsel av den, som vårdas å allmän sal eller å särskilt rum, avsett för sjuka å sådan sal. Enligt den föreslagna lydelsen av nu ifrågakvarande paragraf i författningsutkastet skall centralernas personal ej heller ha rätt att tillgodoräkna sig arvode för utlåtande, intyg eller annan handling, som i och för behandling av klient utfärdas i tjänsten. Med ett sådant omfång av arvodesförbudet fordras emellertid att medicinalstyrelsen i särskilda föreskrifter rörande kungörelsens tillämpning lämnar anvisningar å

de olika slag av handlingar, som här kunna komma ifråga, detta för att icke missbruk från allmänhetens sida av rätten till avgiftsfria utlåtanden m. m. skall förekomma och personalen därigenom oskäligt betungas.

3 §.

I denna paragraf lämnas föreskrifter rörande, bland annat, den kompetens som erfordras hos centralernas personal. Dessa föreskrifter ha utformats i enlighet med här förut i nästföregående kapitel angivna riktlinjer.

Den barnpsykiatriska utbildningen har för läkarnas vidkommande skjutits i förgrunden, vilket, som tidigare framhållits, icke hindrar att även andra kompetenta läkare i vissa fall kunna och böra ifrågakomma. Det må emellertid här erinras om att allmänna tjänstemeriter icke kunna kompensera brist på specialutbildning, praktisk erfarenhet på området och personlig lämplighet för uppgiften. Där flera läkare anställas vid en central, skall en av läkarna vara chefläkare.

Vad assistenternas kompetens beträffar, har det, med hänsyn till hel- och deltidsassistenternas skiftande arbetsuppgifter samt deras nuvarande utbildningsmöjligheter, ansetts lämpligt att icke ännu så länge lämna några detaljerade allmängiltiga föreskrifter rörande kompetensen utan att överlåta åt tillsynsmyndigheten att, efter samråd med socialstyrelsen och skolöverstyrelsen, meddela föreskrifter om behörighetsvillkor. Vilka synpunkter som vid meddelandet av dylika föreskrifter böra bli bestämmande har närmare utvecklats i kap. VIII. Då fråga uppkommer om anställning av assistent, bör, sedan vederbörande läkare beretts tillfälle att yttra sig, medicinalstyrelsens utlåtande om sökandes kompetens inhämtas. Medicinalstyrelsen har att avgiva dylikt utlåtande efter erforderligt samråd med socialstyrelsen och skolöverstyrelsen. Därest det gäller kompetensen hos redan anställd assistent i verksamhet, avseende psykisk barna- och ungdomsvård, bör densamma givetvis bli föremål för prövning i samband med avgörandet av frågan om statsbidrag för verksamhetens bedrivande.

4 §.

I det fall, då en central an knytes till länslasarettens barnavdelning, bör givetvis centralen icke på sådant sätt inarbetas i den bestående organisationen, att dess personal kommer att lyda under barnavdelningens dittillsvarande överläkare. Det bör i stället i sådana fall organisatoriskt sett ordnas så, att barnavdelningarna (den förutvarande barnavdelningen och den tillkomna centralen) komma att arbeta å två varandra jämställda och med varandra samverkande sektioner, vardera lydande under en läkare. Där barnavdelning ej finnes, upprättas särskild avdelning för psykisk barnavård. Å sådan avdelning böra dock endast observationsfall inläggas. Fall där operativa ingrepp visat sig erforderliga böra intagas å annan avdelning.

Som förut antytts skall i länen observation av fall inom den psykiska barna- och ungdomsvården stundom kunna verkställas jämväl å observations- eller upptagningshem för barn. Då vederbörande läkare på grund av ett falls svå-

righetsgrad föreskriver observation å länslasarett, kan detta komma att förorsaka större kostnader, än om allenast möjligheterna å observations- eller upptagningshem utnyttjas. Läkarens föreskrift bör emellertid följas, därest garanti skall vinnas för riktig diagnos och därav föranledd lämplig behandling. Sålunda bör exempelvis barnavårdsnämnd ha att, oavsett kostnaderna, i förenämnda hänseende ställa sig läkarens föreskrift till efterrättelse. Fattigvårds- och barnavårdskonsulenterna i distrikten samt barnavårdsombuden ha att under inseende av statens inspektör för fattigvård och barnavård tillse, att barnavårdsnämnderna därvidlag icke göra sig skyldiga till försummelse. Kommittén avser att med stöd av vissa ändringar i barnavårdslagen skapa förutsättningar för en intim kontakt mellan barnavårdsnämnderna och centralerna för psykisk barn- och ungdomsvård, då det gäller undersökning och observation i fall, där ingripande enligt barnavårdslagen synes påkallat. Närmare motivering till lagändringsförslagen lämnas längre fram i detta kapitel.

Särskilda svårigheter ifråga om observationsfallen uppstå givetvis, då det gäller sådan verksamhet som ordnats gemensamt för två områden. I dylika fall torde det stundom kunna anses ändamålsenligt att vid lasarett i län eller stad, varest centralens läkare ej är bosatt, för observationen i första hand anlita någon annan vid lasarettet anställd läkare jämte vederbörande assistent. Frågor av enahanda natur kunna uppkomma, då i stad, som ej deltagar i landsting, annan myndighet än sjukvårdsmyndighet anordnar psykisk barn- och ungdomsvård. Även i sådana fall torde en lösning av frågan enligt nyss angivna riktlinjer kunna innebära fördelar. Svårigheter av nu nämnd beskaffenhet måste förutses och i princip lösas vid upprättandet av plan och instruktion för verksamheten.

5 §.

Jämlikt 40 a § i gällande lag om landsting skall ledningen av landstings hälso- och sjukvårdande verksamhet, i den mån icke genom lag eller författning annorlunda föreskrives, enligt landstingets bestämmande utövas av en gemensam hälso- och sjukvårdsberedning eller ock av en särskild hälsovårds- och en särskild sjukvårdsberedning. Där landsting finner sådant lämpligt, må landstinget besluta, att beredning skall utgöras av förvaltningsutskottet eller viss avdelning därav.

Då den psykiska barn- och ungdomsvården har hälsovårdande och i viss mån även sjukvårdande karaktär, bör, som förut framhållits, ledningen av denna verksamhet i länen av principiella och praktiska skäl anförtros åt vederbörande hälso- och sjukvårdsberedning. Det förtjänar i detta sammanhang påminnas om att den lokala ledningen av den förebyggande mödra- och barnavården i länen utövas av landstingens hälsovårdsberedningar. Där såväl hälso- som sjukvårdsberedning finnes, torde i förekommande fall ärenden rörande den psykiska barn- och ungdomsvården få avgöras efter gemensam beredning dessa organ emellan. Kommittén har funnit vägande skäl tala för en kvalitativ förstärkning av beredningarna, då det gäller handläggning av

ärenden rörande psykisk barna- och ungdomsvård. Skälen till och utformningen av härför erforderliga lagändringar behandlas närmare å annat ställe i detta kapitel.

Beträffande ledningen av psykisk barna- och ungdomsvård inom städer, som ej deltaga i landsting, hänvisas till vad därom yttrats i kap. VIII.

Där verksamhet som nu avses ordnas gemensamt för två områden, bör ledningen av verksamheten inom varje i gemenskapen ingående område ordnas så, som skulle ha skett därest för området ordnats separat verksamhet. Plan och instruktion för verksamheten böra utformas på sådant sätt, att kompetenskonflikter mellan de olika områdenas myndigheter undvikas. Vad upp rättandet och fastställandet av instruktion för psykisk barna- och ungdomsvård beträffar, hänvisas i övrigt till motiveringen i kap. VIII och bifogade förslag till normalinstruktion.

6 §.

I förevarande paragraf avhandlas statsbidragen till dem, som enligt den föreslagna kungörelsen anordna psykisk barna- och ungdomsvård. Dessa statsbidrag skola enligt förslaget vara av två olika slag — lönebidrag och resekostnadsbidrag. Av tidigare anförda skäl föreslås att lönebidrag för bedrivandet av verksamhet varom nu är fråga skola utgå till landsting, stad, som ej deltaga i landsting, samt gemenskap av dylika kommuner, medan resekostnadsbidrag skola utgå allenast till landsting och för ändamålet bildad gemenskap av landsting. Det är att märka, att förslaget avser att skapa rätt även för landsting, som öppnar samarbete med stad utom landsting, att komma i ånjutande av resekostnadsbidrag, detta oaktat för stadens vidkommande sådant bidrag icke skall utgå.

I kungörelsen ha, i överensstämmelse med de synpunkter som framförts i kap. VIII, icke några bestämda regler för utmätandet av personalens löner angivits. Det har istället ansetts, att de i paragrafen angivna normerna för lönebidrag skola vara vägledande vid bestämmandet av lönerna, detta oaktat minimigränser för lönebidragens storlek icke blivit uppdragna. Tidigare har nämnts att det stundom med hänsyn till omständigheterna måste finnas lämpligt och nödvändigt att, åtminstone vad läkarna beträffar, bestämma något högre löner än som motsvaras av dubbla summan av det statliga lönebidragets maximibelopp. I de fall, där en lönesättning enligt sådana mått icke kan anses motiverad, böra dock lönebidragens maximibelopp anses i viss mån normerande, då det gäller att fixera lönerna. Även om arbetsförhållandena i de områden, där verksamheten kommer att bedrivas, på grund av natur- och folkmängdsförhållanden m. m. ofta måste bli sinsemellan tämligen olikartade, torde dock, efter en noggrann och ändamålsenlig planläggning av verksamheten, icke så stora skillnader vara att befara ifråga om arbetsbördan för de olika områdenas tjänstemän, att dessa skillnader skulle kunna motivera några mera avsevärda fluktuationer vid lönesättningen. Enligt kommitténs mening bör det därför knappast annat än i undantagsfall kunna förekomma, att årslönen för en heltidsanställd läkare sättes under 12 000 kronor, medan års-

lönen för en heltidsassistent icke bör få mera avsevärt understiga 6 000 kronor. En viss lönedifferentiering bör emellertid förekomma, då det gäller att avväga de förmåner, som skola vara förenade med chefläkartjänst och tjänst som underordnad läkare. Vid deltidstjänstgöring måste givetvis lönen bestämmas med hänsyn till tjänstgöringens omfattning.

Ifråga om resekostnadsbidragen bör bemärkas att dylika bidrag skola utgå endast för kostnader, som stå i direkt samband med resor för den statsunderstödda barna- och ungdomsvårdens ändamål. Då — för att taga ett exempel — av praktiska skäl en läkares resa för mottagning å filialstation av honom utnyttjas även för fullgörandet av åligganden som medicinsk övervakare vid upptagningshem för barn, får en fördelning av resekostnaderna för de olika ändamålen ske, så att förslagsvis endast hälften av kostnadsbeloppet lägges till grund för bidragsberäkningen. I detta sammanhang må framhållas önskvärdheten av att resorna planläggas på sådant sätt, att de draga minsta möjliga kostnader. Särskilt vid assistenternas resor för hembesök är det av vikt att tillse, att resorna läggas så, att ett så stort antal hembesök som möjligt kan äga rum under en och samma resa. Plan för sådana resor, som ej stå i samband med filialmottagningar, bör, efter vederbörande läkares hörande, utformas och fastställas av den myndighet som handhar ledningen av den lokala verksamheten, dock med iakttagande av att möjlighet till av omständigheterna betingade avvikelser från planen bör hållas öppen.

Vad resekostnadsbidragens natur beträffar är att märka, att dylika bidrag, som vid kostnadsberäkningen i kap. VIII förutsatts, böra utgå för såväl biljettkostnad för färd som för traktamentskostnad. Visserligen utgå för närvarande icke i den förebyggande mödra- och barnvården statsbidrag till täckandet av traktamentskostnader för tjänstemännens resor, men kommittén har funnit övervägande skäl tala för att dylika bidrag skola utgå, då det gäller den psykiska barna- och ungdomsvården. Kommittén anser det nämligen vara av vikt, att landstingen icke undandraga sig att betala traktamentsersättning och på sådant sätt minska värdet av tjänstemännens löneförmåner. Den omständigheten, att resekostnadsbidrag ej föreslagits för städernas vidkommande, innebär givetvis ej, att kommittén skulle finna tjänstemännen vid städernas centraler skyldiga att företaga tjänsteresor utom stationeringsorten på egen bekostnad. Tvärtom finner kommittén kostnaderna för dylika resor böra stanna å städerna.

Det vill synas, som om landstingen för närvarande tillämpa sinsemellan något olikartade regler, då det gäller att bestämma traktamentsersättning för tjänstemännens resor. Vid den förut omtalade kostnadsberäkningen har kommittén emellertid utgått från en enhetlig beräkningsgrund, enligt vilken läkare antagits ersättningsberättigad i överensstämmelse med gällande regler för läkare i det statliga resereglementet och assistent jämlikt reglerna för barnvårdsombud. Enligt denna beräkningsgrund skulle till läkare utgå 12 kronor för dag och 7 kronor för natt samt till assistent 8 kronor för dag och 6 kronor för natt.

7 §.

Ansökan om statsbidrag samt för fastställelse avsedd plan för verksamheten skola ingivas till medicinalstyrelsen i god tid före varje kalenderårs begynnelse. Har plan för verksamheten tidigare godkänts, behöver i vanliga fall icke ny plan ingivas i samband med ansökningen, utan bör det då vara tillräckligt med en hänvisning till den förutvarande planen. Där ansökan om bidrag gäller verksamhet, avsedd att ordnas gemensamt för två områden, skall ansökan göras av vederbörande myndigheter i de båda områdena var för sig. Sådana ansökningar böra självfallet, i mån av behov, föregås av samråd mellan de båda områdenas myndigheter, och medicinalstyrelsen torde i regel böra behandla ansökningarna i ett sammanhang.

Då förste provinsialläkare, förste stadsläkare och stadsläkare ha att yttra sig angående lämpligheten av plan för bedrivande av psykisk barna- och ungdomsvård, skall sådant yttrande föregås av samråd med statens fattigvårds- och barnavårdskonsulent samt vederbörande folkskolinspektörer i det område eller de områden den tilltänkta planen skall gälla. Sådant samråd avhandlas närmare i 9 § i förevarande kungörelse samt i de speciella motiven till bestämmelserna i nämnda paragraf.

Beslut rörande bidrag i fall, vari verksamhet ordnats gemensamt för två områden, kunna vålla särskilda svårigheter, och medicinalstyrelsen har därför att, till undvikande av tvistigheter, i beslutet ange grunderna för beviljat bidrags fördelning mellan sökandena. Hur dessa grunder i dylika fall komma att gestalta sig, måste i väsentlig mån bero på fördelningen av kostnaderna för personal, som är gemensam för de båda områdena. Kostnadsfördelningen åter blir beroende av vissa avgöranden, som måste träffas vid fastställandet av planen för den gemensamma verksamheten. Därest exempelvis en läkare placeras i residensstaden inom ett län men dessutom skall tjänstgöra inom ett annat län, böra de olika landstingens utgifter för hans lön och därmed det statliga lönebidragets fördelning avpassas efter den i planen förutsedda omfattningen av hans verksamhet inom vardera länet.

En särskild fråga är, huruvida lön skall utbetalas till en för två områden gemensam läkare av myndigheterna i båda områdena, eller om han skall uppbära lön endast från en myndighet, som därefter från vederbörande myndighet i det andra området äger uppbära ersättning för den del av utgiften som ej skall stanna å den betalande. Praktiska skäl synas tala för en anordning av sist angivna beskaffenhet.

Ett annat förhållande, som påkallar uppmärksamhet vid fastställandet av plan för verksamhet, ordnad gemensamt för två områden, är fördelningen av resekostnadsbidragen. Det förhållandet, att vederbörande läkare är stationerad inom det ena av två samverkande landstingsområden, bör ej utan vidare föra med sig den nackdelen för det andra området, att, då läkaren har förrättningar inom sistnämnda område, myndigheterna därstädes skola — låt vara med hjälp av statsbidrag — bekosta resorna från och till stationeringsorten i deras helhet. Nu antydda svårigheter uppkomma givetvis icke i sådana fall, då landsting och stad upptaga samarbete med varandra.

De organisatoriska svårigheter, som enligt det föregående vållas av att viss personal är gemensam för verksamheten i två områden, reduceras till ett minimum i sådana fall, då ett län och en stad utom landsting men med läge inom länets territoriella gränser — exempelvis Gävleborgs län och Gävle stad — eller två landstingsområden inom samma län (Kalmar län) förena sig om bedrivandet av psykisk barna- och ungdomsvård.

Ha statsbidrag för psykisk barna- och ungdomsvård beviljats för ett år, ligger det i sakens natur, att ansökan om bidrag för ett därefter följande år icke utan vägande skäl får avslås.

8 §.

Statsbidrag till dem som bedriva psykisk barna- och ungdomsvård utbetalas för kalenderår i efterskott, sedan det visat sig vilka kostnader verksamheten under året dragit. Det är givetvis önskvärt, att bidragen utbetalas så snart som möjligt efter kostnadernas uppkomst. Emellertid torde det icke låta sig göra att bestämma tidigare slutdag för den termin varunder bidrag skola rekvireras än den 1 mars året efter det kalenderår kostnaderna avse. Vid bidragsrekvisitionen skall nämligen av naturliga skäl fogas berättelse angående verksamheten nästföregående år, och sådan berättelse torde mera sällan kunna färdigställas i så god tid, att rekvisition kan ske före den 1 mars. Årsberättelse angående verksamheten skall upprättas av vederbörande läkare, varom bestämmelse bör intagas i instruktionen. Lämplighets skäl tala för att avskrift av årsberättelsen skall tillställas socialstyrelsen och skolöverstyrelsen. Föreskrift härom har ej meddelats i kungörelsen men kan givas av tillsynsmyndigheten.

I bidragsrekvisitionen behöva kostnaderna för resor, föranledda av filialmottagningarna, ej särskilt angivas, detta emedan dessa resor till antal och längd fastställts i och med godkännandet av plan för verksamheten.

9 §.

Här stadgas att medicinalstyrelsen skall utöva den centrala tillsynen över verksamheten, medan den lokala tillsynen skall handhas av vederbörande förste provinsialläkare respektive förste stadsläkare eller stadsläkare. Lämpligheten av denna anordning ur organisatorisk synpunkt sett har berörts i kap. VIII.

Redan förut har i olika sammanhang framhållits vikten av att medicinalstyrelsen vid sin befattning med ärenden rörande den psykiska barna- och ungdomsvården handlar i samråd med socialstyrelsen och skolöverstyrelsen. Här må särskilt erinras om den avgörande vikt, som måste fästas vid en intim kontakt mellan medicinalstyrelsen och socialstyrelsen i frågor rörande den psykiska barna- och ungdomsvården, detta på grund av att verksamheten ofta direkt måste inriktas på lösning av sociala miljöproblem och alltså äger betydelse som profylaktiskt medel för socialvården i praktiskt taget alla dess former. Med hänsyn till verksamhetens sammansatta karaktär och dess på olika områden djupt ingripande betydelse ligger en samverkan av

förut angiven beskaffenhet i viss mån i sakens natur och måste därvidlag framgå som en följd av den allmänna skyldigheten för de statliga myndigheterna att bistå varandra. Till yttermera visso har kommittén emellertid föreslagit, att denna i princip förefintliga skyldighet här skall klart fastslås i kungörelsen.

Vid preciserandet av medicinalstyrelsens skyldigheter i förevarande hänseende har kommittén gjort viss skillnad mellan å ena sidan sådana ärenden, som ha helt och hållet eller så gott som uteslutande administrativ karaktär eller ur statlig synpunkt sett ekonomisk betydelse, samt å andra sidan sådana angelägenheter, som äro av omedelbar och genomgripande betydelse för systemets ändamålsenliga funktion ur medicinsk, social och psykologiskt-pedagogisk synpunkt sett. I ärenden av övervägande administrativ eller ekonomisk art har det icke ansetts påkallat att uttryckligen kräva samverkan mellan medicinalstyrelsen, socialstyrelsen och skolöverstyrelsen, något som givetvis icke lägger hinder i vägen för samråd nämnda myndigheter emellan jämväl ifråga om angelägenheter som nu avses. Ärenden av sist angivna slag äro föreskrift om ordnande av gemensam verksamhet för två områden, beslut angående storleken av statsbidrag samt fastställande av formulär för bidragsrekvisition. Däremot skall, som av förevarande paragraf i författningsutkastet framgår, samråd mellan ifrågavarande myndigheter äga rum, då det gäller godkännande av plan för verksamheten, fastställande av normalinstruktion eller instruktion och formulär till årsberättelse, läkarförordnanden, föreskrift om behörighetsvillkor för dem som vilja vinna anställning som assistenter, fastställande av grunder för personalens avlöningsförmåner, utövande av tillsyn å verksamheten och meddelande av föreskrifter rörande tillämpningen av de författningar som avse verksamhetens utövande.

Givet är att föreskrifterna om samråd myndigheterna emellan icke skola tillämpas efter bokstaven utan med den urskiljning som ändamålsenligheten kräver. Den omständigheten, att, som i kommitténs förslag förutsatts, åt en särskild tjänsteman i medicinalstyrelsen anförtros handhavandet av därstädes förekommande ärenden angående psykisk barna- och ungdomsvård, måste anses ägnad att underlätta upprätthållandet av den erforderliga kontakten mellan nu ifrågavarande myndigheter, särskilt om ärendena ifråga även inom socialstyrelsen och skolöverstyrelsen anförtros åt särskilda befattningshavare.

De i förevarande del av kungörelsen intagna, av verksamhetens sammansatta karaktär föranledda bestämmelserna om samråd mellan de centrala verken vid utövandet av tillsynen å den psykiska barna- och ungdomsvården motsvaras av vissa bestämmelser rörande likartat samråd, då det gäller den lokala tillsynen å verksamheten. Även med avseende å sistnämnda bestämmelser förtjänar påpekas att de måste tillämpas med erforderlig urskiljning. Det är sålunda — för att taga ett exempel — åtminstone i regel icke erforderligt, att samråd sker med den kommunalanställda folkskoleinspektören i en stad inom visst landstingsområde, då tillsynen gäller för-

hållandena på landsbygden inom området. I Stockholm — för att taga ytterligare ett exempel — bör samrådet med den pedagogiska expertisen kunna inskränkas till kontakt med stadens förste folkskolinspektör. Vad den lokala tillsynen i landstingsområdena beträffar, bör densamma givetvis utövas under upprätthållande av erforderlig kontakt jämväl med de sakkunniga, som, enligt vad i kap. VIII nämnts, avses att knytas till landstingens beredningar. Av naturliga skäl böra de lokala tillsynsmyndigheterna i sin verksamhet även, i mån av behov, söka kontakt med barnavårdsnämnder och folkskolestyrelser.

Angående samråd vid lokal tillsynsmyndighets granskning av plan för bedrivandet av psykisk barna- och ungdomsvård hänvisas till den speciella motiveringen till 7 § i kungörelsen.

B. Förslag till ändrad lydelse av 40 a § i lagen den 20 juni 1924 om landsting.

Som förut omnämnts har ungdomsvårdskommittén kommit till den uppfattningen, att sakkunskap i barna- och ungdomsvård samt i pedagogiska frågor bör tillföras landstingens hälso- och sjukvårdsberedningar respektive de särskilda hälsovårds- och särskilda sjukvårdsberedningarna, i de fall då dessa beredningar ha att träffa avgöranden i frågor rörande psykisk barna- och ungdomsvård. Kommittén föreslår för sådant ändamål, att i ett nytt 4 mom. i förevarande lagrum skall stadgas skyldighet för vederbörande beredning att i fall varom nu är fråga till sammanträde med beredningen kalla — förutom, som i 3 mom. föreskrives, förste provinsialläkaren i egenkap av medicinsk expert — en inom barna- och ungdomsvården i landstingsområdet verksam och väl förfaren person samt en inom området verksam och med ungdomens fostran väl förfaren lärare.

Då det gäller att avgöra vilka personer, som böra anlitas för angivna ändamål, skulle det ifråga om sakkunskapen å barna- och ungdomsvårdens område kunna synas, som om statens fattigvårds- och barnavårds konsulenter borde vara självskrivna till att erhålla uppdraget. Behörig hänsyn måste emellertid tagas till bland annat det förhållandet, att dessa konsulenter ännu äro relativt fåtaliga samt ha till ytvidden och folkmängden betydande distrikt. Ytterligare må ihågkommas att dessa tjänstemän enligt kommitténs förslag skola stå till förfogande för samråd rörande tillsynen å den psykiska barna- och ungdomsvården, varför de icke lämpligen kunna komma ifråga jämväl som sakkunniga inom den lokala ledningen av verksamheten.

Vid överbägandet av frågans lösning har kommittén funnit starka skäl tala för att hålla den möjligheten öppen att i förevarande hänseende anlita barnavårdsombuden eller representanter för länens fattigvårds- och barnavårdsförbund (respektive barnavårdsförbund). En särskild anledning härtill föreligger såtillvida, som dessa förbund på åtskilliga håll i landet själva bedrivit eller bedriva psykisk barna- och ungdomsvård. Kommittén föreslår därför, att det skall läggas i socialstyrelsens hand att på grund av lämplighetsskäl träffa avgörande, då det gäller att utse nu ifrågavarande sak-

kunniga i de olika landstingsområdena. Dylika sakkunniga torde, jämte en suppleant i varje område, böra utses för ett år i sänder.

På frågan om val av pedagogiskt sakkunniga torde kunna läggas likartade synpunkter som de härovan ifråga om val av sakkunniga å barna- och ungdomsvårdens område tillämpade. Av olika skäl — bland annat arten och omfattningen av vederbörande befattningshavares tjänstgöring samt den föreslagna ordningen ifråga om lokal tillsyn å den psykiska barna- och ungdomsvården — torde man icke kunna utgå från att sakkunniguppdragen böra förbehållas statens folkskolinspektörer. Det vill istället synas, som om det skulle vara befogat att anförtro uppdraget åt en lärarkraft, som i sin dagliga gärning varit mera speciellt inriktad på undervisning och fostran av ungdom med svaga förståndsgåvor, påtagliga uppföranderubbningar, eller dylikt. Kommitténs förslag går därför ut på att det skall anförtros åt skolöverstyrelsen att utse de pedagogiskt sakkunniga jämte suppleanter för dem, även detta för ett år i sänder.

Med hänsyn till beredningarnas ställning till landstingen och deras arbetsuppgifter — enligt 2 mom. av förevarande lagrum kan beredning utgöras av landstings förvaltningsutskott eller viss avdelning därav — har kommittén funnit riktigast föreslå, att de å barna- och ungdomsvårdens samt pedagogikens områden sakkunniga skola, i likhet med förste provinsialläkare, äga rätt att deltaga i vederbörande berednings överläggningar men ej i besluten samt att få sin mening antecknad till protokollet. En sådan anordning torde få anses innebära tillräckliga garantier för att erforderlig hänsyn skall tagas till de sakkunnigas uppfattning, då det för beredningarna gäller att fatta beslut i frågor rörande den psykiska barna- och ungdomsvården.

C. Förslag till ändrad lydelse av vissa lagrum i barnavårdslagen den 6 juni 1924.

Genom lag den 12 juni 1936 har ett andra stycke i 2 § 2 mom. barnavårdslagen tillkommit. I denna del av lagrummet stadgas att det åligger barnavårdsnämnd att i den omfattning och ordning Konungen bestämmer ombesörja att barn eller ungdom, beträffande vilken fråga uppkommit om ingripande enligt barnavårdslagen, underkastas observation för att utröna behovet av ingripande och de lämpliga formerna därför. Rörande stadgandets innebörd yttrade vederbörande departementschef i samband med stadgandets tillkomst, att han ansett sig böra föreslå, att det för barnavårdsnämnderna skulle öppnas möjlighet att i en eller annan form få alla omhändertagna barn och även barn, vilka ansetts böra göras till föremål för förebyggande åtgärder, ställda under observation för utrönande av dels orsaken till det uppträdande eller handlingssätt hos barnet, som föranlett barnavårdsnämndens ingripande, dels ock lämpligaste sättet för barnets botande eller tillrättaförande.

Det skulle kunna synas, som om, i och med tillkomsten av de möjligheter en statsunderstödd psykisk barna- och ungdomsvård har att bjuda, tidpunk-

ten vore inne för att utfärda särskilda bestämmelser om sådan observation, som avses i stadgandet ifråga. Emellertid förefaller det, som om med stöd av detta stadgande utfärdade bestämmelser om observation i angivet syfte till sin räckvidd måste bli så snävt begränsade, att de ur den psykiska barna- och ungdomsvårdens synpunkt sett skulle komma att te sig i viss mån otillräckliga. Med utgångspunkt från departementschefens yttrande torde berörda stadgande få anses taga sikte på observation allenast i sådana fall, då barnavårdsnämnd redan funnit anledning till ingripande föreligga eller, medelst omhändertagande enligt barnavårdslagen, redan ingripit. Ungdomsvårdskommittén, som lägger huvudvikten vid förebyggande åtgärder, är emellertid angelägen att skapa vidgade möjligheter till allsidig undersökning i samtliga de fall, då sådan ur den profylaktiska barna- och ungdomsvårdens synpunkt sett kan anses påkallad. Stadgandet ifråga talar allenast om observation och icke tillika om läkarundersökning av sådan beskaffenhet, att därvid kan fastslås huruvida observation är påkallad eller ej. I detta sammanhang må jämväl framhållas betydelsen av den sociala undersökningen, då det gäller att utröna orsakerna till olämpligt uppträdande eller asocialt handlingssätt hos ett barn och att träffa avgörande ifråga om behandlingsmetoderna. Sådan social undersökning är ej omnämnd i 2 § 2 mom. andra stycket barnavårdslagen men däremot, ehuru i mycket inskränkt omfattning, påbjuden i 18 § samma lag.

I sistnämnda lagrum lämnas allmänna föreskrifter om hur barnavårdsnämnd i olika hänseenden har att förfara, då det gäller undersökning i ett till nämnden anmält eller till dess kännedom kommet fall. Femte stycket i detta lagrum innehåller en föreskrift om att, där anledning förekommer till antagande, att vanart eller annat missförhållande är beroende på eller förknäat med sjukdom eller andlig eller kroppslig svaghet, läkares yttrande skall inhämtas. Även detta stadgande bereder emellertid, enligt kommitténs mening, otillräckliga möjligheter till undersökning i fall, där förebyggande åtgärder äro av behovet påkallade.

Med hänsyn till nu berörda omständigheter föreslår kommittén, att stadgandet i 2 § 2 mom. andra stycket barnavårdslagen upphäves, samt att i stället 18 § samma lag omformuleras och till sitt innehåll utbygges på sådant sätt, att dess räckvidd ökas och blir fullt betryggande, sett från de synpunkter kommittén har att beakta. Genom en sådan anordning skulle, enligt kommitténs mening, vinnas ej blott en avsevärd praktisk förbättring av gällande bestämmelser på området utan även en systematiskt lämpligare redigering av lagtexten. Kommittén har, vad sistnämnda lagrum beträffar, sökt vinna sina syften genom en väsentlig utvidgning av innehållet i dess femte stycke, vilket samtidigt, på grund av sin betydelse och av redaktionella hänsyn, ansetts böra flyttas upp och hädanefter utgöra lagrummets andra stycke. Andra ändringar av lagrummet än nu nämnts föreslås ej, men till undvikande av att omredigeringen skall föranleda missförstånd, har kommittén i bifogade författningsutkast medtagit texten till 18 § i den föreslagna lydelsen, med undantag allenast av lagrummets första stycke.

Därest 18 § barnavårdslagen erhöle den lydelse kommittén föreslår, skulle utrymmet för obligatoriskt yttrande av läkare väsentligt vidgas i de fall, då anmälan till barnavårdsnämnd ingått eller nämndens ingripande eljest synes påkallat. Den första förutsättningen för ett obligatoriskt inhämtande av dylikt yttrande är enligt förslaget, att ett påvisbart missförhållande föreligger, som är av beskaffenhet att synas påkalla barnavårdsnämnds ingripande. Härjämte fordras att anledning skall förekomma till antagande, att missförhållandet är beroende på eller förenat med vissa medicinskt påvisbara omständigheter, som ej ha rent tillfällig karaktär.

Läkares yttrande skall således under i övrigt angivna förutsättningar inhämtas ej blott då nämndens ingripande beslutats, utan även — och detta vill kommittén särskilt betona — i fall då sådant beslut ej meddelats men nämndens ingripande synes påkallat. En hjälpåtgärds förebyggande värde är nämligen i väsentlig mån beroende därpå, att densamma företages på ett så tidigt stadium som möjligt.

De omständigheter av ej rent tillfällig karaktär, som måste misstänkas föreligga därest läkares yttrande skall inhämtas, ha alla avseende å det barn eller den person i åldern mellan aderton och tjuguet år, som det i det föreliggande fallet gäller. Här avses dels bestående sjukdomsförhållande i kroppsligt eller själsligt hänseende, dels kroppslig eller andlig brist eller svaghet (lyte, debilitet m. m.) dels ock avvikelser från normalt sinnestillstånd (skygghet, trotsighet, lögnaktighet etc.), som icke äro så allvarliga att de kunna betecknas som sjukdomstillstånd. Avvikelser av sistnämnda slag kunna sammanhänga med inre, arvsbiologiska faktorer eller bero på yttre miljöförhållanden. Kombinationer av orsaksförhållandena förekomma givetvis. Vanart har ej särskilt nämnts som förutsättning för inhämtande av läkares yttrande, detta dels av den anledningen att sådant missförhållande i de åldrar som här avses städse påkallar barnavårdsnämnds ingripande, dels ock därför att manifesterad vanart, med kommitténs syn på saken, under alla förhållanden måste anses vara beroende på eller förenad med en viss avvikelse från normalt sinnestillstånd hos den vanartige. Därest den av kommittén föreslagna lagändringen genomföres, kommer detta sålunda, enligt kommitténs mening, utan vidare att medföra skyldighet för barnavårdsnämnderna att inhämta läkares yttrande i samtliga de vanartsfall, varmed nämnderna få att göra.

Den obligatoriska läkarundersökningen syftar till ett utrönande av, huruvida i ett givet fall behov av barnavårdsnämndens ingripande föreligger,¹ och i sådan händelse vilka former detta ingripande lämpligen bör taga. Läkarens yttrande skall därför, i den mån detta är möjligt, giva uttryck åt hans uppfattning i berörda hänseenden. I åtskilliga fall torde omständigheterna komma att visa sig vara sådana, att läkaren icke utan vidare för sin del kan fatta ståndpunkt i de frågor, varom han har att yttra sig. Detta kan bero på fallens komplicerade natur eller på den tidsutdräkt, som är förenad

¹ I vanartsfall är behovet av ingripande utan vidare klart, varemot detsamma ej gäller spörsmålet om formerna för ingripandet.

med den erforderliga undersökningen. I dylik händelse bör, där central för psykisk barna- och ungdomsvård finnes anordnad enligt kungörelsen om statsbidrag till sådan verksamhet samt vederbörande nämnd ej redan från början för erhållande av yttrande hänvänt sig till denna central, fallet för erforderlig utredning hänvisas till centralen. Vederbörande läkare skall då i sitt yttrande angiva, att han finner sådan hänvisning erforderlig. Har yttrande av sådan innebörd avgivits, åligger det barnavårdsnämnden att anmäla fallet till centralen och att inställa barnet eller vederbörande person i åldern mellan aderton och tjuguetå år å centralen eller, om detta är förenat med mindre omgång, å filialstation som lyder under centralen. Finnes icke central inom landstingsområdet eller staden, har barnavårdsnämnd att i förekommande fall, med utnyttjande av givna möjligheter, från skicklig och för ändamålet lämpad läkare inhämta så fylligt yttrande som står att erhålla.

Självfallet är att barnavårdsnämnd vid förefallande behov kan, som redan antytts, vända sig till central av ifrågavarande slag utan att inhämta förhandsyttrande av läkare. Mången gång torde ett sådant förfarande komma att framstå som praktiskt och lämpligt.

Sedan central i förekommande fall avgivit yttrande, har barnavårdsnämnd att i vanlig ordning, under hänsynstagande till samtliga på fallets bedömande inverkan omständigheter, fatta beslut rörande åtgärder som kunna finnas påkallade.

De läkare, vilka komma att anlitas för avgivande av förhandsyttrande, torde ofta vara tjänsteläkare, som äro ledamöter av barnavårdsnämnderna eller äga närvara vid nämndernas sammanträden. Även skolläkare kunna emellertid bli anlitate för ändamålet, detta särskilt därest skolläkarväsendet utvidgas och omorganiserar enligt de planer för vilka förut i betänkandet redogjorts. Där centralernas läkare tillika äro skolläkare, måste en hänvändelse till sådan läkare anses särskilt ändamålsenlig. I de områden där läkare utöva ledningen av psykisk barna- och ungdomsvård, som icke faller under kungörelsen om statsunderstöd till sådan verksamhet, kan givetvis förhandsyttrande med fördel inhämtas även från dessa läkare. Den lagändring som här föreslås avser i övrigt icke att betaga barnavårdsnämnderna möjligheten att underkasta sitt klientel observation med hjälp av institution av sistnämnda beskaffenhet i sådana områden, där psykisk barna- och ungdomsvård enligt kungörelsen om statsbidrag till dylik verksamhet icke finnes anordnad. Tvärtom måste ett sådant förfarande med hänsyn till omständigheterna anses ändamålsenligt.

Det är givet, att det praktiska värdet av de nu föreslagna bestämmelserna ytterst kommer att bero på barnavårdsnämndernas vilja och förmåga att urskilja och till behandling upptaga de fall, vari, med utgångspunkt från bestämmelserna ifråga, läkarundersökning erfordras. Emellertid torde man, särskilt sedan centralerna för psykisk barna- och ungdomsvård fått verka någon tid, kunna förvänta en undan för undan ökad förståelse hos nämnderna för betydelsen av de problem det här gäller. Givetvis kommer dock statens in-

spektör för fattigvård och barnavård med biträde av fattigvårds- och barnavårdskonsulenter i distrikten samt barnavårdsombuden att få en viktig uppgift att fylla, då det gäller att verka för upplysning i hithörande frågor samt att tillse, att barnavårdsnämnderna icke eftersätta sina skyldigheter i de hänseenden varom här är fråga.

För den händelse barnavårdsnämnd med stöd av 18 § barnavårdslagen i detta lagrumms nu föreslagna lydelse beslutar inhämta yttrande av läkare eller har att inställa någon å central för psykisk barn- och ungdomsvård eller filialstation till dylik central, kan verkställigheten härav försvåras genom tredska från målsmans sida eller av annan likartad orsak. I sådant fall kan nämnden med stöd av 77 § barnavårdslagen erhålla för verkställighet erforderlig handräckning av polismyndighet. Emellertid måste det betraktas som en ren nödfallsutväg att påkalla dylik handräckning. Då det ur många synpunkter sett måste anses i hög grad önskvärt, att icke ett spänt förhållande uppkommer mellan läkare respektive assistent å ena sidan samt den som skall undersökas respektive hans målsman å andra sidan, torde det vara tillräckligt, att läkaren eller assistenten i fall av nu angiven art söker i görligaste mån avhjälpa svårigheterna genom undersökning i samband med hembesök hos den det gäller.

Kap. X. Sammanfattning av kommitténs förslag.

Kommitténs förslag syftar till vidtagandet av åtgärder för ett uppbyggande av en bestående, hela landet omspannande organisation för psykisk barn- och ungdomsvård. För att man icke skall riskera, att organisationen från början bindes i former, som sedermera vunnen praktisk erfarenhet visar vara olämpliga, föreslår kommittén närmast åtgärder för en frivillig och statsunderstödd verksamhet under en övergångsperiod av tre år, med möjligheter att därunder inom tämligen vida gränser uppbygga organisationen och lämpa densamma efter lokala behov och resurser.

Huvudreglerna för den tilltänkta verksamheten äro sammanfattade i kommitténs förslag till kungörelse angående statsbidrag till psykisk barn- och ungdomsvård. Det föreslås där, att statsbidrag för ändamålet skall utgå till landsting och städer utom landsting, i den mån de var för sig eller, efter centralt beprövande, gemensamt bedriva sådan verksamhet. Som villkor för erhållande av statsbidrag gäller att verksamheten skall ordnas enligt plan, godkänd av medicinalstyrelsen, samt bedrivas enligt regler, angivna i kungörelsen. Dessa regler innebära i stort sett, att personalen skall bestå av läkare och assistenter samt tillsättas, läkarna av medicinalstyrelsen och assistenterna av de lokala huvudmännen i enlighet med behörighetsregler, fastställda av styrelsen, att personalen skall få sina lönevillkor fastställda av medicinalstyrelsen och vara förbjuden att uppbära arvoden av dem som anlita organisationen, att verksamheten inom landstingsområde skall anknytas till läns-lasarett men även utövas med hjälp av filialer, medan verksamheten i stad skall vara förlagd till sjukhus eller central under skolmyndighet eller barnavårdsnämnd, dock alltid med tillgång till observationsplatser å sjukhus, att instruktion för verksamheten i de olika områdena skall utfärdas av landsting respektive stad med ledning av en av medicinalstyrelsen utfärdad normalinstruktion, dock med undantag för de fall, där för två områden gemensam verksamhet bedrives, då medicinalstyrelsen skall fastställa instruktion efter de lokala myndigheternas hörande, att hälso- och sjukvårdsberedning, som i landstingsområde handhar ledningen av verksamheten, skall ha för ändamålet i 40 a § landstingslagen — enligt lagrummets av kommittén föreslagna lydelse — föreskriven sammansättning, att verksamheten skall stå *dels* under lokal tillsyn av förste provinsialläkare respektive förste stadsläkare eller stadsläkare, därvid tillsynen skall utövas under samråd med statens fattigvårds-

och barnavårdskonsulenter samt vederbörande folkskolinspektörer, *dels* under central tillsyn av medicinalstyrelsen, *samt att* årsberättelse rörande verksamheten i viss ordning skall avgivas.

Medicinalstyrelsen skall vid utövandet av de funktioner som ovan angivits i allt väsentligt handla i samråd med socialstyrelsen och skolöverstyrelsen. För underlättande av sådant samråd liksom för beredande av möjlighet att jämväl i övrigt handha tillsynen på ett praktiskt och ändamålsenligt sätt föreslår kommittén, att inom medicinalstyrelsen upprättas en deltidstjänst, vars innehavare skall handlägga ifrågavarande ärenden. Det förutsättes, att för ändamålet erforderliga åtgärder vidtagas jämväl inom socialstyrelsen och skolöverstyrelsen.

Kommittén föreslår statsbidrag av två slag, nämligen lönebidrag och resekostnadsbidrag, de sistnämnda avseende jämväl bidrag till täckandet av utgifter för traktamentsersättning. Lönebidrag skola utgå till såväl landsting som städer, då de ordna och bedriva verksamhet vare sig självständigt eller gemensamt med annan. Resekostnadsbidrag däremot äro avsedda allenast för landsting, som ensamt eller gemensamt med stad bedriver verksamhet varom här är fråga, och för gemenskap av landsting, som bedriver dylik verksamhet. Lönebidragen skola motsvara högst hälften av kostnaderna för läkar- och assistentlöner men få ej överstiga 6 000 kronor om året för en läkare och 3 000 kronor om året för en assistent. Resekostnadsbidragen utgå för personalens resor enligt vederbörligen godkänd plan och för andra av verksamheten nödvändiggjorda tjänsteresor. De beräknas till 70 procent av resekostnaderna för Norrbottens, Västerbottens och Jämtlands län, 60 procent av dessa kostnader för övriga Norrlandslän, Kopparbergs och Värmlands län samt 50 procent för riket i övrigt.

På sätt förut antytts föreslår kommittén vidare ett tillägg till 40 a § landstingslagen. Detta tillägg är avsett att garantera, att landstingens hälso- och sjukvårdsberedningar vid utövandet av den psykiska barna- och ungdomsvårdens ledning i landstingsområdena skola tillföras sakkunskap å barna- och ungdomsvårdens samt pedagogikens områden. Enligt förslaget skola i varje landstingsområde, varest verksamhet av ifrågavarande slag bedrivs, två dylika sakkunniga utses för ett år i sänder, den ene av socialstyrelsen, den andre av skolöverstyrelsen.

Slutligen föreslår kommittén vissa ändringar i gällande barnavårdslag. Dessa ändringar gå ut på att läkares yttrande skall av barnavårdsnämnd inhämtas i betydligt större utsträckning än för närvarande stadgas, såtillvida som dylik åtgärd i förebyggande syfte skall vidtagas å ett tidigare skede och av flera anledningar än hittills. Men härjämte syfta ändringarna till att få fram mera fullständiga yttranden, grundade ej blott på medicinska utan även på sociala och psykologiskt-pedagogiska iakttagelser och omdömen. För sådant ändamål lämnas i 18 § barnavårdslagen föreskrift om, bland annat, ett i viss mån obligatoriskt utnyttjande av den psykiska barna- och ungdomsvårdens organ i den av barnavårdslagen reglerade samhälleliga barna- och ungdomsvården. Kommittén har även uttalat önskemål om att, i samband med ut-

byggandet av den skolhygieniska verksamheten, erforderliga medel måtte göras disponibla för bestridande av kostnader för lärjunges inställelse å central eller filial för psykisk barna- och ungdomsvård.

En av kommittén verkställd överslagsberäkning giver vid handen, att den av kommittén föreslagna organisationen för psykisk barna- och ungdomsvård skulle, efter full utbyggnad, under övergångsskedet nödvändiggöra statsbidrag till belopp av i runt tal 340 000 kronor om året. På grund av att en successiv utbyggnad av systemet kan förväntas, torde man emellertid för det första verksamhetsåret knappast behöva räkna med ett utnyttjande av mer än ungefär hälften av nämnda belopp. I varje fall torde ett anslag om 180 000 kronor förslå till täckandet av bidragsbehovet under det första verksamhetsåret.

Ungdomsvårdskommittén vill till sist giva uttryck åt den uppfattningen, att det måste betraktas som synnerligen angeläget att de åtgärder kommittén föreslagit vidtagas så snart sig göra låter.

Författningsutkast m. m.

Förslag till kungörelse angående statsbidrag till psykisk barna- och ungdomsvård.

1 §.

Statsbidrag må, med den i nästa stycke angivna inskränkning, utgå till landsting eller stad, som ej deltagar i landsting, där landstinget eller staden, med iakttagande av härefter angivna bestämmelser, var för sitt område anordnar och bekostar verksamhet, avseende psykisk barna- och ungdomsvård.

Där medicinalstyrelsen finner verksamhet, som här avses, kunna utan olägenhet ordnas gemensamt för två områden, må bidrag utgå allenast, då två landsting eller ock landsting och stad, varom nu är fråga, eller två dylika städer efter medicinalstyrelsens beprövande förena sig om att gemensamt bedriva sådan verksamhet.

2 §.

Verksamhet, som avses i denna kungörelse, skall vara anordnad enligt plan, godkänd av medicinalstyrelsen, samt utövas av för ändamålet anlitad personal med avlöningsförmåner enligt grunder, fastställda av medicinalstyrelsen. Ej må personalen för undersökning, rådgivning eller behandling, som i tjänsten utföres eller meddelas, mottaga särskild ersättning av den, som rådför sig med personalen eller eljest anlitar densamma. Arvode må ej heller utgå för utskrift av utlåtande, intyg eller annan dylik handling, som nödvändiggöres av vad vid konsultation eller undersökning förekommit.

3 §.

Där verksamhet, som avses i denna kungörelse, anordnas, skall personalen bestå dels av en eller i undantagsfall flera legitimerade läkare med pediatrik och psykiatrisk utbildning eller därmed likvärdig skolning dels ock av en eller flera assistenter, vilka skola vara underställda vederbörande läkare och äga för uppgiften lämpad utbildning. Medicinalstyrelsen har att meddela föreskrifter om behörighetsvillkor för vinnande av anställning såsom assistent.

Läkare, varom stadgas i denna kungörelse, förordnas av medicinalstyrelsen. Assistent anställs av landsting respektive stad.

4 §.

Verksamhet enligt denna kungörelse skall inom landstingsområde vara anknuten till länslasarett och därvid till lasarettets barnavdelning, där sådan avdelning finnes anordnad. Dock skall, där så finnes erforderligt, möjlighet beredas till mottagning och rådgivning även å andra lämpligt belägna platser inom landstingsområde än den, varest det för ändamålet utnyttjade lasarettet är beläget.

I stad, som ej deltagar i landsting, skall verksamheten vara förlagd till sjukhus eller ock till särskild under skolmyndighet eller barnavårdsnämnd lydande central, därvid möjlighet skall beredas till erforderlig observation å sjukhus av de fall, som hänvisas till centralen.

5 §.

Ledningen av verksamheten skall tillkomma inom landstingsområde den hälso- och sjukvårdsberedning, varom stadgas i lagen om landsting, samt inom stad, som ej deltagar i landsting, sjukhusmyndighet, skolmyndighet eller barnavårdsnämnd. Där ledningen av landstings hälso- och sjukvårdande verksamhet utövas av särskild hälsovårds- och särskild sjukvårdsberedning, skall ledningen av verksamhet, som inom landstingsområdet ordnats enligt denna kungörelse, tillkomma nämnda båda beredningar gemensamt.

Om sakkunnigas deltagande i berednings handläggning av ärenden enligt denna kungörelse stadgas i lagen om landsting.

Instruktion för utövandet av verksamhet enligt denna kungörelse fastställs av landstinget respektive staden, där ej verksamheten, på sätt förut sagts, ordnats gemensamt för två områden. Till grund för sådan instruktion skall ligga en av medicinalstyrelsen utfärdad normalinstruktion. Där verksamhet ordnats gemensamt för två områden, fastställer medicinalstyrelsen instruktion efter hörande av landsting respektive stad, som därav beröres.

6 §.

Statsbidrag utgår, där psykisk barn- och ungdomsvård enligt nu angivna grunder anordnats, för varje landsting och stad, som ej deltagar i landsting, eller, där verksamhet, på sätt förut sagts, ordnats gemensamt för två områden, för varje sådan gemenskap med ett årligt belopp, motsvarande viss del av läkares och assistenters löner. För landsting och för ändamålet bildad gemenskap av landsting utgår dessutom statsbidrag, motsvarande viss del av kostnaderna för personalens resor i tjänsten, traktamentsersättning däri inräknad.

Lönebidrag utgår med belopp, motsvarande högst hälften av de verkliga kostnaderna för avlöning åt läkare och assistenter, dock att bidraget icke i något fall må överstiga för en läkare 6 000 kronor om året och för en assistent 3 000 kronor om året.

Resekostnadsbidrag utgår för läkares och assistenters resor i och för mottagningar enligt vederbörligen godkänd plan samt för andra av verksam-

heten nödvändiggjorda resor i tjänsten av nämnda befattningshavare. Dyligt bidrag utgår med följande andelar av de sammanlagda resekostnaderna, nämligen för Norrbottens, Västerbottens och Jämtlands län med 70 procent, för Västernorrlands, Gävleborgs, Kopparbergs och Värmlands län med 60 procent samt för riket i övrigt med 50 procent. Vid beräkning av resekostnadsbidrag må i de sammanlagda resekostnaderna ej inräknas utgifter för resor inom vederbörande personals stationeringsort.

7 §.

Ansökan om statsbidrag skall ingivas till medicinalstyrelsen samt vara åtföljd av en i vederbörlig ordning upprättad plan för verksamhetens anordnande. Sådan plan skall innehålla uppgift om antalet befattningshavare av olika slag, som skola omhänderhava verksamheten, samt tillika angiva, förutom annat, de platser, varå verksamheten skall bedrivas, ävensom huru många mottagningar, som äro avsedda att hållas å varje plats.

Efter granskning av handlingarna och sedan i landstingsområde vederbörande förste provinsialläkare samt i stad, som ej deltagar i landsting, stadsläkare eller, där sådan finnes, förste stadsläkare yttrat sig angående planens lämplighet, har medicinalstyrelsen att fatta beslut i ärendet och därom underätta den eller dem, som ingivit ansökan. I beslut som avser fall, där verksamhet ordnats gemensamt för två områden, skola grunderna för beviljat bidrags fördelning mellan sökandena angivas.

Har statsbidrag beviljats och sker därefter ändring i de förhållanden, som förelågo vid bidragets beviljande, skall anmälan därom göras till medicinalstyrelsen, som har att avgöra, huruvida vid anmälan må bero, eller om ny ansökan skall ingivas och prövas.

8 §.

Statsbidrag utbetalas för kalenderår i efterskott. Rekvisition av bidrag skall upprättas i enlighet med formulär, som fastställas av medicinalstyrelsen, samt ingivas till styrelsen senast den 1 mars påföljande år. Sådan rekvisition skall i förekommande fall även innehålla bestyrkt uppgift å antalet för annat ändamål än mottagning å filial företagna tjänsteresor jämte de sammanlagda kostnaderna för dessa resor.

Vid rekvisition skall jämväl fogas berättelse angående verksamheten för det år rekvisitionen avser. Formulär till sådan årsberättelse fastställas av medicinalstyrelsen.

Efter granskning av rekvisitionen och årsberättelsen har medicinalstyrelsen att till vederbörande utanordna för ändamålet godkänt belopp.

9 §.

Verksamhet, varom stadgas i denna kungörelse, skall stå under överinseende av medicinalstyrelsen samt i landstingsområde av vederbörande förste provinsialläkare och i stad, som ej deltagar i landsting, av stadsläkare eller, där sådan finnes, förste stadsläkare.

De närmare föreskrifter, som kunna bliva erforderliga för tillämpning av denna kungörelse och i anslutning därtill utfärdade författningar, meddelas av medicinalstyrelsen.

Vid godkännande av plan för verksamhet enligt denna kungörelse samt vid utfärdande av normalinstruktion och fastställande av instruktion för sådan verksamhet liksom vid fastställande av formulär till årsberättelse, varom stadgas härövan i 8 §, skall medicinalstyrelsen samråda med socialstyrelsen och skolöverstyrelsen. På enahanda sätt har medicinalstyrelsen att förfara, då det gäller att förordna läkare, föreskriva behörighetsvillkor för assistent eller fastställa grunder för personalens avlöningsförmåner samt att utöva överinseendet å verksamhet, varom här är fråga, och att utfärda föreskrifter rörande tillämpning av kungörelsen och i anslutning därtill utfärdade författningar.

Förste provinsialläkare, förste stadsläkare och stadsläkare skola, då de, enligt vad ovan sagts, var inom sitt område utöva överinseende å verksamhet enligt denna kungörelse, i mån av behov samråda med statens fattigvårds- och barnavårdskonsulent i det distrikt området tillhör ävensom med de av stat och kommun inom området tillsatta folkskolinspektörerna.

Denna kungörelse träder i kraft den dag Konungen bestämmer och äger giltighet under en tid av tre år från ikraftträdandet.

Förslag till lag om ändrad lydelse av 40 a § lagen den 20 juni 1924 (nr 349) om landsting.

Härigenom förordnas att 40 a § lagen den 20 juni 1924 om landsting skall erhålla ändrad lydelse på sätt nedan anges.

40 a §.

- 1 mom.* Ledningen av — — — särskild sjukvårdsberedning. Beredning skall — — — fatta beslut.
- 2 mom.* Där landsting — — — avdelning därav.
- 3 mom.* Till sammanträde — — — till protokollet.
- 4 mom.* Då beredning har att handlägga ärende angående statsunderstödd psykisk barna- och ungdomsvård, skola till sammanträde med beredningen kallas jämväl en inom barna- och ungdomsvården i landstingsområdet verksam och väl förfaren person, vilken, jämte suppleant för honom, utses av socialstyrelsen för en tid av ett år i sänder, ävensom en inom området verksam och med ungdomens fostran väl förtrogen lärare, vilken, jämte suppleant för honom, utses av skolöverstyrelsen för enahanda tid som nyss sagts. Person, som med stöd av detta stadgande kallas till sammanträde med beredning, äger rätt att deltaga i beredningens överläggningar men ej i dess beslut ävensom att få sin mening antecknad till protokollet.
- För deltagande i berednings sammanträde skall till person, som här avses, utgå ersättning enligt vad i 23 § stadgas med avseende å gottgörelse till landstingsman under landstings möte.
- 5 mom.* Angående hälso- och sjukvårdsberednings verksamhet gäller i övrigt vad därom stadgas i lag och författning.

Förslag till lag om ändring i vissa delar av lagen den 6 juni 1924 (nr 361) om samhällets barnavård och ungdomsskydd.

Härigenom förordnas att 2 § 2 mom. andra stycket lagen den 6 juni 1924 om samhällets barnavård och ungdomsskydd skall upphöra att gälla, samt att 18 § samma lag¹ skall erhålla ändrad lydelse på sätt nedan anges:

¹ Senaste lydelse av 18 § se 1934:204.

Har hos — — — nämndens överläggning.

Förekommer anledning antaga att missförhållande av beskaffenhet att synas påkalla nämndens ingripande är beroende på eller förenat med kropps- eller sinnessjukdom, kroppslig eller andlig brist eller svaghet, eller ock annan av inre eller yttre orsaker betingad avvikelse från normalt sinnestillstånd, skall läkares yttrande inhämtas till uttrönande av behovet av ingripande och de lämpliga formerna därför. Finnes i det landstingsområde kommunen tillhör eller den stad kommunen omfattar central för psykisk barna- och ungdomsvård enligt kungörelsen om statsbidrag till sådan verksamhet, skall, där ej nämnden för erhållande av yttrande som här avses hänvänt sig till centralen, i läkares yttrande angivas huruvida enligt hans mening dylik hänvändelse erfordras. Har läkaren funnit sådan åtgärd erforderlig, åligger det barnavårdsnämnden att hänvisa fallet till centralen samt att för undersökning eller observation inställa barnet eller den person i åldern mellan aderton och tjuuguett år, varom fråga är, å centralen eller lämplig filialstation till densamma.

Därest ingripande påkallas beträffande barn under aderton år, som besöker eller besökt skola, bör införskaffas upplysning om dess förhållande därstädes. Lärare eller lärarinna, av vilken barnet senast åtnjutit undervisning, bör kallas till deltagande i nämndens överläggning rörande barnet; möter hinder för personlig inställelse, bör läraren eller lärarinnan avgiva skriftligt yttrande till nämnden. Rektor eller föreståndare för skola, i vilken barnet åtnjuter eller åtnjutit undervisning, ävensom för kommunen anställd särskild folkskolinspektör eller överlärare bör, om sådan person ej är ledamot i nämnden, beredas tillfälle att deltaga i överläggningen.

Påkallas ingripande mot någon, som fyllt aderton år, skola bestämmelserna i föregående stycke äga motsvarande tillämpning, om han besöker läroanstalt eller anledning eljest finnes till antagande, att utredningen i ärendet skulle främjas därigenom.

Därest utredning genom polismyndighets försorg verkställt i ärende, vari barnavårdsnämnds åtgärd påkallas, bör representant för polismyndigheten beredas tillfälle att deltaga i nämndens överläggningar i ärendet.

Tillhör den, mot vilken ingripande påkallas, församling av främmande trosbekännare, och är denna församlings föreståndare bosatt inom kommunen, skall tillfälle beredas honom att yttra sig i ärendet.

Förslag till normalinstruktion för utövandet av statsunderstödd psykisk barna- och ungdomsvård.

Den psykiska barna- och ungdomsvårdens uppgift är att förebygga psykisk felutveckling och missanpassning hos de unga samt att, i fall där missanpassningstendenser framträtt, söka medel till undanröjande av orsakerna till detta missförhållande.

Verksamheten omfattar vård av barn i förskolåldern, barn i skolåldern och ungdom upp till 21 års ålder, allt i den mån sådan vård ur ovan angivna synpunkter finnes påkallad.

Statsunderstödd psykisk barna- och ungdomsvård är organiserad inom

 landstingsområde stad
 landstingsområde(n) och stad
 samt utövas därstädes under ledning av en central i
 jämte filialstationer i
 Verksamheten ledes av hälsovårds- och sjukvårdsberedningen (hälsovårdsberedningen och sjukvårdsberedningen), barnavårdsnämnden, folkskolestyrelsen (folkskoledirektionen), sjukhusmyndigheten.

Å centralen i tjänstgöra läkare, heltidsassistent(er) och deltidassistent.

Läkare å central för psykisk barna- och ungdomsvård har de åligganden som framgå härnedan.

1. Läkare har att i sin verksamhet ställa sig till efterrättelse för utövandet av läkekonsten samt barna- och ungdomsvården gällande författningar ävensom de föreskrifter med avseende å verksamhetens bedrivande, som må hava utfärdats av tillsynsmyndigheten eller den myndighet som handhar ledningen av verksamheten. Där chefläkare finnes, har annan läkare vid centralen att ställa sig till efterrättelse jämväl chefläkarens föreskrifter.

2. I de fall, då endast en läkare finnes anställd å centralen, liksom då läkare innehar befattning såsom centralens chefläkare, skall sådan läkare, allt efter arbetets art och assistenternas kompetens, fördela de assistenterna åliggande arbetsuppgifterna dem emellan samt jämväl i övrigt organisera och leda personalens arbete i dess olika former.

3. I samråd med den myndighet, som utövar ledningen av verksamheten, skall läkaren (chefläkaren) fastställa tiderna för de i planen för verksamheten angivna mottagningarna å centralen och filialstationerna. Å centralen skall läkare ha mottagning för allmänheten tre dagar i veckan, minst två timmar varje dag. Det åligger läkare att vara tillstädes å filialstationerna

under de för mottagning därstädes fastställda tiderna. Mottagningstiderna skola, ifråga om såväl central som filialstationer, bekantgöras på sätt läkaren (chefläkaren), i samråd med den myndighet som utövar ledningen, för varje fall bestämmer. Läkare har att, utöver de av filialmottagningarna föranledda resorna, företaga för verksamheten erforderliga resor enligt plan, fastställd av den myndighet, som handhar ledningen av verksamheten. Avvikelse från denna resplan må dock ske i undantagsfall, då särskild anledning därtill yppats.

4. Läkare har i de fall, som anmälts eller hänvisats till centralen, att i mån av behov, genom undersökning i samband med mottagning, observation under patients vistelse å sjukhus eller annan för ändamålet nyttjad lokal samt övervägande av resultatet av verkställd social undersökning och övriga tillgängliga uppgifter rörande patienten, söka utröna vederbörandes somatiska och psykiska tillstånd ävensom att bilda sig en uppfattning angående orsakerna till iakttagna avvikelser från ett normalt psykiskt tillstånd samt riktlinjerna för fallets behandling. Därvid har läkare att samråda med assistent på grundval av hans vid social undersökning gjorda iakttagelser samt inhämta hans mening angående fallets karaktär och riktlinjerna för dess behandling. Vidare har läkare att, i den mån sådant erfordras för fortsatt, ändamålsenlig behandling av patient, utfärda intyg, utlåtande eller annan dylik handling rörande patienten samt i övrigt vidtaga de åtgärder patientens tillstånd påkallar.

5. I sin verksamhet skall läkare söka samarbete med barnavårdsnämnder och skolmyndigheter, vederbörande fattigvårds- och barnavårdskonsulent, barnavårdsombud och skyddskonsulent samt andra barn- och ungdomsvårdande organ ävensom med skolläkare, tjänsteläkare, distriktsköterskor och andra personer, som på grund av sin tjänst eller eljest hava med den hälso- och sjukvårdande verksamheten bland barn och ungdom att göra. Tillika har läkare att inom sitt verksamhetsområde ägna oavslätlig uppmärksamhet åt de socialmedicinska och mentalhygieniska förhållanden, som beröra barnen och ungdomen inom området. Då läkare får kännedom om fall bland de unga och deras målsmän, som påkalla ingripande enligt barnavårdslagen, alkoholistlagen eller lagen om fattigvården, har han att därom göra anmälan till vederbörande barnavårdsnämnd, nykterhetsnämnd eller fattigvårdsstyrelse ävensom att göra statens fattigvårds- och barnavårdskonsulent inom distriktet uppmärksam å fallet.

6. Läkare har att giva sådana personer, som genom arbete vid centralen förskaffa sig praktik inom den psykiska barn- och ungdomsvården, all den handledning i arbetet, som, utan hinder för verksamhetens behöriga fortgång, från läkarens sida kan meddelas. Vidare har läkare att inom det område, för vilket verksamheten uppbyggts, främja spridandet av upplysning rörande de problem, som sammanhånga med barns och ungdoms fostran, samt stå föräldrar, lärare, barnavårdande organ och andra personer eller institutioner, som hava med barns eller ungdoms fostran att göra, till tjänst med råd i uppfostringsfrågor.

7. Senast den 15 februari varje år skall läkaren (chefläkaren) till den myndighet, som handhar ledningen av verksamheten, avgiva berättelse angående verksamheten under nästföregående kalenderår samt överlämna av läkaren (chefläkaren) bestyrkt uppgift om antalet av centralens personal för annat ändamål än mottagning vid filial företagna tjänsteresor sagda år samt de sammanlagda kostnaderna för dessa resor.

Assistent skall i enlighet med läkares anvisningar biträda i arbetet med den psykiska barna- och ungdomsvården samt därvid ställa sig till efterrättelse läkarens (chefläkarens) föreskrifter med avseende å arbetets disposition och organisation.

Heltidsassistent har, i den mån icke läkaren (chefläkaren) vid arbetsuppgifternas fördelning annorlunda bestämt, här nedan angivna åligganden.

1. Vid de å centralen eller filialstationerna anordnade mottagningarna skall assistent närvara och därvid biträda den tjänsteförrättande läkaren. Likaså skall assistent i mån av behov biträda vid observation av patient å sjukhus eller annan för ändamålet utnyttjad lokal samt utföra eller biträda vid intelligensmätning eller annan experimentalpsykologisk undersökning, avseende centralens klientel.

2. Assistent har att, genom hembesök och samarbete med barnavårdsnämnder och skolmyndigheter samt vederbörande fattigvårds- och barnavårdskon-sulenter, barnavårdsombud, med flera, verkställa erforderliga sociala utredningar rörande de fall, som anmälts eller hänvisats till centralen, ävensom att rörande sina iakttagelser därvid göra noggranna anteckningar, avsedda att tjäna till ledning vid fallens fortsatta behandling, och avgiva rapport till vederbörande läkare. Då assistent får kännedom om fall bland de unga och deras målsmän, som påkalla ingripande enligt barnavårdslagen, alkoholist-lagen eller lagen om fattigvården, har assistenten att därom göra anmälan till vederbörande läkare.

3. Den fortsatta kontakten med och den fortlöpande övervakningen av centralens klientel åligger assistent, vilken för sådant ändamål har att företaga erforderliga resor inom området samt att upprätthålla förbindelser med personer och myndigheter, som kunna lämna upplysningar rörande fallens utveckling. Rörande sina iakttagelser under denna fortlöpande verksamhet har assistent att göra noggranna anteckningar och avgiva rapport till vederbörande läkare.

4. Resor utöver dem som föranledas av filialmottagningar har assistent att företaga i huvudsaklig överensstämmelse med resplan, uppgjord i samråd med läkaren (chefläkaren) och fastställd av den myndighet, som handhar ledningen av verksamheten. Då resa utöver vad i resplanen angivits påkallas av omständigheterna, har assistent att, efter inhämtande av läkarens (chefläkarens) tillstånd, företaga jämväl sådan resa.

5. Assistent har att med ledning av sina iakttagelser inför vederbörande läkare yttra sin åsikt rörande de olika fallens behandling. Då assistent rörande ett falls behandling i socialt eller pedagogiskt hänseende är av annan

uppfattning än vederbörande läkare, äger assistenten att få sin avvikande mening antecknad i utlåtande eller annan handling, vari läkarens mening kommer till uttryck.

6. Assistent skall under vederbörande läkares överinseende föra journaler samt register eller liggare angående de olika fallen. Senast den 1 februari varje år skall assistent till läkaren (chefläkaren) avlämna skriftlig och av erforderliga verifikationer åtföljd uppgift rörande antalet av assistenten nästföregående år för annat ändamål än mottagning vid filial företagna tjänstesor samt de sammanlagda kostnaderna för dessa resor.

7. Assistent har att giva sådana personer, som genom arbete vid centralen förskaffa sig praktik inom den psykiska barna- och ungdomsvården, all den handledning i arbetet, som, utan hinder för verksamhetens behöriga fortgång, från assistentens sida kan meddelas, ävensom att under vederbörande läkares överinseende stå allmänheten till tjänst med råd och upplysningar i frågor rörande barns och ungdoms fostran.

Deltidsassistent har att enligt läkarens (chefläkarens) beprövande och i den omfattning denne bestämmer fullgöra de åligganden, som, enligt vad här ovan angivits, åvila en heltidsassistent.

Såväl läkare som assistenter hava att, där sådant på grund av patients byte av vistelseort eller annan dylik orsak visar sig erforderligt, upptaga samarbete med annan central eller andra centraler för psykisk barna- och ungdomsvård.

Personalens arbete skall ordnas så, att såväl läkare som assistenter erhålla nödig vila och ledighet från arbetet.

Vad personalen i tjänsten iakttagit eller erfarit rörande enskilda personliga förhållanden må icke yppas för obehöriga. Register, liggare, journaler och andra handlingar rörande de olika fallen skola förvaras under säkert lås eller på annat betryggande sätt.

Särskilt yttrande

av skyddshemsinspektören Eriksson och barnavårdsinspektisen Rosén, vilka av ordföranden kallats att delta i kommitténs överläggningar.

Ett ställningstagande till frågan hur den psykiska rådgivningsverksamheten för barn och ungdom skall byggas ut bör rimligen utgå ifrån hur den nu befintliga rådgivningsverksamheten vuxit fram. Undersökes detta, skall man finna, att initiativen till dylik verksamhet i regel utgått från barnavårdsförbunden och från de större städernas barnavårdsnämnder, ofta i samarbete med skolmyndigheterna. I enstaka fall ha initiativen utgått från skolmyndigheterna, då vanligen i samverkan med barnavårdsnämnderna. Endast i sällsynta fall har initiativet utgått från medicinskt håll. Det intresse, som burit upp denna verksamhet, har förankrats framför allt inom den sociala barnavården.

Med hänsyn till den utveckling, som redan ägt rum och som förlagt den psykiska rådgivningsverksamheten till den sociala sfären, anse vi det oriktigt att nu överföra verksamheten till sjukvårdsorganisationen. Här är det ju icke annat än i undantagsfall fråga om sjukvård i egentlig bemärkelse utan om åtgärder till hävande av svårigheter i unga människors sociala anpassning. Medlen härför äro huvudsakligen av social eller pedagogisk, icke av medicinsk natur. Detta förklarar också varför intresset från medicinskt håll varit så föga framträdande.

Det synes då opåkallat att belasta landstingens sjukvårdsberedningar med denna nya uppgift, när den i stället borde kunna anförtros åt barnavårdsförbunden och de större städernas barnavårdsnämnder, som regel redan huvudmän för den nuvarande verksamheten. Några svårigheter på grund av en sådan anordning att få de nödiga ekonomiska bidragen från landstingen torde icke föreligga.

Vi kunna heller icke dela uppfattningen, att det är nödvändigt med en central ledning av denna verksamhet förlagd i medicinalstyrelsen, som även skulle få rätt att tillsätta de för verksamheten behövlige läkarna. Vi anse, att de huvudmän, som vi föreslagit, själva böra få tillsätta läkare och assistenter efter att ha hört medicinalstyrelsen respektive socialstyrelsen om sökandenas allmänna kompetens. Någon ytterligare centralisering synes oss långt ifrån önskvärd.

Allmänna föreskrifter angående rådgivningsverksamheten synas böra utfärdas av Konungen, och inspektionen av densamma synes med fördel kunna anförtros åt tillsynsmyndigheten för den sociala barnavården, socialstyrelsen.

Stockholm den 30 mars 1944.

Torsten Eriksson.

Göta Rosén.

Undersökningar angående vanartiga barn och asocial ungdom.

Av *Gustav Jonsson*.

Extra läkare i psykisk barnavård vid Värmlands läns centrallasarett i Karlstad.

Inledning.

I den allmänna diskussionen kring ungdomens asocialitetsproblem bruka framför allt två principiellt felaktiga tänkesätt göra sig gällande.

Sålunda låter man ofta en i och för sig obestriddig och kanske viktig orsaksfaktor innebära hela eller huvudsakliga förklaringen. Gångse argument av denna typ är exempelvis familjens eller yrkeslivets ändrade karaktär i det moderna samhället. Det missvisande ligger då uppenbarligen däri, att man överdimensionerar en i och för sig riktig observation och låter den täcka hela observationsfältet. »Familjelivets förfall» e. d. får då bli formeln som med ett slag löser hela det mycket sammansatta sociala ekvationssystem som ungdomsfrågorna utgöra.

Det andra vanliga tankefelet består däri, att man i fråga om psykiska skeenden förutsätter ett spontant uppträdande av nya företeelser och en obundenhet av orsakslagar, som är främmande för vetenskapens väsen. Populära förklaringar av denna kategori möter man i uttryck som en »ändrad livsinställning» eller ett »ökat nöjesbegär» hos de unga. Frånsett dimmigheten i dessa begrepp och som regel även den bakomliggande bristen på konkreta och systematiska iakttagelser, grundade på representativa undersökningsmaterial, lider detta betraktelsesätt av den bestämda nackdelen att till sin innebörd vara final i stället för kausalt — ändamålet eller syftet med handlingssättet får framstå som handlandets orsak. Resultatet blir en ren skenförklaring. »Vad som förändrats är nämligen ej blott människornas ideal och livsinställning samt deras handlingssätt utan allt det, i förhållande vartill människor bilda sina ideal och inom vars ram deras livsinställning och handlingssätt utgestaltas. Människorna leva ju i ett samhälle, de äro sammanvinnade i sociala relationer av skilda slag, och alla deras handlingssätt och föreställningssätt äro i vetenskaplig betraktelse reaktioner till en social miljö. Primära mentalitetsförändringar äro en fiktion, närmast framsprungna ur en ålderdomlig i vetenskapen numera övergiven teologisk psykologi.» (*Gunnar Myrdal 1936.*)

Undersökningsmetoden, innebörd och begränsning.

De undersökningsresultat, som här komma att framläggas, basera sig på en brett upplagd rundfråga till rikets barnavårdsnämnder. För att i gör-ligaste mån undvika sådana metodologiska felkällor som nyss nämnts har man nämligen först och främst att låta sitt undersökningsmaterial belysas från en rad olika synvinklar, sociala och psykologiska. Av vikt är emel-lertid att man därvid hela tiden har klart för sig, att de olika orsaks-moment, som man kan göra sannolika med en sådan metod, måste förut-sättas vara simultant verksamma och även ömsesidigt influerande på varand-ra — i samverkande eller motverkande eller eljest modifierande riktning — även om man av framställningstekniska skäl är tvungen att först be-lysa materialet ur en synpunkt, därefter ur en annan, en tredje o. s. v. Om man exempelvis vid undersökningar av ungdomsbrottslingar eller skyddshemselever kan konstatera intellektuell underbegåvning hos 30—40—50 % av fallen (*Knöös* 1937, *Nordal* 1935, *Ahnsjö* 1941 o. a.) och utomäkten-skaplig börd hos låt säga 20—30 %, får detta icke tolkas så, att förstånds-svaghet varit *orsaken* till urspårandet hos var tredje eller ända till varannan ungdomsbrottsling eller skyddshemselev, lika litet som man därav får dra den slutsatsen, att de ökade miljöpåfrestningarna för en »oäkting» legat bakom felutvecklingen i vart femte till vart tredje fall. De funna procent-talen kunna på sin höjd indicera, att faktorn i fråga kan ha haft sin betydelse för asocialitetens uppkomst och utveckling, då ju motsvarande procenttal för barn och ungdom i allmänhet ligga mycket lägre. Däremot kan man inte av siffrornas inbördes storleksordning dra några slutsatser om den kvantitativa betydelse, som olika faktorer ha i jämförelse med varandra. Kan man exempelvis påvisa intelligensdefekt i 50 % av fallen och dåliga hem-förhållanden hos 30 %, så innebär icke detta, att förekomsten av intelligens-defekt spelar större roll som orsak än dålig hemmiljö, bara därför att talet 50 är större än talet 30. Alldeles bortsett från att det kan vara olika svårt att definiera och påvisa de faktorer man undersöker, måste man nämligen också förutsätta en olika stark utlösande effekt hos var och en av dessa fak-torer d. v. s. en olika förmåga att inverka på ett avgörande sätt i det enskilda fallet. I en given massa fall av bristande social anpassning förekommer t. ex. faktorn underbegåvning dels i alla gradationer från noll till stark imbecillitet, dels tillsammans med en mängd andra faktorer som verka hämmande eller befordrande på asocialitetens uppkomst.

På sådana punkter ger en enbart statistisk sammansällning av undersök-ningsresultatet en fingervisning om *att* ett orsakssamband föreligger men vi-sar inte *hur* detta orsakssamband i realiteten gestaltar sig.

Den omständigheten att undersökningsresultatet presenteras i form av tabeller eller anges i numeriska relationer bör icke heller förleda till någon övertro på redogörelsens exakthet i alla enskilda delar, något som siffror eljest gärna framsuggera. Tabellerna och de siffermässiga sammanställningarna avse endast att belysa undersökningsmaterialet var och en ur sin aspekt.

För att få en allsidig och så att säga plastisk bild av det sociala fenomen vi här närmast vilja studera, nämligen uppkomsten av anpassningssvårigheter hos barn och ungdom, är det därför nödvändigt att inför varje nytt avsnitt och inför varje ny tabell försöka aktualisera även övriga delar av framställningen vilka gett andra synpunkter på samma sak, även om detta generella påpekande naturligt nog icke kan upprepas varje gång. Först på så sätt kan man få hela det stora sociala och psykologiska problemet att ta gestalt.

Emellertid kan undersökningens metodologiska uppläggning icke sägas vara angiven endast med dessa överväganden angående den använda socialstatistiska metodens förtjänster och begränsning. I själva verket har nämligen undersökningen icke lagts upp och genomförts enbart efter en sådan mall. Den bakomliggande tankegången kan i stället skisseras på följande sätt.

I det dagliga arbetet med lynnesegna eller svårangepassade barn finner man som läkare — särskilt om man gör sitt utredningsarbete systematiskt med ledning av bestämt journalformulär o. d. — att vissa sociala och psykologiska konstellationer och utvecklingsförlopp ofta återkomma i de enskilda fallen. I princip innebär detta tillvägagångssätt intet annat än ett tillämpande av den s. k. »case-studies»-metoden.

Sådana detaljanalyser av enskilda fall kunna givetvis av praktiska skäl icke utföras annat än på små material, vilkas representativitet för större, sociala sammanhang därigenom blir svår att fastställa. Särskilt när det gäller fall som skickas till undersökning hos läkare ligger ju det antagandet nära till hands, att det rör sig om ett urval.

För att kontrollera den erfarenhet man vunnit vid det ingående och systematiska studiet av enstaka fall — »case-studies» — och utröna dess tillämplighet i stort kan man emellertid välja ut vissa statistiskt påvisbara faktorer, vilka man i de enskilda fallen ofta funnit bilda den yttre ramen kring psykologisk felutveckling hos barnen. Sådana faktorer äro exempelvis splittrad fostran genom täta ombyten av uppväxtmiljö, speciellt i den härför känsliga tidiga barnaåldern, ävensom föräldrahemmets stympning genom någon av föräldrarnas död, skilsmässa, avvikande från hemmet e. d., vidare alkoholism hos familjefadern, trångboddhet eller fattigdom i hemmet etc. Av särskild vikt är därvid erfarenheten från vården av s. k. vanartiga barn (se *Aichhorn*, 1931, m. fl.) att de psykiska skadeverkningarna av en dylik ogynnsam miljöpåverkan icke alltid hävas i och med att barnet flyttas till en ny miljö (s. k. enkla miljöskador) utan att de trots miljöbyte kunna kvarstå lång tid framåt och ofta ända upp i vuxen ålder, om de icke göras till föremål för speciell terapi (s. k. barn-neuroser i egentlig bemärkelse). Intet hindrar sålunda att tjuvaktighet hos en pojke i puberteten eller sexuell hållningslöshet hos en flicka i tonåren har sin rot i den tidiga barndomsmiljön, vilken alltså bör klarläggas såväl ur psykologiska som sociala synpunkter.

Av mycket stor praktisk betydelse är också att intellektuell efterblivenhet, kanske framför allt i dess lättare former, enligt modern uppfattning orsa-

kar sociala anpassningssvårigheter, vanartsytringar av olika slag, icke bara därigenom att förståndsbristen i och för sig medför sämre förutsättningar att reda sig i tillvaron utan även och i synnerhet därigenom, att handikapedet i fråga om intelligensutrustning försätter barnet i en psykologisk särställning, som lätt leder till känslomässiga felutvecklingar, neurotiseringar, på samma sätt som ett stympat hem, en alkoholiserad familjefader e. d. En sådan faktor som kläna fattningsgåvor i skolan, dokumenterad genom kvarsitteri, avgång från skolan enligt folkskolestadgan § 48¹ o. d., får sålunda också räknas till den serie moment, medförande ökad psykisk hälsorisk, som nyss exemplifierats. Även om varje sådan faktor tagen för sig bara har värde som indikator på förekomsten av en psykisk skada, ge dock alla faktorer sammantagna en rätt god uppfattning om det undersökta materialets allmänna beskaffenhet.

I och med studiet av de psykologiska faktorerna har man givetvis även fått en uppfattning om den sociala bakgrunden till vanartens och ungdoms-asocialitetens uppkomst. I realiteten äro nämligen de sociala och psykologiska komponenterna så sammanvävda med varandra, att det ofta bara blir en terminologisk fråga hur den studerade företeelsen skall beskrivas. Däremot ligger det i öppen dag, att inverkan av större sociala skeenden som beröra hela eller större grupper av befolkningen, såsom konjunkturväxlingar på det ekonomiska området med ty åtföljande variationer i sysselsättningsgraden och lönenivån för de unga och deras föräldrar, förändringar i bostadsbeståndet o. s. v., falla utom ramen för dessa undersökningar.

En genomgående felkälla i undersökningarna, som f. ö. är gemensam för alla undersökningar rörande barnavårdsmaterial, måste dock särskilt framhållas. Det förhåller sig nämligen av lätt insedda skäl så, att barnavårdsnämnderna oftare känna sig skyldiga att ingripa mot ett vanartigt barn, vars miljö uppvisar en eller annan brist, såsom att modern är ensamstående, fadern alkoholist, familjen trångbodd etc., än mot ett barn, som kanske gjort sig skyldigt till precis samma vanart men som kommer från en oklanderlig miljö. I detta förhållande ligger tydligen en urvalsfaktor som gör att barn, beträffande vilka just de omständigheter föreligga som man vill undersöka, ha större chans att komma med i materialet än barn i allmänhet. Hur pass kraftigt denna urvalsfaktor kan tänkas inverka är svårt att säkert bedöma. Rimligtvis torde man dock icke behöva sträcka sig längre än till att på denna grund kräva speciell försiktighet med slutsatserna vid relativt små differenser mellan de statistiska talen. Större skillnader kunna näppeligen helt återföras på denna faktors inverkan.

Slutligen skall endast påpekas att i undersökningen särskild vikt lagts vid att utreda det sätt, på vilket samhällsorganen, i detta fall närmast barnavårdsnämnderna, sökt komma tillrätta med vanartsytringarna, och vid vilken tidpunkt i orsaksförloppet detta skett. Genom att mot varandra ställa å ena sidan vanarten och dess uppkomst samt å andra sidan de mått och

¹ »Lärjunge, som saknar erforderlig fattningsgåva för att förvärva det fulla kunskapsmått, vilket enligt gällande reglemente bör i skolan inhämtas». etc.

steg som vidtagits kan man ju få en uppfattning om graden av förnuft och förutseende i samhällets motåtgärder.

Tidigare undersökningar.

Undersökningarnas allmänna uppläggning, sådan den här inledningsvis skisseras, har skett i syfte att komplettera de båda utredningarna om ligabrottsligheten (1941) och ungdomsocialiteten (1942) som utförts av *centralförbundet för socialt arbete* samt *fångvårdsstyrelsens* redan dessförinnan utförda men först 1942 publicerade utredning angående ungdomsbrottsligheten. Den åsyftade kompletteringen har huvudsakligen gällt de psykologiska sammanhang och synpunkter som vid dessa utredningar icke kunnat beaktas. Därvid har uppgiften framför allt varit att anknyta orsaksanalysen till yngre åldrar och därmed komma den sociala missanpassningen tidigare på spåren än förut skett. Då en resumé av dessa tidigare undersökningar skulle föra för långt och heller knappast vara behövlig i här förevarande sammanhang, skola dessa tidigare undersökningsfynd från närliggande områden i stället utnyttjas på så sätt, att de citeras i de olika underavdelningarna av följande framställning, i den mån de kunna tjäna de där presenterade utredningsresultaten till jämförelse eller kommentar.

Samma tillvägagångssätt skall tillämpas även beträffande andra svenska undersökningar, främst *Ahnsjös* stora prognos-undersökning (1941) rörande flickor som varit intagna på skyddshem eller tvångsuppfostringsanstalter. De många utländska, främst amerikanska, undersökningarna inom hithörande områden röra sig i allmänhet med så pass olika sociala förhållanden — i viss mån med undantag för de skandinaviska — att direkta jämförelser lätt bli missvisande. Då emellertid föreliggande undersökningar som inledningsvis berördes icke blott avse att ge en strikt redogörelse för ett införskaffat statistiskt material utan även att ställa detta siffermaterial i belysning av allmänna barnpsykiatriska erfarenheter, böra dock även några representativa utländska undersökningar anföras i den mån de verkat befruktande på själva sättet att föra diskussionen i dessa frågor. Som dylika allmänt vägledande arbeten förtjäna i främsta rummet nämnas *Glueck, S. och Glueck, Eleanor* (1933), *Burt* (1938), *Thomas* (1927) *Trasher* (1937) m. fl. Inom den inhemska facklitteraturen har den banbrytande insatsen gjorts av *Kinberg* (1930, 1935).

Materialet.

Undersökningarna omfatta 4 413 fall — 3 352 pojkar och 1 061 flickor — som under år 1941 eller 1942 handlagts av barnavårdsnämnd eller ungdomsnämnd (för enkelhetens skull begagnas i fortsättningen endast benämningen barnavårdsnämnd) med stöd av barnavårdslagen 22 § c) eller d), d. v. s. barn respektive ungdomar som visat manifesta och mera påtagliga symptom på social missanpassning.

Barnavårdslagen 22 § c) avser »barn under aderton år, som befinnes vara

så vanartat att särskilda uppfostringsåtgärder krävas för dess tillrättaförande» och 22 § d), före dess ändrade lydelse $\frac{1}{7}$ 1944, talar om »person i åldern mellan aderton och tjuguet år, som befinnes vara hemfallen åt ett oordentligt, lättjefullt eller lastbart levnadssätt och beträffande vilken särskilda åtgärder från samhällets sida krävas för hans tillrättaförande».

Den strikt juridiska innebörden av dessa båda legala definitioner skall icke göras till föremål för mera ingående granskning i detta sammanhang, där ju lagens tillämpning i praktiken är viktigare än en detaljdiskussion om de olika rekvisitens innehåll.

I princip krävas emellertid tydligen två huvudförutsättningar för samhällsingripande, nämligen dels att individen själv redan i handling dokumenterat sin samhällsbesvärlighet och inte bara att en sådan utveckling befaras, dels ytterligare att denna samhällsbesvärlighet nått en viss intensitet och inte bara är tillfällig och möjligtvis övergående av sig själv. Det säges uttryckligen i båda lagmomenten, att särskilda motåtgärder verkligen skola vara av nöden. Därmed är även sagt — underförstått i själva lagtexten men klart uttryckt i lagmotiven — att en viss mottaglighet för uppfostran måste föreligga. Djupt sinnesslöa, utpräglad sinnesdefekta och dylika komma därför inte med i det material, varpå dessa undersökningar bygga.

Det torde emellertid knappast vara för mycket sagt, att dessa formellt-juridiska distinktioner näppeligen föresvävat alla barnavårdsnämnder vid deras handläggning av ärendena, åtminstone inte i de mindre landsortskommunerna. I stället har man nog på de flesta håll låtit sig ledas av vad som brukar kallas vanligt sunt förnuft och tillämpat dessa lagrum på de barnavårdsfall, vilka framstått som mera svårartade eller »ingrodda». Barnavårdslagen 22 § d) har ju dessutom tillkommit och sannolikt även tillämpats med sikte speciellt på ungdomar med lösdrivartendenser.

Materialet till undersökningen har införskaffats på så sätt, att ett särskilt frågeformulär — se s. 184 f. — utsänts till rikets samtliga 2 524 barnavårdsnämnder. Svar ha ingått från samtliga barnavårdsnämnder, utom från nämnderna i 2 städer och 22 mindre landskommuner. Svarsprocenten uppgår till 99,0, vilket måste betecknas som synnerligen tillfredsställande i betraktande av de mycket ingående uppgifter som begärts och det stora antal fall som förekommit på flera håll, särskilt då i de större städerna.

Totaliter kan undersökningen därför sägas representera en generalinventering för hela riket beträffande barnavårdsnämndernas klientel av barn och ungdom, som visat tecken till att icke kunna inpassa sig i samhällslivet.

Undersökningens tekniska genomförande.

I stort sett har införskaffandet av uppgifter skett i form av en direkt förfrågan hos varje barnavårdsnämnd i riket med barnavårdsombuden i respektive län som mellanhand vid svarens insamlande. För varje enskilt fall, som under år 1941 eller 1942 föranlett ingripande enligt barnavårdslagen 22 § c) eller d), skulle ett särskilt frågeformulär ifyllas. Även i de fall då

nämnden icke haft något ärende av detta slag att handlägga skulle givetvis detta rapporteras. Barnavårdsombuden och även barnavårdskonsulenterna hade i förväg fått en särskild instruktionskrivelse och i flera fall även vidtalats personligen av socialstyrelsen genom statens inspektör för fattigvård och barnavård A. Berggren, vilken i egenskap av ledamot av ungdomsvårdskommittén även deltagit i uppläggnings- och undersökningen. Samtidigt med frågeformulären erhöles nämnderna även en följeskrivelse, som avsåg att klarlägga undersökningens syfte och sättet för formulärens ifyllande. Dessutom lämnades tillfälle till ytterligare förfrågningar under hand hos barnavårdsombuden eller direkt hos ungdomsvårdskommittén.

Före den egentliga riksundersökningen utfördes sommaren och hösten 1942 under ledning av ungdomsvårdskommitténs dåvarande sekreterare, Torsten Eriksson, en provundersökning i Södermanlands län. Denna provundersökning avsåg alla de vanartsfall som under år 1941 föranlett beslut med stöd av barnavårdslagen 22 § c). Undersökningen var av alltför ringa omfattning — 94 barnavårdsnämnder med inalles 56 fall — för att tillåta några närmare slutsatser men skänkte dock flera erfarenheter ur undersökningsteknisk synpunkt, som sedan kunnat utnyttjas i den större undersökningen.

Utsändandet av frågeformulären i huvudundersökningarna ägde rum i maj 1943 och svaren inkommo sedan i sådan tid, att bearbetningen kunde påbörjas i september samma år.

Själva den tekniskt-statistiska bearbetningen har utförts med hjälp av hålkortsmaskiner (Hollerith) på socialstyrelsens statistiska avdelning under ledning av amanuensen C. Olsson.

Frågeformuläret.

Det vid undersökningarna begagnade frågeformuläret återges på de följande sidorna. Vid dess utarbetande togs särskild hänsyn till önskvärdheten av att formuläret skulle bli lätt både att ifylla och att bearbeta. Formuläret prövades först i praktiken på ett mindre antal fall, innan det fastställdes och trycktes, och blev även föremål för granskning av ett flertal experter på området inom och utom ungdomsvårdskommittén. Under dessa förarbeten visade det sig, att en del frågor som eljest skulle haft intresse måste strykas på grund av svårigheter, särskilt för de mindre nämnderna, att ur sina protokoll och övriga handlingar utläsa erforderliga besked, exempelvis i fråga om syskonantal, ordningsnummer i syskonkedjan o. dyl.

De fortsatta erfarenheterna av formulärets användning gävo emellertid otvetydigt vid handen, att det i praktiken väl fyllde sin uppgift såtillvida att de olika svars-kolumnerna blevo mer fullständigt ifyllda än man vågat hoppas. Kompletterande efterhandsförfrågningar behövde därför ej utsändas annat än i ett begränsat antal fall.

RUNDFRÅGA till Barnavårdsnämnderna från Ungdomsvårdskommittén
Riddarhuskajen 1, Stockholm, Telefon 20 71 41

Barnavårdsnämnden i kommun av län.

REDOGÖRELSE för ett fall, som under 1941 eller 1942 föranlett åtgärd enl. barnavårdslagen 22 § c) »barn under aderton år, som befinner sig så vanartat att särskilda uppfostringsåtgärder krävas för dess tillrättaförande»

eller 22 § d) »person i åldern mellan aderton och tjuguettt år, som befinner sig hemfallen åt ett oordentligt, lättjefullt eller lastbart levnadssätt och beträffande vilken särskilda åtgärder från samhällets sida krävas för hans tillrättaförande».

Pojkens (flickans) fullständiga namn:

född d. / år..... inom
 utom äktenskap i församling av län.

A. Om vanarten och dess behandling.

1. Vad hade pojken (flickan) gjort som kom nämnden att ingripa?

(exempelvis uteliv om kvällar och nätter, delaktighet i liga, rymning hemifrån, skolkniv eller andra skolsvårigheter, oförmåga att behålla en anställning, vagabonderande, sexuell vidlyftighet, stöld eller snatteri, förfalskning eller förskingrig, spritmissbruk etc.)

Om möjligt en kort beskrivning av vad som skett, ex.-vis »kioskinbrott ihop med andra jämnaåriga pojkar», »ledare för pojkliga», »sexuellt umgänge med flera vuxna män», »haft omkring 20 platser på ett år» el. dyl.

I vidlyftiga fall lämnas svaret enklast genom att protokollsutdrag bifogas.

2. På vad sätt kom saken till nämndens kännedom? (Stryk under!)

1. genom polismyndighet
2. » föräldrar eller fosterföräldrar
3. » andra privatpersoner
4. » lärare
5. » barnavårdsman eller ledamot av nämnden
6. » fattigvårdsstyrelse
7. » nykterhetsnämnd
8. » dispensär
9. » präst
10. » läkare
11. » annan:

- | | |
|--|---|
| 3. a) Har läkare rådfrågats i fallet? | 1. ja
2. nej
3. okänt |
| b) I så fall, i vilken egenskap? (Stryk under!) | 1. deltog i nämndens sammanträde
2. uppsöktes för att skyddshemsintyg skulle utskrivas
3. som skolläkare
4. vid rådfrågning i uppfostringsfrågor
5. på annat sätt: |
| 4. Barnavårdsnämndens åtgärd?
Dag för beslutet(en):..... | 1. varning utan övervakning
2. » med »
3. aga
4. placering i enskilt hem utan övervakning
5. » » » med »
6. » på barnhem
7. » » skyddshem
8. » » annan anstalt:
9. arbetsanskaffning utan övervakning
10. » med »
11. annan åtgärd: |
| 5. Har pojken (flickan) blivit omhändertagen för skyddsuppfostran? | 1. ja
2. nej |
| 6. a) Har nämnden eller annan barnavårdsnämnd tidigare haft med pojken eller flickan att göra?
(Avser ej enbart fosterbarnskontroll). | 1. ja
2. nej
3. okänt |
| b) I så fall, vid vilka tillfällen? | |
| c) Av vilken anledning? | |
| d) Vad åtgjordes vid resp. tillfällen? | |
| 7. Var finns pojken (flickan) för närvarande? | 1. hemma som förut
2. hos släktingar på annan ort
3. » » » samma »
4. fosterhem
5. barnhem
6. skyddshem
7. annat håll:
Uppge om möjligt adressen till pojkens eller flickans nuvarande vistelseort:
.....
..... |

B. Om pojken eller flickan själv.

8. **Pojken (flickan) har växt upp:**
- (Stryk under det rätta och ange ev. med en bokstav hur barnet flyttat, t. ex. a) enbart modern, b) upptagningshem, c) fosterhem, d) barnhem.)
1. hemma hos båda de egna föräldrarna (gifta el. samboende)
 2. » » enbart modern
 3. » » » fadern
 4. » » modern + styvfadern
 5. » » fadern + styvmodern
 6. » » mor- eller farföräldrar
 7. » » andra släktingar
 8. i samma fosterhem från omkring ...års ålder
 9. i ...st. olika fosterhem från omkring ...års ålder
 10. som adoptivbarn från omkringårs ålder
 11. på upptagningshem eller barnhem
 12. » skyddshem
 13. » annat håll:
9. **I vilken eller vilka slags skolor har han (hon) gått?**
1. vanlig folkskola
 2. hjälpklass
 3. mellanskola
 4. läroverk
 5. yrkesskola
 6. annan skolform:
10. a) **Har han (hon) fått gå om någon klass i skolan?**
1. ja
 2. nej
 3. okänt
- b) **I så fall, hur många år?**
1. ... år
 2. okänt
- c) **I vilken klass första gången?**
1. ... klass
 2. okänt
- d) **Har han (hon) fått sluta skolan enligt folkskolestadgan 48 §?**
(På grund av klena fattningsgävor.)
1. ja
 2. nej
 3. okänt
 4. inte slutat skolan än
11. **Har han (hon) i skolan visat sig vara:**
1. väl begåvad
 2. medelmått
 3. hjälpklassmässig
 4. sinnesslö
 5. okänt
- Om intelligensmätning utförts, ange resultatet här:
den / år ... intelligenskvot.....
intelligensålder.....
12. a) **När började det märkas att han (hon) icke uppförde sig som andra barn?**
(Skriv exempelvis att det märktes redan före skolåldern, först i 12-13 års åldern, icke förrän i samband med den stöld han varit med om el. dyl. Ange också om pojken (flickan) varit sängvätare, lidit av nattskräck el. dyl.)

- b) Hur har han (hon) uppfört sig hemma, borta och i (eller efter) skolan?

(Skriv exempelvis »snäll men glömmer genast vad man säger åt honom», »tyst och skygg», »skryter och skrävlar bland kamraterna», »hemifrån inga klagomål men trotsig i skolan», »sköter sig bra i skolan men har snattat i hemmet», »svårt att dra jämnt med kamrater» el. dyl.)

(Angående dem som slutat skolan kan man skriva t. ex. »duktig i arbetet men häftig och kommer ihop sig med arbetsgivare och får avsked», »slapp och utan uthållighet» o. s. v.)

C. Om familjen, släkten och hemmet.

Anm. Uppgifterna avse i första hand det egna hemmet och endast den egna släkten — ej fosterföräldrar el. dyl. Därest barnet vistats i samma fosterhem från späda ålder må uppgifterna avse förhållandena i detta hem, vilket då bör särskilt angivas.

13. Faderns yrke?
Moderns yrke?

14. a) Har pojkens (flickans) föräldrahem blivit upplöst?

1. ja
2. nej
3. Aldrig haft eget hem

- b) I så fall av vilken anledning?

1. fadern övergivit hemmet 4. fadern död
2. modern » » 5. modern »
3. skilsmässa 6. annan anl.:
.....

15. a) Har hemmet varit påfallande fattigt i jämförelse med andra hem på orten? (Stryk under det som passar eller skriv med egna ord efter siffran 5.)

1. ja
2. nej
3. tveksamt
4. okänt
5.

- b) Har familjen någon gång under 1941 el. 1942 åtnjutit fattigvårdsunderstöd?

1. ja
2. nej
3. okänt

16. Har hemmet varit påfallande trångbott i jämförelse med andra hem på orten?

1. ja 4. okänt
2. nej 5.
3. tveksamt

Uppge om möjligt: bostaden består av kök
kokvrå och ...st. rum för ...personer
över 15 år och barn.

17. Är någon av föräldrarna begiven på sprit?	Fadern: 1. ja Modern: 4. ja 2. nej 5. nej 3. okänt 6. okänt
18. Har någon av föräldrarna dömts till fängelse eller straffarbete (även villkorligt eller för lösdriveri (även varning))?	Fadern: 1. ja, för ... Modern: 4. ja, för ... 2. nej 5. nej 3. okänt 6. okänt
19. Finnes någon av föräldrarna, syskonen, mor- eller farföräldrarna, faderns eller moderns syskon som varit eller är efterbliven, nervsjuk, sinnessjuk eller egendomlig till lynnet, som begått självmord, varit begiven på sprit, varit sexuellt lösaktig el. dyl.? (Skriv exempelvis »syster sinnesslö», »modern sexuellt lösaktig», »farbror på sinnessjukhus» o. s. v.)	
20. Vad är enligt Eder uppfattning huvudorsaken till pojkens (flickans) urspårande? (Svara event. på särskilt papper.)	

..... den / 1943

.....
(namn)

.....
(kommunalt uppdrag eller tjänst)

.....
(adress)

.....
(telefon)

Redogörelsen för undersökningsresultatet kommer icke att helt följa frågeformulärets uppställning vad materialets gruppering beträffar. I stället kommer det inhämtade kunskapsstoffet att i görligaste mån fördelas under följande fyra huvudrubriker:

1. Allmänna uppgifter om materialet.
2. Vanartsklienteletts sammansättning och egenskaper ur företrädesvis sociala synpunkter.
3. Vanartsklienteletts sammansättning och egenskaper ur företrädesvis psykologiska synpunkter.
4. Samhällets behandlingsåtgärder.

Det ligger i öppen dag, att denna ämnesdisposition måste medföra ett visst våld på materialet, och att indelningen varken kan eller bör göras allt-

för strikt. Man måste hålla i minnet vad som inledningsvis sades om nödvändigheten av att hela tiden tänka sig undersökningsobjektet som enhetligt, trots att det under framställningens gång kommer att belysas ur den ena aspekten efter den andra.

Den statistiska bearbetningen av materialet har på flera punkter måst göras provisorisk för att inte fördröja undersökningsresultatets framläggande till en tidpunkt, då det skulle kunna ha förlorat i aktualitet. Till förtydligande av texten i det följande torde måhända dock innebörden hos ett par använda statistiska uttryckssätt böra förutskickas.

Det ligger i öppen dag att säkerheten i ett påstående är större om det baserar sig på iakttagelser i ett stort antal fall än om det stöder sig på endast ett fåtal observationer. Det bevisvärde som exempelvis ligger i att ett angivet procenttal är större än ett annat, beror sålunda inte bara på hur stor skillnaden mellan procenttalen är, utan också på storleken av de absoluta tal, på vilka procenttalen uträknats. Som ett enkelt mått på detta brukar man ange inte enbart procenttalen utan även deras s. k. medelfel. Medelfelet, vilket beräknas enligt kända matematiska formler, lämnar då upplysningar om hur stora de tillfälliga (slumpbetingade) avvikelserna kunna vara. Om två procenttal äro olika stora kan man alltså med hjälp av medelsfelsberäkning avgöra om skillnaden kan bero på en tillfällighet eller är uttryck för en faktisk olikhet. Skillnaden mellan två procenttal brukar nämligen betecknas som statistiskt säkerställd om den är större än tre gånger medelfelet och statistiskt sannolik om den är minst två och en halv gånger medelfelet. Det förtjänar dock påpekas att även vid något mindre skillnader än två och en halv gånger medelfelet sannolikheten av en slumpbetingad skillnad är mycket liten. Det gängse beteckningssättet för ett procenttal och dess medelfel är t. ex. $11,9 \pm 3,36 \%$.

Allmänna uppgifter om materialet.

Fallens fördelning på 1941 och 1942. — Då undersökningarna ha karaktären av tvärsnitt och icke längdsnitt genom ifrågavarande barnavårdsklientel, kunna de givetvis icke läggas till grund för några närmare slutsatser angående eventuell ökning eller minskning av antalet fall på senare år. Den relativt obetydliga ökningen från 1 941 fall år 1941 (!) till 2 297 fall år 1942 (se *tabell 1*) talar visserligen emot en starkare stegring just dessa båda år, men det avgörande är ju i detta hänseende om talen tillsammans med frekvensenssiffror från tidigare år bilda en bestämd serie eller ej.

Den officiella statistiken är icke fullt jämförbar med här föreliggande undersökningar, som omfatta samtliga fall enligt barnavårdslagen 22 § c) och d), oberoende av den sedermera vidtagna åtgärdens art (förebyggande åtgärd, samhällsvård eller skyddsuppfostran). De officiella uppgifterna avse nämligen endast de fall vari omhändertagande för skyddsuppfostran skett men å andra sidan även omhändertagande med stöd av 22 § a) och b) d. v. s. på grund av vanvård m. m., respektive fara för vanart.

Tabell 1. Fallens fördelning på 1941 och 1942.

År för beslutet	Städer över 30 000 inv.		Övriga städer		Industri- och övriga kommuner samt agglomererade kommuner		Jordbruks- skogs- och blandade kommuner		Hela riket		
	pojkar	flickor	pojkar	flickor	pojkar	flickor	pojkar	flickor	pojkar	flickor	tillhopa
År 1941	721	224	345	80	287	68	155	61	1 508	433	1 941
» 1942	626	225	410	150	368	98	297	123	1 701	596	2 297
Både år 1941 och 1942	36	13	31	2	15	3	12	3	94	21	115
Ingen eller obestämmd uppgift.	1	3	4	1	16	1	28	6	49	11	60
Summa	1 384	465	790	233	686	170	492	193	3 352	1 061	4 413

Såvitt man kan bedöma med ledning av den officiella statistiken skulle emellertid någon mera markerad ökning av antalet fall av skyddsuppfostran näppeligen ha ägt rum under senare år. Utvecklingen på denna punkt illustreras av nedanstående tablå, sammanställd av uppgifter ur socialstyrelsens publikation »Samhällets barnavård» (genom tillmötesgående av aktuarien G. Holmstedt ha de ännu icke publicerade uppgifterna för år 1940 kunnat tillgodogöras).

	A n t a l b a r n				
	1928	1931	1934	1937	1940
Barn som under redovisningsåret omhändertagits för skyddsuppfostran	1 061	1 049	938	906	950

Utöver vad som direkt kan utläsas ur denna tablå kan framhållas att socialstyrelsens redogörelse visar att ökningen 1937—1940 av antalet barn under 18 år som omhändertagits för skyddsuppfostran stigit endast i städerna (med 21 %) men avtagit på landsbygden (med 8 %). Dessa förändringar ha framförallt gällt 16—17 åringarna, ej i lika grad de yngre åldrarna. Antalet ungdomar i åldern 18—21 år som omhändertagits för skyddsuppfostran visar en obetydlig nedgång från år 1937 till år 1940 (från 71 till 60 fall).

Som nyss påpekats återge dessa tal inte direkt variationerna i vanartsfrekvensen, eftersom de avse omhändertaganden även på annan grund än vanart. Vanartsfallens relativa andel uppgår till ungefär hälften, något mer för pojkar och något mindre för flickor och betydligt större andel för stad än för land. De citerade talen måste emellertid sägas åtminstone i stort återspegla utvecklingen även beträffande frekvensen av vanartiga barn.

Den slutsats av särskild vikt för denna undersökning som man kan draga ur dessa talförhållanden, sammanställda med uppgifterna i tabell 1, ligger däri, att man möjligen kan spåra en lätt tendens till stegring av antalet van-

artsfall de senaste åren, men att ingenting talar för en krisartad ökning just de år undersökningarna avse, 1941 och 1942. Av socialstyrelsens nämnda publikation framgår f. ö. att de nämnda förändringarna från år 1937 till år 1940 i mindre grad hänföra sig till omhändertaganden på grund av vanart än till omhändertaganden av annan anledning.

Äro dessa antaganden riktiga skulle man ifråga om vanartsfrekvensen kunna konstatera samma förhållande som beträffande ungdomsbrottsligheten nämligen en sakta stegring redan från tiden före det nuvarande kriget men däremot för vanartens del ingen utvecklingskurva som under krigsåren stiger katastrofartat brant i höjden.

Man synes sålunda icke ha någon anledning förmoda att de vanartsfall som ingå i undersökningarna skulle i någon nämnvärd grad representera »krisprodukter» under påverkan av det rådande kriget.

Antalet fall år 1941 och 1942 inom olika ortstyper. I tabell 1 har även gjorts en uppdelning efter ortstyp enligt samma grunder som i den officiella statistiken. Med jordbrukskommuner avses sålunda de kommuner, där minst 75 % av befolkningen har sin utkomst av jordbruket och dess binäringar. Beteckningen skogskommuner avser vissa avsides belägna kommuner — i det inre av Norrland samt i Kopparbergs och Värmlands län — i vilka åkerarealen icke överstiger 3 % av den totala landarealen. Till gruppen blandade kommuner ha hänförts kommuner, där 50—75 % av befolkningen tillhöra näringsgruppen jordbruk med binäringar, samt till industri- och övriga kommuner slutligen de landskommuner, där mindre än 50 % av befolkningen tillhör denna näringsgrupp (se 1940 års folkräkning, del 2, tab. 10 samt »Samhällets barnavård år 1937» sid. 12 o. följ.). Genom denna indelning samt uppdelningen av städerna i städer över och under 30 000 invånare möjliggöres en jämförelse mellan förhållandena i orter av olika typ.

På samma grunder som nyss anförts kunna icke heller årssiffrorna beträffande olika ortstyper för enbart två år, 1941 och 1942, läggas till grund för några säkra slutsatser. Det synes dock anmärkningsvärt, att de större städerna visa t. o. m. lägre tal för 1942 än för 1941 och övriga ortstyper en starkare stegring från 1941 till 1942, ju mindre tätbebyggd orten är. För den egentliga landsbygden — jordbruks-, skogs- och blandade kommuner — är stegringen sålunda nästan jämnt 100 %, medan talen för städer med över 30 000 invånare tvärt om minskat med 10 %. Varpå detta egenartade fenomen beror är svårt att uttala sig om enbart på basen av de föreliggande siffrorna.

Antal fall inom olika administrativa områden. — Den geografiska fördelningen av materialet redovisas i tabell 2, dels i absoluta tal, dels i förhållande till hela antalet individer inom motsvarande åldersgrupper i respektive län och Stockholms stad. Därvid framträda rätt markanta skillnader mellan de olika länen.

Tabell 2. Antal fall inom olika län och Stockholms stad.

	Antal			Per 10 000 av totala antalet individer i åldern 6—21 år		
	pojkar	flickor	tillhopa	pojkar	flickor	tillhopa
Stockholms stad.....	228	147	375	50	31	40
Stockholms län	132	54	186	41	18	31
Uppsala län	67	29	96	43	19	31
Södermanlands län	94	40	134	44	20	32
Östergötlands län	143	39	182	40	11	26
Jönköpings län.....	67	17	84	24	6	16
Kronobergs län.....	30	14	44	16	8	12
Kalmar län	182	51	233	68	20	45
Gotlands län	29	10	39	40	15	28
Blekinge län	75	25	100	39	15	28
Kristianstads län	86	33	119	28	11	20
Malmöhus län	692	192	884	120	34	77
Hallands län.....	49	20	69	28	12	20
Göteborgs och Bohus län	287	102	389	56	20	38
Älvsborgs län.....	255	55	310	69	15	42
Skaraborgs län.....	40	19	59	14	7	11
Värmlands län.....	112	36	148	36	12	24
Örebro län	164	43	207	71	19	46
Västmanlands län.....	42	18	60	22	10	16
Kopparbergs län	74	16	90	27	6	17
Gävleborgs län	119	19	138	36	6	21
Västernorrlands län	132	27	159	37	8	23
Jämtlands län	45	20	65	25	12	19
Västerbottens län	48	12	60	15	4	10
Norrbottnens län.....	160	23	183	50	7	29
Summa	3 352	1 061	4 413	46	15	31

Högsta talet uppnår Malmöhus län med 8 fall per 1 000 mot 1 fall per 1 000 i Kronobergs, Skaraborgs och Västerbottens län. Givetvis får man icke tolka dessa siffror enbart som uttryck för verkliga antalet vanartsfall inom respektive områden, eftersom det ju är tänkbart och väl också sannolikt, att barnavårdsnämnderna inskridit olika energiskt och effektivt på olika håll i landet. De påvisade skillnaderna torde dessutom sammanhånga med olikheten mellan länen i fråga om antalet städer, bebyggelsens täthet, huvudsakliga näringsgren o. s. v. Härför talar bl. a. skillnaden mellan de varandra närliggande Älvsborgs och Skaraborgs län. Som bekant äro dessa län trots sin inbördes geografiska närhet rätt olika till sin sociala struktur. Inom Älvsborgs län med dess stora industristäder och dess även i andra hänseenden mer industribetonade karaktär ha procentuellt betydligt fler barn och ung-

domar blivit föremål för barnavårdsingripande än i Skaraborgs län med dess många småkommuner som ha jordbruk till huvudsaklig näring (skillnaden utgör $30 \pm 3,1$ och är sålunda rätt betydande). Analoga förhållanden föreligga även mellan Malmöhus och Kristianstads län samt mellan Kalmar och Kronobergs län.

Av stort intresse är även att dessa olikheter mellan skilda län huvudsakligen hänföra sig till antalet pojkar och icke så mycket till antalet flickor. Betraktar man nämligen i tabell 2 relativtalen per 10 000 som statistiska serier och tillämpar den vanliga formeln för beräkning av den s. k. standardavvikelsen (spridningen), finner man att denna för pojkarnas del utgör $22,9 \pm 3,24$ och för flickorna $7,5 \pm 1,06$. Differensen mellan dessa värden uppgår till $15,4 \pm 3,41$ och är således högst påtaglig. Skillnaden kan ju icke bero på pojkarnas och flickornas olika antal, eftersom detta icke påverkar spridningen. I stället ter sig fenomenet rätt svårförklarligt. Möjligen kan det sammanhånga med vad som nedan skall visas, nämligen att flickornas vanart som regel bottnar i mer utpräglade brister hos individen själv eller miljön. Detta torde i sin tur sammanhånga med att vanart liksom brottslighet hos kvinnor är mer ovanlig och att följaktligen vanartiga flickor och kriminella kvinnor i gemen böra vara mer psykiskt och socialt avvikande från normen än vanartade pojkar och kriminella män. Att psykisk abnormitet är vanligare bland kvinnliga än bland manliga brottslingar har på svenskt material visats av *Inghe* (1941). Eftersom flickornas vanart i hög procent tar sig uttryck i uppföranderubbningar inom sexualsfären — se närmare nedan — är det även tänkbart att barnavårdsnämndernas bedömning av svårighetsgraden i fråga om sexuell vanart är mer enhetlig över hela landet än bedömningen av exempelvis tjuvnadsförseelser, som utgöra huvudparten av pojkarnas vanart.

Fallens fördelning efter ortstyp. — I syfte att närmare studera bakgrunden till de förhållanden som nyss berörts har även en uppdelning av antalet fall från nämnder på olika ortstyper företagits (se tabell 3). Eftersom i fråga om denna indelning jämförelsetal icke kunna erhållas ur den officiella statistiken annat än för åldersperioden 0—15 år, äro icke siffrorna i tabell 2 och tabell 3 direkt jämförbara. Det visar sig dock att de höga siffrorna från exempelvis Malmöhus län åtminstone delvis kunna förklaras ur det relativt höga antalet fall från Malmö och Hälsingborg. Även i övrigt kunna emellertid en del anmärkningsvärda omständigheter utläsas ur tabell 3.

En jämförelse mellan tabell 2 och tabell 3 ger vid handen, att relativtalen för antalet beivrade vanartsfall visa större variationer inbördes vid en indelning efter ortstyp än vid en indelning länsvis (dispersionen för procenttalen i summakolumnen i tabell 2 utgör $14,5 \pm 2,05$, medan den i tabell 3 uppgår till inte mindre än $49,3 \pm 8,50$; skillnaden mellan dessa båda värden är $34,8 \pm 8,75$ och är således statistiskt säkerställd). Detta skulle med andra ord vilja säga att barnavårdsnämnder från olika geografiska regioner inom Sverige — den ena i Lappland och den andra i Skåne — visa en större jämnhet i fråga

Tabell 3. Antal fall hos barnavårdsnämnder inom olika ortstyper.

Ortstyp	Antal			Per 10 000 av totala antalet individer i åldern 0—15 år		
	pojkar	flickor	tillhopa	pojkar	flickor	tillhopa
Stockholm	228	147	375	59	38	49
Göteborg	217	85	302	86	35	61
Malmö	358	77	435	262	58	162
Norrköping	40	9	49	62	15	39
Hälsingborg	114	36	150	197	64	131
Örebro	65	23	88	188	69	130
Borås	137	14	151	275	31	158
Eskilstuna	37	17	54	104	49	77
Gävle	45	6	51	132	18	76
Västerås	2	9	11	6	29	17
Övriga städer med mer än 30 000 invånare	125	37	162	125	38	82
Städer med 10 000—30 000 invånare ..	582	183	765	111	36	74
Städer med mindre än 10 000 invånare	208	50	258	69	17	43
Jordbruks- och skogskommuner (»A-kommuner»)	193	66	259	19	7	13
Blandade kommuner (»B-kommuner»)	315	132	447	18	8	13
Industri- och övriga kommuner (»C-kommuner»)	383	92	475	32	8	20
Agglomererade kommuner (»D-kommuner»)	303	78	381	48	13	31
Summa	3 352	1 061	4 413	51	17	34

om beivrandet av vanart än barnavårdsnämnder, som kanske ligga i varandras grannskap men där den ena är en storstad, den andra en småstad, den tredje en landsbygdskommun med jordbruk som huvudnäring o. s. v.

Liksom tabell 2 visar även tabell 3 att denna skillnad är betydligt mer utpräglad i fråga om vanartiga pojkar än i fråga om vanartiga flickor.

Enligt »Samhällets barnavård 1940», som emellertid enligt vad som ovan påpekades icke redovisar vanartsfallen för sig utan överhuvud taget nämndernas förebyggande och omhändertagande verksamhet, skulle variationerna i fråga om denna mer vidsträckta verksamhet efter kommunernas olika näringstyp vara något mindre än de regionala variationerna. Eftersom denna officiella statistik omfattar även lättare barnavårdsfall — fara för vanart o. d. — får man möjligen tolka dessa resultat från de båda utredningarna så, att det är nämndernas aktivitet visavi dessa lättare fall som växlar mest i de olika landsdelarna.

Tabell 3 visar vidare att det relativa antalet beivrade vanartsfall i Stockholm och Göteborg är något lägre än i Malmö, Hälsingborg, Örebro, Borås och Gävle, medan en sådan stad som Västerås t. o. m. ligger under genomsnittet

för hela landet. Skillnaden mellan övriga städer med över 30 000 invånare och städer med 10 000—30 000 invånare är rätt obetydlig medan däremot talen för städer under 10 000 invånare närma sig talen för landsbygden.

Vanartens typ. — I syfte att möjliggöra jämförelser och överhuvud få till stånd en viss enhetlighet inom nomenklaturen på området har indelningen av vanarten i undergruppen (*tabell 4*) i stort sett följt de principer som angivits av *Ahnsjö* (1941) i hans avhandling och som i huvudsak överensstämmer även med tidigare indelningar av andra författare (på svenskt material exempelvis av *Lund*, 1918). Innebörden av begreppen snatteri — stöld, förskingring — bedrägeri, sexuell vanart och spritmissbruk torde utan vidare framgå av benämningen. Gruppen förskingring, bedrägeri o. d. omfattar huvudsakligen enklare »springpojksförskingringar» eller »springpojksbedrägerier», vanliga postanvisningsförfalskningar o. d. Gruppen allmän vanart avser de relativt lindriga förseelser av mer obestämd karaktär såsom enklare eller grövre okynne, allmän oefferttlighet eller misskötsamhet etc. »Vagabondering o. d.» är den kanske icke hela adekvata — ehuru i facklitteraturen vedertagna — beteckningen på den reaktionstyp som kännetecknas av att slappt ge efter för svårigheter i stället för att aktivt ge sig i kast med dem. Under skolåren kan denna reaktionstyp yttra sig i sådana företeelser som upprepat och svårt skolskolk, slappa rymningar o. d. och efter skolåldern exempelvis i oförmåga att behålla en plats, pendlande från den ena sysselsättningen till den andra eller flackande från den ena orten till den andra. Denna indelningsgrund kan te sig rätt obestämd och godtycklig för den oinvidige men den representerar icke desto mindre en mycket vanlig och rätt pregnant typ inom barnpsykiatrisk praxis. Några svårigheter att med ledning av svaren i de utsända frågeformulären hänföra vissa fall till denna grupp ha icke heller uppstått.

Tabell 4. Vanartens typ.

	H e l a r i k e t		
	P r o c e n t		
	pojkar	flickor	tillhopa
Snatteri eller stöld	63·4	19·8	52·9
Förskingring, bedrägeri o. d.....	4·6	1·9	3·9
Allmän vanart	16·3	4·4	13·5
Sexuell vanart	3·7	41·4	12·8
Vagabondering o. d.....	2·4	5·1	3·0
Spritmissbruk	2·5	1·1	2·1
Sexuell vanart i kombination med annan vanart ...	1·9	21·3	6·6
Vagabondering o. d. i kombination med annan vanart.	5·1	4·9	5·1
Ingen uppgift	0·1	0·1	0·1
Summa	100·0	100·0	100·0

Såsom framgår av tabellen har egendomsförseelser av något slag varit anledningen till barnavårdsnämndens ingripande i över hälften av samtliga fall. För pojkarnas del är denna övervikt ännu mer markerad i det att $\frac{2}{3}$ av dem blivit föremål för åtgärd på denna grund. Beträffande flickorna träder den sexuella vanarten tydligt i förgrunden med drygt $\frac{2}{5}$ av fallen tillhörande denna kategori och inemot $\frac{2}{3}$ av fallen representerande sexuell vanart enbart eller i kombination med annan vanartstyp.

Fördelningen av respektive vanartsformer inom olika ortstyper är på det hela taget rätt likartad och har därför ej återgivits i tabellen. Undantag från den regeln utgöra emellertid grupperna sexuell vanart och spritmissbruk.

De sexuella vanartsfallen ha sin procentuellt största förekomst inom de rena landsbygdskommunerna. Tätorter på landsbygden samt vanliga städer och städer över 30 000 invånare uppvisa allt lägre procenttal i sådan ordning, att det relativa antalet sexuella förseelser synes avtaga vid stigande befolkningstäthet. Procentalen för sexuell vanart hos flickor, enbart eller i kombination med annan vanart, bilda för de olika ortstyperna följande serie.

	Städer över 30 000 inv.	Övriga städer	Industri- och övriga kom- muner samt agglomererade kommuner	Jordbruks-, skogs- och blandade kommuner
Sexuell vanart hos flickor i procent av samtliga vanartsfall bland flickor ..	58.7	63.5	65.8	68.3

Siffrorna i denna tabell få givetvis icke tolkas så, att den sexuella vanarten skulle vara mindre vanlig i städerna än på landsbygden, utan endast så att övriga vanartstyper äro relativt sparsamt företrädda på landsbygden och detta desto mer ju mindre befolkningstätheten är. I konsekvens därmed visa också frekvenssiffrorna för övriga vanartsformer en viss tendens i motsatt riktning, men denna tendens är oregelbunden, och de små frekvenskillnader mellan olika ortstyper som förekomma äro alltför ringa för att tillåta några slutsatser. De påvisade skiljaktigheterna i frekvens av sexuell vanart inom olika ortstyper få givetvis icke heller ge anledning till några vittgående slutsatser, men de tala åtminstone emot den populära föreställningen om den sexuella lösligheten som en utpräglad storstadsföreteelse eller stadsföreteelse överhuvud taget.

Spritmissbruket visar däremot något högre frekvenstal för städerna än för landsbygden. Detta förhållande får dock icke anses visa att spritmissbruk skulle vara vanligare i städerna, endast att spritmissbruket oftare beivras där.

Några skillnader mellan pojkar och flickor utöver den nämnda olika fördelningen dem emellan i fråga om tjuvnad och sexuell vanart föreligga icke annat än beträffande gruppen allmän vanart. Denna vanartsform, som inbegriper beteenden av en mer aktiv, tilltagsen typ, är mer vanlig bland pojkarna än bland flickorna i materialet (differensen utgör $11,9 \pm 3,36$ %). I fråga om

den mer passiva, undvikande reaktionstendensen, »vagabondering o. dyl.», äro talen för små för att tillåta några slutsatser.

Omhändertagande för skyddsuppfostran. — I tabell 5 finnas sammanförda barnavårdsnämndernas svar på frågan om skyddsuppfostran beslutats eller ej. Tabellens procenttal avse endast att visa i vilken utsträckning man funnit skäl föreligga för det kraftigare ingripandet skyddsuppfostran med ty åtföljande skiljande från hemmiljön med eller mot föräldrarnas vilja, och i vilken omfattning man i stället nöjt sig med de enklare, förebyggande åtgärder, som barnavårdslagen alternativt anvisar. Hur dessa senare förebyggande åtgärder fördela sig inom materialet skall däremot avhandlas i ett senare sammanhang. Här skall endast några mera allmänna kommentarer knytas till de erhållna uppgifterna.

För materialet som helhet visar tabell 5, att skyddsuppfostran beslutats i ungefär $\frac{1}{3}$ av fallen och andra åtgärder i ungefär $\frac{2}{3}$. Betraktar man emellertid nämndernas beslut om skyddsuppfostran eller ej som en indikator på fallens svårighetsgrad, kan man göra en del anmärkningsvärda observationer. Redan av siffrorna i tabell 5 framgår att flickorna omhändertagits för skyddsuppfostran i långt större utsträckning än pojkarna. Av flickorna ha i runt tal 60 % blivit föremål för det mer restriktiva förfarandet mot endast omkring 30 % av pojkarna. Flickorna ha alltså dubbelt så ofta som pojkarna drabbats av den hårdare domen.

Tabell 5. Omhändertagande för skyddsuppfostran eller ej.

	A n t a l			P r o c e n t		
	pojkar	flickor	tillhopa	pojkar	flickor	tillhopa
Skyddsuppfostran	983	614	1 597	29·3	57·9	36·2
Icke skyddsuppfostran	2 330	430	2 760	69·5	40·5	62·5
Ingen eller obestämd uppgift.....	39	17	56	1·2	1·6	1·3
Summa	3 352	1 061	4 413	100·0	100·0	100·0

Denna skillnad i bedömandet av pojkarnas och flickornas vanart beror icke på att någon bestämd vanartstyp — t. ex. den bland flickorna vanligare sexuella vanarten — uppfattas som särskilt allvarlig och därför höjer genomsnittssiffran för skyddsuppfostran bland flickorna. I stället finner man att procenttalen för skyddsuppfostran bland flickorna ligga ungefär dubbelt så högt även beträffande grupperna »allmän vanart» och »vagabondering o. dyl.» (återfinnas ej i tab.). Det procenttal, som anger frekvensen av skyddsuppfostran vid fall av sexuell vanart, är också ungefär lika mycket större för flickor än för pojkar som det är för alla vanartstyper sammantagna. Sexuellt vanartiga pojkar ha nämligen omhändertagits för skyddsuppfostran i ungefär 30 % av fallen och sexuellt vanartiga flickor i 53 %. Skillnaden är sålunda betydande för denna speciella vanartsgrupp (diff. = $22,7 \pm 4,84$ %).

Även flickornas tjuvnad har i allmänhet betraktats som något allvarligare än pojkarnas. Snatteri eller stöld har nämligen renderat pojkarna skyddsuppfostran i ungefär 25 % av fallen, men flickorna i nära 40 %. Även därvidlag är skillnaden statistiskt säkerställd (diff. = $11,7 \pm 3,55$ %).

Vad slutligen spritmissbruket beträffar har detta överhuvud taget bedömts milt, d. v. s. endast relativt sällan lett till skyddsuppfostran. Trots det ringa antalet fall inom denna grupp (83 pojkar och 12 flickor) är skillnaden statistiskt signifikativ för pojkarnas del. Endast 8 av 83 spritmissbrukande pojkar ha nämligen omhändertagits för skyddsuppfostran, och procenttalet ligger sålunda betydligt under genomsnittssiffran för alla vanartstyper tillsammansantagna (skillnaden utgör $19,7 \pm 3,40$ %). I allmänhet har det i praktiken gått så till, att nämnden haft att taga ställning till en inkommen polisrapport angående någon yngling som tagits för fylleri. Då nämnden icke funnit något anmärkningsvärt förutom fylleriförseelsen, har man icke uppfattat ungdomsfylleriet som särskilt graverande i det enskilda fallet (närmare härom i ett följande avsnitt).

De påvisade skiljaktigheterna i barnavårdsnämndernas ställningstagande till pojkarnas och flickornas vanart få naturligtvis icke utan vidare tolkas så, att nämnderna ha en tendens att döma flickor hårdare än pojkar för likartade förseelser — möjligen skulle detta kunna tänkas beträffande den sexuella vanarten. De huvudsakliga förklaringsgrunderna torde vara att söka i andra omständigheter. Som redan förut antytts, kan man utgå från att vuxna kvinnor som begå brott och flickor som göra sig skyldiga till vanart representera ett starkare urval än män och pojkar som låta samma handlingar komma sig till last. Det skulle med andra ord behövas kraftigare incitament — utifrån i form av ogynnsamma miljöfaktorer eller inifrån i form av en eller annan psykisk minusfaktor — för att en kvinna skulle bli brottslig eller en flicka vanartig. I den tidigare anförda undersökningen av *Inghe* (1941) kunde också denna allmänna regel på flera sätt bestyrkas, nämligen att psykisk abnormitet bland brottslingar är vanligare när de komma från sociala skikt och orter där brott är relativt sällsynt (abnormitet ex.vis vanligare bland brottslingar på landet än i staden och vanligare inom högre socialskikt). Det kan då tänkas att just det förhållandet, att vanartiga flickor oftare komma från dålig miljö och oftare äro behäftade med psykiska brister, skulle göra barnavårdsnämnderna benägna att av den anledningen — och icke på grund av en speciell bedömning av handlingen i och för sig — oftare tillämpa skyddsuppfostran på flickor. Det kan för övrigt redan här förutskickas, att en sådan skillnad i fråga om miljöförhållanden och psykisk struktur verkligen också synes föreligga mellan flickorna och pojkarna inom det undersökta vanartsklientelet.

En bidragande förklaringsgrund till att beslut om skyddsuppfostran visat sig vara så mycket vanligare för flickorna än för pojkarna i materialet kan också vara att flickorna i genomsnitt äro något äldre (se nedan). I samma mån som vanart hos äldre barn oftare föranleder skyddsuppfostran än vanart hos yngre barn skulle då också genomsnittstalen för skyddsuppfostran komma

att ligga något högre för flickorna än för pojkarna. Det bör dock uttryckligen framhållas, att detta förhållande långt ifrån ensamt kan förklara en så stor divergens som att flickorna dubbelt så ofta som pojkarna drabbas av skydds-
uppföstran.

Åldersfördelning. — Åldern på de pojkar och flickor som ingå i vanartsklientelet framgår av följande tabell, som förutom de absoluta talen även redovisar det relativa antalet barn i förhållande till hela antalet barn i motsvarande åldersgrupper (enligt folkräkningen 1940).

Tabell 6. Åldersfördelning.

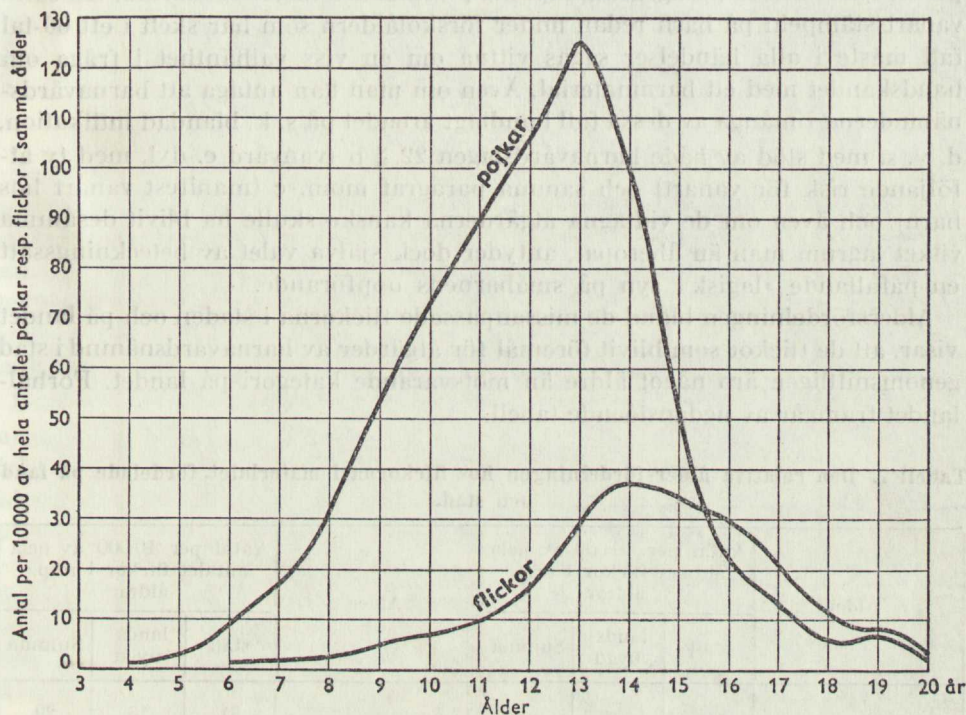
Å l d e r	Antal			Antal per 10 000 av hela antalet pojkar resp. flickor i samma ålder		
	pojkar	flickor	tillhopa	pojkar	flickor	tillhopa
4 år	7	—	7	2	—	1
5 »	14	1	15	3	—	2
6 »	37	4	41	9	1	5
7 »	68	7	75	16	2	9
8 »	137	10	147	32	2	17
9 »	237	23	260	54	5	30
10 »	318	30	348	73	7	40
11 »	412	44	456	90	10	51
12 »	484	70	554	106	16	62
13 »	595	135	730	125	29	78
14 »	495	178	673	100	37	69
15 »	256	168	424	51	34	43
16 »	121	153	274	23	30	27
17 »	70	109	179	13	21	17
18 »	37	62	99	6	11	9
19 »	43	48	91	7	8	7
20 »	8	17	25	2	3	2
Ingen eller obestämd uppgift.....	13	2	15			
Summa	3 352	1 061	4 413	37	12	25

Som synes av tabellen äro pojkarna i stor majoritet inom vanartsklientelet upp till och med åldern 15 år, varefter flickornas antal ligger något högre. Pojkarnas dominans i åldrarna under 16 år är uppenbarligen betydligt större än det ringa relativa överskott av pojkar som ju finnes bland barn i allmänhet beroende på att det under barndomen finns proportionsvis något fler pojkar än flickor (vid födelsen är proportionen ung. 106:100 för att sedan så småningom utjämnas genom en något högre dödlighet för pojkarna).

Den relativa fördelningen på olika åldrar av pojkar och flickor inom vanartsklientelet illustreras i mer åskådlig form av följande diagram. Detta

diagram visar bl. a. hur frekvenskurvan för flickorna i materialet ligger något förskjutet åt höger d. v. s. åt högre ålder i förhållande till motsvarande kurva för pojkarna. Pojkarnas kurva stiger till sitt maximum motsvarande 13 års ålder för att därefter falla relativt brant. Flickornas kurva visar en något brantare stigning upp till sitt maximum vid 14 års åldern för att därefter falla något mindre brant än pojkarnas kurva. Flickorna ha med andra ord i genomsnitt blivit föremål för ingripande från barnavårdsnämnden vid något senare ålder än pojkarna.

Diagram 1. Åldersfördelning.



I syfte att söka utröna eventuella skillnader i fråga om åldersfördelningen bland de missanpassade barnen från storstäder, vanliga städer och landsbygd ha särskilda bearbetningar utförts beträffande den absoluta och relativa frekvensen av dessa barn inom de tre grupperna städer över 30 000 invånare, övriga städer och landsbygd. Bearbetningen har därvid gällt såväl pojkar och flickor tagna för sig som pojkar och flickor tillhoppa.

För pojkarnas del ha därvid inga anmärkningsvärda skillnader framträtt annat än beträffande åldersgruppen 18—21 år d. v. s. ungdomsnämndsfallen (barnavårdslagen 22 § d). Medan dessa i storstäderna omfatta 4,5 % av samtliga fall, äro motsvarande tal för övriga städer och landsbygd respektive 1,9 och 0,99 %, ett förhållande som ter sig rätt naturligt i betraktande av att detta lagrum konstruerats speciellt med tanke på ungdomar med lösdrivar-

tendenser. Det ligger ju i sakens natur att ynglingar med sådan läggning framförallt skola påträffas i de större städerna, där möjligheterna till homosexuell prostitution o. d. äro tillfinnandes.

De sju fall där en 4 års pojke befunnits »så vanartad att särskilda uppfostringsåtgärder krävas för hans tillrättaförande» ha icke som man skulle kunna tro handlagts i någon avsides landsända. Samtliga dessa fall ha redovisats av barnavårdsnämnder i städer och inte mindre än sex av de sju fallen av barnavårdsnämnd i stad med över 30 000 invånare. I regel har det därvid rört sig om småpojkar som varit med i någon liga. Åtminstone ur psykologisk synpunkt synes denna paragraftillämpning på småbarn något egenartad. Att sätta vanartsstämpeln på barn redan under förskolåldern som här skett i ett 60-tal fall måste i alla händelser sägas vittna om en viss valhänthet i fråga om handskandet med ett barnmaterial. Även om man kan antaga att barnavårdsnämnderna i många av dessa fall handlagt ärendet på s. k. blandad indikation, d. v. s. med stöd av både barnavårdslagen 22 § b (vanvård e. dyl. med ty åtföljande risk för vanart) och samma paragraf mom. c (manifest vanart hos barn) och även om de vidtagna åtgärderna kanske skulle ha blivit desamma vilket lagrum man än åberopat, antyder dock själva valet av beteckningssätt en påfallande »lagisk» syn på småbarnens uppförande.

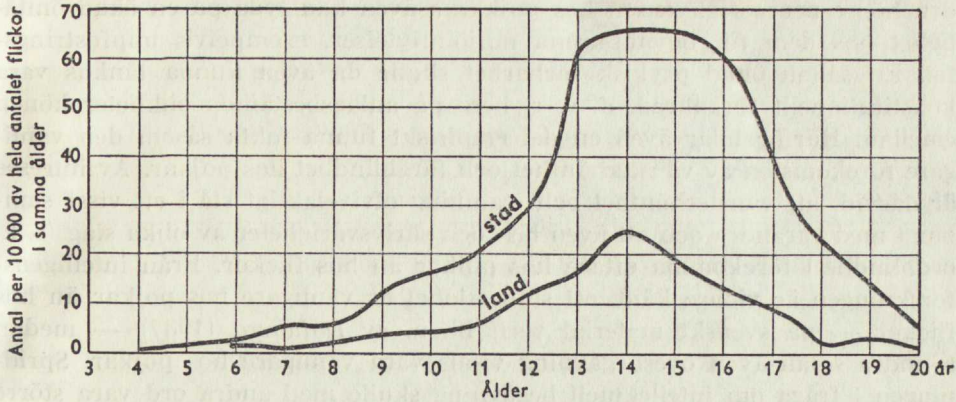
Åldersfördelningen bland de missanpassade flickorna i staden och på landet visar, att de flickor som blivit föremål för åtgärder av barnavårdsnämnd i stad genomsnittligen äro något äldre än motsvarande kategori på landet. Förhållandet framgår av nedanstående tabell.

Tabell 7. Den relativa åldersfördelningen hos flickorna i materialet, fördelade på land och stad.

Ålder	Antal per 10 000 av hela antalet flickor i resp. åldrar			Ålder	Antal per 10 000 av hela antalet flickor i resp. åldrar		
	stad	landsbygd	Summa		stad	landsbygd	Summa
4 år	—	—	—	13 år	61	16	29
5 »	1	—	—	14 »	65	24	37
6 »	2	1	1	15 »	65	18	34
7 »	5	—	2	16 »	60	13	30
8 »	5	1	2	17 »	39	9	21
9 »	12	3	5	18 »	23	2	11
10 »	15	4	7	19 »	14	3	8
11 »	21	5	10	20 »	5	1	3
12 »	29	11	16	Summa	23	6	12

I syfte att mer åskådligt återgiva samma sak ha tabellens siffror även fått tjäna som underlag till nedanstående diagram.

Diagram 2. Åldersfördelningen hos de vanartiga flickorna i stad och på land.



Som synes når frekvenskurvan både för stad och för land sitt maximum motsvarande 14-årsåldern. Det anmärkningsvärda är emellertid att medan kurvan för landsbygdens flickor därefter sluttar rätt brant nedåt, bildar kurvan för stadsflickorna en platå som sträcker sig från 13- till 16-årsåldern. Det skulle sålunda vara speciellt i städerna som flickorna i 14—16-årsåldern särskilt ofta komma i kontakt med barnavårdsnämnden på grund av vanartstendenser.

Pojkarnas övervikt bland de svårangepassade barnen under de egentliga barnaåren och flickornas ökande andel från och med puberteten är ett typiskt förhållande, som återspeglas i de flesta statistiska sammanställningar från rådgivningsbyråer och liknande mentalhygieniska stationer för barn såväl inom- och utomlands (*Nissen*, 1917, *Lund*, 1918, *Healy and Bronner*, 1928; se även årsredogörelserna från rådgivningsbyråerna vid Stockholms barnavårdsnämnd, vid Norrtulls sjukhus etc.). Det är ju också en gängse konventionell uppfattning att flickor äro lättare att uppfostra än pojkar, något som även gjort sig förnimbart vid anskaffande av fosterhem genom barnavårdsnämndernas försorg så att vissa större nämnder inom landet t. o. m. funnit sig föranlåtna att betala högre fosterlega för pojkar än för flickor.

Även om själva detta sakförhållande är välbekant och oomtvistligt är dock dess förklaring alltjämt osäker. Den populära meningen att pojkar och flickor skulle ha en olika läggning i så måtto att pojkar vanligen skulle vara mer aktiva och aggressiva, »bråkiga», och flickor mer passiva och fogliga, »snälla», rör sig med det suddiga begreppet »olika själsläggning», vilket i och för sig tarvar en förklaring.

Det låter sig exempelvis icke bortresoneras att de beteende-mönster för barn som gängse konvention tillhandahåller uppfostraren innehålla just dessa olikheter för pojkar och för flickor. Som argument för att dessa olika uppfostringsideal för pojkar och flickor skulle spela en viss roll — ehuru givetvis ingen ensamroll — kunde man peka på exempelvis den högre frekvensen hos pojkar än hos flickor av sådana neurotiska symptom som säng-

vätning och stamning. Å andra sidan låter det sig dock icke helt förnekas, att den högre neurosfrekvensen hos pojkar även kan tyda på en ökad ömtålighet hos dem för ogynnsamma miljöinflytelser, exempelvis uppfostringsfel. En sådan ökad psykisk sårbarhet skulle då även kunna tänkas vara konstitutionellt förankrad, d. v. s. bero på anlagsbestämda olikheter könen emellan. Härför talar även en del empiriskt funna fakta såsom den vanligare förekomsten av vänsterhänthet och färgblindhet hos pojkar. Av intresse är därvid, att vänsterhänthet och stamning otvivelaktigt stå i ett visst samband med varandra och att även läs- och skrivsvårigheter av olika slag (s. k. ordblindhet) förekomma oftare hos pojkar än hos flickor. Från intelligensforskningen är vidare känt, att sinnesslöhet är vanligare hos pojkar än hos flickor — på svenskt material visat bl. a. av *Dahlberg* (1937) — medan å andra sidan även överbegåvning visats vara vanligare hos pojkar. Spridningen i fråga om intellektuell begåvning skulle med andra ord vara större hos pojkar än hos flickor. Även beträffande den kroppsliga hälsan föreligga likartade förhållanden, vilket bland annat tar sig uttryck i en något högre dödlighet för pojkar under hela barndomen.

Det kanske bör särskilt betonas, att de här förda resonemangen givetvis måste hållas helt fria från alla värderingar beträffande det ena könets överlägsenhet över det andra. Ur vetenskaplig synpunkt sett måste varje sådan frågeställning te sig synnerligen steril och meningslös. Till några egentliga slutsatser kunna de gjorda överbegåvningarna icke heller föra fram annat än möjligen den negativa, att man förutom de påpekade skillnaderna för pojkar och flickor beträffande omgivningens förväntan och anspråk på socialt beteende även torde ha att räkna med andra faktorer. I stort sett te sig dock sammanhängen på detta område ännu mycket svårtolkade och föga utforskade.

Den relativa ökningen av vanartade flickor under pubertetsåldern beror givetvis på att de då bli föremål för ingripande på grund av sexuell vanart. Säkerligen får detta dock icke läggas till grund för alltför bestämda slutsatser angående styrkan hos flickornas egna tendenser till social felanpassning, eftersom vanarten ofta nog torde bero på att flickorna utnyttjas som sexualobjekt av tilltagsna män eller ynglingar.

Efter puberteten avtar som bekant kvinnornas relativa andel inom det asociala klientelet. Enligt *Fångvårdsstyrelsens* utredning angående ungdomsbrottsligheten (1942, s. 21) utgjorde under åren 1931—35 de kriminella kvinnorna under 18 år i runt tal 10 % av männen inom motsvarande kategori, medan de kvinnliga brottslingarna över 18 år endast utgjorde omkring 6 % av de manliga. Med användande av samma uttryckssätt finner man i föreliggande utredning att i hela materialet flickorna utgöra omkring 32 % av pojkarnas antal, d. v. s. en betydligt högre siffra. Skillnaden blir ännu mer markerad om man tar hänsyn till åldersgruppen 15—18 år för sig. Förhållandet illustreras av nedanstående tablå.

	V a n a r t		K r i m i n a l i t e t	
	under 15 år	15—18 år	15—18 år	över 18 år
Antalet kvinnor i procent av antalet män	14	57	10	6

Av denna siffersammanställning kan man till en början utläsa det mer självfallna förhållandet, att ynglingarna i åldern 15—18 år vanligen göra sig skyldiga till handlingar som betraktas som kriminella, under det att flickornas asocialitet i samma ålder tar sig former som icke beivras som kriminella. Flickorna hemfalla i stället åt sexuell lösaktighet. Därav följer också att de vuxna kvinnornas representation i kriminalstatistiken skulle vara långt större om prostitutionen hos oss som i många andra länder beivrades av domstol i stället för av administrativa myndigheter. Av större intresse kan emellertid vara att konstatera i huru hög grad kvinnornas asocialitet, åtminstone dess av samhället kända och beivrade former, uppträder anhopad inom en begränsad åldersperiod under och strax efter puberteten. Vid tolkningen av detta fenomen har man dock icke endast att räkna med de själsliga jämviktstörningar som karakterisera puberteten. Även ur social synpunkt innebära dessa år för de unga en period av rotlöshet innan de fått ett definitivt yrke eller ett eget hem. Flera författare (*Eriksson, 1939, m. fl.*) ha också framhållit, hurusom kvinnornas kriminalitet under senare år visat en tendens att stiga parallellt med att yrkesarbete utom hemmet blivit vanligare bland dem. Man bör alltså avhålla sig från att anlägga alltför ensidiga »biologiska betraktelsesätt» på dessa problem, vilket ibland skett även inom facklitteraturen på området.

Vanartsklienteletts sammansättning och egenskaper ur företrädesvis sociala synpunkter.

I den inledningsvis förda principdiskussionen om bland annat undersökningsmaterialets representativitet påpekades att en viss urvalsfaktor måste ha gjort sig gällande, då barnavårdsnämnderna tagit hand om vanartiga barn, såtillvida att barn från vad som anses vara goda miljöer säkerligen blivit underrepresenterade. Det ligger ju också i sakens natur, att exempelvis ekonomiskt välsituerade föräldrar ha helt andra resurser än ekonomiskt mindre väl ställda föräldrar att själva ordna för sina barn, när vanart hotar. Vidare är det helt naturligt så, att en faktor som trångboddhet i föräldrahemmet icke blott kan tänkas vara en av orsakstrådarna i den väv av sociala och psykologiska motiv, som ligger bakom varje vanartsyttring liksom bakom varje mänskligt beteende överhuvud taget. Därtill kommer att trångboddheten måste medföra, att vanarten så att säga kommer att utspelas mer inför öppen ridå och därigenom lättare blir observerad och beivrad av barnavårdsmyndigheterna än om den yppas hos en pojke eller flicka i ett vanligt hem.

Det kan vara skäl att här åter förutskicka denna allmänna anmärkning att hållas i minne vid skildringen av vanartsklientelet's sociala ursprung och aktuella belägenhet vid vanartstillfället. Framför allt bör kanske uttryckligen betonas att undersökningen på intet sätt berättigar till några värdeomdömen om de förtjänster en socialklass kan äga framför en annan. Avsikten med de många sociala data som samlats är endast att ge en så rikt facetterad bild som möjligt av den sociala missanpassningens uppkomst hos barn och ungdom.

Faderns yrke. — De uppgifter om faderns yrke som sammanställts i *tabell 8* ha huvudsakligen tjänat syftet att ge en allmän uppfattning om vanartsklientelet's fördelning på olika socialgrupper. Som jämförelsematerial har använts den officiella valstatistiken (andra-kammarvalen 1940). Vid bearbetningen av de inkomna formulären följdes noga de definitioner av olika yrkesgrupper som lämnats i den officiella statistiska redogörelsen. Trots detta torde de i tabellen införda relativtalen — antal fall per 10 000 av samtliga män inom respektive yrkesgrupp — få betraktas endast som approximativa. Dessa relativtalen ha givetvis uträknats på hela antalet män enligt valstatistiken, både röstberättigade och icke röstberättigade.

Tabell 8 bekräftar i stort sett vad som nyss sades om att barnavårdsnämnderna helt naturligt komma i kontakt företrädesvis med barn, vilkas fäder tillhöra socialgrupp III. Det visar sig emellertid å andra sidan också att vanartsklientelet ingalunda rekryteras enbart från denna socialgrupp. Räknet i absoluta tal representeras de båda högre socialgrupperna av icke mindre än omkring 800 av de inalles något över 4 400 vanartsfallen. Skillnaden mellan relativtalen för de tre socialgrupperna — 7 respektive 10 och 27 per 10 000 av samtliga fäder inom socialgruppen i fråga — äro icke heller påfallande stora om hänsyn tages till den tidigare påpekade urvalsfaktorn. Dessa tal ange ju icke den verkliga frekvensen av social missanpassning bland barn och ungdom inom de tre socialgrupperna, endast frekvensen av beivrade vanartsfall.

Inom- eller utomäktenskaplig börd. De ökade svårigheter för social anpassning som möta ett utomäktenskapligt barn i jämförelse med andra barn äro långt ifrån så enkla och entydiga till sin uppkomst och sitt verkningssätt som man gärna föreställer sig. Den populära diskussionen kring detta ämne brukar nog i första hand räkna med psykiska skadeverkningar hos det barn som från sin start i livet fått vanärestämpeln »oäkta» på sig. Den psykiska hälsorisen tänker man sig då ytterligare ökad genom att utomäktenskapliga barn i regel inte få växa upp i direkt kontakt med båda sina föräldrar.

Självfallet ligger det mycken sanning i dessa synpunkter och den väsentligaste förklaringsgrunden är kanhända att söka just i dylika psykologiska sammanhang. Emellertid måste i ett stort antal fall inte bara den psykologiska utan även den sociala livssituationen te sig annorlunda för barn som fötts utom äktenskap än för andra barn. Också de materiella levnadsvillkoren torde i regel vara sämre för barn som blivit födda i illegitima förbindelser än

Tabell 8. Faderns yrke (indelning enligt val-statistiken).

Faderns yrke	A n t a l			Per 10 000 av samtliga män inom resp. yrke (enl. andrakammarvalen 1940)		
	pojkar	flickor	tillhopa	pojkar	flickor	tillhopa
<i>Socialgrupp I.</i>						
Gårdsägare och godsarrendatorer	1	—	1	—	—	—
Industriidkare, grosshandlare och direktörer m. fl.	19	2	21	—	—	—
Högre förvaltningspersonal i enskild tjänst	12	—	12	—	—	—
Tjänstemän av högre grad i allmän tjänst	17	6	23	—	—	—
Fria yrken tillhörande socialgrupp I..	8	1	9	—	—	—
Övriga tillhörande socialgrupp I.....	1	—	1	—	—	—
Summa tillhörande socialgrupp I	58	9	67	6	1	7
<i>Socialgrupp II.</i>						
Hemmansägare o. d.....	50	7	57	2	2	3
Arrendatorer och brukare	72	38	110	13	7	20
Hantverkare	133	39	172	15	4	19
Handlande (mindre)	76	26	102	13	4	17
Övriga näringsidkare	1	1	2	1	1	2
Sjökapten, skeppare och styrmän ..	7	11	18	8	13	22
Handelsbiträden o. d.	10	—	10	3	—	3
Kontorister och verkmästare m. fl. ..	59	14	73	6	1	7
Tjänstemän av lägre grad tillhörande socialgrupp II	103	31	134	36	11	46
Folkskollärare m. fl.	4	—	4	3	—	3
Fria yrken tillhörande socialgrupp II	26	12	38	20	9	29
Övriga tillhörande socialgrupp II	12	2	14	13	3	16
Summa tillhörande socialgrupp II	553	181	734	7	2	10
<i>Socialgrupp III.</i>						
Rättare m. fl.	2	6	8	1	4	5
Torpare och lägenhetsägare m. fl.	33	13	46	4	2	6
Jordbruks- och skogsarbetare	273	117	390	15	6	22
Sjömän (utom sjökapten m. fl.) och fiskare.....	47	18	65	18	7	25
Förmän i industrin m. fl.....	53	13	66	29	7	36
Arbetare andra än ovan nämnda	1 921	527	2 448	24	7	31
Tjänstemän av lägre grad tillhörande socialgrupp III.....	37	17	54	5	3	8
Lägre huslig tjänst	1	—	1	15	—	15
Övriga tillhörande socialgrupp III....	62	20	82	30	10	39
Summa tillhörande socialgrupp III	2 429	731	3 160	20	6	27
Ingen eller obestämd uppgift	312	140	3 961	—	—	—
Summa	3 352	1 061	4 413	—	—	—

för barn i äktenskap. Slutligen är det möjligt — något som framhävts bl. a. av *Ahnsjö* (1941) — att föräldrar som fått barn utan att vara gifta med varandra i genomsnitt äro något sämre utrustade som anlagsbärare än föräldrar i gemen och att följaktligen konstitutionella psykiska brister skulle vara relativt vanliga bland de utomäktenskapliga barnen. Någon säker kunskap på denna punkt torde man dock icke besitta.

I en socialstatistisk undersökning är det icke möjligt att särskilja dessa många olika sociala och psykologiska komponenter och söka belysa dem var för sig. För att få ett ungefärligt mått på deras betydelse i stort har man i stället att söka fastställa eventuella skillnader mellan procentandelen utom äktenskapet födda bland de vanartiga barnen och bland barn i allmänhet.

I ett flertal tidigare undersökningar angående socialt missanpassade barn och ungdomar har frågan om deras inom- eller utomäktenskapliga börd blivit på detta sätt belyst. Här kunna emellertid endast resultaten från några svenska undersökningar från senare år något beröras.

Ahnsjö (1941) kunde bland flickor på skyddshem och tvångsuppfostringsanstalter påvisa ett relativt stort antal utom äktenskapet födda. De i hans undersökningsmaterial ingående flickorna från landsbygden voro oftare födda utom äktenskap än de som fötts i staden, vilket ju skulle tyda på att utomäktenskapliga flickor från landet löpte större risk att bli intagna på de nämnda barnavårdsanstalterna än samma kategori flickor från staden. *Ahnsjö* fann vidare det intressanta förhållandet att under krigsåren 1914—1918 risken att komma på uppfostringsanstalt sjönk för de utom äktenskap födda flickorna men tvärtom steg för de inom äktenskap födda. Som tänkbara förklaringsgrunder till detta förhållande nämnde *Ahnsjö* att föräldrar oftare torde betrakta sina asociala barn som en börda under tider av ekonomiskt betryck än under normala tider, att familjefadern dessa år i många av fallen vistades borta från hemmet på grund av militärinkallelse o. s. v.

I undersökningen över ligabrottsligheten, utförd av *centralförbundet för socialt arbete* (1941), ansåg man sig däremot icke kunna konstatera någon ökad risk för de utom äktenskapet födda barnen att hemfalla åt asocialitet. Vid den av samma förbund föranstaltade utredningen angående ungdomsbrottsligheten under åren 1930—1939 framkommo icke heller särskilt höga procenttal för utomäktenskaplig börd bland de kriminella ynglingarna, möjligen med undantag för brottslingsgruppen »bedragare, förskringrare, i egendomsbrott delaktiga». *Fångvårdsstyrelsens* (1942) statistiska bearbetning av uppgifter om ungdomsbrottslingar från en rad tidigare år, 1915—1937, gav å andra sidan till resultat att relativt många av dem fötts utom äktenskap.

De forskningsresultat som de senare åren framkommit i Sverige rörande sinsemellan likartade klientel äro sålunda något motstridiga vad beträffar frekvensen av illegitimt födda.

De i denna undersökning ingående vanartiga barnen torde i mycket endast representera tidigare utvecklingsstadier av samma kategorier asocial ungdom av båda könen som de citerade utredningarna skildrat. Hur vanlig utomäktenskaplig börd är bland de här framlagda tidigare och lättare fallen av

social missanpassning illustrera av *tabell 9*. Till jämförelse har i denna tabell införts antalet utom äktenskapet födda i procent av hela antalet födda enligt den officiella statistiken. Eftersom de barn och ungdomar som ingå i denna undersökning äro födda mellan åren 1920—1936 ha jämförelsetalen valts från i stort sett samma år.

Tabell 9. Utomäktenskaplig börd.

Födelseort	Procentandelen utom äkt. födda inom vanartsklientelet			Antalet utom äkt. födda barn i procent av hela antalet levande födda i hela riket åren		
	pojkar	flickor	tillhopa	1921—25	1926—30	1931—35
Stad	14·6	21·6	16·2	19·89	20·47	17·22
Landsbygd ..	16·3	25·5	18·5	13·13	14·39	14·55
Hela riket	15·2	22·7	16·9	14·89	15·97	15·30

Tabell 9 visar omedelbart två markanta drag. För det första är bland barn i allmänhet utomäktenskaplig börd vanligare i städerna än på landsbygden medan inom vanartsklientelet förhållandet är det motsatta. För det andra är procentandelen utom äktenskapet födda bland de vanartiga barnen mycket högre för flickorna än för pojkarna.

Tolkningen av dessa båda statistiskt påvisbara fakta ligger icke i lika öppen dag. Den procentuellt vanliga förekomsten av utom äktenskapet födda bland de vanartiga barnen från landsbygden överensstämmer med *Ahnsjös* nyss citerade undersökningsresultat beträffande kvinnliga skyddshemselever. Detta gemensamma undersökningsfynd har man tidigare sökt förklara med att de utomäktenskapliga barnen i städerna oftare än samma kategori barn från landsbygden skulle ha samboende föräldrar d. v. s. leva skyddade i ett vanligt hem med två föräldrar även om föräldrarna icke formellt äro äkta makar. Denna förklaring torde bl. a. ha framsuggererats av den gängse beteckningen »Stockholms-äktenskap» för dessa förbindelser vilken beteckning ju antyder att förbindelserna ifråga skulle vara särskilt vanliga i städerna. I själva verket äro emellertid samboendeförbindelserna långt vanligare på landsbygden än i städerna (*Holmstedt* 1944).

En annan förklaring ter sig mer sannolik. Man har nämligen funnit att i samma mån som barnavårdsnämndernas verksamhet intensifieras — vilket ju bör ske snabbare i städerna än på landsbygden — så kommer också ett relativt större antal inomäktenskapliga barn in under denna verksamhet. Denna utvecklingstendens inom barnavårdsarbetet i stort framgår klart av officiella redogörelser (»Samhällets barnavård» för år 1940, ännu ej publ.) och torde även gälla vanartiga barn och asocial ungdom. En följd av denna utveckling måste uppenbarligen bli att proportionen mellan inomäktenskapliga och utomäktenskapliga barn inom städernas barnavårdsklientel kommer

att förskjutas så att de utomäktenskapliga barnen bli relativt om också icke absolut färre.

Huruvida en sådan förskjutning kan utgöra hela förklaringen till att inom vanartsklientelet de utomäktenskapliga barnen äro procentuellt vanligare på landsbygden än i städerna medan motsatsen gäller för barn i allmänhet, förefaller dock tvivelaktigt. Sannolikt har man att räkna med även andra orsaksfaktorer vilka emellertid icke här skola bli föremål för närmare analys. Det förtjänar kanske dock nämnas att en något mer ingående statistisk bearbetning av materialet på denna punkt — vilken bearbetning icke är tillräckligt kontrollerad för att kunna återgivas här — synes ge vid handen att det framförallt är antalet pojkar som höjer procentandelen inomäktenskapliga barn bland städernas vanartsklientel.

Den andra iögonenfallande observationen man kunde göra i tabell 9 var att de vanartiga flickorna betydligt oftare fötts utom äktenskap än de vanartiga pojkarna. Detta i och för sig anmärkningsvärda faktum får sannolikt tagas som ytterligare ett belägg för den tidigare framförda tesen att det tarvas kraftigare tryck på flickor än på pojkar för att driva dem till sociala felsteg. Denna tes äger sin giltighet vare sig man uppfattar den utomäktenskapliga börden som en ogynnsam miljöfaktor eller som ett indicium på psykisk bristfällighet av något slag, närmast väl i form av förståndssvaghet.

En tredje fråga som inställer sig vid studiet av tabell 9 är huruvida antalet utom äktenskap födda barn inom vanartsklientelet i dess helhet ligger högre än för barn i allmänhet. Denna fråga är icke fullt så enkel att besvara som det kan te sig när man i tabellen ser procentandelen utomäktenskapliga barn inom vanartsklientelet — 16,9 % — vid sidan om motsvarande tal för hela riket — 14,89 à 15,97 %. En direkt jämförelse mellan dessa procenttal synes visserligen berättiga till samma slutsats som ovan citerats ur en del tidigare undersökningar nämligen att de utomäktenskapliga barnen icke skulle ha nämnvärt sämre utgångsläge än andra barn vid sitt inordnande under samhällets lagar och förordningar. En sådan jämförelse blir dock missvisande. Genom olika undersökningar (*Hyrenius 1943, Holmstedt 1944*) har det kunnat konstateras att de barn som födas utom äktenskap sedermera legitimeras i mycket stor utsträckning, företrädesvis genom föräldrarnas giftermål. Redan när barnet uppnått 3—4 års åldern ha nämligen ungefär hälften av samtliga barnavårdsmanaförordnanden upphört vilket i det övervägande antalet fall är liktydigt med att föräldrarna gift sig. Av samtliga utom äktenskap födda barn under 18 år skulle inte mindre än ungefär två tredjedelar ha blivit legitimerade något eller några år efter födelsen.

Det är visserligen sant att barnavårdsnämndernas uppgift om ett barn fötts utom äktenskap eller ej avser tiden för födelsen och att ett sedermera legitimerat barn följaktligen ändå skulle betecknas som fött utom äktenskap. Rent logiskt skulle därmed den felkälla vara eliminerad som ligger i att föräldrarna gifta sig sedan barnet blivit fött. I praktiken måste man dock räkna med att felkällan i många fall finns kvar. När en barnavårdsnämnd får hand om ett barn i låt säga 12—14 års åldern och utredningen visar att

barnets föräldrar äro gifta, kan man säkerligen utgå från att det barnet blir bokfört såsom inomäktenskapligt även om föräldrarna gift sig när barnet var 3—4 år d. v. s. 8—10 år tillbaka i tiden. All erfarenhet av hur barnavårdsnämnderna arbeta, särskilt på mindre orter, torde också visa att regeln om införskaffande av åldersbetyg icke utgör någon säker garanti för felregistrering av denna art.

Det är således sannolikt att procentandelen utomäktenskapliga barn inom vanartsklientelet rätteligen skall jämföras icke med de procentsiffror man vanligen ser angivna vid undersökningar av detta slag, nämligen antalet utom äktenskap födda i procent av hela antalet levande födda under en bestämd tidrymd, utan med ett avsevärt lägre tal. Enligt *Holmstedt* (1944) skulle det procenttal som anger frekvensen av utom äktenskap födda och sedermera icke legitimerade barn för hela riket ligga omkring 6 %. Med dessa 6 % eller något däröver skulle man alltså jämföra de 16,9 % inom vanartsklientelet som uppgivits vara födda utom äktenskap. Med dessa siffror för ögonen får man en helt annan uppfattning om nyttan och nödvändigheten av en rationell samhällelig omvårdnad om de utomäktenskapliga barnen. Någon slutsats i riktning mot en förkastelsedom över de illegitima barnen berättigar resonemanget däremot icke till. Härför talar bl. a. att antalet vanartsfall i denna utredning som redan en gång påpekats icke anger den verkliga vanartsfrekvensen utan endast antalet beivrade fall. Det ligger i öppen dag att barnavårdsnämnderna oftare ha tillfälle att observera och beivra vanart hos utomäktenskapliga än hos inomäktenskapliga barn redan av den anledningen att de utomäktenskapliga barnen som regel ju bli föremål för övervakning av barnavårdsman. Det riktiga betraktelsesättet torde också vara att uppfatta den utomäktenskapliga börden som en signal om ökat behov av samhällelig hjälp hos dessa barn.

Födelse- och uppväxtort. — Då det gäller de vuxnas brottslighet och asocialitet överhuvud är det ett känt faktum att omflyttningen inom landet, särskilt inflyttning till storstad, spelar en viss roll som orsaksfaktor. Under rådgivningsarbete bland barn och ungdom som visat uppfostringsbesvär får läkaren ibland också tillfälle att konstatera hurusom flackande från en ort till en annan eller det tvära överflyttandet från landsbygdsmiljö till storstadsmiljö kan medföra tydliga anpassningssvårigheter för de unga. Inom litteraturen på området, särskilt den amerikanska, har detta socialpsykologiska fenomen blivit mycket diskuterat och även ofta påvisat genom olika undersökningar (*Thomas*, 1927, m. fl.). Framförallt har man därvid funnit, att dessa förflyttningar störa den sunda moralutvecklingen hos barnet, då den uppväxande individen tvingas att anpassa sig efter miljöer med olika värderings- och beteendenormer. Så ha exempelvis amerikanska undersökningar visat att asocialitet är vanligare hos immigranternas barn än hos immigranterna själva (*Young*, cit. efter *Michael-Adler* 1933.) De vuxna som rest till Amerika ha under sina uppväxtår i hemlandet fått insupa en enhetlig moralatmosfär medan den första nya generationen i det främmande landet

under sin psykiskt plastiska period, nämligen barndomen, så att säga haft att leva i två olika världar i fråga om beteenderegler: mot föräldrarnas, från hemlandet medförda moraltraditioner ha stått den nya världens uppförandenormer, vilka båda värdesystem ofta kunna vara sinsemellan högst olika och t. o. m. på många punkter varandra diametralt motsatta.

Att liknande omständigheter skulle kunna spela en roll även i Sverige har beträffande ett speciellt samhällsproblem gjorts sannolikt av *Inghe* (1942), som i en undersökning rörande aborterande kvinnor i Stockholm kunnat visa att dessa oftare utgöras av inflyttade kvinnor än av kvinnor som varit bosatta i storstaden ända från födelsen.

Med utgångspunkt från dessa kända förhållanden och med tanke på den framträdande roll som i den allmänna diskussionen i ungdomsfrågor brukar tillmätas »flykten från landsbygden» och »dragningen till storstaden» har det sitt intresse att studera om de vanartiga barnen och urspårade ungdomarna särskilt ofta växlat uppväxtort och speciellt om de därvid flyttat in till städerna.

Så har emellertid av allt att döma icke varit fallet. Man finner nämligen att i 60 % av fallen födelseorten tillhör samma kommun som den barnavårdsnämnd, vilken ingripit. Anmärkningsvärt är emellertid att denna siffra är högre för pojkarna än för flickorna (diff. = $8,1 \pm 1,84$ %). Flickorna inom vanartsklientelet ha med andra ord oftare växlat uppväxtort än pojkarna. Studerar man närmare riktningen av denna flyttningsrörelse finner man att skillnaden mellan flickorna och pojkarna i detta avseende framförallt hänför sig till inflyttning från landsbygd till stad med över 30 000 invånare. Flickorna ha nämligen flyttat in till storstaden nära nog dubbelt så ofta som pojkarna (i 12,4 % av samtliga fall beträffande flickorna och i 6,5 % beträffande pojkarna; diff. utgör $5,9 \pm 1,12$ %). Huruvida dessa relativt stora skillnader endast äro att återföra på den olika åldersfördelningen, nämligen att flickorna genomsnittligen äro äldre och sålunda böra ha kunnat flytta oftare, undandrar sig ett säkert bedömande.

I övrigt finner man att icke så få — 1 % av samtliga fall — flyttat in från utlandet. Möjligen kan man alltså även i detta material spåra den tendens till ökade anpassningssvårigheter för den första nya generationen i det främmande landet, som ovan citerats ur amerikanska undersökningar.

För materialet i dess helhet gäller emellertid att ombyte av uppväxtmiljö icke synes ha spelat någon framträdande roll för vanartens uppkomst. Detta behöver dock icke innebära annat än att observationstidpunkten i denna undersökning infallit före barnens egen och efter föräldrarnas »vandringssålder».

Fattigdom i föräldrahemmet. — Frågan om fattigdomen som asocialitetsdisponerande faktor utgör ett problem, som är lika svårt att närmare utreda som omöjligt att gå förbi i en diskussion om sociala anpassningsstörningar hos barn och ungdom.

Psykologiskt relevant är ju icke så mycket den ekonomiska standarden i och för sig utan den relativa medellösheten, d. v. s. den mindre tillgången på kontanter och annan livets nödtorft i jämförelse med den närmaste omgivningen. Den barnpsykiatriska erfarenheten kan nämligen peka på det ena fallet efter det andra, där stöder eller andra sociala felreaktioner utlösts därav, att den unge pojken eller den unga flickan haft det visserligen icke dåligt ställt, men dock sämre än kamraterna. Tillfredsställandet av vad man kallat ungdomens »elementära lyxbehov» har därvid tydligt varit en av de verk samma faktorerna bakom handlingen. Det har sålunda i första hand rört sig snarare om ett psykologiskt än om ett ekonomiskt nödläge, ett orsakssammanhang som ju icke förminskar betydelsen av den ekonomiska faktorn, snarare tvärtom.

Därtill kommer att man överhuvud taget icke får tänka sig sambandet mellan fattigdom och asocialitet såsom alltför direkt eller schematiskt. Den väsentliga delen av fattigdomens psykologiska betydelse ligger säkerligen icke i materiella umbäranden utan i det utestängande från det samhälleliga kulturarvet, som obönhörligen följer i fattigdomens släptåg. Betydelsen av detta s. k. kulturarmod har hos oss särskilt framhävts och analyserats av *Kinberg* (1942).

Det ligger i sakens natur att dessa båda aspekter, betydelsen både av »relativ fattigdom» och »kulturarmod», icke kunna tillräckligt utredas vid en sådan grovsortering av fallen som är den enda möjliga metoden vid en kvantitativt mer omfattande undersökning. För att de relativitetssynpunkter som ligga i dessa betraktelsesätt i någon mån skulle tillgodoses fick dock formulärets fråga på denna punkt följande utformning: »Har hemmet varit påfallande fattigt i jämförelse med andra hem på orten?» Alternativsvaren angåvos till »ja, nej, tveksamt, okänt» eller slutligen någon annan formulering efter uppgiftslämnarens eget skön.

Sammanställningen av svaren visar att hemmet betecknats som i denna bemärkelse påfallande fattigt i 20 % av fallen. Svaret »tveksamt» avgavs dessutom i 10 % av samtliga fall.

Mer eller mindre utpräglad fattigdom i hemmet skulle sålunda enligt uppgiftslämnarens åsikt föreligga i närmare $\frac{1}{3}$ av fallen. Storleksordningen hos detta tal är dock mycket svår att närmare taxera i brist på lämpligt jämförelsematerial.

Emellertid är det av intresse att man kan konstatera hurusom flickorna relativt oftare komma från fattiga hem än pojkarna. För flickorna har nämligen otvetydigt fattigdom ansetts föreligga i 24 % och »tveksam» fattigdom i 11 % av fallen, medan motsvarande tal för pojkarna äro 18 respektive 9 % (differensen mellan pojkar och flickor beträffande frekvensen av påtagligt fattiga hem utgör $6,1 \pm 1,57$ %; slår man ihop grupperna »påtagligt fattiga» och »tveksamt fattiga» blir differensen $8,2 \pm 1,70$ %).

För att man om möjligt skulle få fram en mera pålitlig indikator på hemmens ekonomiska standard frågades i formuläret även efter eventuellt fattig-

vårdsunderstöd till familjen under 1941 eller 1942. I drygt 800 fall var det dock okänt för uppgiftslämnarna huru därmed kunde förhålla sig. Antar man att fattigvård ej utgått i alla dessa fall, där ingen uppgift föreligger, finner man att i runt tal $\frac{1}{4}$ (23,7 %) av hemmen erhållit fattigvårdsunderstöd under något (eller båda) av dessa år. Man finner emellertid att barnavårdsnämnderna i åtskilliga fall — noga räknat 234 st. — icke betraktat hemmen som fattiga trots att de behövt fattigvårdsunderstöd. Detta synes bl. a. visa att nämnderna haft stränga kriterier på begreppet fattigdom och att de tidigare anförda siffrorna på fattiga hem åtminstone icke äro tilltagna i överkant.

Även i fråga om utdelade fattigvårdsunderstöd framträder naturligt nog samma skillnad mellan pojkar och flickor som i fråga om det direkta svaret på frågan om hemmet varit fattigt, nämligen att fattigvårdsunderstöd oftare utgått till flickornas hem.

Om man emellertid antar att fattigvårdsunderstöd är lika med fattigdom, vilket ju icke är alldeles orimligt — trots uppgiftslämnarnas motsatta åsikt i flera fall — och räknar ut frekvensen av fattigvårdsunderstöd inom de tre grupperna städer över 30 000 invånare, övriga städer och landsbygd, kan man få en viss uppfattning om den relativa frekvensen av fattiga i städer av olika storleksordning samt på landsbygden. Det visar sig därvid, att procentalen ligga påfallande nära varandra (varierande mellan 22,6 % i städer över 30 000 invånare och 24,8 % på landsbygden). Detta skulle ju tyda på att fattigdomens betydelse för uppkomsten av vanart skulle vara tämligen likartad både i staden och på landet.

Frekvenssiffran fattigvårdsunderstöd i 24 % av fallen är påfallande hög. Till jämförelse kan nämnas att enligt den officiella statistiken antalet barn inom fattigvårdsklientelet år 1941 utgjorde omkring 11 % av samtliga barn i riket. Fattigdom i hemmet och vanart bland barnen höra tydligen ofta ihop.

Ovan påpekades emellertid att man inte får föreställa sig sambandet mellan fattigdom och asocialitet som alltför enkelt och direkt. Det visar sig också om man ställer hemmets ekonomi i relation till vanartens typ att några säkra skillnader icke framträda. Man kunde ju tänka sig att barn från fattiga hem oftare än andra skulle göra sig skyldiga till stöld och snatterier eller till sexuell vanart. Så synes emellertid icke vara fallet. Det visar sig exempelvis att barn från fattiga hem gjort sig skyldiga till ekonomiska förseelser — stöld, snatteri, förskingring eller bedrägeri — i 69,8 % av fallen medan motsvarande procental för barn från icke fattiga hem är 69 %, d. v. s. nästan exakt lika stort. Själva vanartstypen — därmed icke sagt vanartsfrekvensen — skulle sålunda vara ganska oberoende av hemmets ekonomiska standard. I stället skulle det vara så att medellösheten utgör den amorfa bakgrund ur vilken olika vanartstyper, icke företrädesvis tjuvnad, skulle kunna utkristallisera sig. Detta undersökningsresultat stämmer ju också väl överens med den tidigare anförda satsen att den relativa fattigdomen ofta nog innebär starkare frestelser till tjuvnad än den så att säga absoluta fattigdomen.

Trångboddhet i föräldrahemmet. — Mellan fattigdom och trångboddhet måste råda rätt nära samband. Man finner också vid ett studium av trångboddhetens frekvens och relation till olika vanartstyper förhållanden anologiska med dem som nyss visats på tal om fattigdomen. Bestämda uppgifter om trångboddhetens förekomst ha dock av naturliga skäl icke kunnat erhållas annat än i drygt $\frac{3}{4}$ av materialet.

Enligt de inkomna uppgifterna skulle påfallande trångboddhet i jämförelse med flertalet hem på orten föreligga i 10 % av samtliga fall. De »tveksamt» trångbodda hemmen utgöra dessutom 7 % av fallen (räknar man endast med de fall där uppgift föreligger, bli respektive procenttal 15 % och 7 %).

Även i fråga om trångboddheten har man en viss möjlighet att kontrollera uppgiftslämnarnas bedömningsgrunder. I svarskolumnen till denna punkt på frågeformuläret skulle nämligen om möjligt även angivas rumsantal och antal boende, över och under 15 år. Antalet fall där man på detta sätt blivit i tillfälle att beräkna boendetätheten enligt gängse normer (kök räknat som $\frac{1}{2}$ rumsenhet och barn under 15 år som $\frac{1}{2}$ personenheter) uppgår till 1815. Definierar man på vanligt sätt trångboddheten som en boendetäthet av mer än 2 personenheter per rumsenhet finner man 185 fall, d. v. s. ungefär 10 %, där boendetätheten överstigit detta värde men bostaden dock icke betecknats som trångbodd. Tvekan ansågs dessutom råda i ytterligare 63 fall där enligt samma norm trångboddhet måste anses föreligga. Liksom i fråga om fattigdomen torde man sålunda kunna utgå ifrån att uppgiftslämnarna snarare haft alltför stränga krav på trångboddhet än tvärtom. De ovan nämnda procenttalen för trångboddhet, 15—20 %, torde därför utan tvekan kunna betecknas som minimala och fördenskull knappast heller tåla några jämförelser med siffror från andra undersökningar. För fullständighetens skull kan dock nämnas att enligt 1936 års folkräkning 8,3 % av rikets samtliga lägenheter skulle vara trångbodda (mer än 2 boende per eldstad). Frånsett den omständigheten att denna uppgift daterar sig flera år tillbaka blir emellertid varje jämförelse mycket vanskelig på grund av det kända förhållandet att familjer med barn äro trångbodda betydligt oftare än genomsnittsbefolkningen (jfr *Sterner*, 1936).

Liksom fattigdom i föräldrahemmet befanns vara vanligare beträffande flickor än pojkar är även trångboddheten en vanligare social belastning för flickornas del. Man finner nämligen att flickorna varit trångbodda i 18 % och pojkarna i 13 % av fallen (differensen utgör $4,2 \pm 1,57$ %, d. v. s. skillnaden är statistiskt sannolik).

Någon bestämd korrelation mellan trångboddhet och viss vanartsform kan icke konstateras, även detta analogt med fattigdomens betydelse för vanartstryttingarna. Sexuell vanart hos flickor är exempelvis icke vanligare i trångbodda hem än i icke trångbodda hem. Slår man ihop gruppen »sexuell vanart» med gruppen »sexuell vanart i kombination med annan vanart», finner man visserligen något högre procenttal för flickor från trångbodda hem men skillnaden är obetydlig (differensen = $6,5 \pm 4,56$ %).

Även trångboddheten skulle man därför av detta material att döma få tänka sig som en allmänt ogynnsam miljöfaktor men icke disponerande för någon speciell uppföranderubbning.

Spritmissbruk hos föräldrarna. — Begivenhet på sprit skulle enligt de inkomna uppgifterna föreligga hos fadern i 15,6 % och hos modern i 0,7 % av fallen. Eftersom spritmissbruk i en del fall finnes hos båda föräldrarna, blir frekvensen av alkoholisthem i hela materialet 15,8 %.

I brist på jämförelsetal är emellertid innebörden av även dessa procenttal rätt svår att bedöma så mycket mer som uppgifternas fullständighet på denna punkt måste antagas vara mycket ringa. De alkoholiserade hemmens roll som härdar för ungdomsocialitet är dock tillräckligt bestyrkt av andra undersökningar — bl. a. de inledningsvis nämnda av *centralförbundet för socialt arbete* — för att här behöva närmare utredas. Möjligen förtjänar det tilläggas att även spritmissbruk hos föräldrarna är vanligare som belastande faktor för flickorna än för pojkarna (differensen = $3,4 \pm 1,39$ %, d. v. s. statistiskt sannolik). Någon korrelation mellan spritmissbruk hos föräldrarna och viss vanartstyp hos barnen har icke kunnat konstateras.

Kriminalitet (eller lösdriveri) hos föräldrarna. — Formulärets fråga på denna punkt avsåg dom å fängelse eller straffarbete (även villkorlig) samt varning eller dom å tvångsarbete för lösdriveri. Givetvis måste de erhållna uppgifterna betraktas som mycket osäkra, snarast i sådan riktning att de utgöra minimala. Härför talar också att intet bestämt svar, vare sig jakande eller nekande, kunnat lämnas i $\frac{2}{5}$ av fallen (43 %). De erhållna resultaten — kriminell belastning i omkring 5 % av hela materialet (respektive omkring 10 % om fallen utan uppgift i någondera riktningen frånräknas) — förtjänar därför knappast mer än att anföras utan kommentar.

Liksom i fråga om fattigdom och trångboddhet finner man kriminell belastning något oftare för flickornas än för pojkarnas vidkommande (differensen utgör $2,1 \pm 0,85$ %, d. v. s. är statistiskt sannolik). Tendensen att flickorna äro mera socialt belastade än pojkarna är tydligen genomgående.

Uppväxt hos samlevande föräldrar eller ej. — I det moderna barnpsykiatriska arbetet har man alltmer kommit att fästa uppmärksamheten vid den emotionella utvecklingen under de tidiga barnåren. Man har nämligen genom studiet av enskilda fall och även vid sammanställningar av grupper av barn funnit, att en sund känslobindning till personer i barnets omedelbara omgivning är av ofta utslagsgivande betydelse för barnets anpassningsbarhet överhuvud i fortsättningen och icke bara visavi just de personer till vilka känslobindningen primärt knyter an. Hemmet och kamratrektsen representera sålunda det första samhället för barnet, och anpassningsstörningar inom denna trånga miljö kunna sedermera komma att projicieras upp på större samhällsliga plan i samma mån som barnet tillväxer och vidgar sin krets och därmed kommer att ingå som individ i större sociala gruppbildningar. Möj-

ligheterna till störningsfri anpassning till föräldrar, syskon och lekkamrater innebär sålunda ett skeende som icke bara intresserar den åldersperiod då det utspelas. Den emotionella grundattityden hos barnet kommer istället att allt framgent leva kvar hos individen som en inre reaktionskärna.

Detta resonemang är i princip giltigt, oavsett hur den andra stora variabeln, nämligen individens anlagsbestämda beskaffenhet, konstitutionen, växlar från fall till fall. Dessa faktorer få emellertid icke uppfattas som statiska, en gång för alla givna till sin betydelse, utan som dynamiska, d. v. s. ömsesidigt påverkande varandra och även ständigt påverkade av inflytelser från omgivningen.

Ur det mycket komplicerade samspel som på så sätt uppstår utvecklas den snart sagt oändliga mångfald av individuella beteenden och attityder som i vissa särfall kan komma att te sig som vanart. Det väsentliga i detta sammanhang är emellertid att den emotionella reaktionstypen bibehåller sin grundform även om affekternas innehåll och föremål växla. En sådan emotionell reaktionstyp kan exempelvis yttra sig i en benägenhet att svara med trots och självhävdelse inför mötande svårigheter eller tvärtom med skygghet och tendens att vika undan hindret, eller för det tredje taga sig uttryck i en allmän ytlighet och oförmåga till intensiva affektupplevelser som kommer även svåra yttre händelser att glida av individen som om just ingenting passerat. Handlingssättets officiella etikett kan bli densamma, exempelvis inrotad tjuvnadslusta eller vagabonderingsdrift samtidigt som själsinnehållet bakom handlingssättet kan variera efter exempelvis den anförda skalan: aktiv opposition — passivt undflyende — nedsatt affektiv reagibilitet överhuvud.

Samtliga dessa reaktionstyper kunna nu — i detta sammanhang med bortseende från den konstitutionella faktorn — utbildas som produkter av vissa psykologiska uppväxtsituationer, särskilt under den tidiga barndomen. Den närmare utvecklingsprocessen kan naturligtvis studeras endast i anslutning till analysen av enskilda fall. De allmänna grundlinjerna för uppkomsten och utvecklingen av några speciella attityder ha dock här exemplifierats för att konkretisera och skänka innebörd åt de psykologiska problem och frågeställningar man söker få ett grepp om genom att även i en extensivundersökning efterhöra om barnet växt upp hos båda sina föräldrar, hos enbart modern eller fadern, som fosterbarn, som styvbarn, eller som barnhemsbarn etc. En av förutsättningarna för att ett barn skall kunna få sunda och naturliga känslokontakter med sin omgivning är nämligen att det överhuvud taget i barnets omgivning existerar personer, med vilka sådan kontakt kan etableras. Hos barnhemsbarn eller s. k. ambulering fosterbarn kan man sålunda ofta konstatera ett slags fritt floterande kontaktbehov visavi vuxna människor, vilket skänker barnens känsloliv en alldeles speciell prägel av rotlöshet. Frånvaron av en särskild vuxen person som speciellt tagit sig an just detta barn — och icke blott ägnat ett 10-20-30-tal barnhemsbarn en om än aldrig så kärleksfull vård — har tydligen då varit en psykologiskt ogynnsam faktor för detta barns utveckling. Den energiska uppvaktning som barnen på barnhem och liknande anstalter ofta ägna gårdskarlen eller vakt-

mästaren kan tjäna som illustration till det psykologiska nödläge, vari frånvaron av fader eller faderssubstitut försätter dessa barn. Symptom på liknande psykiska bristsjukdomar kan man också ibland förmärka hos barn, som fått växa upp hos en ensamstående moder respektive fader. Förekomsten av en styvmor eller styvfar och eventuellt också halvsyskon i hemmet kan då givetvis än mer komplicera och försvåra barnets emotionella utveckling.

Om alla dessa speciella uppväxtsituationer gäller emellertid att de icke i samtliga fall nödvändigtvis leda till en psykologisk felutveckling hos barnet, endast att risken för att så skall ske är större än för barn i allmänhet. Genom att inom ett större material siffermässigt fastställa frekvensen av dylika uppväxtsituationer har man sålunda endast sökt beräkna den ökade risken för dessa barn att bli psykiskt särpräglade. Det rör sig alltså om fastställandet av en potentialitet och icke av en aktualitet.

I tabell 10 har en redovisning av barnets uppväxtsituation enligt dessa grunder ägt rum.

Tabell 10. Barnets uppväxtsituation.

U p p v ä x t s i t u a t i o n	A n t a l f a l l i p r o c e n t		
	pojkar	flickor	tillhopa
Två samlevande föräldrar.....	68.2	49.3	63.6
Enbart modern	10.1	12.4	10.7
Enbart fadern	1.8	2.9	2.0
Moder + styvfader	4.0	4.5	4.2
Fader + styvmoder	1.5	2.6	1.7
Mor- eller farföräldrar eller liknande släktingar	2.0	3.8	2.5
Ett och samma fosterhem	2.3	6.0	3.2
Barnhem	0.1	0.2	0.1
Ett miljöbyte	4.8	8.5	5.7
Två eller flera miljöbyten	4.1	9.3	5.3
Ingen uppgift	1.1	0.5	1.0
Summa	100.0	100.0	100.0

Som miljöbyte har betecknats det förhållandet, att barnet flyttat från en hemmiljö till en helt ny hemmiljö, exempelvis från ett fosterhem till ett annat. Den omständigheten, att en ogift moder gift sig med en annan man än barnets fader, innebär visserligen ur barnets synpunkt en betydande miljöförändring men är ju icke egentligen ett miljöbyte. Sådana fall ha därför redovisats som uppväxt hos moder och styvfader. Inom gruppen två eller flera miljöbyten ha tre eller flera miljöväxlingar förekommit i drygt ett hundratal fall. För att exemplifiera hur barn kunna få ambulera mellan olika miljöer

förtjänar kanske också anföras att mer än fem miljöbyten förekommit i 12 fall. Av visst intresse kan också vara att nämna att under rubriken »fosterhem» hänförts 18 adoptivbarn.

Av samtliga barn ha endast något över 60 % växt upp i hemmet hos samlevande föräldrar. Detta procenttal är av samma storleksordning som motsvarande tal i andra undersökningar av likartat slag. Som exempel kan nämnas de av *centralförbundet för socialt arbete* utförda utredningarna — ungefär 60 % — samt *Ahnsjö's* avhandling, enligt vilken båda föräldrarna från början tagit hand om sitt barn i 75 % av fallen, varefter emellertid dessa hem stympats i 45 % av fallen.

Bland de barn som icke vuxit upp hos föräldrarna utgöres naturligt nog den största gruppen, omkring 11 %, av barn som vuxit upp hos enbart modern. Mer anmärkningsvärt synes vara att »miljöbytes-barnen» utgöra en så pass stor andel som 11 % samt att ungefär hälften av dessa fall representeras av vad man kan kalla ambulerande fosterbarn. Den relativt låga frekvensen av barnhemsbarn får givetvis sättas i samband med att den officiella barnvården i Sverige sedan länge arbetat efter den riktlinjen att i görligaste mån söka förhindra uppkomsten av »anstaltsbarn».

Studerar man närmare hur uppväxtsituationen ter sig för pojkar och flickor tagna var för sig, finner man det anmärkningsvärda förhållandet att flickorna vuxit upp i ett vanligt hem med två föräldrar i knappt hälften av fallen men pojkarna däremot i drygt $\frac{2}{3}$ av fallen. Tabellen visar också att denna skillnad huvudsakligen beror på en högre frekvens av »miljöbytesbarn» och fosterbarn bland flickorna än bland pojkarna. Flickornas övervikt beträffande övriga uppväxtsituationer som ej haft karaktären av ett vanligt hem är däremot mindre uttalad.

Denna skillnad mellan pojkarnas och flickornas hemförhållanden torde icke helt kunna återföras på att flickorna i materialet genomsnittligen äro något äldre än pojkarna och sålunda redan fördenskull böra ha haft möjlighet till flera förändringar av uppväxtsituationen, framförallt miljöbyten. Antagligen får man se även denna skillnad mellan pojkar och flickor som ett uttryck för det tidigare flera gånger påpekade starkare miljötryck som behövs för att göra en flicka vanartig.

De i tabell 10 presenterade undersökningsresultaten i sin helhet berättiga emellertid till det allmänna uttalandet, att avvikelser från den normala uppväxtsituationen för ett barn varit påfallande vanliga både beträffande pojkarna och flickorna inom detta vanartsklientel.

Uppväxtsituation och vanartstyp. — I syfte att utröna huruvida barn som haft en viss uppväxtsituation — hos två samlevande föräldrar, hos enbart modern eller fadern, som fosterbarn i ett och samma fosterhem, eller som mer eller mindre ambulerande fosterbarn etc. — även haft en tendens att hemfalla åt vanart av en viss typ ha ingående tabellariska sammanställningar blivit utförda med hänsyn till dessa båda faktorer. Resultatet har emellertid

anmärkningsvärt nog blivit att något sådant samband icke synes existera (varför tabellerna icke heller här återgivas). Även beträffande sådana faktorer som stympade hem o. d. synes sålunda i detta material samma förhållande vara för handen som beträffande fattigdomens och trångboddhetens inflytande på de unga nämligen att en från normen avvikande uppväxtsituation av det ena eller andra slaget disponerar för vanart i allmänhet men icke för någon bestämd vanartsform. De gjorda sammanställningarna visa att detta i lika hög grad gäller pojkar som flickor.

Från denna allmänna regel finnes emellertid ett tydligt undantag. Det visar sig nämligen att pojkar som hemfallit åt den undflyende, passiva slags vanart som sammanfattats under benämningen »vagabondering o. d.» mer sällan än andra pojkar i materialet växt upp hos två samlevande föräldrar. Skillnaden i fråga är också rätt markerad. Tjuvaktiga, allmänt oefterrättliga eller sexuellt vanartiga pojkar komma i omkring 70 % av fallen från fullständiga hem, medan motsvarande tal i fråga om vagabondering — enbart eller i kombination med annan vanart — sjunker till 47 %. Skillnaden mellan vagabonderingsgruppen och övriga grupper uppgår således till icke mindre än 20—25 % (exakta differensen utgör $23,1 \pm 3,16$ %).

Söker man vidare utforska från vilken av de olika övriga uppväxtsituationer — hos en ensam moder eller fader, i hem med styvmor eller styvfar, i fosterhem, som ambulerande barn etc. — dessa slappa, eftergivna pojkar företrädesvis rekryteras, finner man det intressanta förhållandet att de i övervägande antal utgöras av pojkar med ett eller flera miljöbyten i sitt förflutna. Jämför man exempelvis frekvensen av »miljöbytes-barn» ibland pojkar som gjort sig skyldiga till ekonomiska förseelser och bland pojkar som hemfallit åt »vagabondering o. d.» finner man trots dessa gruppers relativa litenhet en statistiskt säkerställd skillnad ($9,5 \pm 2,26$ %). Det vill sålunda synas som om rotlösheten i fråga om tidigare hemförhållanden färga även vanartstypen. Givetvis får man icke bortse från att även det motsatta orsaksambandet kan ha förelegat, nämligen att just dessa pojcars tendens att slappt driva omkring eller ge upp givit sig tillkänna redan under deras tidiga barndom och att de fördenskull fått flytta från den ena miljön till den andra, exempelvis därför att fosterföräldrarna icke velat eller kunnat behålla dem hos sig. Rent teoretiskt ter sig en sådan möjlighet lika sannolik. Erfarenheter från praktiskt arbete bland detta barnklientel tala dock för att åtminstone i en del fall de täta miljöbytena under de tidiga levnadsåren varit orsaken till den känslomässiga instabiliteten och inte tvärtom. Är detta antagande riktigt — mer än till ett antagande kan ju resonemanget icke leda — skulle det tyda på att det passiva, hållningslösa karaktärsdraget icke är så konstitutivt som man ofta vill tro när man möter det hos vuxna människor.

En tendens i samma riktning kan även konstateras för flickornas del ehuru det lägre antalet fall därvidlag gör skillnaderna mindre påtagliga. Sammanför man emellertid de flickor som hemfallit åt vagabondering — enbart eller i kombination med annan vanart — finner man att de vuxit upp hos två samlevande föräldrar endast i 33 % av fallen, medan motsvarande procent-

tal för övriga vanartsgrupper sammantagna uppgår till 51 %. Skillnaden blir då också statistiskt säkerställd ($18,1 \pm 4,8$ %).

Stympade hem. — Förutom den mer allmänna analysen av uppväxtsituationen i dess helhet har undersökningen även sökt utröna frekvensen av det inom barnpsykiatrisk praxis kända fenomenet »stympade hem» (broken homes). »Stympandet» avser då, att endera eller båda av föräldrarna avlidit, att någon av dem avvikit från hemmet, att skilsmässa uppstått eller att familjebanden eljest sprängts på likartat sätt.

Om den psykologiska effekten av en sådan upplevelse, sedd från barnets horisont, gäller givetvis ungefär enahanda resonemang som ovan förts på tal om uppväxtsituationen i dess helhet.

Tabell 11 återger undersökningsresultaten på denna punkt. Procenttalen i tabell 10 äro icke direkt jämförbara med procenttalen i tabell 11 som närmast avse att belysa frekvensen av den speciella psykiska chockupplevelse det innebär för barnen att en redan existerande familjegemenskap brytes. Även det förhållandet att exempelvis modern avlidit i ett hem med moder och styvfader har sålunda registrerats som ett stympat hem.

Tabell 11. *Stympade hem.*

Hemförhållanden	A n t a l			P r o c e n t		
	pojkar	flickor	tillhopa	pojkar	flickor	tillhopa
Hemmet stympat	675	351	1 026	20·2	33·1	23·1
Aldrig haft eget hem	50	30	80	1·5	2·8	1·8
Fosterbarn.....	142	96	238	4·2	9·1	5·4
Hemmet icke stympat	2 448	574	3 022	73·0	54·1	68·5
Ingen eller obestämd uppgift	37	10	47	1·1	0·9	1·1
Summa	3 352	1 061	4 413	100·0	100·0	100·0

Stympade hem av ett eller annat slag föreligga i omkring $\frac{1}{4}$ av fallen, en siffra som kan betecknas som anmärkningsvärt hög även utan tillgång på jämförelsetal.

Den belastningsfaktor som föräldrahemmets stympning representerar har gjort sig mer kraftigt gällande beträffande flickorna än pojkarna (differensen uppgår till $12,9 \pm 1,66$ %). Flickorna ha också från början saknat eget hem i större utsträckning än pojkarna (differensen utgör $6,2 \pm 1,12$ %). Som så många gånger tidigare i denna undersökning kan man sålunda även på denna punkt konstatera en starkare miljöbelastning hos flickorna än hos pojkarna.

Orsaken till hemmets stympande. — Givet är att icke bara själva det faktum att en familj blivit stympad kan vara av ödesdiger betydelse för barnens

själshälsa utan även den utveckling eller det skeende som lett till hemmets stympande. Så torde det exempelvis ligga i öppen dag, att skilsmässobarn i allmänhet måste ha varit utsatta för större psykiska påfrestningar än barn, vilkas fader eller moder avlidit. Det har alltså sitt intresse även att närmare studera anledningen till hemmets stympande (se tabell 12).

Tabell 12. Orsak till hemmets stympande.

O r s a k	A n t a l f a l l i p r o c e n t		
	pojkar	flickor	tillhopa
Fadern död	6·2	8·1	6·6
Modern död	3·5	9·1	4·9
Båda föräldrarna döda	0·6	1·9	0·9
Skilsmässa	7·9	10·8	8·5
Fadern övergivit hemmet	1·1	2·3	1·4
Modern » »	0·6	0·7	0·6
Annan anledning	0·3	0·2	0·3
icke stympade hem och övriga	79·8	66·9	76·8
Summa	100·0	100·0	100·0

Man finner sålunda att 12,4 % av barnen genom dödsfall förlorat sin fader eller moder eller båda föräldrarna och att 8,5 % utgöras av skilsmässobarn. Medräknar man i gruppen skilsmässobarn även de fall, då modern eller fadern avvikit från hemmet, d. v. s. där en reell om också icke formell skilsmässa förelegat, finner man att 10,5 % av barnen tillhöra kategorin skilsmässobarn i mera vidsträckt bemärkelse. Enligt en undersökning vid Rasbiologiska institutet i Uppsala (cit. efter *Ahnsjö*, 1941) skulle skilsmässofrekvensen, räknat intill 15 år efter giftermålet inom äktenskap ingångna mellan åren 1916—20, uppgå till omkring 3 %, d. v. s. ett betydligt lägre tal. Även om man utgår från att flertalet föräldrar till de barn som ingå i föreliggande undersökning gift sig efter 1920, och att skilsmässofrekvensen efter detta år blivit något högre, kvarstår dock det faktum att skilsmässobarn synas vara omkring två—tre gånger så talrika inom vanartsklientelet som bland barn i allmänhet.

En del av de resultat som *Ahnsjö* (1941) kom fram till vid sin undersökning rörande flickor från skyddshem och tvångsuppfostringsanstalter inbjuder till jämförelser på denna punkt. Eftersom *Ahnsjö*s undersökningsmaterial omfattade ett annat barnavårdsklientel än det som här avhandlas och dessutom är hämtat från en annan tidrymd, äro de båda undersökningarna givetvis icke fullt jämförbara med varandra. Med denna reservation har det dock sitt intresse att ställa en del procenttal ur de båda undersökningarna sida vid sida. Procenttalen ur *Ahnsjö*s undersökning representera därvid de mer ingrodda och svårmanövrerade fall som kräva anstaltsvård och procent-

talen rörande flickorna inom det här presenterade vanartsklientelet de mer lätta och tidiga formerna av social missanpassning. Resultatet av jämförelsen framgår av nedanstående tablå.

	Flickor i föreliggande undersökningsmaterial %	Ahnsjös material (flickor) %
Fadern död	8.1	12.3
Modern död	9.1	17.5
Båda föräldrarna döda	1.9	2.9
Föräldrarna separerade (skilsmässa eller avvikande från hemmet)	13.8	10.8

Den något högre frekvensen av skilsmässobarn (i vidsträckt bemärkelse) i föreliggande undersökning får säkerligen sättas i samband med att *Ahnsjös* material härstammar från åren 1903—37, d. v. s. från en tid då skilsmässorna åtminstone till en början voro betydligt ovanligare än på senare år (antalet äktenskapsskillnader, räknat per 100 000 invånare, har enligt den officiella statistiken stigit från 8,9 årligen under perioden 1901—1910 till 41,1 årligen 1931—1935). I övrigt visar emellertid sammanställningen framförallt, att den vanligare förekomsten av moderlösa flickor jämfört med faderlösa, som tydligt framträdde i *Ahnsjös* material, icke är påvisbar i föreliggande undersökning. Den intressanta slutsats som *Ahnsjö* kunde dra på basen av sin undersökning, nämligen att flickorna syntes löpa större risk att bli föremål för åtgärd av barnvårdsnämnd i de fall då modern dött än då fadern dött, är sålunda icke möjlig beträffande de sannolikt tidigare vanartformer som ingå i föreliggande utredning.

I föreliggande undersökning är man emellertid även i tillfälle att göra en jämförelse mellan å ena sidan vanartiga pojkar och å andra sidan vanartiga flickor i fråga om anledningen till hemmets stympande (*Ahnsjös* undersökning omfattade endast flickor). Man kan sålunda ur tabell 12 utläsa det anmärkningsvärda förhållandet, att det för pojkarnas del är vanligare att fadern än att modern avlidit (6,2 respektive 3,5 % av samtliga fall; differensen uppgår till $2,7 \pm 0,50$ %). Medtagas även de fall då någon av föräldrarna avvikit från hemmet, blir denna skillnad ännu mer markerad.

Man finner sålunda i detta undersökningsmaterial, att faderlösa och moderlösa flickor förekomma i sinsemellan ungefär lika stor utsträckning, medan däremot faderlösa pojkar äro betydligt vanligare än moderlösa. Det vill med andra ord synas, som om frånvaron av fadern i hemmet oftare skulle utsätta pojkarna för risken att bli vanartade än frånvaron av modern. Denna skillnad skulle däremot icke, eller åtminstone icke i lika hög grad, föreliggande beträffande flickorna i materialet.

Detta undersökningsfynd ter sig så mycket mer anmärkningsvärt, som man nog i allmänhet brukat räkna med modern som den viktigaste personen i

familjesamhörigheten även för sönernas del. Det är sålunda möjligt att faderns roll för pojknas utveckling till samhällsvarelser blivit underskattad. Givetvis är det därvid icke enbart fråga om psykologiska sammanhang. Eftersom familjefaderns död eller avvikande i flertalet fall också innebär familjeförsörjarens försvinnande, måste även den ekonomiska faktorn antagas spela en väsentlig roll — hur stor är dock vanskligt att bedöma.

Moderns yrkesarbete. — Ett gängse argument i den populära diskussionen om orsakerna till den nutida ungdomens »förvildning» gäller moderns arbete utom hemmet, som man då tänkt sig medföra en uppluckring av familjesammanhållningen. Otivelaktigt är ju att det moderna samhällets ändrade struktur även påverkat familjens funktion som ekonomisk enhet i sådan riktning, att allt flera kvinnor, och därmed även mödrar, med eller mot sin vilja måste ge sig ut i förvärvsarbete utom hemmet. Den frågan inställer sig då helt naturligt om detta obestriddiga och ofrånkomliga sociologiska skeende kunnat påverka vanartsfrekvensen bland barn och ungdom.

Med utgångspunkt från denna allmänna problemställning intogs i formuläret en fråga angående moderns yrke. I ett stort antal fall (omkring 1 800 fall) har någon uppgift icke lämnats angående moderns yrke, vilket väl i flertalet fall torde få tolkas så att hon varit »hemmakvinna». Denna grupp, där uppgift om moderns yrke saknats, har därför i tabell 13 förts till gruppen hemmahustrur.

Som jämförelsetal ha i denna tabell använts siffrorna från en rundfråga angående yrkesarbete bland gifta kvinnor, vilken hösten 1943 utfördes av det s. k. Gallup-Institutet i Sverige. Hur pass jämförbara resultaten från de båda undersökningarna äro undandrar sig ett säkert bedömande, och exaktheten hos de erhållna talen får givetvis icke övervärderas i någondera undersökningen. Med dessa uttryckliga reservationer torde dock jämförelsen i tabell 13 icke helt sakna intresse.

Tabell 13. Moderns yrkesarbete.

Moderns ställning	Antal fall i procent			Gallup 1943
	pojkar	flickor	tillhopa	Procent
Hemmahustru	78.7	70.1	76.6	79
Hustru med heltidsarbete utom hemmet.....	5.2	5.3	5.2	9
Hustru med deltidarbete utom hemmet.....	5.8	6.0	5.9	12
Ogift moder med heltidsarbete utom hemmet ..	2.1	2.5	2.2	—
Ogift moder med deltidarbete utom hemmet ..	1.7	1.8	1.7	—
Ogift moder utan arbete utom hemmet	1.8	2.6	2.0	—
Modern död	4.1	11.0	5.8	—
Modern avviken	0.6	0.7	0.6	—
Summa	100.0	100.0	100.0	100

Som nyss antytts och som även framgår av tabellen avsåg Gallupundersökningen endast gifta kvinnor under det att i föreliggande undersökning även de ogifta mödrarna medräknats. Den retuschering som procenttalen från föreliggande undersökning skulle undergå, om de uträknades endast med hänsyn till antalet gifta kvinnor, är emellertid obetydlig.

Såvitt man kan bedöma med ledning av tabell 13 skulle yrkesarbete utom hemmet bland de vanartiga barnens mödrar förekomma i ungefär samma utsträckning som bland kvinnor i allmänhet. Det förhållandet att modern icke hela dagen kan ägna sig åt hemmets skötsel skulle med andra ord icke spela någon roll i större sammanhang. Därmed är givetvis icke sagt att moderns bortovaro inte kan ha nog så svåra följder i det enskilda fallet, vilket ej minst den barnpsykiatriska verksamheten känner exempel på.

Detta undersökningsresultat överensstämmer med vad *centralförbundet för socialt arbete* fann i sin utredning om orsakerna till ligabrottsligheten. Det procentuella antalet utanför hemmet arbetande mödrar till ligabrottslingarna i de tre städer, som denna undersökning avsåg, nämligen Stockholm, Göteborg och Malmö, syntes icke vara större än bland mödrar i allmänhet i dessa städer.

Vanartsklientelets sammansättning och egenskaper ur företrädesvis psykologiska synpunkter.

Skolgång. — De uppgifter om skolgången som införskaffats ha huvudsakligen avsett att belysa vanartsklientelets egenskaper i fråga om skolbegåvning och skolanpassning överhuvud, medan slutsatser på basen av den sociala skiktning som otvivelaktigt sker i våra högre och lägre skolformer fått komma i andra hand. *Tabell 14* redovisar därför materialet inte bara med hänsyn till skolans art utan även efter fördelning på hjälpklasser m. m.

Tabell 14. Skolgång.

Skolform	Antal fall i procent		
	pojkar	flickor	tillhopa
Vanlig folkskola, normalklass	84.3	85.5	84.6
» » , hjälpklass	7.9	8.7	8.4
» » , observationsklass o. d.	0.6	—	0.1
Yrkesskola o. d.	1.2	1.1	1.2
Mellanskola	0.8	1.2	0.9
Läroverk	2.8	1.3	2.4
Sinnesslöskola	0.2	0.5	0.3
Ingen eller obestämd uppgift	2.2	1.7	2.1
Summa	100.0	100.0	100.0

Antalet hjälpklassbarn — 8,4 % i hela materialet — är anmärkningsvärt högt. Enligt beräkningar av 1932 års *seminariesakkunniga* (1936) skulle antalet barn som borde undervisas i hjälpklass uppgå till 2—3 %. En rundfråga till rikets samtliga skoldistrikt utförd 1939 genom *skolöverstyrelsens* försorg gav också det därmed överensstämmande resultatet, att de hjälpklassmässiga barnen kunde uppskattas till 3 % (i dessa undersökningar gjordes ingen uppdelning på pojkar och flickor).

De senaste åren har något mindre än 1 % av samtliga folkskolebarn undervisats i hjälpklass. 1940 års *skolutredning* har beräknat (1942) att dessa hjälpklassundervisade barn utgöra ungefär 28 %, d. v. s. drygt $\frac{1}{4}$ av hela antalet barn som borde placeras i hjälpklass.

Medan frekvensen av hjälpklassbarn inom vanartsklientelet uppgår till 8—9 % är sålunda motsvarande siffra för barn i allmänhet knappt 1 %. Skillnaden är som synes högst påtaglig. Kanske bör särskilt påpekas att detta konstaterande givetvis icke berättigar till den slutsatsen, att hjälpklassundervisningen icke förmått hejda en utveckling i asocial riktning. En sådan frågeställning kan överhuvud taget icke utredas med ledning av det här förebragta materialet. I det följande skall för övrigt visas att antalet hjälpklassmässiga är mycket större än antalet hjälpklassundervisade. Detta skulle snarast tyda på att placeringen i hjälpklass inneburit ett visst skydd mot vanart, även om detta skydd naturligt nog icke kunnat göras absolut.

En närmare uppdelning av materialet — vilken ej återfinnes i tabellen — visar att undervisning i observationsklass (respektive extra-klass o. d.) på de orter där sådan finnes inrättad, d. v. s. praktiskt taget bara i de stora städerna, ävenledes förekommer i en relativt hög frekvens (4,3 % för pojkar i städer med över 30 000 invånare). I dessa s. k. psykopatklasser undervisas huvudsakligen lynnesegendomliga eller eljest svårhanterliga barn. Till jämförelse kan nämnas att inom Stockholms folkskolor de senare åren omkring 1 % av pojkarna undervisats i observationsklass, sålunda en betydligt mindre procentandel än inom vanartsklientelet. Man torde därför vara berättigad till slutsatsen, att även frekvensen av s. k. psykopatiska pojkar bland de vanartade är högre än bland pojkar i allmänhet. På samma grunder som de tidigare berörda på tal om hjälpklass får detta givetvis icke tolkas så, att undervisningen i observationsklass varit gagnlös, när det gällt att förhindra uppkomsten av vanart.

Det relativa antalet vanartiga barn som gått i mellanskola eller läroverk är genomgående lågt och naturligt nog lägst på landsbygden (storstad 4,4 %, annan stad 4,3 %, landsbygd 1,3 %). I övrigt visar uppdelningen på dessa tre ortstyper, att barn från särklasser — hjälpklass, observationsklass o. d. — äro betydligt vanligare i storstäder och övriga städer än på landet (procenttalen utgöra respektive 14,5, 7,2 och 1,6 %). Som senare skall visas innebär detta ingalunda att de hjälpklassmässiga barnen i materialet varit mindre vanliga på landsbygden, endast att hjälpklassinstitutionen där fortfarande är mycket ofullständigt utbyggd.

Beträffande den inbördes fördelningen mellan pojkar och flickor i tabell

14 är det anmärkningsvärt, att de hjälpklassundervisade flickorna äro flera än pojkarna, trots att motsatsen är fallet bland barn i allmänhet. Denna skillnad gäller emellertid endast om man betraktar materialet som helhet. Vid en uppdelning av materialet i undergrupperna storstad, vanlig stad och landsbygd finner man för landsbygdens del tvärtom, att hjälpklasspojkarna (1,7 %) äro något vanligare än hjälpklassflickorna (1,1 %). Dessutom visar det sig att hjälpklassflickornas relativa övertikt är störst i städerna. Detta förhållande skulle möjligen kunna tyda på att intellektuellt handikappade flickor ha relativt svårare att klara sig i de större städerna än motsvarande kategori pojkar.

Kvarsitteri. — Som en indikator på bristande skolbegåvning torde man i viss mån få betrakta även kvarsitteri i folkskolan. Det är visserligen sant, att man icke kan förutsätta någon fullständig samvariation mellan faktorn nedsatt intelligens och kvarsitteri, eftersom underbetygen kunna ha många andra orsaker än förståndssvaghet, t. ex. kroppssjukdomar, protestinställning till läraren eller skolarbetet överhuvud eller andra felaktiga skolattityder för att nu nämna bara några alternativ. Den allmänna erfarenheten torde dock tvivelsutan vara den, att det för den stora massan barn föreligger en viss, om än ej fullständig korrelation mellan nedsatt intelligens och svårigheter att följa med i klassen.

För att belysa de vanartiga barnens mentala utrustning, närmast deras intellektuella kapacitet, har det därför sitt intresse att undersöka frekvensen av kvarsittare i materialet. Denna beräkning avser givetvis endast kvarsitteri i folkskola, ej i mellanskola, läroverk eller andra högre skolformer. Antalet kvarsittare inom de tre ortstyperna illustreras av följande tabell. För att möjliggöra närmare jämförelser ha i denna tabell även procenttalens medelfel blivit införda.

Tabell 15. Kvarsitteri.

Ortstyp	Antal kvarsittare i procent		
	pojkar	flickor	tillhopa
Städer över 30 000 inv.	10·7 ± 0·9	11·2 ± 1·5	10·8 ± 0·7
Övriga städer	14·9 ± 1·3	18·5 ± 2·5	15·7 ± 1·2
Landsbygd	20·6 ± 1·2	15·4 ± 1·9	19·3 ± 1·0
Totalt	15·2 ± 0·7	14·2 ± 1·1	14·9 ± 0·6

Den stigande frekvensen av kvarsittare i hela materialet i riktning från storstad till landsbygd torde få sin rätta kontrastbelysning, om den ses mot bakgrunden av den sjunkande frekvensen av hjälpklassbarn i samma riktning. Ovan påpekades emellertid också, att proportionen mellan hjälpklassundervisade pojkar och flickor var en annan på landsbygden än i städerna såtillvida, att på landet hjälpklassflickorna voro relativt färre än hjälpklass-

pojkar och tvärtom i städerna. Samma tendens framträder även beträffande kvarsittarfrekvensen. Man finner nämligen, att medan proportionen pojkar—flickor i de större städerna är ungefär 1:1, i övriga städer i runt tal 3:4, så är den på landet omvänt 4:3. I hela materialet blir könsproportionen därigenom ungefär 1:1. Låter man frekvensen av kvarsittare utgöra en indikator på antalet underbegåvade, skulle detta m. a. o. vilja säga att de underbegåvade vanartade flickorna skulle vara proportionsvis flera i städerna än på landsbygden.

Undersökningen har sålunda visat, dels att frekvensen av hjälpklassflickor inom vanartsklientelet skulle vara relativt högst i de stora städerna, dels att kvarsitteri bland samma flickor är vanligast i de medelstora och små städerna. Dessa två konstateranden få sannolikt sin naturliga förklaring i den bättre utbyggda hjälpklassinstitutionen i de större städerna. Mer anmärkningsvärt är att både hjälpklass elever och kvarsittare bland de vanartiga flickorna äro vanligare i städerna än på landet, vilket ju samstämmigt tyder på en högre förekomst i städerna än på landet av förståndssvaga flickor inom vanartsklientelet.

Frekvensen av kvarsittare i materialet överhuvud (15 %) måste betecknas som påfallande hög. Särskilt gäller detta flickorna, då det är känt att kvarsitteri i våra folkskolor är mer ovanligt bland flickor än bland pojkar. Som jämförelse kan nämnas att i Stockholms folkskolor antalet kvarsittare under åren 1934—42 varierat mellan högst 4,51 % och lägst 3,25 % för pojkar samt högst 2,67 % och lägst 1,69 % för flickorna (procenttalen beräknade med ledning av årsredogörelserna; medeltalet utgör under dessa år för pojkar 3,76 % och för flickorna 2,25 %). Procenttalen ha för Stockholm visat en sjunkande tendens under de senaste åren. De närmast jämförbara procenttalen för kvarsitteri inom vanartsklientelet, nämligen uppgifterna från städer med över 30 000 invånare, finnas i nedanstående tablå ställda vid sidan av Stockholms-siffrorna.

	Procent kvarsittare	
	Vanartiga barn (städer över 30 000 inv.)	Elever i Stockholms folkskolor
pojkar.....	10·7	3·8
flickor.....	11·2	2·3

Eftersom de båda jämförda materialen härröra från olika orter och tidrymder, få jämförelsetalen givetvis endast uppfattas som approximativa. Man har exempelvis skäl antaga, att frekvensen av kvarsittare är något högre för städer med över 30 000 invånare i gemen än för Stockholm, eftersom huvudstaden har särskilt goda differentieringsmöjligheter i form av hjälpklasser, observationsklasser och dylikt. Även med nödig reduktion på grund av denna felkälla kvarstår emellertid skillnaden som högst påtaglig. Bland de vanartiga storstadspojkar finner man nämligen omkring 3 gånger så många kvarsittare och bland de vanartiga storstadsflickorna omkring 5 gånger så många som i jämförelsematerialet.

För landsbygdens del måste kvarsittarfrekvensen bland de vanartiga barnen — inemot 20 % — betecknas som uppenbarligen mycket högre än ordi- närt. Man kan därför tryggt påstå, att antalet kvarsittare både bland pojkar och bland flickor är betydligt högre inom vanartsklientelet än bland pojkar och flickor i allmänhet.

Antal kvarsittarår. — Det är en allmän erfarenhet från det mentalhygie- niska arbetet både bland barn och bland vuxna, att framförallt upprepat kvarsitteri i folkskolan tyder på förståndssvaghet hos vederbörande. Av den- na anledning efterfrågades i formuläret även antalet kvarsittarår. Beträffande de 659 kvarsittarna i materialet var detta emellertid okänt för uppgiftsläm- narna i 110 fall. Bland de övriga 549 är fördelningen i något avrundade tal följande:

	Procent
Kvarsittare 1 år	75
» 2 år	21
» 3 år	2.5
» 4 eller flera år	1.5
	Summa 100.0

Flerårskvarsittarna skulle sålunda utgöra icke mindre än $\frac{1}{4}$ av alla kvar- sittarna i materialet.

Som man kunnat vänta med tanke på bl. a. hjälpklassinstitutionens ojämna utbredning äro flerårskvarsittarna i materialet vanligare på landsbygden (c:a 30 % av samtliga kvarsittare) än i de större städerna (20 %). Mer an- märkningsvärt är måhända, att kvarsittarfrekvensen är lika hög i städer med invånarantal under 30 000 som på landsbygden. Förklaringen till detta torde väl vara den talrikare förekomsten av hjälpklasser, läsklasser o. d. i stä- derna medan lärarna på landsbygden äro tvungna att låta även sina »svaga nummer» hänga med i klassen i större utsträckning än i städerna.

Avgång enligt folkskolestadgan § 48. — En säkrare indikator på förstånds- svaghet än kvarsitteri borde man ha i det förtidiga avslutande av skolgången på grund av bristande fattningsgåvor varom talas i folkskolestadgan § 48. Emellertid minskas värdet av denna indikator betydligt därav, att många lä- rare och skolstyrelser, särskilt på landsbygden, undvika att begagna denna möjlighet, trots att den skulle vara väl motiverad. Skälen härför kunna va- ra flera och ligga delvis i öppen dag. I barnpsykiatrisk praxis möter man ofta lärare som förklara, att de icke vilja försvåra sina f. d. elevs möjlig- heter att skaffa sig platser genom att låta det stå »§ 48» på det avgångs- betyg de unga ibland få visa upp, när de söka plats. Andra lärare fram- hålla att en tillämpning av § 48 bara skulle medföra, att de svaga begåv- ningarna släpptes ut på egen hand i livet ännu tidigare medan motsatsen ju vore det önskvärda. Från lärarhåll har även i tryck framförts, att många lärare på landsbygden på grund av sin närmare kontakt med barnens för- äldrar och anhöriga vilja undvika att komma på kant med ortsbefolkningen och därför överse med barnens förståndssvaghet. Den mycket ojämna till-

lämpning av »förståndssvaghetsparagrafen», även inom närliggande orter, som blir följderna av allt detta, påvisas i en nyligen publicerad undersökning från ett inspektionsområde i Skaraborgs län (*Berglund, 1944*).

Motiven till att § 48 inte tillämpas ens i uppenbara fall av intellektuell efterblivenhet kunna säkert mångfaldigas. Däremot torde det vara långt ovanligare att § 48 tillämpas utan trängande skäl. Slutsatsen skulle bli att § 48 som indikator på intellektuell efterblivenhet ger för låga värden. Procentsiffrorna i *tabell 16* skulle med andra ord utgöra minimala, om man betraktar dem som frekvensmätare på intellektuell efterblivenhet. Därtill kommer att ingen eller obestämd uppgift på denna punkt erhållits i ungefär en fjärdedel av fallen. I tabellen ha dock procenttalen räknats på hela materialet, d. v. s. under antagande att avgång enligt § 48 icke förekommit i hela denna fjärdedel av materialet. Däremot ha givetvis de barn som ännu gå i skolan icke medräknats. Till jämförelse har under tabellen angivits medeltalet för avgång enligt § 48 under åren 1936—1940 bland folkskolebarn i hela riket (detta jämförelsetal har uträknats på basen av uppgifter som erhållits från statistiska avdelningen vid skolöverstyrelsen). För att undvika alltför skrymmande tabeller men ändå ge ett mått på de framlagda talvärdenas exakthet finnas även i denna tabell införda inte bara själva procenttalen utan även deras medelfel.

Tabell 16. Avgång enligt folkskolestadgan paragraf 48 (på grund av klena fattningsgävor).

Ortstyp	Antal fall i procent		
	pojkar	flickor	tillhopa
Städer över 30 000 inv.....	7.4±0.9	14.6±1.8	9.8±0.8
Övriga städer	6.6±1.1	8.5±2.0	7.1±0.9
Landsbygd.....	11.7±1.1	11.4±1.8	11.6±0.9
Totalt	8.9±0.6	12.2±1.1	9.8±0.5
Bland folkskolebarn i hela riket åren 1936—40 enligt skolöverstyrelsens statistik			5.7±0.04

I tabell 16 kan man spåra en tendens till starkare representation av förståndssvaga flickor inom vanartsklientelet i de stora städerna än på landsbygden. Samma tendens kom också till synes när materialet analyserades med hänsyn till antalet hjälpklassbarn. Eftersom det tidigare i denna undersökning kunnat visas att »dragningen till storstaden» beträffande vanartsklientelet i dess helhet ännu icke hunnit göra sig nämnvärt gällande, kan denna starkare förekomst av förståndssvaga flickor knappast helt återföras på en ökad inflyttning speciellt av efterblivna flickor. Däremot är det möjligt att någon mindre del av den stora kategorin samhällsbesvärliga flickor — exempelvis 18—21-åringar — ofta utgöres av klena begåvade flickor som flyttat in från landsbygden till storstaden. Härför tala bland annat erfarenheter från Stockholms barnavårdsnämnds rådgivningsbyrå i

uppfostringsfrågor (Frey, 1944). Beträffande hela kategorin vanartiga flickor torde emellertid storleken av den intellektuella »svagroten» vara ett uttryck för den sociala riskökning som ett intellektuellt handikap medför även för flickor som från början växt upp i storstaden och tydligen mer för flickor än för pojkar.

Vad tabellens totalsiffror beträffar är det anmärkningsvärt, att procenttalet för flickorna återigen ligger högre än för pojkarna (skillnaden utgör $3,3 \pm 1,25$ %), då ju som tidigare påpekats intellektuell efterblivenhet är mer vanlig bland pojkar än bland flickor då det gäller barn i allmänhet.

För gruppen pojkar och flickor sammantagna kan konstateras en betydligt högre frekvens av fall enligt § 48 inom vanartsklientelet än bland folkskolebarn i gemen (differensen uppgår till $4,1 \pm 0,54$ %). Det förtidiga avslutandet av skolgången på grund av bristande fattningsgåvor skulle enligt tabellen i själva verket vara nästan dubbelt så vanligt bland de vanartiga barnen som bland barn överhuvud taget.

Begåvningsgrad. — Det utsända frågeformuläret innehöll även en direkt förfrågan till uppgiftslämnarna om barnens skolbegåvning. De svarsalternativ som angavs i formuläret voro: väl begåvad, medelmått, hjälpklassmässig, sinnesslö, okänt. Emellertid visade det sig vid bearbetningen av de inkomna svaren, att många uppgiftslämnare — ialles drygt 300 — besvarat denna frågepunkt genom att angiva »svag medelmått», »medelmått i underkant» o. d. Vid bearbetningen ha därför svar av denna typ uppförts som en grupp för sig. Den spontana tendensen från uppgiftslämnarnas sida att ge svaren denna formulering saknar inte sitt intresse. Medelst detta beteckningssätt har man sannolikt velat angiva en erfarenhet från det praktiska barnavårdsarbetet, som även den barnpsykiatriska forskningen kunnat göra, nämligen att de svårangepassade barnen och ungdomarna synnerligen ofta rekryteras från det begåvningsskikt som ligger under den normala intelligensnivån men dock högre än den tydliga sinnesslöheten.

Enligt den barnpsykiatriska erfarenheten, dokumenterad från flera håll, skulle detta mellanskikt utgöras av vad man på fackspråk brukar beteckna som debila och lätt imbecilla barn. Det är emellertid också en allmän uppfattning bland läkare med verksamhet inom dessa domäner, särskilt barnpsykiatri och rättspsykiatri, att lekmän och ofta även lärare när de skola uttala sig om begåvningsgraden hos barn eller vuxna i regel »taxera för högt» så att en mer måttlig intelligensnedsättning överhuvud taget icke observeras och en tydlig sinnesslöhet beskrives i termer som »litet efter» e. d. Typiskt brukar därvidlag även vara att den efterblivne uppfattas som »inte dum men lat» eller »egensinnig» eller också tvärtom som »snäll och tyst» o. s. v. Man låter sålunda någon lynnesegenhet eller något påfallande karaktärsdrag träda i förgrunden vid personbeskrivningen medan den bakomliggande förståndssvagheten blir förbisedd. Att märka är, att det missvisande inte ligger i det positiva påpekandet av att en lynnesrubbing eller en karaktärsegenhet föreligger. Tvärtom torde det för flertalet av dessa fall vara

typiskt att emotionella störningar adderat sig till förståndssvagheten och då naturligt nog i första hand tilldra sig uppmärksamheten hos den icke specialutbildade iakttagaren.

Den vanliga förekomsten av samtidig intellektuell och emotionell bristfällighet får icke enbart ses som ett uttryck för en anlagsbestämd samhörighet. Ett visst sådant samband måste visserligen förutsättas i kraft av själslivets enhet som gör att en defekt inom den intellektuella sfären i viss mån är hopkopplad med defekter även inom den emotionella sfären och omvänt. Särskiljandet av intellektuella och emotionella processer är ju strängt taget bara en abstraktion. Den springande punkten är emellertid att de kanske oftast genom arv men även genom sjukdom eller skada i centrala nervsystemet orsakade defekter som sålunda kunna förefinnas endast medföra en tendens hos individen att reagera på ett från normen avvikande sätt, när han träffas av olika miljöinflytelser. Varje försök att särskilja den individuella orsaksfaktorn från miljöfaktorn och ange det ena vanartsfallet som anlagsbetingat och det andra som miljöbetingat — en uppdelning som är gjord i flera såväl in- som utländska undersökningar — måste därför avvisas som rent principiellt ogenomförbart. Lika ofruktbart är det uppenbarligen att inom den individuella faktorn söka särskilja förståndssvaghet å ena sidan från lynnes- eller karaktärsegenheter å den andra, då det gäller att analysera orsakerna till social missanpassning. Förutom det inledningsvis berörda förhållandet att ett efterblivet barn ända från sin start i livet och allt framgent just genom sitt intellektuella handikap tvingas att göra livserfarenheter som på ett bestämt sätt skilja sig från normalbegåvade barns, tillkomma en rad andra psykologiska och även sociala faktorer vilka här icke kunna närmare behandlas. Blott ett enkelt exempel på hur en sådan psykologisk växelverkan kan tänkas uppstå må anföras. För en pojke som genom sitt kläna förstånd har svårt att följa med i skolan känns det säkerligen ofta nog mindre förödmjukande att framstå som lat än som dum och detta såväl inför läraren som inför kamraterna och — sig själv. Framhävandet av lättja och slarv som huvudorsaken till pojakens skolsvårigheter blir då delvis ett förväxlande av orsak och verkan, även om pojken själv är den förste att tillstå sin lättja.

Riktigheten av tesen att icke-fackmän i regel underskatta graden av förefintlig intellektuell undermålighet har i denna undersökning kunnat direkt verifieras genom att i frågeformuläret även begärts uppgift om resultatet av intelligenstestning i de fall då sådan blivit utförd. Sådana svar ha inkommit i 453 fall.

Enligt i Sverige gängse nomenklatur brukar beteckningen »hjälpklassmässig» användas för fall med en intelligenskvot på ungefär 70—80 och »sinnesslö» vid lägre intelligenskvoter. Med intelligenskvot förstås då förhållandet mellan den vid testningen fastställda »intelligensåldern» och vederbörandes levnadsålder. För enkelhetens skull brukar man uttrycka detta förhållande i procent. Ett 8 års barn med en »intelligensålder» av 6 år skulle sålunda få en intelligenskvot $= \frac{6}{8} \times 100 = 75$.

I de 453 fall där uppgiftslämnaren givit besked både om intelligenskvot

och begåvningsgrupp (väl begåvad, medelmätta, sinnesslö etc.) finner man i åtskilliga fall en bristande överensstämmelse mellan uppgifterna på dessa båda punkter och då så gott som undantagslöst i sådan riktning att graden av efterblivenhet underskattats. En sinnesslö kan sålunda ha rubricerats som hjälpklassmässig, en hjälpklassmässig som normalbegåvad etc. Det antagandet ligger då nära till hands, att även en del andra barn som betecknats som normalbegåvade i själva verket varit mer eller mindre efterblivna. De erhållna frekvenstalen för intellektuellt handikapade inom vanartsklientelet skulle med andra ord representera minimala.

Tendensen hos psykologiskt otränade bedömare att överskylla eller ersätta iakttagelsen av intellektuell undermålighet hos en undersökt person med ett värderande omdöme av mer eller mindre moraliserande natur — exempelvis etiketterna »lat» eller »slarvig» på intellektuellt undertrustade skolbarn — kan icke på liknande sätt påvisas i denna undersökning utan anföres endast som ett möjligt antagande på basen av erfarenheter från andra håll. Vid undersökningar av värnpliktiga visar det sig exempelvis ofta, att den psykiatriska prövningen avslöjar sinnesslöhet, där befälsomdömet endast talar om liknöjdhet, »tjurighet» eller andra som karaktärsfel uppfattade egenskaper hos en i förståndsavseende normal karl. I en nyligen på svenskt material utförd undersökning rörande en speciell brottslingskategori, nämligen incestare (konsumgänge mellan föräldrar och barn eller mellan syskon inbördes) påvisas också det vanliga i att personer och myndigheter som tidigare haft med dem att göra förbisett även svåra intellektuella rubbningar hos dem och i stället fäst sig vid andra psykiska särdrag, betecknade som »snällhet», »inbundenhet», »egensinne i arbetet» o. d. (*Kinberg—Inghe—Riemer*, 1943).

Eftersom man sålunda på goda grunder kan antaga, att det verkliga antalet förståndssvaga är avgjort högre än vad som framgår av *tabell 17*, måste dess huvudupplysning, nämligen att i runt tal $\frac{1}{4}$ av barnen uppfattats som mer eller mindre intellektuellt efterblivna, framstå som ett synnerligen anmärkningsvärt faktum.

Tabell 17. Begåvningsgrad.

B e g å v n i n g s g r a d	A n t a l f a l l i p r o c e n t		
	pojkar	flickor	tillhopa
Väl begåvad	9.5	10.0	9.6
Medelmätta	52.1	46.8	50.9
»Svag medelmätta» o. d.	6.6	8.6	7.0
Hjälpklassmässig	13.5	16.2	14.1
Sinnesslö	1.5	5.9	2.6
Okänt	13.0	10.2	12.4
Ingen uppgift	3.8	2.3	3.4
Summa	100.0	100.0	100.0

Tabell 17 återspeglar även det förhållande som gjorts sannolikt genom uppgifterna om kvarsitteri, undervisning i hjälpklass och avgång enligt folkskolestadgan § 48, nämligen att intellektuell efterblivenhet är vanligare bland flickorna än bland pojkarna inom barnavårdsnämndernas vanartsklientel (enligt tabellen äro bland flickorna inalles 30,7 % underbegåvade mot 21,6 % bland pojkarna; skillnaden utgör $9,1 \pm 1,57$ %). Denna skillnad hänför sig i synnerhet till gruppen sinnesslöhet som enligt tabellen är 4 gånger så vanlig bland flickorna som bland pojkarna.

Som det redan flera gånger i denna undersökning funnits anledning påpeka är denna skillnad mellan könen ännu mer markerad än vad som direkt framgår av skillnaden mellan de anförda procenttalen, eftersom intellektuell efterblivenhet bland barn i allmänhet tvärtom är vanligast bland pojkar. Jämförelsetal från inhemska undersökningar, liksom den föreliggande baserade i huvudsak på läraromdömen om barnens begåvning, visa en efterblivenhetsfrekvens på ungefär 2 % för flickorna och ungefär 3 % för pojkarna (*Dahlberg*, 1937) eller något däröver, ungefär 3 % respektive 5 % (*Hasselberg*, bilaga B till detta betänkande).

Om man vid sidan av dessa tal ställer frekvensen av hjälpklassmässiga eller därunder bland vanartsklientelet (sålunda med frånräknande av gruppen »svag medelmått» o. d. vilket i detta sammanhang torde vara det riktigaste), finner man att intellektuell efterblivenhet skulle vara 8—11 gånger så vanlig bland de vanartiga flickorna i materialet som bland flickor i gemen och 3—5 gånger så vanlig bland de vanartiga pojkarna. Dessa relativtal få givetvis icke betraktas som exakta, eftersom undersökningsmaterialen icke insamlats på fullt likartade sätt av de olika undersökarna, andra felkällor att förtiga. Icke desto mindre ge de klart besked om den mycket stora vikt man ur både profylaktiska och terapeutiska synpunkter måste tillmäta den intellektuella efterblivenheten som ett vanligt kärnsymptom bakom den sociala missanpassningen särskilt för flickornas del. Den tidigare påvisade höga frekvensen av kvarsitteri, placering i hjälpklass och avgång enligt folkskolestadgan § 48 bestyrker ytterligare denna slutsats.

Slutligen en sammanställning som talar för sig själv: 14,1 % av barnen ha betecknats som hjälpklassmässiga — 8,4 % ha gått hjälpklass (jfr tab. 17 och tab. 14).

Begåvningsgrad och vanartstyp. — Genom studier rörande vuxna kriminella ha flera undersökare kunnat påvisa, att vissa brottstyper såsom sexualbrott, mordbrand och grövre våldsbrott stå i en viss korrelation till psykisk abnormitet hos brottslingen. Särskilt i fråga om sexualdelikten skulle det därvid ofta röra sig om intellektuell undermålighet. Genom flera såväl inom utländska undersökningar är det vidare känt, att prostitutionen åtminstone i dess grövre former i stor utsträckning rekryteras av psykiskt defekta kvinnor, särskilt intellektuellt undermåliga.

I viss motsättning till dessa forskningsresultat har *Burt* (1938) ansett sig bland ungdomsbrottslingar kunna påvisa den högsta intellektuella standar-

den hos unga kvinnor som gjort sig skyldiga till sexuella förseelser. Även denne auktoritet på området är dock i övrigt angelägen att fastslå, att »av alla ungdomsbrottslighetens problem är ett av de viktigaste den efterblivna ungdomens».

Ur den långa raden av in- och utländska arbeten kring temat intellektuell efterblivenhet och social missanpassning skola emellertid i övrigt endast några nyligen utförda svenska undersökningar som direkt avse vanarts-klientelet i all korthet citeras.

Bland barnavårdsfall i Göteborg har *Regné* (1943) påvisat att omkring 40 % av barnen och ungdomarna varit mer eller mindre efterblivna i förståndsavseende, och hos vanartiga flickor i Stockholm har *Frey* (1944) funnit intellektuell undermålighet i ungefär hälften av fallen, trots att alla fall där ingen uppgift om begåvningsgraden förelåg räknades som normalbegåvade. Undersökningar rörande den psykiska beskaffenheten hos skyddshemselever ha givit analoga resultat. Enligt *Nordal* (1935) skulle i runt tal 45 % av de intagna på vissa skyddshem ligga under den intellektuella normalnivån och i *Ahnsjö*s (1941) stora material av flickor från skyddshem och tvångsuppfostringsanstalter fanns uppgift om intelligensdefekt hos likaledes omkring 45 % av de fall då psykisk diagnos överhuvud förelåg. Dessa fall utgjorde dock endast en mindre del av hela materialet varför undersökningsresultatet på denna punkt, som *Ahnsjö* också betonar, är osäkert.

Emellertid kan det kanske vara på sin plats att här bringa i erinran den i inledningskapitlet utfärdade varningen mot alltför snabba slutsatser angående socialpsykologiska sammanhang på basen av enkel addition av procenttal, som blott ange frekvensen av en möjlig orsaksfaktor. Allt hänger ju därvid på den konstellation av en mängd andra faktorer vari faktorn intelligensdefekt ingår. Man kan exempelvis inte bortse från att påvisandet av en hög frekvens av intellektuellt undermåliga i det ena undersökningsmaterialet efter det andra lätt suggererar fram ett ensidigt betraktelsesätt. Faran lurar däri att man har många och relativt bekväma metoder att mäta intelligensnedsättning hos en person, medan inga säkra testförfaranden ännu finnas för graden och arten av exempelvis en psykisk skada på grund av dålig social miljö. Den övervärdering av faktorn nedsatt intelligens på bekostnad av andra kanske lika viktiga men svårare objektivt mätbara faktorer som detta kan leda till är lätt att inse.

Däremot är man på något säkrare mark om man söker utröna om de efterblivna barnen inom vanartsklientelet ha röjt någon tendens att hemfalla åt vanart av viss typ eller ej. De citerade undersökningarna ha omfattat alltför få fall för att säkra slutsatser därvidlag skulle vara möjliga. De inemot 4 500 vanartsfallen i denna undersökning utgöra emellertid en tillräckligt bred bas för en sådan frågeställning.

Det huvudsakliga resultatet av denna speciella bearbetning har sammanställts i *tabell 18*. En del vanartsgrupper ha på grund av sin ringa storlek ej medtagits i tabellen.

Tabell 18. De efterblivnas frekvens inom olika vanartsgrupper.

Vanartstyp	Antal efterblivna i procent	
	pojkar	flickor
Snatteri eller stöld	21·5 ± 1·9	35·0 ± 3·4
Allmän vanart	15·3 ± 1·5	— ¹
Sexuell vanart	18·5 ± 3·5	28·5 ± 2·1
Vagabondering o. d.	37·0 ± 5·4	33·3 ± 6·6
Sexuell vanart i kombination med annan vanart	46·0 ± 6·7	40·3 ± 3·3
Vagabondering o. d. i kombination med annan vanart ..	31·5 ± 3·6	36·5 ± 6·8
Totalt	21·6 ± 0·7	30·7 ± 1·4

¹ Antalet för lågt för att motivera procentberäkning.

Av tabellen synes bl. a. framgå att såväl beträffande pojkar som flickor de intellektuellt efterblivna äro överrepresenterade inom de båda grupperna av kombinerad vanart, särskilt då det gäller sexuell vanart i kombination med annan slags vanart. Enbart sexuell vanart visar däremot icke någon sådan korrelation med underbegåvning, snarare är tendensen den motsatta.

Anmärkningsvärd är vidare den höga frekvensen av efterblivna pojkar inom gruppen vagabondering o. d. För flickornas del är ingen slutsats möjlig i vare sig positiv eller negativ riktning beträffande frågan om de efterblivna flickorna i likhet med motsvarande kategori pojkar haft någon tendens att hemfalla åt denna slappa, drivande form av försvårad anpassning i samhället.

Dessa undersökningsresultat inbjuda till en del reflexioner och jämförelser med empiriska rön från närliggande erfarenhetsområden, även om riktlinjerna för den medicinska sociologin ännu icke äro tillräckligt klara för att medgiva annat än en mer allmänt hållen kommentar. I början av detta avsnitt påpekades emellertid att man hos vissa vuxna kriminella män kunnat påvisa en hög frekvens av intellektuellt undermåliga, likaså bland kvinnliga prostituerade, åtminstone av grövre sort. Bland kvinnliga ungdomsbrottslingar hade däremot *Burt* tyckt sig finna relativt många väl begåvade. *Ahn-sjö* (1941) kunde i sin stora prognos-undersökning beträffande flickor som intagits på skyddshem eller tvångsuppfostringsanstalter påvisa, att de sexuellt vanartiga hade relativt bättre sociala anpassningsmöjligheter än övriga vanartsgrupper. De sexuellt vanartiga hade nämligen av allt att döma varit mer lättskötta än de övriga under anstaltsvistelsen och därför i genomsnitt kunnat utskrivas tidigare samt därefter mindre ofta än andra måst återintagas och även mindre ofta hemfallit åt kriminalitet eller prostitution. Speciellt god prognos hade de sexuellt vanartiga flickor, vilkas fader eller moder (eller båda) avlidit, d. v. s. sådana fall där förutsättningarna för en miljöbetingad vanart kunde antagas vara stora. I föreliggande undersökning har slutligen gjorts sannolikt att sexuella vanartstendenser, då de uppträda som

enda symptom på bristande social anpassning, ej särskilt ofta förekomma hos efterblivna pojkar och flickor utan snarare tvärtom.

Sedda i ett sammanhang synas dessa erfarenheter från olika håll ge anledning till den slutsatsen, att sexuella förseelser som begåtts av vuxna oftare stå i samband med någon mental defekt, särskilt intellektuell undermålighet, än hos yngre, samt till den förmodan att gängse behandling av de yngres sexuella förvillelser gärna blir något för sträng. Den överdrivet stränga bedömningen av sexuellt vanartiga barn och ungdomar kan då bland annat just bero på att man mer eller mindre medvetet generaliserat sin kunskap om den sekunda psykiska kvalitén hos det stora flertalet vuxna sexualbrottslingar och gatuprostituerade till att gälla även barn och ungdom.

Som kommentar till tabell 18 förtjänar också påpekas att den statistiska analysen av barnavårdsnämndernas vanartsfall tydligt pekar på att det bakom rubriken »vagabondering o. d.» döljer sig ett speciellt socialvårdsklientel. Den psykiskt energifattiga, känslolappa människotyp som synes dölja sig bakom denna provisoriska benämning borde säkerligen göras till föremål för ett mer ingående studium i syfte att möjliggöra dess identifierande på tillräckligt tidigt stadium för att hjälp- och stödåtgärder från samhällets sida skulle kunna bli effektiva. Den tidigare redogörelsen har visat att barn och ungdomar av detta slag särskilt ofta fått ambulera från den ena uppväxtmiljön till den andra. Studiet av sambandet mellan vanartstyp och intellektuell underbegåvning synes nu ge vid handen att de som hemfalla åt sådan vanart särskilt ofta haft att dragas även med intellektuella brister. Om icke annat så tyda dessa båda undersökningsresultat på att man inte får föreställa sig sambandet mellan efterblivenhet och vanart alltför enkelt och okomplicerat. Med föregripande av den fortsatta redogörelsen kan det kanske också redan här förutskickas att denna vanartsgrupp även synes representera ett särskilt svårt praktiskt barnavårdsproblem att döma därav att barn och ungdomar inom denna grupp visat sig representera så svårmanövrerade fall för barnavårdsnämnderna att de oftare än andra vanartiga barn och ungdomar sänts till skyddshem.

Symptom på psykologisk felutveckling före vanartens uppkomst. — Ett viktigt forskningsresultat inom barnpsykiatrien icke minst ur praktisk synpunkt är att någon principiell åtskillnad icke längre kan upprätthållas mellan vad man brukar kalla nervösa störningar samt vanart hos barn och ungdom. Man har nämligen funnit, att klart neurotiska störningar såsom nattskräck eller tvångshandlingar hos ett barn kunna uppstå ur samma psykologiska situationer som exempelvis stöld eller eldsanläggning. Det beror således endast på handlingens yttre effekt, om den skall rubriceras som »nervositet» eller »vanart», medan handlingens inre, psykologiska ursprung och motivering i princip är densamma i båda fallen. På denna grund kan det också starkt ifrågasättas, om icke termen »vanart» lämpligen borde ersättas av något mera neutralt uttryck utan den diskriminerande bibetydelse som gärna vidlåder ord med prefixet van-, detta i analogi med att exempelvis

termerna »vansinne» och »vanvett» numera i alla sakliga sammanhang ersatts med någon psykiatrisk diagnos. I denna undersökning har dock någon sådan språklig retuschering av praktiska skäl icke varit genomförbar.

Med utgångspunkt från dessa allmänna erfarenheter har emellertid en av huvuduppgifterna i denna undersökning varit att söka fixera när och hur de första tecknen på psykologisk felutveckling uppstått hos de barn som kommit in under barnavårdslagens vanartsparagraf. Den kunskap man på denna punkt kan vinna vid en rundfråga måste givetvis bli mycket bristfällig. Säkerligen måste man räkna med att många symptom som skulle ha varit uppenbara för en fackman icke alls observerats eller också feltolkats av uppgiftslämnarna. Den motsatta tendensen, nämligen att uppgiftslämnarna funnit för många fel eller överdrivit sina iakttagelser, torde i jämförelse därmed spela en underordnad roll.

Även om man på dessa grunder vid planläggningen av undersökningen måste utgå ifrån att de erhållna uppgifterna skulle komma att representera minimalt, ansågs det ändå vara av intresse att också i denna extensivundersökning medtaga några frågor med sikte på eventuell förekomst av psykologiska missanpassningssymptom hos de unga. Motiveringen till detta var bland annat, att man därigenom skulle få en möjlighet att eventuellt vid en senare intensivundersökning av någon del av materialet ge sina rön från ett relativt fåtal fall en större räckvidd.

Då undersökningen sålunda på denna punkt egentligen icke kan betraktas som till alla delar slutförd, har bearbetningen av materialet här gjorts mer summarisk än på övriga punkter.

Frågorna i formuläret avsågo i detta sammanhang för det första att fastställa tidpunkten när symptomen började visa sig, d. v. s. när det »började märkas att han (hon) icke uppförde sig som andra barn», som frågan ordagrant lydde. I formuläret gavs även en kort anvisning på vad frågan avsåg med följande ord: »Skriv exempelvis att det märktes redan före skolåldern, först i 12—13-årsåldern, icke förrän i samband med den stöld han nu varit med om e. d. Ange också om pojken (flickan) varit sängvätare, lidit av nattskräck o. d.»

Den andra frågan gällde arten av den eventuella uppföranderubbningen. Formulärets fråga, inklusive vägledningen för dess besvarande, hade följande lydelse: »Hur har han (hon) uppfört sig hemma, borta och i (eller efter) skolan? — Skriv exempelvis: 'Snäll men glömmer genast vad man säger åt honom', 'tyst och skygg', 'skryter och skrävlar bland kamraterna', 'hemifrån inga klagomål men trotsig i skolan', 'sköter sig bra i skolan men har snattat i hemmet', 'svårt att dra jämnt med kamrater' e. d. Angående dem som slutat skolan kan man skriva t. ex.: 'Duktig i arbetet men häftig', 'kommer ihop sig med arbetsgivaren och får avsked', 'slapp och utan uthållighet' o. s. v.»

Att döma av de svar som lämnats på dessa båda frågor har deras formulering varit tillräckligt klar och endast mycket sällan givit anledning till några missförstånd. Däremot kan det givetvis icke uteslutas, att en del uppgifts-

lämnare begått den »underlåtenhetssynden» att hoppa över frågorna eller besvara dem ofullständigt, eftersom svaren onekligen krävt omdöme och därtill kunskap om den pojke eller flicka saken gällt. På det hela taget har dock granskningen av de inkomna formulären visat, att dessa frågor besvarats både i större utsträckning och mer utförligt än man vågat hoppas.

Liksom besvarandet av dessa båda frågor i formuläret torde ha vållat åtskilligt huvudbry, medförde emellertid även bearbetningen av de inkomna svaren rätt stora svårigheter. Vanskligast var därvid att finna en lämplig metod att sammanföra de skiftande svarsuppgifterna i olika grupper. Undersökningens art var ju sådan, att det icke kunde bli tal om annat än en grovsortering och ingen närmare analys av fallen.

Tillvägagångssättet vid bearbetningen på denna punkt har varit rent empiriskt. Vid en provbearbetning av ett par hundra fall, i görligaste mån representativt utvalda från rikets alla barnavårdsnämnder, antecknades de vanligaste beskrivningarna på barnens beteende. På basen av dessa beskrivningar gjordes sedan gruppindelningen.

I en del fall uppstodo naturligt nog trots detta deskriptiva tillvägagångssätt svårigheter att överhuvud inränga fallen under någon bestämd rubrik. Dessa tveksamma fall utgöra dock ett fåtal och kunna icke på något avgörande sätt ha inverkat på undersökningsresultatet.

I de fall då den beskrivning som lämnades av barnets uppförande endast avsåg själva vanarten, registrerades detta naturligtvis icke som symptom på psykologisk felutveckling före vanartens uppkomst. Bearbetningsprincipen var självfallet den att uppföranderubbningen skulle vara av annan art och uppträda vid en tidigare tidpunkt än vanartsyttringen. När uppgiftslämnaren i en del fall beskrev klart psykopatologiska symptom hos barnet men dessa skulle ha visat sig först efter vanarten, hänfördes i konsekvens därmed också dessa fall till gruppen utan uppföranderubbningar.

En översikt av vad som framkommit vid granskningen av denna punkt på de inkomna formulären lämnas i *tabell 19*.

Eftersom *tabell 19* endast är att betrakta som en starkt schematiserad översikt av den brokiga symptomflora som de många barnen och ungdomarna i undersökningen representera, få givetvis talen däri bedömas med stor försiktighet. Med hjälp av tabellen kan man dock få vissa allmänna upplysningar om den psykiska strukturen hos ett så stort undersökningsmaterial, som de drygt 4 000 missanpassade barnen och ungdomarna utgöra.

För det första har det sitt stora intresse att kunna notera den betydande utsträckning i vilken psykiska egenheter iakttagits hos barnen redan innan vanarten framträtt. Mer eller mindre markerade symptom på psykologisk felutveckling skola nämligen redan på ett tidigare stadium ha förekommit i omkring 65 % av samtliga fall, något oftare hos flickor än hos pojkar (68 % respektive 62 % i något avrundade tal; den exakta skillnaden uppgår till $5,2 \pm 1,70$ % och är sålunda statistiskt signifikativ). Detta undersökningsresultat står dock i god överensstämmelse med vad som tidigare flera gånger kunnat påvisas, nämligen att de vanartiga flickorna på det

Tabell 19. Uppföranderubbningar före vanartens uppkomst.

Uppförande rubbningens art	Antal fall i procent		
	pojkar	flickor	tillhopa
Påfallande trots, egensinne o. d.....	13·6	20·1	15·2
Överdriven vekhet, blödighet o. d.	2·8	2·6	2·8
Slapphet, hållningslöshet o. d.....	11·4	18·9	13·2
Opålitlighet, lögnaktighet o. d.	10·7	10·4	10·6
Översittartendenser, kamratplågeri o. d.	4·2	2·9	3·9
Inbundenhet, svåråtkomlighet.....	3·1	3·4	3·2
Sadistiska tendenser, djurplågeri, skadegörelse o. d..	2·1	0·1	1·6
Speciella symptom såsom sängvåta, nattskräck, stamning	2·0	0·7	1·7
»Allmän nervositet», »psykopati» o. d.	5·6	4·7	5·3
Epileptiska karaktärsförändringar	1·9	1·0	1·7
Symptom på sinnessjukdom.....	0·2	0·2	0·2
Ingen uppföranderubbning före vanarten	37·6	32·4	36·3
Ingen eller obestämd uppgift	4·6	2·4	4·1
Summa	100·0	100·0	100·0

hela taget haft större både social och psykisk belastning än pojkarna. Möjligt influerar också det förhållandet att flickorna i materialet i genomsnitt äro något äldre än pojkarna och följaktligen haft en längre »observations-tid».

De differenser som förefinnas mellan de olika grupperna av symptom få sannolikt icke tillmätas någon större betydelse, bland annat därför att gruppen »allmän nervositet, psykopati och dylikt» är relativt stor. Denna grupp är ju egentligen att betrakta mest som en »skräpvrå», dit diverse odifferentierade beskrivningar hänförts.

Däremot torde differenserna mellan pojkar och flickor vara en säkrare grund för en del iakttagelser. På det hela taget är den procentuella fördelningen av de olika symptomgrupperna på de båda könen tämligen likartad, men några undantag från denna regel finnas dock. Så har det exempelvis sitt intresse att i tabellen kunna se, hurusom lynnesegenheter av aggressiv typ, såsom påfallande trots eller egensinne, oftare observerats hos flickorna än hos pojkarna i materialet (differensen uppgår till $6,5 \pm 1,34$ %). Karaktärsegenheter som mera tyda på en överdriven lust att behärska andra — »kamratplågare, översittare, ledartyper etc.» — synas däremot mera utmärka pojkarna inom vanartsklientelet (skillnaden uppgår till $1,3 \pm 0,64$ %). Sadistiska och destruktiva tendenser skulle likaledes oftare ha förekommit hos de sedermera vanartiga pojkarna (differensen är rätt betydlig — $2,0 \pm 0,32$ %). Karaktärsanomalier av typen hållningslöshet och slapphet ha däremot oftare uppgivits för flickornas del (skillnaden $7,5 \pm 1,30$ %). Slutligen skall blott påpekas att man även hos detta vanartsklientel oftare påträffar

sådana speciella neurotiska symptom som sömnlöshet, nattskräck och stämning hos pojkar än hos flickorna (differensen $1,3 \pm 0,42$ %), vilket stämmer med den allmänna barnpsykiatriska erfarenheten.

Barnens ålder vid de första symptomen på psykologisk felutveckling. — Svaren på frågan om barnens ålder, när de första tecknen på uppföranderubbning iaktogs hos dem, lämpa sig föga för statistisk bearbetning redan av den anledningen att uppgiftslämnarna därvidlag i rätt stor utsträckning — i drygt 20 % av fallen — nöjt sig med en allmän formulering såsom »redan tidigare», »under skoltiden» o. d. En viss antydning om att uppföranderubbningarna ofta visa sig mycket tidigt ge dock de lämnade upplysningarna.

I 6—7 % av fallen, räknat på hela materialet, skulle nämligen sådana tendenser ha yppats redan före skolåldern och i bortåt hälften av fallen före skolålderns slut. I återstoden av fallen ha i regel några tecken till uppföranderubbning överhuvud icke observerats före vanarten. Det antal fall då missanpassningssymptom uppträtt först efter avslutad skolgång är tämligen obetydligt (6—7 % av fallen d. v. s. ungefär lika många som före skolgångens början).

Tidsintervallet mellan uppföranderubbningens framträdande och barnavårdsnämndens ingripande. — Något säkrare hållpunkter än i fråga om barnens ålder då omgivningen började finna något anmärkningsvärt i deras uppförande har man emellertid då det gäller att utröna den tid som sedan förflutit till dess någon barnavårdsnämnd funnit anledning ingripa. En sådan sammanställning är gjord i *tabell 20*. Med första kontakt förstås då det faktum att någon barnavårdsnämnd överhuvud »haft med pojken eller flickan att göra» som formulärets fråga lydde och inte bara att nämnden ingripit på grund av vanart hos barnet. Det är naturligtvis sannolikt att nämnderna ofta nog, särskilt på mindre orter, mer inofficiellt haft pojken eller flickan under uppsikt redan innan fallet formellt tagits upp som barnavårdsärende i nämnden. Icke desto mindre måste ett studium av längden hos denna latensperiod mellan de första symptomen på felutveckling och den utbildade vanarten ha sitt intresse bland annat som en illustration till de möjligheter en barnavårdsnämnd för närvarande har att på ett rationellt sätt ta hand om dessa barn.

Såvitt man kan döma av denna tabell, skulle i allmänhet en anmärkningsvärt lång tid ha förflutit mellan de första tecknen på psykisk skada hos barnet och den tydliga sociala felreaktionen från dess sida i form av vanart. I åtminstone en femtedel av fallen har detta tidsavstånd uppgått till 3 år eller däröver. Själva vanartsyftningen framstår på så sätt i flertalet fall bara som den sista länken i en lång utvecklingskedja. I allmänhet torde man få tolka dessa siffror så att det i dessa fall först uppstått en missanpassning mellan barnet och dess trängare miljö som först efter ett relativt långt intervall satt sina spår i barnets beteende även ute i samhället och därmed bringat pojken eller flickan i kontakt med barnavårdsnämnden. Är denna tolkning

Tabell 20. Tidsintervallet mellan de första tecknen på uppföranderubbning och den första kontakten med någon barnavårdsnämnd.

Tidsintervall	Antal fall i procent. Hela materialet
Mindre än 1/2 år	1.0
1/2—1 år	4.7
1—3 »	10.5
3—5 »	7.8
Mer än 5 år	11.7
Allmän tidsuppgift såsom »redan tidigare» o. d...	22.1
Ingen uppföranderubbning före vanarten	36.8
Ingen uppgift	6.4
Summa	100.0

riktig — vilket den dagliga barnpsykiatriska erfarenheten bestämt talar för — måste en förutsättning för ett rationellt handlande från barnavårdsnämndernas sida vara, att de kunna inskrida betydligt tidigare och på ett annat, mer psykologiskt plan än vad som nu i allmänhet är fallet.

En särskild sammanställning har även blivit gjord i syfte att utröna, om det beträffande olika vanartstyper — snatteri och stöld, sexuell vanart, »vagabondering o. d.» — föreligger någon tendens till längre eller kortare tidsintervall mellan första tecknat på uppföranderubbning och vanarten. Någon sådan tendens har emellertid icke kunnat fastställas.

Tidigare psykisk felutveckling och vanartstyp. — En specialbearbetning med utgångspunkt från en liknande frågeställning har däremot visat sig ägnad att ge mera positiva upplysningar. Den bakomliggande tankegången kan resumeras på följande sätt. Det är antagligt, att den vanart som barn med tidigare uppföranderubbningar göra sig skyldiga till representerar ett mer abnormt skeende än vanartstendenser, som yppas hos barn utan sådana symptom på psykisk felutveckling i sin förhistoria. Procentandelen tidigare »prickbelastade» bland det antal barn som röjt vanart av en viss typ skulle med andra ord kunna användas som en mätare på hur pass väsensfrämmande handlingssättet bör vara för en sund pojke eller flicka.

Lägger man ett sådant — måhända något hypotetiskt — betraktelsesätt till grund för tolkningen av *tabell 21*, skulle höga procenttal i tabellen tyda på att vanartstypen i fråga innebär en relativt svårartad beteenderubbning och låga tal motsatsen. Den gruppering efter stigande procenttal som de olika slagen av vanart fått i tabellen skulle därmed också ange deras stigande genomsnittliga svårighetsgrad, åtminstone ur individuell, psykologisk synpunkt vilket ju icke är fullt liktydigt med social synpunkt eftersom då även vanartens eventuella effekt som uppförandemönster för andra barn eller som störande moment för vuxna måste tas med i räkningen.

Tabell 21. Antal barn med tidigare tecken på psykisk felutveckling, fördelade efter vanartens typ.

Vanartstyp	Procentandelen barn med tidigare tecken på psykisk felutveckling	
	pojkar	flickor
Sprltmissbruk	18.4 ± 4.3	1 —
Sexuell vanart	29.2 ± 4.1	37.8 ± 2.3
Snatteri, stöld.....	37.5 ± 1.1	70.6 ± 3.2
Allmän vanart	47.3 ± 2.2	81.9 ± 5.4
Bedrägeri, förskingring o. d.	75.2 ± 3.5	1 —
Vagabondering o. d.	84.9 ± 4.0	96.3 ± 2.7
Vagabondering o. d. i kombination med annan vanart ..	91.9 ± 2.1	98.1 ± 1.9
Sexuell vanart i kombination med annan vanart	93.9 ± 2.9	93.8 ± 1.6
Totalt	64.2 ± 0.8	67.6 ± 1.5

¹ Antalet fall för lågt för att uttryckas i procent.

Det säger sig självt, att procenttalen i denna tabell icke få betraktas annat än som mycket approximativa. Som tidigare framhållits äro ju de sammanställningar som ligga till grund för procentberäkningarna rätt osäkra, eftersom de bygga på uppgifter, vilkas riktighet icke kunnat närmare kontrolleras.

Emellertid uppvisa procenttalen så stora inbördes skillnader och bilda så lika serier för pojkar och flickor, att ett bakomliggande realsammanhang framstår som högst troligt.

Enligt tabellen skulle åtminstone för pojkarna spritmissbruk innebära en ur psykologisk synpunkt relativt oskyldig vanartsform. Det förtjänar emellertid anmärkas, att de lämnade uppgifterna om dessa fall genomsnittligt varit mer ofullständiga än de som lämnats om övriga vanartsfall. De allra flesta av dessa barnavårdsärenden rörande spritmissbruk ha gällt ynglingar i större städer, vilka blivit anhållna för fylleri och därigenom mer eller mindre rutinmässigt anmälts till barnavårdsnämnden. Såsom framgår av det tidigare återgivna frågeformuläret rekommenderades nämnderna att, där så prövades lämpligt, insända avskrift av protokoll eller övriga handlingar för att därmed mer utförligt besvara någon eller några av de uppställda frågorna. Denna möjlighet ha nämnderna i stor utsträckning begagnat sig av, särskilt i de större städerna. På så sätt har det blivit möjligt att vid bearbetningen av materialet få en viss uppfattning om de företagna utredningarnas omfattning och noggrannhet. Därvid har det varit särskilt påtagligt att fallen av ungdomsfylleri bland pojkar av allt att döma blivit mer summariskt handlagda av nämnderna än övriga vanartsärenden. Det har vanligen gällt någon halv vuxen pojke, som druckit sprit tillsammans med något äldre kamrater och därefter uppträtt så störande på gator och torg, att polisen ingripit. Barnavårdsnämndens syn på saken har då sannolikt varit den att sådant kan

hända även eljest skötsamma ungdomar som råka i dåligt sällskap, varför ärendet i flertalet fall fått avgöras efter mera summarisk beredning. Huruvida detta betraktelsesätt från nämndens sida är berättigat eller ej kan inte bedömas med ledning av denna undersökning. Resonemanget har emellertid inte heller här återgivits annat än som belägg för att speciellt det procenttal i tabell 21 som svarar mot vanartsgruppen spritmissbruk möjligen är för lågt.

Sexuell vanart skulle av tabell 21 att döma relativt sällan utgöra slutprodukten av redan tidigare manifesterade tendenser till missanpassning. Både bland pojkar och än mer markerat bland flickor skulle de sexuella förseelserna i stället representera relativt godartade missanpassningssymptom. Detta undersökningsresultat står i god överensstämmelse med vad som berörts i ett tidigare avsnitt, nämligen att något speciellt samband mellan intellektuell underbegåvning och sexuell vanart icke synes förefinnas. I detta tidigare avsnitt kunde också citeras en del forskningsresultat av *Ahnsjö* (1941) som samstämmigt tydde på en relativt bättre social prognos för de flickor från skyddshem och tvångsuppfostningsanstalter som gjort sig skyldiga till sexuell vanart än för flickor som av annan anledning intagits på sådana anstalter.

Den relativt godartade karaktär som man enligt dessa undersökningsresultat skulle kunna tillmäta de sexuella missanpassningssymptomen hos barn och ungdom stämmer också väl med den allmänna läkareerfarenheten, såväl den praktiska som den teoretiska. Sexualdriften representerar utifrån ett naturvetenskapligt betraktelsesätt ett naturligt behov som finnes hos alla varelser, medan exempelvis lusten att stjäla eller att hänge sig å en slappt vegeterande livsförsel icke på samma sätt ingår som ett normalt utvecklingsled eller som en normal böjelse hos människor i allmänhet. Ur läkarsynpunkt ter sig därför detta undersökningsresultat icke överraskande. Det förtjänar dock framhåvas på grund av sin betydelse för det praktiska barnvårdsarbetet. Även hos skolad barnvårdspersonal möter man nämligen emellanåt vid handläggandet av ärenden rörande sexuell vanart en viss känslomässig upprördhet som antyder en icke fullt fördomsfri bedömning av fallet, till förfång för de vidtagna åtgärdernas ändamålsenlighet. Icke minst gäller detta de bland barn i olika åldrar vanliga sexuella lekarna. Under mentalhygieniskt arbete bland barn nödgas man nämligen gång efter annan konstatera att ingripanden av barnvårdsnämnder och andra samhällsorgan mot sådana utslag av barnens lekbehov skett i en atmosfär av upprördhet och sedlig indignation som utsatt barnen för allvarliga psykiska hälsorisker.

Av intresse är vidare att i tabell 21 notera den väsensskillnad som synes förefinnas, åtminstone beträffande vanart hos pojkar, mellan å ena sidan snatteri och stöld samt å andra sidan bedrägeri, förskingring o. d. Sådana handlingar kunna ju te sig psykologiskt rätt likartade i de enkla former som förekomma hos barn och ungdomar. Om en yngling i springpojksåldern gör ett kioskinbrott eller om han ger sig iväg med de pengar han skulle lämna på banken kan ju tyckas komma på ett ut. Icke desto mindre ge procenttalen i tabell 21 visst belägg för att bedrägeri och förskingring redan hos barn och

ungdom skulle utgöra mer kvalificerade förseelser än stöld, i likhet med vad förhållandet är i fråga om de vuxnas kriminalitet. Detta undersökningsresultat står i överensstämmelse med vad som påpekats i utredningen om ligabrottsligheten av *centralförbundet för socialt arbete* (1941) nämligen att kiosk- och automatstölderna synas tillhöra nybörjarbrottsligheten. Till förklaringen bidrar möjligen också att stölder äro typiska ligabrott medan bedrägeri och förskingring väl oftare utföres individuellt.

Slutligen skall i anslutning till tabell 21 blott påpekas att barn som hemfallit åt vanart av typen »vagabondering o. d.» stå i en särklass inom materialet även såtillvida att de i hög procent tidigare företett tecken på psykologisk felutveckling.

Begåvningsgrad och uppföranderubbning. — Ett ledmotiv i denna undersökningsredogörelse har varit att söka hävda en syntetisk syn på vanartsproblemet trots att den använda socialstatistiska undersökningsmetoden gör det nödvändigt att analysera fram den ena faktorn först och den andra sedan. Bland annat har därvid betonats att man inte får nöja sig med att registrera varje fall av exempelvis förståndssvaghet som en statistisk enhet och så addera och lägga ihop till en summa. I stället måste man hela tiden föreställa sig det verkliga orsaksförloppet som ett ständigt skiftande växelspel mellan å ena sidan exempelvis den intellektuella underbegåvningen i dess olika gradationer samt å andra sidan hela massan av andra faktorer i motverkande eller samverkande riktning.

I fråga om speciellt den psykiska faktorn underbegåvning har betonats att klinisk erfarenhet och flera undersökningar (jfr *Augusta Bronner*, 1938) tala för att förståndsbristen icke — som man tidigare hållit före även inom fackkretsar — är någon asocialitetsframkallande men väl asocialitetsdisponerande faktor. Som en viktig och vanlig psykisk tilläggsfaktor ha framhävts emotionella störningar, d. v. s. störningar av den typ som i denna undersökning närmast registrerats som uppföranderubbningar hos barnen. Genom att sammanställa de lämnade uppgifterna om underbegåvning med uppgifterna om uppföranderubbningar har man då en viss möjlighet att kontrollera riktigheten av sin uppfattning om de emotionella »pålagringssymptomens» betydelse för vanartens uppkomst och utveckling.

En sådan sammanställning är gjord i *tabell 22*. För enkelhetens skull ha i denna tabell de tre grupperna »svag medelmåtta», »hjälpklassmässig» och »sinnesslö» sammanförts under rubriken »underbegåvad».

Tabell 22 får givetvis läsas med kritik eftersom indelningen av materialet är rätt osäker både i tabellens huvud och förspalt. Därtill kommer att en del uppgiftslämnare möjligen tolkat en del tecken på intellektuell undermålighet som uppföranderubbning trots att samma uppgiftslämnare ju svara både för beskedet om barnets begåvning och dess förmenta uppförandefel. Inte heller kan det uteslutas att en del av det som betecknats som en påfallande hållningslöshet och slapphet i karaktären i själva verket bara varit symptom på intelligensbristen i och för sig.

Tabell 22. Uppföranderubbning och begåvningsgrad.

Uppföranderubbningens art	Antal fall i procent		
	Väl begåvad	Medelmåtta	Underbegåvad
Påfallande trots, egensinne o. d.	16·0	15·6	19·3
Överdriven vekhet, blödighet o. d.	1·2	3·0	3·9
Slapphet, hållningslöshet o. d.	5·0	11·1	23·5
Opålitlighet, lögnaktighet o. d.	14·4	10·1	10·6
Översittartendenser, kamratplågeri o. d.	6·4	3·6	5·2
Inbundenhet, svåråtkomlighet	2·6	3·3	4·0
Sadistiska tendenser, djurplågeri, skadegörelse o. d.	2·4	1·4	1·0
Speciella symptom såsom sängvåta, nattskräck, stamning	0·7	1·4	3·2
»Allmän nervositet», »psykopati» o. d.	7·4	6·7	13·2
Epileptiska karaktärsförändringar	—	0·1	0·5
Symptom på sinnessjukdom.	—	0·1	0·6
Ingen uppföranderubbning före vanarten	43·2	41·3	13·8
Ingen eller obestämd uppgift	0·7	2·3	1·2
Summa	100·0	100·0	100·0

Trots dessa och även en del andra felkällor äro emellertid differenserna mellan en del procenttal i tabellen så stora att de knappast kunna helt bortförklaras därmed. Framför allt gäller detta gruppen »ingen uppföranderubbning före vanarten» där procenttalet för de underbegåvade ligger betydligt lägre än för de båda andra grupperna. Får man tro dessa siffror skulle det hos de underbegåvade vid sidan om intelligensnedsättningen förefinnas lynnesrubbingar eller karaktärsegenheter i 80—90 % av fallen men hos de båda andra begåvningsgrupperna bara i 50—60 %. Även med en rätt långt driven skepsis mot bevisvärdet hos procenttalen i denna tabell synes sålunda uppfattningen om »pålagringssymptomens» betydelse för uppkomsten av vanart hos de förståndssvaga vinna stöd genom den gjorda sammanställningen.

Ärftlig belastning. — Eftersom denna undersökning inte varit inriktad på att belysa det psykiska arvets betydelse för vanartens uppkomst — något som skulle kräva en helt annan undersökningsmetodik — få uppgifterna i tabell 23 betraktas mera som »bifynd». Även om tabellen därför inte ägnar sig till detaljgranskning eller kan läggas till grund för några säkra slutsatser, ger den dock ett allmänintryck av den psykiska och i viss mån även den sociala strukturen hos barnens närmaste släkt. De släktingar som uppgifterna avse äro barnets föräldrar, syskon, mor- och farföräldrar samt föräldrarnas syskon.

Vid registreringen av uppgifterna har den principen följts att varje fall räknats endast en gång även om det exempelvis förelegat sinnessjukdom hos en släkting och alkoholism hos en annan. Vid sådan »konkurrens» mellan olika belastande faktorer har den mest kvalificerade psykiska rubbningen eller asocialiteten fått föllä utslaget, nämligen i samma ordning som de stå uppförda i tabellen.

Tabell 23. Ärftlig belastning.

Belastningens art	Antal fall	Procent
Sinnessjukdom	255	5·7
Sinnesslöhet	248	5·6
Epilepsi	20	0·5
Själv mord	28	0·6
Psykopati, utpräglad lynnesegenhet	305	6·9
Alkoholism	329	7·5
Kriminalitet	162	3·7
Prostitution, sexuell lösaktighet	266	6·0
Ingen belastning känd	1 142	25·9
Ingen eller obestämd uppgift	1 658	37·6
Summa	4 413	100·0

De i ärftlighetsavseende helt »prickfria» skulle enligt tabell 23 utgöra in- emot två tredjedelar av fallen. Som tidigare påpekats får emellertid denna siffra anses som mycket osäker och då jämförelsetal icke finnas att tillgå kan dess storleksordning icke närmare uppskattas.

Samhällets behandlingsåtgärder.

Genom utredningen i det föregående har vanartsklientelet kunnat karakteriseras med utgångspunkt från vissa gruppsykologiska och sociala bedömningsgrunder.

Den frågan inställer sig nu, hur samhället, d. v. s. närmast barnavårdsnämnderna, å sin sida tagit detta barn- och ungdomsmaterial om hand. I det föregående har skildringen principiellt gällt utvecklingen fram till vad man kunde kalla vanartstidpunkten. I det följande skall skildringen närmast ta sikte på de motåtgärder från samhällets sida som vanarten utlöst, alltså det skeende som sätter in närmast efter vanartstidpunkten. Detta framställningsmässiga tillvägagångssätt att bena upp frågekomplexet i två tidsmoment kan givetvis icke strikt genomföras. Redan i den tidigare skildringen har på en del punkter även behandlingsmetoden måst beröras, och i den fortsatta framställningen kan det givetvis icke heller undgå att utvecklingen

före vanartstillfället något belyses. I tankeklarhetens intresse torde emellertid denna distinktion i en tidigare utvecklingsprocess och en senare behandlingsprocess böra hållas i minnet, vilket icke alltid sker i den allmänna diskussionen rörande barnavårdsfrågor och ungdomsproblem.

Anmälare till barnavårdsnämnden. — Den första fråga som därvid inställer sig gäller initiativtagaren till barnavårdsnämndens ingripande. Barnavårdslagen stadgar som bekant en relativt allmän initiativrätt för socialarbetare av olika slag och allmänheten överhuvud. Dessutom har en direkt anmälningsskyldighet ålagts vissa myndigheter, särskilt polisen, i de fall då barn under 15 år blivit inblandade i polisärenden.

Hur i praktiken det uppenbara samhällsintresse bevakas, som ligger i att de barnavårdande organen komma i kontakt med vanartsklientelet, kan utläsas ur tabell 24.

Tabell 24. Anmälare till barnavårdsnämnden inom olika ortstyper.

Anmälare	Antal fall i procent						
	Städer över 30 000 inv.	Övriga städer	Industri- och övriga kommuner samt agglomerationer och kommuner	Jordbruks-, skogs- och blandade kommuner	Hela riket		
					pojkar	flickor	tillhopa
Polismyndighet.....	62·1	67·2	64·1	39·3	69·6	30·3	60·1
Föräldrar (eller fosterföräldrar)	10·2	7·1	7·6	10·1	6·2	17·5	9·0
Syskon eller andra släktingar	0·4	0·6	0·2	0·7	0·1	1·5	0·5
Andra privatpersoner....	4·7	9·8	11·1	21·6	7·9	15·6	9·8
Lärare	9·2	7·3	8·9	14·4	9·7	9·0	9·5
Barnavårdsman eller ledamot av nämnden	4·6	5·5	5·3	7·9	3·1	12·7	5·4
Fattigvårdsstyrelse	0·2	0·2	0·6	0·4	0·2	0·6	0·3
Nykterhetsnämnd	2·6	0·2	0·2	—	1·4	0·4	1·2
Annan social institution	4·9	1·0	0·8	1·2	1·0	7·6	2·6
Läkare	0·9	0·7	0·5	1·5	0·4	2·5	0·9
Präst	0·2	0·1	0·6	2·8	0·3	1·7	0·6
Ingen uppgift	—	0·3	0·1	0·1	0·1	0·2	0·1
Summa	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0

Tabell 24 erbjuder åtskilligt av intresse. Det är visserligen antagligt, att anmälaren till barnavårdsnämnden icke i varje särskilt fall representerar den egentliga initiativtagaren. Särskilt på landsbygden torde det väl vara så, att många människor som komma i kontakt med vanartiga barn och inse ett samhällsingripande vara av nöden dock icke själva önska fungera som »an-

givare» utan i stället under hand vidtala någon annan person eller någon myndighet att formellt svara för anmälan. I främsta rummet sker antagligen hänvändelsen i så fall till polismyndigheten på orten, åtminstone om det rör sig om stölder e. dyl. I andra hand talar man kanske vid prästen eller läraren. Dessa myndigheter och personer skulle på så sätt, särskilt på landsbygden, komma att i statistiken framstå som personligen mer aktiva, än vad som i verkligheten är fallet. I stort sett torde dock tabellen rätt väl avspegla, hur den sociala vakenheten i barnavårdsfrågor är fördelad bland olika personer och socialvårdande organ.

»Huvudleverantörer» av vanartsärenden äro tydligen polismyndigheterna som för landet i dess helhet svara för inemot $\frac{2}{3}$ av samtliga anmälningar. Denna stora andel får givetvis sättas i samband med vad som inledningsvis sades om polisens anmälningsskyldighet i vissa fall. Övriga personer och organ ha ju ofta nog mer moralisk än juridisk plikt att ingripa.

Som anmälare av vanartsfall spelar polisen större roll i städerna än på landet, vilket kan te sig rätt naturligt i betraktande av polisväsendets olika utbyggnad i stad och på land. Anmärkningsvärt är emellertid att polisen oftare uppträder som anmälare i de små och medelstora städerna än i storstäder med över 30 000 invånare (skillnaden uppgår till $5,1 \pm 1,92$ % d. v. s. är statistiskt sannolik). Polisens relativt mindre betydelse som anmälare av vanartsfall i storstäderna synes av tabellens siffror att döma stå i samband särskilt med att andra sociala institutioner då träda mera i förgrunden.

I andra rummet som initiativtagare vid anmälan av vanartsfall komma för riket i dess helhet föräldrar, lärare eller andra privatpersoner (varje sådan grupp svarar för i runt tal 9—10 % av fallen). Föräldrarnas roll synes vara ungefär lika stor på orter av olika typ, medan däremot lärare och andra privatpersoner träda mera i förgrunden som initiativtagare på den rena landsbygden. Beträffande lärarkåren gäller dock att de även i storstäderna relativt ofta anmäla barn till nämnderna. Även barnavårdsmän eller ledamöter av nämnden spela en relativt sett mer framträdande roll inom de mindre tätbefolkade delarna av landet än på andra håll, vilket väl får ses som ett uttryck för att folk på landet känner till varandra bättre än folk i städerna. Den tidigare påpekade faktorn, nämligen att på landet nämndens ledamöter och andra enskilda dra sig för det personliga obehag som kan följa av att anmäla någons barn, torde dock därvidlag verka i motsatt riktning. På det hela taget måste man emellertid säga, att direkt initiativ från barnavårdsnämnden genom någon av dess representanter förekommit relativt sällan.

I än högre grad gäller detta om fattigvårdsstyrelser och nykterhetsnämnder. För landsbygdens del är det visserligen sannolikt, att samma person i många fall varit ledamot både av barnavårdsnämnd och fattigvårdsstyrelse och kanske också nykterhetsnämnd. Genom en sådan »personalunion» kommer tydligen siffran för antalet anmälningar från fattigvårdsstyrelse och nykterhetsnämnd att bli missvisande låg. Sammanställt med ett par tidigare resultat i denna undersökning framstår dock det låga antalet anmälningar från fattigvårdsstyrelser och nykterhetsnämnder som mycket anmärkningsvärt.

Det har nämligen för det första visats, att de vanartiga barnen i ungefär en fjärdedel av fallen komma från familjer som åtnjutit fattigvårdsunderstöd just de år, då vanarten visat sig. Det har också kunnat påvisas, att barnens föräldrar i rätt stor utsträckning varit mer eller mindre alkoholiserade (minst en åttondel av fallen). Nedanstående tablå visar mer åskådligt hur en jämförelse på dessa punkter ter sig när procenttalen ställas i relief mot varandra:

	Antal fall i procent		Antal fall i procent
Anmälan från fattigvårdsstyrelse ..	0·3	Anmälan från nykterhetsnämnd....	1·2
Fattigvårdsunderstöd till familjen ..	23·7	Fadern eller modern (eller båda) begivna på sprit	15·8

Mot bakgrunden av detta framstår talet om »vattentäta skott» mellan de olika socialvårdande organen som icke helt oberättigat. Den erinran som statens fattigvårdsinspektör gjort till fattigvårdsstyrelserna om deras ansvar även för barnens vård, visar sig också ur dessa synpunkter väl befogad. Nykterhetsnämndens insats synes huvudsakligen hänföra sig till de större städerna. Såvitt man kan döma av tabellens siffror och den allmänna erfarenheten från barnavårdsnämnderna i dessa städer, torde för övrigt denna nykterhetsnämndens medverkan huvudsakligen bestått i att man — mer eller mindre rutinmässigt — anmält pojkar som blivit anhållna av polisen för fylleri.

Övriga sociala institutioner synas ha visat någon nämnvärd aktivitet på denna del av barnavårdsfronten endast i de större städerna. Oftast har det därvid rört sig om inrättningar av typen »Unga kvinnors värn» o. dyl., vilka tagit hand om sexuellt vanartiga flickor.

Läkare och präster synas spela en mycket blygsam roll i sammanhanget. Av de insända formulären framgår för övrigt, att de fall som anmälts av läkare mestadels gällt könssjukdomar hos flickor eller dispensärfall inom den öppna tuberkulosvården. Även prästernas medverkan har, där den förekommit, påfallande ofta gällt anmälan av sexuella förseelser hos flickor.

I tabell 24 har för materialet i dess helhet även gjorts en uppdelning på pojkar och flickor, vilken ävenledes erbjuder en del detaljer av intresse. En liknande uppdelning efter kön inom de olika grupperna, städer med över 30 000 invånare, övriga städer, industrikommuner etc., har däremot icke visat något anmärkningsvärt och har därför icke heller medtagits i tabellen.

Som tidigare påpekats har pojkarnas vanart oftast tagit sig formen av stöld eller snatteri, medan flickornas förseelser i regel legat på det sexuella området. Det är därför också naturligt, att polismyndigheten anmält pojkar drygt dubbelt så ofta som flickor. Mot denna bakgrund, nämligen att flickorna oftast blivit föremål för ingripande på grund av sexuell vanart, har man också att se det förhållandet, att föräldrar eller andra privatpersoner samt representanter för barnavårdsnämnder och som sagt även präster betydligt oftare anmält flickor än pojkar. Möjligen får man däri se ett uttryck för den bestörtning som tidiga sexuella handlingar ofta uppväcka hos folk i allmänhet.

Att även läkare oftare anmält flickor får sättas i samband med vad som ovan sagts om anmälan på grund av könssjukdom hos unga flickor. Förklaringsgrunden till att lärarna anmält pojkar och flickor i ungefär lika utsträckning ter sig däremot mer osäker.

Det starkaste intryck man får av tabell 24 är dock att se i hur hög grad barnavårdsnämnderna vid sin behandling av vanartiga barn och asocial ungdom fungerat som ett slags exekutivorgan åt polismyndigheterna och hur dålig kontakten mellan barnavårdsnämnden och andra sociala institutioner tycks ha varit.

Barnavårdsnämndernas åtgärder. — En samlad översikt av hur barnavårdsnämnderna handlat för att söka komma till rätta med vanartsklientelet lämnas i tabell 25.

I det stora flertalet fall — drygt 60 % av samtliga — har nämnden endast beslutat om varning till barnet, med eller utan övervakning. Det synes något anmärkningsvärt, att åtgärden i drygt $\frac{1}{3}$ av fallen endast fått formen av enkel varning utan någon form av eftervård, trots att ju i samtliga fall som beröras av undersökningen utpräglad vanart skall ha varit för handen.

Som den näst vanligaste åtgärden följer intagning på skyddshem (ungefär $\frac{1}{4}$ av samtliga fall). Fosterhemsplacering är relativt ovanlig (8—9 %). I ännu mindre grad ha nämnderna begagnat sig av den rationella behandlingsform, som arbetsanskaffning borde utgöra. Förmedling av anställning åt den missanpassade pojken eller flickan har icke förekommit oftare än i $1\frac{1}{2}$ % av samtliga fall. Även med vederbörligt hänsynstagande till att denna behandlingsform endast lämpar sig för pojkar och flickor över skolåldern måste detta procenttal betecknas som påfallande lågt.

I betraktande av att rätt många av de vanartiga barnen betecknats som sinnesslöa, är det ägnat att något förvåna att så få av dem blivit intagna på sinnesslöanstalt. Proportionen därvidlag framgår av nedanstående tablå.

	Betecknade som sinnesslöa Procent	Intagna på sinnesslöanstalt Procent
Pojkar	1·5	0·1
Flickor	5·9	0·6
Tillhopa	2·6	0·2

Man finner sålunda, att de som sinnesslöa betecknade äro drygt 10 gånger så många som de på sinnesslöanstalt intagna.

I tabell 25 kan man även se, hur ofta de olika åtgärderna vidtagits mot pojkarna och mot flickorna inom vanartsklientelet. Jämförelsen mellan de båda serierna av procental för pojkar respektive flickor visar, att nämnderna i allmänhet vidtagit kraftigare åtgärder mot de vanartiga flickorna än mot samma kategori pojkar. Redan i ett tidigare avsnitt av denna undersökningsredogörelse kunde påpekas att beslut om skyddsuffostran dubbelt så ofta drabbat flickorna som pojkarna i materialet. Tabell 25 visar i konse-

Tabell 25. Åtgärder av barnvårdsnämnd.

Å t g ä r d	Antal fall i procent		
	Pojkar	Flickor	Tillhopa
Varning utan övervakning	43.0	17.6	36.9
» med »	26.6	22.7	25.7
Fosterhem utan övervakning	1.9	1.6	1.9
» med »	2.4	3.0	2.5
Arbetsanskaffning utan övervakning.....	0.3	0.2	0.3
» med »	0.7	2.7	1.2
Barnhem	3.5	5.1	3.9
Skyddshem	19.2	38.5	23.8
Arbetshem.....	0.1	1.2	0.4
Sinnessjukhus	0.1	0.1	0.1
Sinnesslöanstalt	0.1	0.6	0.4
Annan anstalt	0.6	4.9	1.6
Annan åtgärd	0.9	0.9	0.9
Ingen eller obest. uppgift	0.6	0.8	0.6
Summa	100.0	100.0	100.0

kvens därmed, att flickorna dubbelt så ofta som pojkarna skickats till skyddshem. För flickornas del har skyddshemsplacering nämligen förekommit i nära $\frac{2}{5}$ av fallen. Att flickornas vanart i regel taxerats som svårare än pojkarnas framgår också därav, att enkel varning utan övervakning tilldelats pojkarna $2\frac{1}{2}$ gånger så ofta som flickorna.

Frånsett anstaltsplacering och enkel varning ha emellertid de olika åtgärder som barnvårdslagen anvisar begagnats i ungefär lika stor utsträckning i fråga om pojkar som i fråga om flickor.

Förutom de i tabell 25 angivna åtgärderna har aga kommit till användning mot en flicka, som gjort sig skyldig till sexuell vanart. Signifikativt nog för den uppfattning som ännu tycks råda på många håll i landet ha emellertid flera av de följeskrivelser som ibland bifogats de insända formulären innehållit en mestadels amper kritik mot utmönstrandet av agan som lagstadgad korrektionsåtgärd mot vanart från och med den 1 juli 1942. Av någon anledning har det stora flertalet av dessa kritiker utgjorts av präster på ordförandeposter inom barnvårdsnämnderna.

Åtgärder av barnvårdsnämnd inom olika ortstyper. — Eftersom det även torde ha sitt intresse att konstatera vilka åtgärder som företagits av barnvårdsnämnder i samhällen av olika typ, redovisas en sådan särbearbetning av materialet i tabell 26.

Av tabell 26 framgår att anmärkningsvärt nog varning utan åtföljande övervakning varit vanligast i de större städerna och minst vanlig på den rena

Tabell 26. Åtgärder av barnavårdsnämnd inom olika ortstyper.

Åtgärd	Antal fall i procent				
	Städer med över 30 000 inv.	Övriga städer	Industri- och övriga kommuner samt agglomererade kommuner	Jordbruks-, skogs- och blandade kommuner	Hela riket
Varning utan övervakning.....	42.2	37.5	34.6	24.5	36.9
» med »	24.2	26.4	27.0	26.9	25.7
Fosterhem utan övervakning	0.4	2.6	2.8	3.2	1.9
» med »	1.4	2.7	2.9	4.8	2.5
Arbetsanskaffning utan övervakning ..	0.1	0.3	0.5	0.6	0.3
» med » ..	0.4	0.9	2.1	2.5	1.2
Barnhem	3.4	3.3	3.3	7.0	3.9
Skyddshem	23.5	23.5	23.1	25.8	23.8
Arbetshem	0.7	0.1	0.5	0.1	0.4
Sinnessjukhus	0.1	—	0.2	0.1	0.1
Sinnesslöanstalt	0.2	0.2	0.3	0.3	0.2
Annan anstalt	2.5	0.8	0.8	1.5	1.6
Annan åtgärd.....	0.7	1.2	1.1	0.9	0.9
Ingen eller obest. uppgift	0.2	0.5	0.7	1.8	0.6
Summa	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

landsbygden. Som senare skall visas torde detta i någon mån ha sin förklaring i att enkel varning varit standardåtgärden från barnavårdsnämndernas sida vid fall av ungdomsfilleri. Eftersom dessa fall emellertid utgöra ett relativt fåtal kan detta icke utgöra hela förklaringen.

Placering i fosterhem är också en åtgärd som varit vanligare ju mindre tätbebyggd orten varit och följaktligen allra vanligast på rena landsbygden.

Påfallande är att skyddshemsplacering beslutats i så jämn utsträckning av barnavårdsnämnder på orter av olika typ. Barnhem ha däremot anlitas relativt oftare inom kommuner med jordbruk eller skogshantering som huvudnäring. Slutligen förtjänar påpekas att arbetsanskaffning synes vara en betydligt vanligare metod på landsbygden än i städerna. På landet har nämligen sådan åtgärd företagits i sammanlagt 5,7 % av fallen, medan motsvarande procenttal för städernas vidkommande uppgår till endast 1,7 % (differensen utgör $4,0 \pm 0,63$ %).

Åtgärder av barnavårdsnämnd vid olika slag av vanart. — Av tabell 27 kan man bilda sig en allmän uppfattning om hur svårartade de olika vanartsfallen telt sig för barnavårdsnämnderna när det gällt att välja lämplig korrekationsåtgärd. Naturligtvis måste man räkna med att i praktiken icke bara vanartens svårighetsgrad blir bestämmande vid valet av åtgärd utan även en

del andra faktorer såsom föräldrarnas förmåga att själva ta itu med sitt barn och överhuvud den sociala och psykologiska miljö som omgivit barnet.

Som huvudregel för barnavårdspraxis på denna punkt torde dock gälla att en strängare åtgärd mot barnet också motsvaras av en strängare syn på barnet självt från nämndens sida. Det torde också vara ur denna synvinkel som ett studium av tabell 27 blir mest givande.

Tabell 27. Åtgärder av barnavårdsnämnd vid olika slag av vanart.

Vanartstyp	Antal fall		D ä r a v i p r o c e n t									
			Varning		Fosterhem el. arbets- anskaftn.		Anstalt		Övriga åtgärder		Summa	
	poj- kar	flic- kor	poj- kar	flic- kor	poj- kar	flic- kor	poj- kar	flic- kor	poj- kar	flic- kor	poj- kar	flic- kar
Snatteri, stöld.....	2 122	207	74·0	57·8	4·8	6·3	20·1	34·5	1·1	1·4	100·0	100·0
Förskingring, bedrägeri	153	20	52·3	35·0	14·4	15·0	32·0	50·0	1·3	—	100·0	100·0
Sexuell vanart	125	440	66·9	46·2	5·7	7·3	24·2	44·7	3·2	1·8	100·0	100·0
Allmän vanart	548	48	83·2	51·1	2·2	4·2	13·7	44·7	0·9	—	100·0	100·0
Vagabondering o. d. ...	83	55	32·1	29·6	13·6	7·4	50·6	63·0	3·7	—	100·0	100·0
Spritmissbruk	83	12	89·2	75·0	1·2	—	7·2	25·0	2·4	—	100·0	100·0
Sexuell vanart i komb. med annan vanart..	66	227	15·4	16·4	10·8	9·3	67·7	71·7	6·1	2·8	100·0	100·0
Vagabondering o. d. i komb. med annan vanart	172	52	20·4	26·9	8·7	9·6	67·5	63·5	2·4	—	100·0	100·0
Totalt	3 352	1 061	69·6	40·4	5·3	7·5	23·6	50·3	1·5	1·8	100·0	100·0

Tabell 27 visar att barnavårdsnämnderna i regel beslutat om kraftigare åtgärder mot flickor än mot pojkar som hemfallit åt vanart av likartat slag. Intagning på anstalt har exempelvis förekommit dubbelt så ofta i fråga om flickorna som ifråga om pojkarna.

Detta konstaterande är emellertid strängt taget bara en annan sida av ett redan påvisat faktum nämligen att omhändertagande för skyddsuppfostran drabbat flickorna i genomsnitt dubbelt så ofta som pojkarna. Av större intresse i detta sammanhang är att denna tendens att bedöma flickornas vanart som svårare att komma till rätta med är något olika utpräglad vid olika slag av vanart.

Som kriterium på hur allvarligt nämnden sett på saken kan man använda de båda vertikallrader i tabell 27 som innehålla procenttalen för placering på anstalt av pojkar respektive flickor. Anstalt är då i regel liktydigt med skyddshem (se tabell 25).

En sådan jämförelse visar som sagt att anstaltsplacering beträffande alla vanartsgrupper sammantagna är dubbelt så vanlig för flickor som för pojkar. Ungefär samma inbördes fördelning mellan »anstaltsflickor» och »an-

staltspojkar» finns också inom grupperna snatteri—stöld, förskingring—bedrägeri och sexuell vanart. Det anmärkningsvärda är emellertid att denna »könskvot» blir förskjutet inom gruppen vagabondering samt inom de båda grupperna av kombinerad vanart, i sådan riktning att proportionen flickor: pojkar blir ungefär 1:1. Att de kombinerade vanartsformerna bedömas allvarligt ur behandlingssynpunkt förefaller kanske dock rätt rimligt och kan förklara den utjämnade skillnaden mellan de anstalts-destinerade flickorna och pojkarna. Den slappa, håglösa vanartstypen »vagabondering o. d.» intar emellertid även i detta sammanhang en undantagsställning som inte kan tydas på annat sätt än att det här rör sig om en alldeles särskilt svårkorrigerad form av social missanpassning.

Ur tabell 27 kan man i övrigt utläsa en kraftigare spridning av procenttalen i pojkarnas än i flickornas vertikalkolumner. Detta är givetvis endast det siffermässiga uttrycket för att mer skiftande behandlingsformer praktiserats mot pojkarna än mot flickorna, vilket i sin tur förklaras av att vanartsklientelet på pojksidan är mer uppblandat med lätta fall än på flicksidan.

Som en lindrig vanartsform hos pojkar har man tydligen ofta uppfattat spritmissbruk. Barnavårdsnämndernas åtgärder ha nämligen i fråga om denna vanartstyp inskränkt sig till varning i 90 % av fallen (beträffande barnavårdsnämndernas bedömning av spritmissbruk hos flickor är antalet fall — 12 st. — alltför litet för att tillåta några slutsatser). Det vill sålunda synas som om det enligt uppgifter från olika håll tilltagande ungdomsfylleriet icke skulle ha föranlett barnavårdsnämnderna att ta mer allvarligt itu med företeelsen när den presenterat sig i form av enskilda fall.

Tidigare ingripande av barnavårdsnämnd. — För att få en inblick i vilka resurser en barnavårdsnämnd har att ingripa mot vanart och hur dessa resurser utnyttjas har det emellertid sitt intresse att även studera hur vanligt det är att nämnden tidigare ingripit mot samma pojke eller flicka och vad som då åtgjorts i saken.

Tabell 28 åskådliggör närmare hur ofta ingripande tidigare skett vid olika slag av vanart.

I runt tal en tredjedel av de vanartiga barnen och ungdomarna ha sålunda tidigare varit föremål för åtgärd av barnavårdsnämnd. En ytterligare uppdelning av materialet — vilken ej medtagits i tabellen — visar att flickorna något oftare än pojkarna utgöras av av »recidivister» i vanart (36,7 % av flickorna ha tidigare varit föremål för åtgärd mot 31,0 % av pojkarna; skillnaden uppgår till $5,7 \pm 1,7$ %). Detta undersökningsresultat bestyrker ytterligare den tidigare flera gånger framförda tesen att flickorna visserligen mer sällan göra sig skyldiga till vanart men då i gengäld representera ett mer svåraratat vanartsklientel.

I klarhetens intresse kanske det bör särskilt påpekas att tabell 28 givetvis inte tillåter några slutsatser angående återfallstendensen ifråga om de olika slagen vanart. En sådan fråga kan endast utredas om man utgår exempelvis från en grupp vanartiga pojkar som snattat och undersöker hur

Tabell 28. Tidigare ingripande av barnavårdsnämnd.

Den aktuella vanartstypen	Antal fall	D ä r a v i p r o c e n t			
		Tidigare ingripande av barnavårdsnämnd			
		har skett	har ej skett	okänt	Summa
Snatteri, stöld.....	2 329	29·8	66·2	4·0	100·0
Förskingring, bedrägeri	173	41·0	53·8	5·2	100·0
Sexuell vanart	565	28·2	67·3	4·5	100·0
Allmän vanart	596	21·7	74·4	3·9	100·0
Vagabondering o. d.....	138	48·1	46·7	5·2	100·0
Spritmissbruk.....	95	37·9	45·3	16·8	100·0
Sexuell vanart i komb. med annan vanart.....	293	51·9	45·0	3·1	100·0
Vagabondering o. d. i komb. med annan vanart.....	224	54·0	42·0	4·0	100·0
Totalt	4 413	32·4	63·3	4·3	100·0

många av dessa pojkar som åter göra sig skyldiga till vanart. Ur tabell 28 kan man däremot utläsa frekvensen av »recidivister» inom de olika vanartsgrupperna vilket ju är något annat.

Man finner då att de tjuvaktiga pojkar ofta utgöras av »första-gångare» medan de bedragare och förskingare i smått som ingå i detta material i nästan hälften av fallen redan tidigare gjort sig skyldiga till vanart (skillnaden mellan dessa grupper uppgår till $11,2 \pm 3,93$ % d. v. s. är i det närmaste säkerställd). Anmärkningsvärt är också att fylleristerna bland ungdomen i drygt en tredjedel av fallen tidigare fått en prick på sig i vanartshänseende. Det är sålunda möjligt att barnavårdsnämnderna dock icke ägna dessa fall nödig omsorg. Det låga antalet fall i denna grupp — knappt 100 — gör dock alla slutsatser osäkra.

Den åtgärd som barnavårdsnämnden tidigare vidtagit i dessa fall och som visat sig ineffektiv har i över hälften av dessa fall bestått i varning till barnet, vanligen då utan efterföljande övervakning. Placering på barnhem har anmärkningsvärt nog skett relativt ofta (15 % av fallen). I övrigt finner man att nämnderna som regel tillgripit endast lindriga åtgärder och enligt nämndens egen utsago i närmare hundratalet fall för övrigt ingen åtgärd alls.

Medverkan av läkare. — Eftersom det tidigare i denna utredning i olika sammanhang kunnat konstateras att vanartsklientelet har ett starkt inslag av psykiskt defekta eller lynneseegna barn har det sitt stora intresse att se hur ofta medicinsk sakkunskap anlätats för fallens bedömning och även behandling. Förfrågningen i formuläret avsåg inte bara själva det faktum att en läkare rådfrågats utan även formen för läkarens medverkan.

Som väntat visar det sig då att stora olikheter därvidlag föreligga inte bara mellan land och stad utan även mellan städerna inbördes och på landsbygden olika kommuntyper sinsemellan.

För det undersökta vanartsklientelet i dess helhet finner man att läkare anlåtats på ett eller annat sätt i 30 % av fallen. Högsta siffrorna uppnå Stockholm och Göteborg där inemot 60 % av de vanartiga barnen blivit undersökta av läkare. Den lägsta siffran gäller egendomligt nog inte de rena landsbygdskommunerna utan kategorin städer med mindre än 30 000 invånare. »Bottennoteringen» där utgör något över 20 % läkarundersökta av samtliga fall.

Dessa procenttal verka ju vid första påseendet inte särskilt låga, åtminstone inte för landsbygdens del, i betraktande av den dock rätt glesa läkarförsörjningen av stora delar av vårt land.

Detta gynnsamma förstahandsintryck förflyktigas emellertid i viss mån om man närmare tar reda på också formen för läkarens medverkan. Resultatet av en sådan närmare granskning kan utläsas ur nedanstående tabell.

Tabell 29. Medverkan av läkare.

Formen för läkarens medverkan	Anta fall i procent							Summa
	Stockholm	Göteborg	Malmö	Övriga städer över 30 000 inv.	Städer under 30 000 inv.	Industri- o. övr. samt agglomererade kommuner	Jordbruks-, skogs- o. blandade kommuner	
Uppsöktes för att skyddshemsintyg skulle utskrivas	10·4	10·6	20·5	14·7	10·8	15·7	18·8	14·5
Rådgivning i uppfostningsfrågor	44·2	39·5	2·7	6·5	7·0	4·2	2·9	10·6
Skolläkare	0·8	0·7	0·0	3·8	1·4	1·6	1·9	1·7
Undersökning på sinnessjukhus	0·9	0·9	0·5	0·6	1·4	0·3	1·6	1·0
Undersökning på barnsjukhus	0·0	0·3	0·0	0·4	0·4	0·3	0·2	0·3
Annat sätt	2·4	2·6	0·2	1·6	1·8	3·2	5·9	2·6
Läkare ej anlätad	41·3	45·4	76·1	72·4	77·2	74·7	68·7	69·3
Summa	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0

När barnavårdsnämnden vänt sig till läkare har detta tydligen i de flesta fallen gällt barn för vilka man tänkt söka plats på skyddshem. Säkerligen kan man i praktiskt taget alla dessa fall utgå från att nämnden redan tagit ståndpunkt i sak då läkaren anlåtats. Utan att därmed vilja förneka nödvändigheten av en läkarundersökning även i dessa fall måste man konstatera att den medicinska sakkunskapen då mest är att förlikna vid en prövningsinstans sedan domen redan fallit. Eftersom läkarintyg är en obligatorisk bilaga till varje ansökan till skyddshem kan det inte heller uteslutas att förfarings sättet ibland

kan ta sig formen av en oundviklig rutinsak både från nämndens och läka-rens sida.

Den mer kvalificerade läkarhjälp av specialistkaraktär som betecknats som rådgivning i uppfostringsfrågor har i någon nämnvärd utsträckning förekommit endast i de allra största städerna (med Malmö som egenartat undantag). Även om procenttalen genomgående äro låga beträffande rådgivningsverksamheten på övriga orter, bära de dock vittnesbörd om ett behov som åtminstone börjat göra sig gällande även där. Den stora differensen mellan »toppnoteringen» 40 % barnpsykiatriskt undersökta vanartsfall i Stockholm och Göteborg och det 10—12 gånger lägre »bottenvärdet» för landsbygdens del kan också sägas siffermässigt symbolisera en skillnad i tillgång och efterfrågan på sådan läkarhjälp i det praktiska barnavårdsarbetet.

Uppgiftslämnarens egen åsikt om vanartens orsak. — Som sista punkt på det utsända formuläret riktades en direkt fråga till barnavårdsnämndens representant angående dennes personliga uppfattning om huvudorsaken till vanarten hos den pojke eller flicka som skildrats. Avsikten med denna fråga har givetvis inte varit att få fram något material till närmare utforskning.

Tabell 30. Uppgiftslämnarens åsikt om huvudorsaken till vanarten.

O r s a k	Antal	Procent
<i>Psykisk bristfällighet.</i>		
Intellektuell efterblivenhet	126	2·9
Framträdande lynnesegenheter, psykopati o. d.	223	5·0
Sinnessjukdom	22	0·5
Ärftlig belastning för psykisk mindervärdighet	105	2·4
<i>Psykisk bristfällighet samt dålig miljö.</i>		
Intellektuell efterblivenhet samt dåligt hem o. d.	121	2·8
Annan höggradig psykisk defekt samt dåligt hem o. d.	217	5·0
Ärftlig belastning samt dålig miljö	226	5·1
<i>Dålig miljö.</i>		
Slapp fostran i hemmet o. d.	1 288	29·1
Dåliga kamrater o. d.	694	15·7
<i>Allmänna uppgifter.</i>		
Dålig karaktär, »lättledd» o. d.	233	5·3
Yttre frestelser i form av automater, lättillgängliga sötsaker, tobaksbegär o. d.	134	3·0
»Äventyrslystnad», »barnsligt ofog», »ren tillfällighet» o. d. . .	626	14·2
<i>Ingen uppgift</i>	398	9·0
Summa	4 413	100·0

Å andra sidan saknar det emellertid inte heller sitt värde att på detta sätt få åtminstone en summarisk uppfattning om de erfarenheter som de lokala företrädarna för samhällets barnavård runt om i landet ansett sig kunna göra vid sin personliga kontakt med barnen och ungdomarna. Indirekt kan man ju därigenom också få upplysning om de punkter på vilka enligt uppgiftslämnarens åsikt en vanartsprofylax borde sätta in.

Det har också visat sig att uppgiftslämnarna varit mer samstämmiga än man kanske kunnat vänta i sin uppfattning om betydelsen av vissa större grupper av orsaksfaktorer. Vilka dessa huvudgrupper äro illusteras av *tabell 30*.

Tabellen kan i stort sett sägas vara en spegelbild av de åsikter och argument som äro gängse i den allmänna diskussionen om ungdomsvårdsfrågor med det undantaget att psykiska defekter eller egenheter hos de vanartiga barnen framhållits av påfallande många observatörer. I inte mindre än en fjärdedel av fallen har nämligen en utpräglad psykisk bristfaktor, ensam eller i kombination med ogynnsamma miljöomständigheter, ansetts utgöra vanartens egentliga rot och upphov. Tolkar man tabellen som en slags samlad åsiktsyttring från rikets barnavårdsnämnder synes den därför tala för att det finns ett rätt allmänt känt behov av psykisk hälsovård för barn och ungdom som ett led i förebyggandet av vanart och annan social missanpassning.

Anförd litteratur.

- Ahnsjö, Sven* 1941 Delinquency in girls and its prognosis. — Lund.
Aichhorn, A. 1931 Verwahrloste Jugend. — Wien.
Berglund, Allan 1944 Undersökning rörande avgången efter S. F. par. 48 inom Skaraborgs södra inspektionsområde under tiden 1932—1942. — Hjälpsskolan, häfte 1.
Bronner, Augusta 1938 Delinquency and Feeble-mindedness. — Festskrift tillägnad Olof Kinberg, Sthlm.
Burt, Cyril 1941 Den unge brottslingen. — Sthlm.
Centralförbundet för socialt arbete 1941 Ligabrottsligheten. — Sthlm.
 — » — 1942 Ungdomsbrottsligheten. — Social årsbok. Sthlm.
Dahlberg, Gunnar 1937 On the frequency of mental deficiency. — Uppsala Läkarförenings förhandlingar, band XLII
 — » — 1940 Statistical methods for medical and biological students. — London.
Eriksson, Torsten 1939 Brott och samhälle. — Stockholm.
Frey, Torsten 1944 Om vanart hos flickor i Stockholm. — Svenska Läkartidningen (under tryckning).
Fångvårdsstyrelsen 1942 Utredning angående ungdomsbrottsligheten. — Sthlm.
Glueck S. and Glueck E. T. 1933 One thousand juvenile delinquents. — Cambridge, Mass.
Healy, W. and Bronner, Augusta 1928 Delinquents and criminals. Their Making and Unmaking. — New-York 1928
Heizer, Hildegard 1937 Kindheit und Armut. — Leipzig.
Holmstedt, Gustaf 1944 De utomäktenskapliga barnen. — Tidskrift för barnavård och ungdomsskydd, nr 2.
Hyrenius, Hannes 1943 Studier rörande den utomäktenskapliga fruktsamhetens variationer. — Skrifter utgivna av Fahlbeckska stiftelsen nr 28.
Inghe, Gunnar 1941 Mental abnormalities among criminals. — Acta Psych. et Neur. Vol. XXVI.
Inghe-Jonsson 1942 Social conditions and complex of motives of the abortion patients. — Acta Obstetr. et Gyn. scand. Vol. XXII.
Kinberg, Olof 1930 Aktuella kriminalitetsproblem. — Sthlm.
 — » — 1935 Varför bli människor brottsliga. — Sthlm.
 — » — 1942 Den asociala ungdomen. — Tiden, häfte 5.
Kinberg-Inghe-Riemer 1943 Incestproblemet i Sverige. — Sthlm.
Knöös, Helge 1938 Till frågan om ungdomskriminaliteten i Sverige. — Social-Medicinsk Tidskrift, häfte 6.
Lund, David 1918 Über die Ursachen der Jugendasozialität. — Uppsala.
Myrdal, Gunnar 1936 Några metodiska anmärkningar rörande befolkningsfrågans innebörd och vetenskapliga behandling. — Bil. till St. off. utr. 1936: 59.

- Nordal, Gideon* 1935 En medicinsk-psykologisk undersökning av elever vid vissa skyddshem. — Meddelanden från Kungl. Socialdep:s byrå för fattigv. och barnavårdsärenden nr 59.
- Nissen, H.* 1917 Försömta og forbryderske barn i Norge. — Norges off. Statistik VI 99.
- Regnér, Elis* 1943 Vanart bland barn och ungdom. — Social-Medicinsk Tidskrift, häfte 7.
- Socialstyrelsen* Samhällets barnavård, olika årgångar.
- Sterner, Richard* 1936 Levnadsstandarden i svenska familjer. — Bil. till St. off. utr. 1936: 59.
- Thomas-Znanięcki* 1927 The polish peasant in Europe and America. — New-York.
- Trasher, F. H.* 1937 The Gang. — Chicago.

Förekomsten av särpräglade elever i folk- och småskolorna vårterminen 1943 inom Hallands norra och södra inspektionsområden.¹

Frågeformuläret. Undersökningarnas omfattning.

Till samtliga lärare inom Hallands norra och södra inspektionsområden lät ungdomsvårdskommittén i maj månad 1943 genom vederbörande folkskolestyrelser utsända frågeformulären (se s. 263). Varje lärare skulle däri angiva det antal lärjungar i hans avdelning vid slutet av vårterminen 1943, vilka kunde hänföras under var och en av följande rubriker:

1. normalbegåvade barn med egendomligheter ifråga om lynne och uppförande;
2. efterblivna barn med egendomligheter ifråga om lynne och uppförande;
3. efterblivna barn utan framträdande egendomligheter ifråga om lynne och uppförande; samt
4. övriga (normala) barn.

Vidare skulle det antal elever uppgivas, som under läsåret 1942—1943 på grund av vanart varit föremål för åtgärd av något slag från vederbörande barnavårdsnämnds sida.

De under punkterna 1—3 nämnda barnen betecknas i denna redogörelse som *särpräglade barn*.

I anvisningar till formuläret förklarades att under rubrikerna 1 och 2 skulle antecknas sådana barn, som förorsakat »*uppfostningssvårigheter*» på grund av tydligt märkbara egendomligheter ifråga om lynne och uppförande, exempelvis överkänsliga och blödiga eller trotsiga och aggressiva barn, överlevliga orosandar, kamratplågare, ligaledarter, skolkare, snattare, djurplågare, 'lögnhalsar' o. s. v.».

Med efterblivna barn åter skulle förstås »sådana barn som enligt vederbörande lärares uppfattning borde undervisas i hjälpklass eller å sinnesslöanstalt».

Formuläret var uppställt på sådant sätt, att var och en av årsklasserna 1—7 redovisades för sig utom ifråga om barn som varit föremål för åtgärd av barnavårdsnämnd. Skilda uppgifter skulle lämnas för gossar och flickor.

Frågeformulären utsändes genom folkskolestyrelsens ordförande i vederbörande skoldistrikt till samtliga folk- och småskollärare i de båda inspektionsområdena. Hallands södra inspektionsområde omfattar förutom södra Halland även ett antal skoldistrikt i nordvästra Skåne, medan Hallands norra inspektionsområde omfattar norra Halland samt vissa skoldistrikt i angränsande delar av Västergötland.

¹ Undersökningsmaterialet har samlats och bearbetats under ledning av folkskolinspektören A. Hässelberg.

Uppgifter till 1939 års Ungdomsvårdskommitté

beträffande lärjungar i undertecknads läraravdelning vid

..... folkskola i skoldistrikt.

(Uppgifterna avse tiden vid vårterminens slut 1943).

Skoleform:

1. I läraravdelningen fördela sig barnen på följande sätt med avseende på lymne, uppförande och intellektuell utveckling:

	Normalbegåvade barn med egendomligheter ifråga om lymne eller uppförande*		Efterblivna barn med egendomligheter ifråga om lymne eller uppförande		Efterblivna barn utan framträdande egendomligheter ifråga om lymne eller uppförande		Övriga (ferme) barn		Summa
	gossar	flickor	gossar	flickor	gossar	flickor	gossar	flickor	
Klass 1.....									
Klass 2.....									
Klass 3.....									
Klass 4.....									
Klass 5.....									
Klass 6.....									
Klass 7.....									
Summa									

* Med barn behäftade med här angivna egendomligheter avses sådana, som förorsaka uppfostringsvårigheter på grund av tydligt märkbara egendomligheter ifråga om lymne och uppförande, exempelvis överkänsliga och blodiga eller irriteriga och aggressiva barn, övervilliga orosrande, kamradsplågåre, ligalärdaryper, skotare, snattare, djurplågåre, slöghäntars o. s. v.
 ** Med efterblivna barn avses sådana, som enligt lärarens upplämnin borde undervisas i hjälpklass eller smnesstjänststall.

2. Av läraravdelningens barn har under läsåret 1942—1943 följande antal på grund av vanor blivit föremål för åtgärd av något slag från barnavårdsnämndens sida:

Gossar: den / 1943.
 Flickor:
 Summa:
 lärare.
 Adress.
 Telefon.

Hela antalet lärjungar i folk- och småskolan inom de områden, som undersökningen omfattade, uppgick vid slutet av vårterminen 1943, enligt uppgift från statens vederbörande folkskolinspektörer, till 19 418, vilka fördelade sig på följande sätt.

	På landsbygden	I städerna	Summa
Gossar	7 688	2 204	9 892
Flickor	7 371	2 155	9 526
Summa	15 059	4 359	19 418

I de inkomna svaren redovisas sammanlagt 18 707 lärjungar, d. v. s. 96 % av hela antalet. De redovisade lärjungarna fördela sig på följande sätt.

	På landsbygden	I städerna	Summa
Gossar	7 312	2 150	9 462
Flickor	7 195	2 050	9 245
Summa	14 507	4 200	18 707

Andelen redovisade lärjungar av hela antalet framgår av följande tablå.

	På landsbygden	I städerna	Samtliga
Gossar.....	95 %	98 %	96 %
Flickor	98 %	95 %	97 %
Samtliga.....	96 %	96 %	96 %

I det hela äro alltså 4 % oredovisade. Av gossarna äro 5 % oredovisade på landsbygden och av flickorna 5 % i städerna. De oredovisade påverka icke resultatet.

Antalet läraravdelningar i undersökningsområdet uppgick till 914. I de inkomna svaren redovisas 871 avdelningar, d. v. s. 95 % av hela antalet.

Allmän översikt av undersökningarnas resultat.

De inkomna svaren äro sammanförda i följande tabell.

Tabell 1. Barnens fördelning på årsklasser och lynnes- eller begåvningsrubriker.

K l a s s	S ä r p r ä g l a d e b a r n						Normala barn		Summa
	Normal- begåvade med egendomlig- heter		Efterblivna med egendom- ligheter		Efterblivna utan fram- trädande egendomlig- heter		Antal	%	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%			100 %
1.....	33	1·1	22	0·7	77	2·5	2 941	95·7	3 073
2.....	38	1·3	16	0·6	69	2·4	2 712	95·7	2 835
3.....	62	2·0	34	1·1	134	4·3	2 873	92·6	3 103
4.....	57	1·9	21	0·7	115	3·9	2 759	93·5	2 952
5.....	48	1·6	21	0·7	139	4·7	2 765	93·0	2 973
6.....	63	2·2	15	0·5	84	2·9	2 751	94·4	2 913
7.....	21	2·4	6	0·7	24	2·8	807	94·1	858
Samtliga	322	1·7	135	0·7	642	3·4	17 608	94·2	18 707
Därav									
gossar	252	2·7	99	1·0	420	4·4	8 691	91·9	9 462
flickor.....	70	0·8	36	0·4	222	2·4	8 917	96·4	9 245

Sammanlagt 78 barn, därav 68 gossar och 10 flickor, ha under läsåret 1942—1943 på grund av vanart varit föremål för åtgärd från barnavårdsnämnds sida.

Tabell 1 utvisar att 94,2 procent av barnen betecknats som normala och 5,8 procent som särpräglade (8,1 procent av gossarna och 3,6 procent av flickorna).

Av tabellen framgår vidare att av hela antalet, 18 707 redovisade barn, sammanlagt 777, d. v. s. 4,1 procent, uppgivits vara så efterblivna, att de enligt vederbörande lärarens mening borde undervisas i hjälpklass (eller å sinnesslöanstalt). Av dessa barn äro 519 gossar och 258 flickor. Gossarna äro alltså dubbelt så många som flickorna. Sistnämnda förhållande överensstämmer rätt väl med vad som iakttagits å orter, där hjälpklasser finnas. Gossarnas antal i sådana klasser brukar nämligen vara inemot dubbelt så stort som flickornas.

Redan under det första skolåret ha lärarna funnit omkring 3 % av barnen vara så efterblivna, att de borde undervisas i hjälpklass (eller å sinnesslöanstalt). Från och med tredje skolåret inträder en påtaglig ökning av antalet som efterblivna anmälda barn. Detta torde sammanhånga med att de mera omfattande kurserna i folkskolan ställa större krav på barnen än vad fallet i allmänhet har varit i småskolan. Där hjälpklasser ej finnas, bli många av dessa barn kvarsittare och avgå från folkskolan enligt § 48 folkskolestadgan utan att ha genomgått den högsta klassen eller de högsta klasserna. Detta återspeglas i siffrorna på så sätt, att antalet anmälda efterblivna barn är lägre i klasserna 6 och 7 än i de närmast föregående.

Av tabellen framgår vidare att sammanlagt 457 barn, d. v. s. 2,4 %, uppgivits vara behäftade med sådana egendomligheter ifråga om lynne och karaktär, att uppfostringssvårigheter därav uppkommit. Av dessa 457 barn äro 135 samtidigt efterblivna och medräknade i den nyss angivna siffran 777, under det att 322 uppgivits vara normalbegåvade. Bland de efterblivna uppvisa alltså drygt en sjättedel, närmare bestämt 17,4 %, även egendomligheter ifråga om lynne och uppförande, under det att andelen barn med egendomligheter av nämnt slag endast utgör 2,4 % av det totala barnantalet och procenttalet »egendomliga» bland de normalbegåvade barnen är 1,8. Lynnesegendomligheter synas sålunda förekomma ungefär 10 gånger så ofta bland efterblivna barn som bland normalbegåvade. Bland de barn, som befunnits vara behäftade med egendomligheter ifråga om lynne och uppförande, är efterblivenhet mycket vanligare än bland andra barn. Av samtliga redovisade barn med egendomligheter äro sålunda närmare 30 % efterblivna, under det att andelen efterblivna stannar vid drygt 4 % inom hela barnantalet och vid 3,5 % bland de icke »egendomliga» barnen.

De barn, som enligt utredningen på grund av vanart varit föremål för ingripande från barnvårdsnämnds sida, äro till antalet så få, att några säkra slutsatser ifråga om dessa barns karakteristik icke kunna dragas. Dock förtjänar det påpekas, att inga barn från de i undersökningen ingående hjälpklasserna under läsåret 1942—1943 varit föremål för dylikt ingripande. Sistnämnda iakttagelse kan, oavsett materialets omfång, icke åberopas till stöd för ett påstående att utpräglad vanart ej skulle vara vanlig bland efterblivna barn. Hjälpklasseleverna ha nämligen, i motsats mot åtskilliga andra svagt ut-

veklade barn, genom hjälpundervisningen kommit i åtnjutande av en för deras förståndsgåvor väl avpassad pedagogisk behandling, som utgör en synnerligen viktig förutsättning för att de skola på ett tillfredsställande sätt socialt anpassa sig.

Antalet barn med egendomligheter som förorsaka uppfostringssvårigheter motsvarar inalles 2,4 % av samtliga redovisade barn. I de tre första klasserna anmäldes tillhopa 205 barn eller bortåt hälften av hela antalet dylika barn (457). Emellertid är det uppenbart, att många, ja, kanske flertalet av de barn, som nu betecknats som »egendomliga» i klasserna 4—7, skulle ha kunnat anmälas av vederbörande lärare redan tidigare under skolgången. Det förefaller sålunda, som om ett mycket stort antal av de barn det här är fråga om skulle kunna upptäckas redan under de första skolåren, och som om förebyggande åtgärder mot en olycklig utveckling därför skulle kunna vidtagas på ett jämförelsevis tidigt stadium. Under tredje skolåret redovisas en påtaglig ökning av antalet barn som förete uppfostringssvårigheter. Förklaringen härtill är måhända att söka i anpassningssvårigheter vid övergången från småskolan till folkskolan. För normalbegåvade barn uppvisa sjätte och sjunde klasserna det relativt högsta antalet barn med uppfostrings-svårigheter. Detta torde väl sammanhånga med att barnen i den åldern befinna sig i pubertetskrisen.

Enligt vad utredningen visar överväga gossarna i mycket hög grad bland de lynnesegendomliga barnen. Proportionen mellan gossar och flickor är ungefär 3:1. Bland de normalt begåvade med lynnesegendomligheter äro gossarna $3\frac{1}{2}$ gånger så många som flickorna, bland de efterblivna med dylika egendomligheter åter inte fullt 3 gånger så många.

Resultatet med hänsyn till landsbygd och städer.

Då det kan vara av intresse att se, huruvida det finns några olikheter beträffande förekomsten av särpräglade barn i landsbygdens skolor jämfört med städernas, ha de från landsbygdsskolorna inkomna uppgifterna sammanförts i *tabell 2* och uppgifterna från städernas skolor i *tabell 3*.

Inom undersökningsområdet finnas följande städer, nämligen Halmstad (28 928), Varberg (10 923), Falkenberg (6 947), Ängelholm (6 075), Laholm (2 660), Kungsbacka (2 328). Invånarantalet den $\frac{1}{1}$ 1943 är angivet inom parentes.

Beträffande det totala barnantalet i skolorna bör observeras att i städerna en betydande avgång från folkskolan kan konstateras först och främst från fjärde klassen men också, ehuru i mindre utsträckning, från sjätte klassen. Det är uppenbarligen övergången till 5-årig respektive 4-årig realskola som förorsakar detta. Ifråga om landsbygden åter minskas barnantalet i sjunde klassen ned till föga mer än en sjättedel av antalet i närmast föregående årsklasser. Anledningen härtill är givetvis i någon mån vissa lärjungars övergång till 4-årig realskola men framförallt det förhållandet, att folkskolan på landsbygden inom det område det här gäller i de flesta fall fortfarande är allenast 6-årig.

Tabell 2. Barnens fördelning på årsklasser och lynnes- eller begåvningsrubriker, landsbygden.

K l a s s	S ä r p r ä g l a d e b a r n						Normala barn		Summa
	Normal- begåvade med egendomlig- heter		Efterblivna med egendom- ligheter		Efterblivna utan fram- trädande egendomlig- heter				
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	100 %
1.....	23	1·0	18	0·8	58	2·5	2 217	95·7	2 316
2.....	26	1·2	10	0·5	50	2·3	2 072	96·0	2 158
3.....	36	1·5	27	1·1	108	4·6	2 191	92·8	2 362
4.....	49	2·2	17	0·7	90	4·0	2 114	93·1	2 270
5.....	37	1·5	19	0·8	123	4·9	2 326	92·8	2 505
6.....	49	2·0	12	0·5	70	2·9	2 311	94·6	2 442
7.....	10	2·2	2	0·4	6	1·3	436	96·1	454
Samtliga	230	1·6	105	0·7	505	3·5	13 667	94·2	14 507
Därav									
gossar	185	2·5	79	1·1	340	4·6	6 708	91·8	7 312
flickor	45	0·6	26	0·4	165	2·3	6 959	96·7	7 195

Sammanlagt 41 barn, därav 35 gossar och 6 flickor, ha varit föremål för åtgärd från barnavårdsnämnds sida.

Tabell 3. Barnens fördelning på årsklasser och lynnes- eller begåvningsrubriker, städerna.

K l a s s	S ä r p r ä g l a d e b a r n						Normala barn		Summa
	Normal- begåvade med egendomlig- heter		Efterblivna med egendom- ligheter		Efterblivna utan fram- trädande egendomlig- heter				
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	100 %
1.....	10	1·3	4	0·5	19	2·5	724	95·7	757
2.....	12	1·8	6	0·9	19	2·8	640	94·5	677
3.....	26	3·5	7	0·9	26	3·5	682	92·1	741
4.....	8	1·2	4	0·6	25	3·7	645	94·5	682
5.....	11	2·4	2	0·4	16	3·4	439	93·8	468
6.....	14	3·0	3	0·6	14	3·0	440	93·4	471
7.....	11	2·7	4	1·0	18	4·5	371	91·8	404
Samtliga	92	2·2	30	0·7	137	3·3	3 941	93·8	4 200
Därav									
gossar	67	3·1	20	0·9	80	3·7	1 983	92·3	2 150
flickor	25	1·2	10	0·5	57	2·8	1 958	95·5	2 050

Sammanlagt 37 barn, 33 gossar och 4 flickor, ha varit föremål för åtgärd från barnavårdsnämnds sida.

Av siffrorna i tabellerna 2 och 3 framgår att några större olikheter mellan städer och landsbygd beträffande förekomsten av särpräglade barn icke kan påvisas i det föreliggande materialet. Anmärkas bör emellertid att någon storstad icke förekommer i undersökningen och att åtminstone ett par av de där förekommande städerna äro mycket små och föga olika tätorter av annat slag å den egentliga landsbygden. För gossarnas del kan inom samtliga tre grupper en något större övervikt i förhållande till flickorna konstateras på landsbygden än i städerna. Sistnämnda förhållande gäller dock icke ifråga om de barn, som varit föremål för barnavårdsnämnds ingripande.

Av samtliga barn utgör andelen normalbegåvade barn med egendomligheter 2,2 % i städerna mot 1,6 % på landsbygden. Den procentuella andelen normalbegåvade flickor med egendomligheter är i städerna omkring dubbelt så stor som på landsbygden. För gossarnas del redovisas en relativt obetydlig procentuell övervikt i städerna i förhållande till på landsbygden. Den förut påpekade ökningen av antalet egendomliga men i övrigt normalt begåvade barn i tredje klass samt i de högsta klasserna är särskilt påtaglig i städerna. För fjärde klassen förete siffrorna en svårförklarlig oregelbundenhet.

Beträffande de efterblivna barnen förekommer i landsbygdsskolorna en viss anhopning i klasserna 3—5, inte minst i klass 5. Den antagliga förklaringen härtill har redan antytts; där hjälpklass ej finnes, bli sådana barn naturligt nog ofta kvarsittare och lämna ej sällan skolan enligt § 48 folkskolestadgan i näst högsta klassen, som här i regel är femte klass.

I städerna däremot, där hjälpklasser finnas, passera även de efterblivna barnen i regel genom skolans alla klasser. De äro t. o. m. talrikast i högsta klassen. Förklaringen härtill är lätt att finna. Dessa barn gå alla kvar i folkskolan, under det att ett stort antal väl begåvade barn på ifrågavarande åldersstadium övergått till högre skolor, och de efterblivna bli härigenom procentuellt talrikare i sin årsklass än de annars skulle ha varit.

Det relativa antalet barn, som varit föremål för åtgärd från barnavårdsnämnds sida, är som synes tre gånger så stort i städerna som på landsbygden (0,88 resp. 0,28 %). Förklaringen härtill är antagligen att söka dels däri att frestelsestillfällena för barnen ofta äro flera och mera påträngande i städerna än på landet, dels också i den omständigheten att barnavårdsnämnderna i städerna i regel torde arbeta mera effektivt än på landet.

Förekomsten av särpräglade barn i olika läraravdelningar.

Genom undersökningarna har också utrönts huru de särpräglade barnen fördela sig på olika läraravdelningar med hänsyn till antalet i varje avdelning anmälda barn. Resultatet redovisas i *tabell 4*.

På första raden i tabell 4 redovisas de läraravdelningar, beträffande vilka vederbörande lärare uppgivit att inga vare sig efterblivna eller på angivet

Tabell 4. Barnens fördelning efter antalet anmälda barn i olika läraravdelningar.

Antalet av varje lärare anmälda barn med egendomligheter eller efterblivenhet	Antalet läraravdelningar	Antalet normalbegåvade barn med egendomligheter	Antalet efterblivna barn med egendomligheter	Antalet efterblivna barn utan egendomligheter	Totala antalet barn inom varje grupp av läraravdelningar	Antalet barn, som varit föremål för åtgärd från barnavårdsnämnd	
						Antal	Promille
0	415	—	—	—	8 003	17	2.1
1	199	50	25	124	4 341	16	3.7
2	109	72	18	128	2 570	12	4.7
3	66	58	24	116	1 594	10	6.3
4	34	49	16	71	892	8	9.0
5	17	24	13	48	508	11	21.7
6—7.....	17	40	9	64	505	4	7.9
8 el. flera	8	29	19	27	219	—	—
Hjälpklasserna	6	—	11	64	75	—	—
Samtliga	871	322	135	642	18 707	78	4.2

sätt egendomliga barn förekomma. Därefter följa uppgifter om det antal avdelningar, från vilka ett upp till åtta eller flera barn anmälts antingen som endast egendomligt eller som egendomligt och efterblivet eller ock som endast efterblivet. Hjälpklasserna redovisas i en grupp för sig.

Den största gruppen är som synes den från vilken inga vare sig efterblivna eller egendomliga barn blivit anmälda. Den företrädes av 415 läraravdelningar med sammanlagt 8 003 barn. Därefter vanligast är det att en och samme lärare har hänfört 1, 2 eller 3 barn under någon av de tre huvudrubrikerna i frågeformuläret. 34 lärare ha var för sig anmält 4 barn, 17 lärare var för sig 5 barn samt likaledes 17 lärare 6 eller 7 barn. Bortsett från hjälpklasserna har återstoden av det inkomna materialet sammanförts i en enda grupp, omfattande lärare som anmält 8 barn eller flera. Denna grupp omfattar 8 läraravdelningar med 219 lärjungar. Sistnämnda lärjungegrupp representerar dock endast 1,2% av det totala barnantalet och 6,8% av samtliga som efterblivna eller egendomliga anmälda barn.

Då det även kan vara av intresse att se hur antalet »barnavårdsfall» fördela sig mellan de olika grupperna i tabell 4, har jämväl detta förhållande undersökts och resultatet införts längst till höger i tabellen. Det visar sig, att det relativa antalet dylika fall, bortsett från de båda sista grupperna, är lägst (2 på 1 000 lärjungar) inom den grupp, där läraren ej anmält några egendomliga eller efterblivna barn. Antalet stiger sedan undan för undan upp till 21,7 promille i den grupp, där varje lärare anmält 5 barn.

Man torde kunna utgå ifrån, att de lärare, som anmält ett påfallande stort antal särpräglade barn, i så måtto missuppfattat direktiven för undersökningen, att de till grupperna 1, 2 och 3 i frågeformuläret även hänfört barn med jämförelsevis ringa efterblivenhet eller obetydliga egendomligheter ifråga om lynne och uppförande. Detta antagande bestyrkes av den omständig-

heten, att verkliga barnavårdsfall helt saknas eller äro relativt fåtaliga inom de läraravdelningar från vilka påfallande många barn anmälts. Det kunde å ena sidan måhända ligga nära till hands att vid bearbetningen av materialet helt bortse från dessa jämförelsevis fåtaliga svar. Å andra sidan har man emellertid anledning förmoda, att det bland den stora grupp av lärare, som icke haft några barn alls att hänföra till grupperna 1, 2 eller 3, även finnas sådana som missuppfattat anvisningarna i motsatt riktning. Genom att man räknar med samtliga svar, komma de båda nämnda missuppfattningarna av anvisningarna att i viss mån utjämna varandra.

Sammanfattning.

1. Undersökningen omfattar 18 707 lärjungar tillhörande klasserna 1—7 i folk- och småskolan eller praktiskt taget 96 % av de 19 418 lärjungarna i de ifrågavarande inspektionsområdena.

2. 457 barn, 2,4 %, uppgivas förete uppfostringssvårigheter på grund av tydligt märkbara egendomligheter ifråga om lynne och uppförande.

3. 777 barn, 4,1 %, ha befunnits vara så efterblivna, att de enligt vederbörande lärares mening borde undervisas i hjälpklass (eller å sinnesslöanstalt).

4. Av de som egendomliga ifråga om lynne och uppförande betecknade 457 barnen äro 135, ca 30 %, även efterblivna mot 4,1 % efterblivna av hela barnantalet och 3,5 % efterblivna av de icke egendomliga barnen.

5. De 135 egendomliga barn, som samtidigt äro efterblivna, utgöra 17,4 % av samtliga efterblivna barn. Av det totala barnantalet utgöra däremot de som egendomliga betecknade barnen blott 2,4 %, och bland de normalbegåvade barnen uppgå de egendomliga endast till 1,8 %.

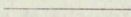
6. De särpräglade barnen representera sammanlagt 5,8 % av hela barnantalet (8,1 % gossar och 3,6 % flickor). Bland såväl de efterblivna som de såsom egendomliga betecknade barnen äro gossarna i stor majoritet. Proportionerna äro ungefär 2:1 respektive 3:1. Beträffande barn, som på grund av vanart varit föremål för åtgärd från barnavårdsnämndernas sida, kan konstateras att gossarna äro nära sju gånger så många som flickorna.

7. Det antal särpräglade barn, som läraren *redan under barnens tre första skolår* ser sig i stånd att utpeka, *utgör inemot hälften av samtliga dylika i skolan anmälda barn*. Vidare är det uppenbart, att många av de särpräglade barn som nu anmälts från högre klasser skulle kunnat utpekas redan tidigare. Dessa förhållanden äro av synnerligen stor betydelse, då det gäller frågan om att på ett tidigt stadium kunna vidtaga åtgärder i syfte att förebygga en olycklig utveckling hos barnen.

8. Det relativa antalet barn, som på grund av vanart varit föremål för åtgärd från barnavårdsnämnds sida, är ungefär tre gånger så stort i städerna som på landsbygden.

9. I städerna är antalet normalbegåvade barn, som förete egendomligheter ifråga om lynne och uppförande, något större än på landsbygden. Särskilt är detta fallet under tredje skolåret.

10. Mot det föreliggande undersökningsmaterialet kan den anmärkningen göras, att ett stort antal lärare icke anmält något barn vare sig som egendomligt eller som efterblivet, under det att ett mindre antal lärare anmält påfallande många sådana barn. Dessa båda grupper ha emellertid ansetts i viss mån kompensera varandra.



[The following text is extremely faint and illegible, appearing to be bleed-through from the reverse side of the page.]

Till Herr Statsrådet och Chefen för Ecklesiastikdepartementet.

Krigs- och kristider äro särskilt påfrestande för barn och ungdom såväl fysiskt som psykiskt. Detta förhållande tar sig inte endast uttryck i stegrad ungdomsbrottslighet. Det gör överhuvud uppfostringsarbetet svårare. Det är därför glädjande, att man märker ett ökat intresse för uppfostringsfrågor bland både föräldrar och yrkespedagoger. Vi äro likväl övertygade om att det finns en stor rådvillhet bland föräldrar men också bland lärare, barnavårdsnämnder och andra, som ha med särpräglade barn eller ungdomar att göra.

Barnavårdslagen förutsätter att barnavårdsnämnderna skola ha möjligheter att ge dessa barn undersökning genom psykiatriskt skolade. En sådan möjlighet sakna de i regel. I de större städerna ha dock barnavårdsnämnder, som få befattning med de mer påtagliga fallen av rubbning i barnens normala utveckling, kunnat skaffa sig möjlighet att anlita psykiatriska rådgivare. I några län ha barnavårdsförbund och skolmyndigheter gemensamt vissa tider ordnat sådan rådgivning, som länets skolor också kunnat få anlita.

Vi tro att tiden just nu är inne att planlägga i stort för att allmänt utvidga denna verksamhet till alla de organ, som äro i behov av den, liksom att organisera utbildning av skolpsykologer för större skolor samt av psykologer för viss uppfostringsrådgivning vid barnavårdcentralerna i samband med dessas förutsatta utvidgning att omfatta även åldrarna 2—7 år.

Socialdemokratiska kvinnoförbundets styrelse vill vidare framföra som sin uppfattning, att mer omfattande kunskaper i barnpsykologi än flertalet nu verksamma pedagoger äga, vore önskvärda. Alla som i ledarställning ha med grupper av barn eller ungdom att göra borde få fullständigare psykologisk utbildning. Detta gäller såväl lärare och ungdomsledare som läkare och vårdpersonal. Många psykiska rubbningar skulle i tid kunna upptäckas och hjälpas och föräldrar kunna få vägledning om så vore fallet. Detta är ett sedan länge känt behov, som nu måste sägas ha mognat till reform.

Vi hemställa därför att Kungl. Maj:t genom direktiv till redan arbetande utredningar eller genom tillsättande av en särskild utredning tar under övervägande att bereda ökade möjligheter till psykologisk utbildning för i pedagogisk och barnavårdande verksamhet arbetande, att möjliggöra en psykiatrisk rådgivning för barn som äro i behov därav, centralt inom varje län, samt att möjliggöra anställandet av psykologisk-pedagogiska konsulenter vid skolor och andra uppfostrande eller barnavårdande organ.

Stockholm den 7 april 1943.

SVERIGES SOCIALDEMOKRATISKA KVINNOFÖRBUND.

DISA VÄSTBERG.

Ordförande.

Svenska Läkarsällskapets sektion för psykiatri och neurologi har vid sammanträde den 29 april 1942 beslutat göra följande uttalande i den pågående diskussionen om åtgärder mot ungdomsasocialiteten.

Såväl in- som utländska undersökningar visa, att den asociala ungdomen i stor utsträckning företer brister i sin psykiska utrustning. Den betydelsefullaste av dessa brister är den intellektuella utvecklingsrubbningsen. Undersökningar visa, att hos ett normalmaterial av barn och ungdom ligger huvudmassan inom intelligenskvoterna 95—105, medan däremot huvudmassan av den asociala ungdomen ligger mellan intelligenskvoterna 65—85. Detta innebär, att de asociala huvudsakligen tillhöra de debila och de lätt imbecilla. Förutom de intellektuellt utvecklingshämmande återfinner man bland den asociala ungdomen en annan stor grupp, nämligen psykopaterna, karakteriserade av rubbningar inom känslö-, vilje- och driftliv. Dessa båda former av psykisk abnormitet förekomma även kombinerade och medföra då ofta svåra former av asocialitet.

Huvudvikten vid lösandet av den asociala ungdomens problem måste läggas på förebyggande åtgärder.

Den intellektuella utvecklingsrubbningsen gör sig tidigt gällande och är relativt exakt bestämbar, varför den även tidigt kan bli föremål för profylaktiska åtgärder. Hithörande problem hänga intimt samman med att hjälpklassfrågan löses på ett tillfredsställande sätt och att skolplikt införes för bildbara sinnesslöa. Härigenom skulle en tidig differentiering framtvingas och de debila och sinnesslöa, som löpa den största risken av att misslyckas i livet, kunde tidigt bli föremål för stödåtgärder.

Den andra huvudformen av psykisk abnormitet, psykopatin, är svårare att exakt avgränsa mot normalpsykologiska tillstånd. Svårartade psykopater visa dock tidigt en uttalad brist på anpassningsförmåga. Det är därför mycket viktigt, att de individer, som på ett eller annat sätt under barndomen förete tecken på felanpassning, bli föremål för undersökning och lämpliga åtgärder från samhällets sida.

Då man ej kan förutsätta, att lärare och andra uppfostrare äro i stånd att bedöma behovet av särundervisning och överhuvud taget de åtgärder, som motiveras av barnens kroppsliga och själsliga defekter, är det nödvändigt, att skolorna ha tillgång till barnpsykiatrisk expertis. En form för denna, som med framgång prövats bl. a. i Stockholm, är s. k. rådgivningsbyråer för uppfostringsfrågor med tillgång till barnpsykiatriskt skolade läkare och socialarbetare.

Sektionen föreslår, att som en första åtgärd i varje län inrättas en sådan institution, som har till uppgift att i barnpsykiatriska spörsmål vara rådgivare åt barnavårdsnämnder, skolor och enskilda. Enligt sektionens åsikt kan den planerade hjälpklassorganisationen ej på ett ändamålsenligt sätt genomföras utan en sådan barnpsykiatrisk rådgivningsverksamhet. Genom en sådan anordning kan man även få till stånd en registrering av de psykiskt defekta, vilket är en nödvändig förutsättning, för att samhällets lagar rörande dessa skola kunna tillämpas. En organisation av denna art skulle utgöra en parallell till tuberkulosvårdens dispensärverksamhet.

Sektionen vill dessutom starkt understryka vikten av att de lärare, som skola tjänstgöra i hjälpklasser och därmed besläktade former av abnormvård, erhålla utbildning i barnpsykologi, mentalhygien och läkepedagogik. Som ett önskemål måste vidare sättas en fördjupad undervisning för alla blivande lärare rörande svårfostrade barn liksom ökad upplysningsverksamhet bland föräldrar.

Vad hjälpklassorganisationen beträffar, måste den enligt sektionens mening även inrymma en eftervård med möjligheter till yrkesutbildning, platsanskaffning och andra former av stödverksamhet.

Genom förebyggande åtgärder och en tidig medicinsk-psykologisk behandling torde utan tvivel en stor del av detta med biologiska brister utrustade klientel kunna inpassas i samhället. Det är emellertid ofrånkomligt, att det för en del av klientelet krävs olika former av anstaltsvård. Samhällets möjligheter att omhändertaga de asociala äro för närvarande splittrade på en mångfald under skilda myndigheter sorterande anstalter. Dessa myndigheter arbeta dessutom oberoende av varandra. För det klientel, det här gäller, har samhället till sitt förfogande huvudsakligen två vårdformer nämligen sinnesslövard och skyddshemsvård. Dessutom utgår statsanslag till några genom privat initiativ tillkomna psykopatnem.

I fråga om sinnesslövarden och skyddshemsvården föreligger för närvarande en betydande inkongruens mellan vårdformernas art och beskaffenheten av det klientel, de äro avsedda att betjäna.

Sinnesslövardens uppgift är begränsad till de i egentlig mening sinnesslöa, d. v. s. de obildbara och de lägre stående imbecilla. Den yrkesutbildning, som här meddelas, är också med rätta mera inriktad på att tillvarataga den lilla arbetskapacitet, som ett anstaltsklientel av denna art besitter, än att bereda för det fria arbetslivet.

Skyddshemmen med sin kvalificerade yrkesutbildning äro i allmänhet avsedda för någorlunda normalbegåvade. För ungdomen över skolåldern finnes sålunda inom skyddshemsvården endast ett hem för pojkar och två för flickor, vilka i intelligensavseende stå på hjälpklassnivå.

Av det sagda framgår, att vårdmöjligheter i huvudsak förefinnas för de normalbegåvade och för de djupt imbecilla, under det att de äro i hög grad otillräckliga för den största gruppen av asocial ungdom, de debila och lätt imbecilla samt för psykopaterna.

Visserligen ha vi ett par statliga uppfostringsanstalter för sinnesslöa, men dessa äro avsedda för ett lågt stående klientel och bidra ej till att lösa de debilas problem.

Här kräves en radikal omorganisation av anstaltsväsendet, så att även de debila och högre stående imbecilla, d. v. s. de kategorier, som kunna ha möjlighet att en gång inpassas i det fria samhällslivet, också finge komma i åtnjutande av lämpliga vårdformer och för dem avpassad yrkesundervisning. Detsamma gäller även psykopaterna.

Men ett nödvändigt komplement till all anstaltsvård, som siktar till att skicka ut ett bräckligt klientel i samhället, är en effekiv eftervård, som kan ingripa stödjande och korrigerande, där anpassningen slår slint. Beträffande det psykiskt defekta klientel, som här avses, må särskilt betonas det förhållandet, att de psykopatiska faktorerna betinga ej blott en till sin art bristfällig utan även en till sitt tempo förändrad utveckling, som med rätta svarar mot den beteckning, »efterblivenhet», som ofta brukas. Denna försening av utvecklingen innebär, att personlighetens mognad här sker långsammare än normalt. Denna ungdom måste därför betraktas som yngre än levnadsåldern anger och är i behov av ledning och övervakning långt utöver den ålder, vid vilken man normalt kan räkna med samhällelig mognad, säkerligen upp emot 25-årsåldern. Detta gäller de intellektuellt normala psykopaterna ej mindre än de debila.

För denna eftervård, som måste omfatta yrkesutbildning, fritidssysselsättning m. fl. sociala förhållanden samt socialmedicinska ingripanden, skulle de här föreslagna rådgivningsbyråerna bli av stort värde.

För det klientel, som efter anstaltsvistelsens slut alltjämt är i behov av vård, äro de nuvarande placeringsmöjligheterna också starkt begränsade. Även här är det bäst sörjt för de lägst stående och de svårast asociala, som kunna omhändertagas på arbetshem för sinnesslöa resp. statens sjukhus för asociala imbecilla. För sådana kategorier av debila däremot, som på grund av psykopatiska drag ej kunna åter-

inpassas i samhället, saknas alldeles lämpliga vårdformer (anstalter, familjevård etc.), där deras under föregående anstaltsvistelse förvärvade utbildning kunde komma till sin rätt. Detta klientel måste för närvarande trots sin bristande anpassningsförmåga i stor utsträckning skickas ut i livet.

Ett omorganiserat anstaltsväsende skulle i det hänseendet fylla en lucka i samhällets ungdomsvård.

Sammanfattningsvis vill sektionen på grund av vad ovan sagts föreslå:

- 1) Införande av hjälpklassorganisation i hela landet jämte en till denna anknu-
ten eftervård.
- 2) Specialutbildning för hjälpklasslärare och andra inom abnormvården syssel-
satta personer samt vidgad mentalhygienisk orientering för lärare i allmänhet.
- 3) Obligatorisk skolplikt för bildbara sinnesslöa.
- 4) Inrättande av en eller flera rådgivningsbyråer för uppfostringsfrågor inom
varje län.
- 5) Omorganisation och samordnande av det splittrade anstaltsväsendet samt ut-
byggandet av en effektiv eftervård.

Å sektionens vägnar:

SVEN STENBERG.

Ordf.

Gunnar Wretblad.

Sekr.

Till Ungdomsvårdskommittén, Stockholm.

Vid Riksförbundets för sexuell upplysning studieledarekurs i sexualkunskap den 20 juni—3 juli 1943 å Jakobsbergs folkhögskola antogs bl. a. bifogade resolution, som härmed översändes till Ungdomsvårdskommittén. I kursen deltog ett 40-tal lärare och lärarinnor.

Stockholm den 10 juli 1943.

Riksförbundet för sexuell upplysning

ELISE OTTESEN-JENSEN.

K. Forslund.

Resolution antagen vid Riksförbundets för sexuell upplysning studieledarekurs i sexualkunskap å Jakobsbergs folkhögskola 20 juni—3 juli 1943.

I sitt handhavande av psykologiskt särartade elever är läraren hämmad inte bara av sin otillräckliga utbildning i psykologi utan också i de flesta fall av omöjligheten att konsultera specialutbildad personal. Den i utlandet införda institutionen med rådgivande skolpsykologer eller skolpsykiatriker synes oss därför vara värd att pröva även i Sverige. Det skulle betyda en oerhörd lättnad i vårt arbete, om man åtminstone i medelstora och större städer med deras omnejd finge möjlighet att konsultera en psykologiskt sakkunnig, som skulle kunna ägna sig åt besvärliga fall. Den mentalhygieniska betydelsen av en sådan kår av specialister skulle säkert rättfärdiga kostnaderna i rikt mått.

Till Ungdomsvårdskommittén.

I anslutning till tidigare telefonsamtal med kommitténs sekreterare, assessor Hector, får Ericastiftelsen härmed hemställa, att Ungdomsvårdskommittén ville upptaga frågan om officiellt bedömande av meritvärdet av genomgången utbildning vid Ericastiftelsens Läkepedagogiska Seminarium, samt får därvid anföra följande.

Ericastiftelsens elevförening D. E. S. (Diplomerade Ericastiftelsen) gjorde 1941 en undersökning angående hur diplomets uppskattats som meritvärde vid sökande av tjänster. Resultatet av denna undersökning framgår av bil. 1 (utdrag ur cirkulärskrivelse till medlemmarna i D. E. S.).

Senare ingångna meddelanden från eleverna ge vid handen, att icke så få erhållit specialtjänster, och ämna vi nu härifrån göra förnyad undersökning av de diplomerades nuvarande anställningar.

Såväl från Stiftelsen som från D. E. S. ha framställningar gjorts till Kungl. Skolöverstyrelsen om ett uttalande till stöd för de perifera myndigheterna vid bedömandet av diplomets meritvärde, varvid svarats, att svårigheter förelåge för sådant uttalande, emedan detta skulle komma att föregripa skolutredningen. I samband med ett överklagat befordringsärende har emellertid Skolöverstyrelsen gjort ett uttalande. Tyvärr gick Kungl. Maj:ts beslut emot Skolöverstyrelsens utlåtande (se bil. 2 ur elevföreningens medlemsblad, s. 9—12).

Emellertid är ju frågan icke ens då det gäller folkskollärarna en intern skolfråga. Statens inspektör för fattigvård och barnavård, byråchefen Ali Berggren, har i sin P. M. till Skolöverstyrelsens utredning ang. Ericastiftelsens verksamhet och betydelse ur pedagogisk och social synpunkt 1941 framhållit som »ett starkt önskemål» ur den sociala barnavårdens synpunkt att »i så många orter som möjligt i vårt land bli placerade lärare, barnavårdsfunktionärer och andra med specialutbildning i psykisk hälsovård. Den hälsovård, som härvid åsyftas, består i kunskap och förmåga att göra observationer samt att genom bestämda ingrepp och uppfostringsmetoder påverka onormala barns känslo- och viljeliv samt handlande. Det är just målet för utbildningen vid Ericastiftelsens Läkepedagogiska Seminarium».

Under återopande av vad som sålunda anförts får Ericastiftelsen hemställa, att Ungdomsvårdskommittén i samband med blivande förslag till åtgärder för en mera allmän och effektiv psykisk hälsokontroll och rådgivning även ville beakta, att de från Ericastiftelsens seminarium utexaminerade medgivas rätt att räkna diplomeringen såsom en merit, till vilken skall tagas hänsyn vid tjänstetillsättningar och befordringar.

Stockholm den april 1943.

För Ericastiftelsen

KARL J. HÖJER.

Ordförande.

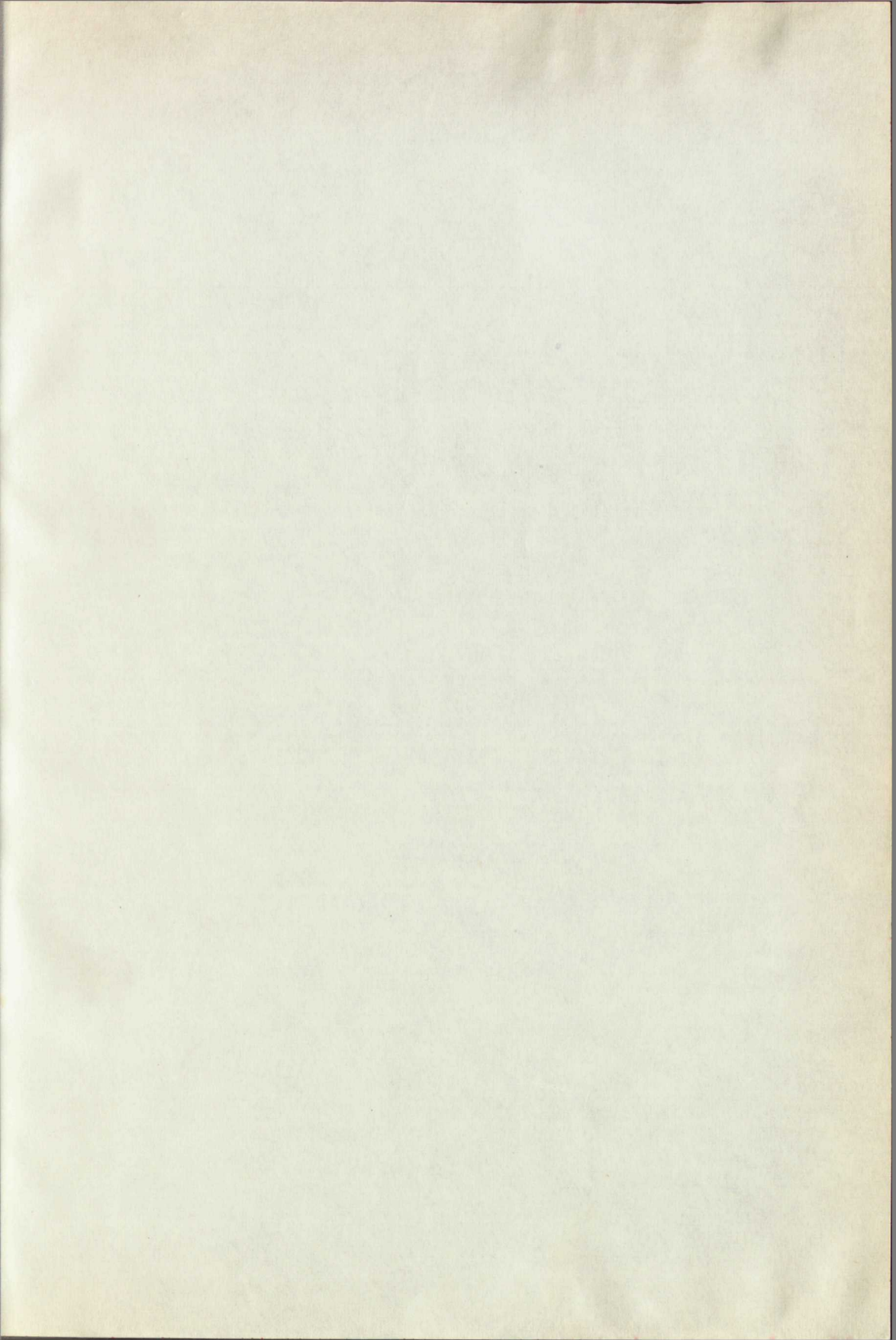
Gunnar Nycander.

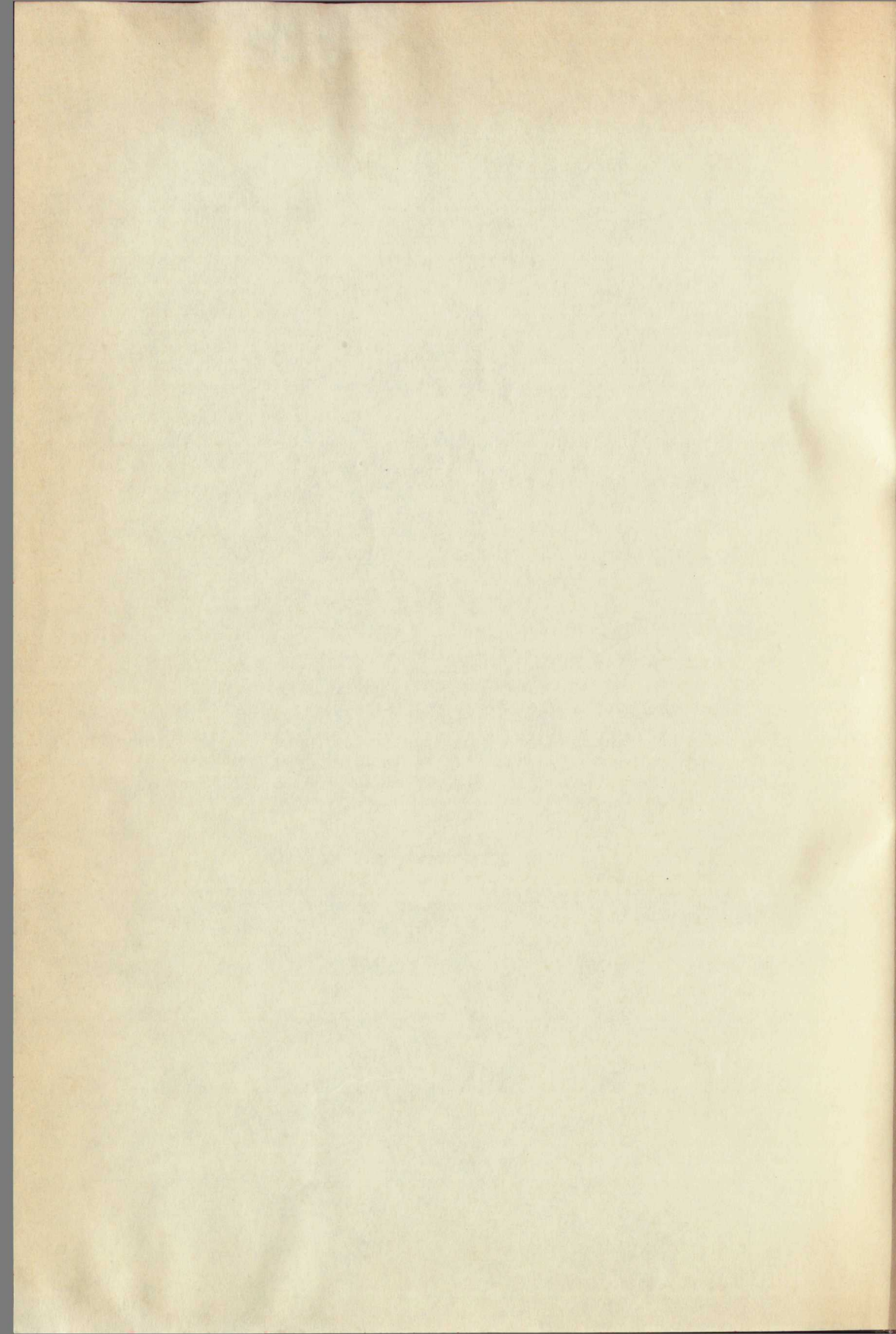
Ericastiftelsens föreståndare.

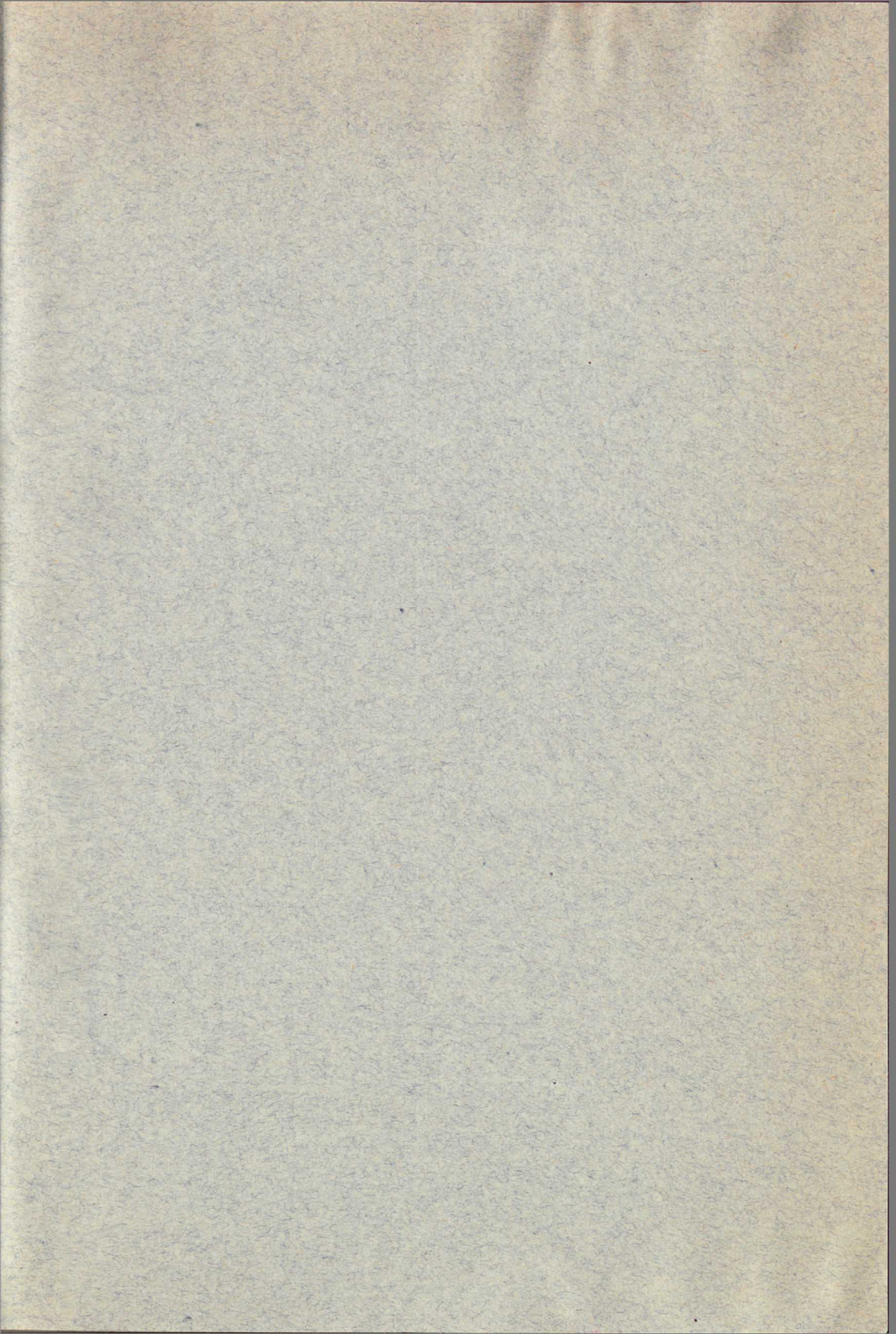
Anne-Marie Odstedt.

Seminariets rektor.

(Bilagorna till skrivelsen ej avtryckta i betänkandet.)







Statens offentliga utredningar 1944

Systematisk förteckning

(Siffrorna inom klammer beteckna utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen).

Allmän lagstiftning. Rättsskipning. Fångvärd.

Processlagberedningens förslag till lag om införande av nya rättegångsbalken m. m. 1. Lagtext. [9] 2. Motiv m. m. [10]

Betänkande med förslag rörande revision av lagstiftningen om kvinnas behörighet att innehava statstjänst och annat allmänt uppdrag. [24]

Statsförfattning. Allmän statsförvaltning.

Betänkande med förslag ang. revision av riksdagens arbetsformer. [8]

Kommunalförvaltning.

Promemoria med förslag till lag med bestämmelser om allmänna behörighetsvillkor för vissa kommunala uppdrag m. m. [4]

Statens och kommunernas finansväsen.

Politi.

Betänkande ang. nykterhetstillståndet under krigsåren. [3]

Nationalekonomi och socialpolitik.

Utredningar ang. ekonomisk efterkrigsplanering. 1. [7] 2. [12] 3. [13] 4. [14] 5. [25]

Statsmakterna och folkhushållningen under den till följd av stormaktskriget 1939 inträdda krisen. Del 4. Tiden juli 1942—juni 1943. [11]

Socialvårdskommitténs betänkande. 7. Utredningar och förslag ang. lag om allmän sjukförsäkring. [15]

8. Kostnadsberäkningar ang. lag om allmän sjukförsäkring. [16]

Befolkningspolitik i utlandet. [26]

Hälso- och sjukvård.

1941 års reumatikervårdssakkunnigas betänkande. Del 2. Utredning och förslag rörande behovet av och formen för statligt understöd till utbyggande inom landets sjukvårdsväsen av efterbehandling och konvalescentvård. [28]

Ungdomsvårdskommitténs betänkande 1 med utredning och förslag ang. psykisk barna- och ungdomsvård. [30]

Allmänt näringsväsen.

Betänkande med utredning och förslag ang. rätten till vissa uppfinningar m. m. [27]

Fast egendom. Jordbruk med binäringar.

Jordbruksbefolkningens levnadskostnader. [1]

Betänkande med förslag till byordningar och instruktioner för ordningsmännen i lappbyarna. [6]

Vattenväsen. Skogsbruk. Bergsbruk.

Industri.

Handel och sjöfart.

Kommunikationsväsen.

Betänkande med förslag till vägtrafikstadga m. m. [18]

Bank-, kredit- och penningväsen.

Försäkringsväsen.

Kyrkoväsen. Undervisningsväsen. Andlig odling i övrigt.

Betänkande med förslag till åtgärder för främjandet av litteraturtjänsten inom de tekniska fackområdena. [17] Om inrättande av ett samhällsvetenskapligt forskningsråd. [19]

1940 års skolutrednings betänkanden och utredningar. 1. Skolan i samhällets tjänst. [20] 2. Sambandet mellan folkskola och högre skola. [21] 3. Utredning och förslag ang. vidgade möjligheter till högre undervisning för landsbygdens ungdom. [22] Bilaga 3. Förhandlingarna vid sammanträde den 15—den 17 juni 1943 med 1940 års skolutrednings rådgivande nämnd. [23]

Socialutbildningssakkunniga. 1. Utredning och förslag rörande den högre socialpolitiska och kommunala utbildningen. [29]

Ungdomsvårdskommitténs betänkande 2 med utredning och förslag ang. stöd åt ungdomens föreningsliv. [31]

Försvarsväsen.

Betänkande med förslag ang. långtjänstunderbefäl m. m. [2]

Betänkande med förslag till civilförsvarslag m. m. [5]

Utrikes ärenden. Internationell rätt.