National Library
of Sweden

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2012

Ex. 1A

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1955:52

Inrikesdepartementet

EPILEPTIKERVÅRDEN

FÖRSLAG AV

MEDICINALSTYRELSENS DELEGATION

FÖR EPILEPTIKERVÅRDEN

Stockholm 1955

Statens offentliga utredningar 1955

Kronologisk förteckning

1. Lag om jordbrukskasserörelsen m. m. Kihlström. 160 s. **Jo.**
2. Stöd åt den mindre och medelstora skeppsfarten. Idun. 280 s. **H.**
3 o. 4. Nordska post- och teletaxor. Idun. 37 s. **U.**
5. Prissättningen på jordbruksprodukter. Bilaga 1. Marcus. 91 s. **Jo.**
6. Vattenvården. Hæggström. 133 s. **Jo.**
7. Det mindre jordbrukets möjligheter att uppnå bättre lönsamhet. Berlingska Boktryckeriet, Lund. 402 s. **Jo.**
8. Tvätt. Kihlström. 368 s. **S.**
9. Frågan om statsinlösen av stamaktierna i LKAB. Marcus. 81 s. **Fi.**
10. Vidlyftiga rättegångar. Norstedt. 72 s. **Ju.**
11. Psykologisk utbildning och forskning. Idun. 324 s. **E.**
12. Rationalisering av sjukhusdriften. Kihlström. 283 s. **I.**
13. Utlandstransaktionerna och den svenska ekonomin. Av B. Metelius. Idun. 245 s. **Fi.**
14. Yrkesskolornas handelsundervisning m. m. Marcus. 489 s. **E.**
15. Detaljdistributörerna samt deras råkraftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Kopparbergs och Gävleborgs län. Kihlström. 47 s. **K.**
16. Pris och prestation i handeln. Idun. 478 s. **H.**
17. Sekretessen vid förundersökning i brottmål. Kihlström 92 s. **I.**
18. Undersökningar rörande små avloppsreningsanläggningar. Victor Petterson. 105 s. **I.**
19. Administrativt rättsskydd. Kihlström. 104 s. **Ju.**
20. Det döva barnets språk- och talutveckling. Idun. 88 s., 2 pl **E.**
21. Tekniska skolutbildningen. Idun. 592 s. **E.**
22. Detaljdistributörerna samt deras råkraftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Västernorrlands, Jämtlands och Västerbottens län. Kihlström. 60 s. **K.**
23. Busslinjeutredningen. 2. Betänkande rörande översyn av vissa bestämmelser i 1940 års förordning angående yrkesmässig automobiltrafik m. m. jämte förslag till lag angående företag, som driva yrkesmässig trafik med omnibus. Kataog och Tidskriftstryck. 142 s. **K.**
24. Ny bagerilag. Arbetstidsutredningens betänkande. 6. Beckman. 98 s. **S.**
25. Finanspolitikens ekonomiska teori. Av B. Hansen. Almqvist & Wiksell, Uppsala. 403 s. **Fi.**
26. Flygfotogrammetrisk verksamhet. Gummesson. 216 s., 5 kartor. **Jo.**
27. Förslag til ny förordning om erkända arbetslöshetskassor m. m. Norstedt. 264 s. **S.**
28. Samlingslokaler. Beckman. 190 s., 14 s. pl. **S.**
29. Samhället och barnfamiljerna. Idun. 294 s. **S.**
30. Tjänstebostäder. Idun. 266 s. **C.**
31. Skolväsendets lokala och regionala ledning samt lärartillsättningen. Kihlström. 582 s., 3 kartor. **E.**
32. Allmän pensionsförsäkring. Norstedt. VIII, 476 s. **H.**
33. Nordiska vägtrafikbestämmelser m. m. Idun. 155 s., 3 s. pl. **U.**
34. Arbetskraftsbehovet inom offentlig verksamhet. Idun. 266 s. **S.**
35. Hyresregleringens avveckling m. m. Gummesson. 165 s. **Ju.**
36. Lag angående jordfästning och gravsättning m. m. Idun. 32 s. **Ju.**
37. Utredningshem. Beckman. 126 s. **S.**
38. Tobakshandelsregleringen. Katalog och Tidskriftstryck. 194 s. **Fi.**
39. Statsstöd för samlingslokaler. Idun. 128 s. **S.**
40. Räjongplanens fullföljande. Kihlström. 112 s. **Ju.**
41. Arbetarskyddsstyrelsen och yrkesinspektionen. Kihlström. 172 s. **S.**
42. Luftfartslag. Norstedt. 238 s. **Ju.**
43. Om riksbankens sedelutgivningsrätt och därmed sammanhängande penningpolitiska frågor. Idun. 160 s. **Fi.**
44. Betänkande med förslag till läkemedelsförordning. Victor Petterson. 496 s. **I.**
45. Konkurrens och priser. Marcus. 219 s. **H.**
46. Besittningsskydd för hyresgäst. Idun. 21 s. **Ju.**
47. Kyrkomötets grundlagsenliga befogenheter m. m. Kihlström. 322 s. **E.**
48. Nya skatteskalor. Idun. 130 s. **Fi.**
49. Värme- och sanitetsbranschen. Av P. Holm. Victor Petterson. 344 s. **S.**
50. Justitieombudsmannainstitutionen m. m. Beckman. 147 s. **Ju.**
51. Ändrad taxeringsorganisation. Idun. 323 s. **Fi.**
52. Epileptikervården. Idun. 176 s. **I.**

Anm. Om särskild tryckort ej angives, är tryckorten Stockholm. Bokstäverna med fetstil utgöra begynnelsebokstäverna till det departement, under vilket utredningen avgivits, t. ex. **E.** = ecklesiastikdepartementet, **Jo.** = jordbruksdepartementet.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1955:52
Inrikesdepartementet

EPILEPTIKERVÅRDEN

Förslag av
Medicinalstyrelsens delegation
för epileptikervården

IDUNS TRYCKERIAKTIEBOLAG ESSELTE AB
STOCKHOLM 1955

Innehåll

Missivskrivelse 5

Första avdelningen Inledning

1 kap. *Uppdraget, dess bakgrund och hur det utförts* 7
1946 års sinnesslövårdsutredning 7
Remissyttrandena 8
Direktiven 10
Hur vi gått till väga 11

2 kap. *Huvuddragen av organisationen* 13
Den centrala ledningen och tillsynen 13
Anstalterna 18
Ekonomiska förhållanden 29
Den öppna vården 37
Vård utanför epileptikeranstalterna 41

3 kap. *Några andra föreskrifter* 42

Andra avdelningen Utredning

4 kap. *Epilepsien förr och nu* av professor Nils Antoni 48

5 kap. *Intelligensundersökning på anstaltsepileptiker* 85

6 kap. *Platsbehovet inom epileptikervårdorganisationen* 93
Totalantalet 94
Platsbehovet 96

7 kap. *Notiser angående epileptikervården i olika länder* av direktor Thorsten Levenstam 103
Danmark 103
England 105
Frankrike 109
Nederländerna 110
Norge 111
Schweiz 112
Tyskland 116

Tredje avdelningen Principförslag

8 kap. *Riktlinjer för epileptikervårdens reformering* 118

Fjärde avdelningen Detaljutformning

9 kap. *Allmänt om epileptikervården* ... 122
Terminologi och formella föreskrifter ... 123
Anstaltsorganisationens ram ... 124
Differentieringsfrågan ... 125
Den medicinska verksamheten ... 126
Öppen vård ... 129
Utbildningen av vårdpersonal ... 130

10 kap. *Den diagnostiska verksamheten i fältet och på högsta plan* ... 132
Remissförfarandet ... 132
Förslaget till lag om ändring i sjukhuslagen ... 133
Verksamheten vid klinikerna ... 137

11 kap. *Epileptikeranstalternas utformning och ekonomi* ... 139
Plan för utbyggnaden och upprustningen ... 139
Anstalternas ekonomi ... 146
Övergångsanordningar m. m. ... 147

12 kap. *Sammanfattning och kostnadsberäkningar* ... 153
Särskilda yttranden ... 158

Bilagor

1. Epileptikerfrekvensen hos värnpliktiga. Av förste aktuarien Lars Widén ... 164
2. Utkast till Kungl. Medicinalstyrelsens cirkulär till samtliga läkare i riket angående remiss av fall med epilepsi till de neurologiska klinikerna ... 172
3. Förslag till Lag angående ändrad lydelse av 1 § lagen den 20 december 1940 (nr 1044) om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus ... 173
4. Förslag till 1 § i Kungl. Maj:ts stadga för statens epilepsisjukhus ... 174

Till Kungl. Medicinalstyrelsen

Medicinalstyrelsens delegation för epileptikervården får härmed vördsamt överlämna sitt betänkande rörande epileptikervården.

Samtidigt får vi överlämna anslagsäskanden för epileptikervården för budgetåret 1956/57, vilka dock inte befordrats till trycket.

Därmed har vi slutfört vårt uppdrag.

Stockholm den 12 december 1955.

Erik Annell

Nils Antoni *Torsten Arnéus*

Ruben Almqvist *Ivar Dahlgren* *Thorsten Levenstam*

FÖRSTA AVDELNINGEN

Inledning

1 kap. Uppdraget, dess bakgrund och hur det utförts

1946 års sinnesslövårdsutredning

I sitt betänkande den 22 december 1948 om sinnesslövården (SOU 1949: 11) lade 1946 års sinnesslövårdsutredning i ett särskilt avsnitt fram förslag till organisation och statsbidragsbestämmelser för epileptikervården. Avsnittet inleds med en historik över epileptikervården i vårt land, till vilken vi hänvisar. Därefter redogör utredningen för anstaltsorganisationen och platsbehovet. Vi återkommer till anstalterna i 2 kapitlet och till platsbehovet i 6 kapitlet.

Enligt sinnesslövårdsutredningen skall staten vara huvudman för epileptikervården och ansvarig för att den byggs ut så, att de nuvarande bristerna avhjälps. De kliniska undersökningsavdelningarna vid Vilhelmsro och Stora Sköndal bör upprustas för att kunna genomföra en fullständig klinisk genomgång av fallen. Slutna avdelningar på omkring 30 vårdplatser bör anordnas för normalbegåvade eller måttligt efterblivna epileptiker med endast intermittenta orosutbrott eller omtöckningstillstånd. En sådan avdelning anses erforderlig för vartdera könet. De provisoriska förskoleavdelningarna vid Vilhelmsro och Margarethahemmet bör utbyggas med 20—25 platser för att såväl normalbegåvade som efterblivna epileptiska barn under skolåldern skall kunna få den vård de behöver. Vuxna, manliga patienter bör inte lämpligen vårdas på samma anstalter som barn och vuxna kvinnor. Det saknas anledning att inrätta ett flertal anstalter med klinisk undersökningsavdelning, förskola, skolhem, arbetshem och sluten vårdavdelning. Det föreslås därför, att två dylika fullt utrustade anstalter skall inrättas, den ena avsedd för barn och vuxna kvinnor, den andra för vuxna män. De bör fungera som centralanstalter för hela landet och till dem bör alla anmälningar om intagning inom epileptikervården ske. Centralanstalterna bör — i förekommande fall efter klinisk utredning — fördela patienterna mellan egna avdelningar och de fristående enskilda epileptikeranstalterna, som beräknas tillsvidare fortsätta sin verksamhet. De enskilda anstalterna bör närmare knytas an till de statliga anstalterna och underkastas viss kontroll därifrån.

Vilhelmsro bör rustas upp och byggas ut till centralanstalt. Den andra statliga centralanstalten måste enligt sinnesslövårdsutredningen nyinrättas,

men något förslag om var denna anstalt skulle anordnas anser sig utredningen inte kunna avge. Familjevård och försöksutskrivning bör förekomma i analogi med förhållandet vid anstalterna för psykiskt efterblivna. Sinnesslöa fallandesjuka bör i fråga om inskrivning, utskrivning m. m. vara underkastade motsvarande bestämmelser som psykiskt efterblivna i övrigt. För intellektuellt fullmåliga och för svårskötta sinnesslöa fallandesjuka bör även i tillämpliga delar samma bestämmelser gälla som för patienter intagna vid den statliga sinnessjukvården.

Tillsynen över epileptikeranstalterna skall medicinalstyrelsen ha liksom enligt nuvarande ordning, och skolorna skall liksom för närvarande stå under skolöverstyrelsens ledning.

Vården vid epileptikeranstalterna föreslås bli kostnadsfri för den enskilde. Den del av vårdavgifterna vid kommunala och enskilda anstalter, som inte kan täckas av folkpensioner och barnbidrag, bör gottgöras av staten. Enär vårdavgifterna sålunda delvis skall bäras av staten och alltså egentligen skall utgöra ett statsbidrag, bör avgifternas storlek inte längre beslutas endast av den centrala tillsynsmyndigheten utan underställas riksdagens prövning.

Sinnesslövårdsutredningen ansåg, att epileptikerna bör komma i åtnjutande av samma övervakande åtgärder under väntetiden och under utackordering och försöksutskrivning som de psykiskt efterblivna. Vid de enskilda och kommunala anstalter, som inte ligger i närheten av någon av de statliga epileptikeranstalterna, bör tillsynen tillsvidare överlåtas på vederbörande styrelse för vård och undervisning av psykiskt efterblivna i respektive landsting. Styrelserna bör alltså uppbära de bidrag härför, som stadgats beträffande de psykiskt efterblivna.

Lönebidraget till föreståndare och lärare vid skolhem och därmed samorganiserade arbetshem bör täcka hela lönekostnaden. Statsbidragen till anläggningskostnader bör i varje särskilt fall underställas riksdagens prövning.

Remissyttrandena

Över 1946 års sinnesslövårdsutrednings förslag avgavs yttrande av följande myndigheter och sammanslutningar, nämligen justitiekanslersämbetet, socialstyrelsen, pensionsstyrelsen, statskontoret, skolöverstyrelsen — som tillika överlämnade yttranden från fem av statens folkskolinspektörer — överstyrelsen för yrkesutbildning, medicinalstyrelsen, socialvårdskommittén, sakkunniga för fria sjukhusvården, 1941 års lärarlönesakkunniga, 1948 års sinnesslövårdssakkunniga, samtliga läns landstings förvaltningsutskott utom Kalmar och Gotlands läns, stadsfullmäktige i samtliga städer utanför landsting, svenska landstingsförbundet, svenska stadsförbundet, svenska socialvårdsförbundet, svenska läkaresällskapet, svenska provin-

sialläkarföreningen, svenska psykiatriska föreningen, allmänna svenska föreningen för vården av sinnesslöa och fallandesjuka, föreningen för sinnesslöa barns vård (numera föreningen Sävstaholmsskolorna), de enskilda sinnesslöanstalternas förening, svenska särskolornas lärarförening av svenska fackläraförbundet, svenska diakonsällskapet samt sinnesslöskolornas föreståndarförening av svenska fackläraförbundet.

De flesta remissinstanserna gick inte in på förslagen rörande epileptikervården. De hade skjutit bort sitt krut på det betydligt större och mera genomarbetade avsnittet om de psykiskt efterblivna. Skolöverstyrelsen fann den föreslagna organisationen av epileptikervården ändamålsenlig och tillstyrkte sinnesslövårdsutredningens förslag. Även svenska läkaresällskapet tillstyrkte förslagen och framhöll vikten av vetenskaplig forskning. Sällskapet uttalade att över hela den civiliserade världen för närvarande pågår ett intensivt arbete rörande epilepsien och dess problem och att även vårt land bör göra sin insats i detta arbete, som redan givit praktiskt betydelsefulla resultat.

Medicinalstyrelsen anförde följande.

I en andra del av betänkandet behandlar utredningen epileptikervården och föreslår en ny organisation för denna i helt statlig regi. Med anledning av utredningens förslag rörande epileptikervårdens ordnande vill medicinalstyrelsen framhålla, att styrelsen för epileptikeranstalten vid Stora Sköndal under hösten 1948 och våren 1949 för medicinalstyrelsen framlagt vissa planer och i samråd med styrelsen uppgjort ritningar avseende en nybyggnad vid anstalten. Frågan om statsbidrag till denna nybyggnad liksom till andra för närvarande aktuella ombyggnader vid flera enskilda epileptikeranstalter har kommit styrelsen att taga problemet om den framtida epileptikervårdens organisation under omprövning. Därvid har övervägts lämpligheten av att uppföra en epileptikerklinik på Karolinska sjukhusets område i nära anslutning till de neurologiska, neurokirurgiska och psykiatriska avdelningarna därstädes. Därest en sådan klinik skulle komma till stånd, torde detta kunna öva inflytande på den framtida epileptikervårdens utformning. Medicinalstyrelsen har därvid varit inne på tanken att statens anstalt för fallandesjuka skulle kunna bli en specialanstalt för epileptiska barn och ungdomar med huvuduppgift att genom skolundervisning och yrkesutbildning under fullgod medicinsk behandling skapa bättre möjligheter för en anpassning av dessa sjuka till normalt samhällsliv. Under förutsättning att en sådan barn- och ungdomsanstalt jämte en central epileptikerklinik kunde bilda kärnan i landets epileptikervård synes det styrelsen kunna ifrågasättas, huruvida man bör eftersträva ett helt förstatligande av nu befintliga privata epileptikeranstalter och huruvida man inte med fördel kunde stanna vid att sörja för en bättre medicinsk vård under ökat statligt inflytande på alltjämt privatägda anstalter, till vilka då skulle hänvisas uteslutande kroniskt klientel i vuxen ålder.

Medicinalstyrelsen kan därför i nuvarande läge icke ansluta sig till utredningens förslag rörande epileptikervårdens framtida organisation utan vill i stället hemställa, att denna fråga göres till föremål för särskild utredning.

Styrelsen för Svenska diakonsällskapet ifrågasatte, om det inte skulle även ur statlig synpunkt vara förmånligt att en utbyggd och moderniserad epileptikeranstalt å Stora Sköndal finge utgöra den andra av sinnes-

slövårdsutredningen föreslagna centralanstalten för epileptikervård i landet. Därutöver underströk styrelsen utredningens förslag att platsbidraget skulle beräknas för varje godkänd plats och inte såsom då för varje belagd plats. Styrelsen fann det angeläget, att det av sinnesslövårdsutredningen föreslagna lönebidraget till föreståndare och lärare vid skolhem och därmed samorganiserade arbetshem finge utgå även till föreståndare vid sådana arbetshem, som inte är förenade med skolhem.

Direktiven

I brev till medicinalstyrelsen den 30 juni 1954 erinrade Kungl. Maj:t, att 1946 års sinnesslövårdsutredning i sitt betänkande SOU 1949: 11, del II, framlagt förslag till bland annat organisation av vården av epileptiker samt att betänkandet remissbehandlats. Vidare erinrade Kungl. Maj:t, att byggnadsstyrelsen i samråd med medicinalstyrelsen i skrivelse den 20 oktober 1952 avgivit förslag rörande ombyggnad av statens anstalt för fallandesjuka.

Brevet fortsätter:

Kungl. Maj:t finner, att såväl betänkandet i berörda del som byggnadsstyrelsens förslag böra överarbetas. Med hänsyn till att ny organisation av sinnesslövården och nya statsbidragsgrunder för denna vårdgren beslutats, bör i samband härmed en översyn av statsbidragsbestämmelserna rörande epileptikervården komma till stånd inom sådan tid, att förslag härutinnan kan underställas 1955 års riksdag. Vidare bör frågan om huvudmannaskapet för epileptikervården omprövas. Därvid bör övervägas en lämplig uppdelning av ansvaret mellan staten och landstingen. En tänkbar sådan uppdelning är att statens ansvar för epileptikervården — i förhållande till utredningens förslag — begränsas till att avse avdelningar för undervisning och yrkesutbildning samt för sluten vård eventuellt även anordnande och drift av kliniska undersökningsavdelningar medan landstingen svara för vården i övrigt. Då den nuvarande tillgången på vårdplatser för epileptiker synes i stort sett motsvara behovet, torde någon utökning av platsantalet ej erfordras. Det bör därför undersökas, huruvida icke denna vårdorganisation bör kunna uppbyggas på de nuvarande, till största delen enskilda anstalterna. Särskild uppmärksamhet bör ägnas åt behovet av en bättre differentiering av patienterna samt åt de spörsmål, som äga samband med öppen vård av olika slag.

Förslaget till ombyggnad av statens anstalt för fallandesjuka bör överarbetas så att anstaltens utformning kommer att svara mot de uppgifter den skall fylla i den blivande vårdorganisationen.

Kungl. Maj:t uppdrager åt medicinalstyrelsen att verkställa den ifrågavarande utredningen om epileptikervården och därmed sammanhängande spörsmål. Styrelsen skall härvid i mån av behov äga samråda med särskilda experter utanför styrelsen.

Kungl. Maj:t bemyndigar chefen för inrikesdepartementet att för sådant samråd tillkalla högst tre experter.

Genom beslut den 27 augusti 1954 uppdrog medicinalstyrelsen åt byråchefen E. Annell, inspektören för epileptikervården T. Arnéus och professorn N. Antoni att enligt nyssnämnda kungl. brev verkställa utredning av i

brevet angivna frågor, varjämte Annell förordnades att leda delegationens arbete. Chefen för inrikesdepartementet tillkallade genom beslut den 3 september 1954 överläkaren vid statens anstalt för fallandesjuka R. Almqvist, förbundsdirektören hos svenska landstingsförbundet I. Dahlgren och direktorn vid svenska diakonanstalten å Stora Sköndal Th. Levenstam att såsom särskilda experter biträda vid utredningen.

Hur vi gått till väga

Vi har antagit benämningen *medicinalstyrelsens delegation för epileptikervården.*

Experterna har givits ställning såsom ledamöter.

Den grundläggande redogörelsen — betecknad som 4 kapitlet — för den epileptiska sjukdomen har författats av professor Nils Antoni.

Den i 5 kapitlet redovisade intelligensundersökningen av epileptiker har utförts av fil. kand. Björn Gustafson och fil. stud. Reine Hansson.

Redovisningen av intensivundersökningen över förekomsten av epilepsi inom ett begränsat område, intagen i 6 kapitlet, har liksom själva undersökningen utförts av experten hos delegationen, överläkaren R. Almqvist.

En hösten 1954 under hand gjord framställning, att medicinalstyrelsen skulle utverka Kungl. Maj:ts medgivande för oss att företaga en studieresa till länder med god epileptikervård förklarade sig styrelsen inte kunna bifalla. Experten hos delegationen, direktor Th. Levenstam, har därför utarbetat de Notiser angående epileptikervården i olika länder, som finns intagna som 7 kapitlet. För redogörelserna i detta kapitel svarar alltså Levenstam.

Förste aktuarien hos centrala värnpliktsbyrån L. A. Widén har utarbetat den som bilaga 1 intagna redogörelsen för epileptikerfrekvensen hos värnpliktiga.

Under arbetets gång har vi i särskilda frågor samrått med befattningshavare inom socialstyrelsen, riksförsäkringsanstalten, arbetsmarknadsstyrelsen, skolöverstyrelsen och överstyrelsen för yrkesutbildning. Vi har också samrått med professorerna i nervsjukdomar E. K. H. Kugelberg vid Karolinska mediko-kirurgiska institutet samt i neurologi K. G. W. Wohlfart vid universitetet i Lund och T. Broman vid universitetet i Göteborg.

Vi har vidare besökt alla epileptikeranstalter i landet och står i tacksamhetsskuld till föreståndare, läkare och andra befattningshavare samt styrelseledamöter vid dessa anstalter för insiktsfulla erfarenheter, som de givit oss del av vid diskussionerna.

Vi har den 15 november 1954 till medicinalstyrelsen avgivit förslag till provisoriska föreskrifter för epileptikervården för budgetåret 1955/56 samt till anslag för ändamålet för samma budgetår (jfr prop. 94/1955) och har

därutöver efter remiss yttrat oss till styrelsen i ett antal ärenden av varierande räckvidd och omfattning.

Samtidigt med detta betänkande överlämnar vi anslagsäskanden beträffande epileptikervården för budgetåret 1956/57.

Särskilda yttranden har avgivits av professor Antoni och byråchefen Annell samt experterna förbundsdirektör Dahlgren och direktor Levenstam.

2 kap. Huvuddragen av organisationen

Om den centrala tillsynen och ledningen

Enligt kungörelsen den 30 juni 1952 (nr 552) med bestämmelser om den centrala tillsynen över vissa anstalter skall för varje statlig eller statsunderstödd anstalt för fallandesjuka finnas en huvudtillsynsmyndighet. Denna myndighet har, i den mån ej annat är stadgat, tillsyn över anstalten i dess helhet och vården i allmänhet där.

I kungörelsen stadgas att medicinalstyrelsen skall vara huvudtillsynsmyndighet för anstalter för fallandesjuka (epileptikeranstalter). Skolavdelningar samt — därest chefen för inrikesdepartementet därom förordnat — arbetshemsavdelningar skall i pedagogiskt hänseende stå under skolöverstyrelsens tillsyn. Sådant förordnande har dock inte meddelats av inrikesministern. Den delade tillsynen innebär på *medicinalstyrelsesidan* i huvudsak följande.

Enligt instruktionen för inspektören för sinnesslövården den 20 juni 1941 (nr 513; jfr 440/1947 och 553/1952) åligger det denna inspektör, såvitt angår fallandesjuka, att i den mån medicinalstyrelsen skall vara huvudtillsynsmyndighet närmast under styrelsen ha tillsyn över dessa anstalter. För ändamålet har inspektören att företa erforderliga inspektioner. Verksamhet, som står under inspektörens tillsyn, skall inspekteras, när någon vid inspektion eller annat tillfälle hos inspektören gör anmärkning mot vården eller eljest anledning därtill förekommer. Resa, som företas för inspektion, skall äga rum i huvudsaklig överensstämmelse med resplan, som godkänts av medicinalstyrelsen.

Vid inspektionsbesök äger inspektören obehindrat tillträde till anstalterna under hans tillsyn samt tillgång till alla för hans arbete erforderliga handlingar rörande styrelsens, föreståndarens och anstaltens verksamhet. Om inspektören finner anledning till anmärkning mot förhållande, som står under medicinalstyrelsens tillsyn, skall han genast ge muntligt besked till anstaltsstyrelsen, om sådan finns, eller dennas ordförande och föreståndaren om anmärkningen samt om de ändringar och förbättringar, som inspektören anser nödvändiga. Snarast möjligt och senast inom tre månader efter inspektionen skall han sända anstaltsstyrelsen eller, om styrelse ej finns, föreståndaren skriftligt meddelande i ämnet. Vid viktigare anmärkning mot förhållande, som står under medicinalstyrelsens tillsyn, eller då

inspektören eljest finner skäl därtill, skall han omedelbart hos medicinalstyrelsen göra skriftlig anmälan.

Inspektören äger av de anställda erhålla alla de upplysningar, som han finner erforderliga för sin befattning med sjukvården vid epileptikeranstalt under hans tillsyn. Vid besök på statsunderstödd anstalt skall inspektören tillse, att av Kungl. Maj:t fastställda villkor för åtnjutande av statsunderstöd noggrant iakttas. Han skall också övervaka att de villkor uppfylls, som medicinalstyrelsen med avseende å utrymme, patientantal, lokaler m. m. föreskrivit vid godkännande av anstalten eller därefter.

Inspektören har att inom medicinalstyrelsen själv föredraga ärende, som föranleds av hans iakttagelser och verksamhet. Instruktionen för sinnesslövårdsinspektören hänvisar angående inspektörens skyldighet att i övrigt deltaga i medicinalstyrelsens handläggning av vissa ärenden till vad därom är särskilt stadgat.

Särskilda föreskrifter finns i stadgan den 15 juni 1939 (nr 460) för statens anstalt för fallandesjuka. Enligt 9 § i denna stadga står anstalten under medicinalstyrelsens överinseende. Den skall vara underkastad medicinsk-psykiatrisk inspektion av inspektören för sinnesslövården. Det materiella innehållet i medicinalstyrelsens åligganden som överstyrelse för Vilhelmsro bestäms i stadgan genom en hänvisning till 4—8 §§ stadgan den 19 september 1929 (nr 328) angående sinnessjukvården i riket. Medicinalstyrelsens särskilda åligganden visavi de icke-statliga epileptikeranstalterna framgår av kungörelsen den 17 juni 1955 (nr 489) om statsbidrag till driftkostnader vid epileptikeranstalter m. m.

Enligt instruktionen för medicinalstyrelsen den 30 juni 1947 (nr 573; jfr 686/1950, 235/1951, 799/1952, 518/1953, 443/1954, 634/1954 och 18/1955) åligger det inspektören för sinnesslövården att i fråga om ärende, vid vars behandling han deltar, meddela upplysningar och råd, uttala sin mening samt, om styrelsen fattar därifrån avvikande beslut, låta anteckna sin skiljaktiga mening till protokollet.

I en av styrelsen den 9 september 1952 godkänd arbetsordning har följande fördelning av ärenden rörande epileptikervården fastställts. På kameralbyråns avdelning för sinnessjukhusens ekonomiska förvaltning handläggs ärenden angående anslagsäskanden och andra ärenden, som avser den ekonomiska förvaltningen av statens anstalt för fallandesjuka, på styrelsen ankommande ärenden rörande tillsättning och entledigande m. m. av kontors- och ekonomipersonal vid denna anstalt, frågor rörande avlönings- och pensionsförmåner till personal vid anstalter, såvida frågorna inte kräver huvudsakligen medicinskt bedömande, samt granskningen av räkenskaperna vid anstalten och framställande av därav föranledda anmärkningar. Byråchefen på sinnessjukvårdsbyrån handlägger övriga ärenden rörande Vilhelmsro, främst byggnadsärenden, personalärenden som inte går på kameralbyrån och ärenden rörande den medicinska vården.

Ärenden, som avser de icke-statliga epileptikeranstalterna, handläggs på kameralbyråns allmänna avdelning om de gäller anslagsäskanden eller eljest är av ekonomisk natur. Övriga ärenden rörande de icke-statliga epileptikeranstalterna åligger det inspektören för sinnesslövården att bereda och föredra. Till följd härav — utvidgningen avser även motsvarande ärenden rörande psykiskt efterblivna samt angående psykisk barna- och ungdomsvård — har tjänsten kommit att bli inte blott, som avsikten torde ha varit, en inspektörstjänst utan även en förvaltningstjänst. Förhållandet belyses i viss mån av följande sammanställning ur inspektörens diarier.

Diarieförda ärenden av	År				
	1950	1951	1952	1953	1954
Inspektörskaraktär.....	895	550	704	797	830
Förvaltningskaraktär...	237	455	447	207	[1]303

[1] Härtill 657 ärenden i samlingsnummer.

I sammanställningen har till ärenden av inspektörskaraktär hänförts, förutom inspektioner, klagomål från patienter eller anhöriga, tillstånd till permissioner för patienter å statens sinnessjukhus för psykiskt efterblivna på högst 72 timmar, tillstånd till utsträckt frigång för sådana patienter, ärenden angående familjevård eller annan öppen vård samt samråd med andra myndigheter, landsting och enskilda angående utbyggnad av vården och standardhöjning etc. Till förvaltningsärenden har hänförts byggnadsärenden, inbegripet förslag till byggnadskvot, frågor om behörighet för olika personer till skilda befattningar samt om förord eller förordnanden för läkare, frågor om att inrätta nya anstalter eller om att nedlägga gamla, frågor om utökning eller minskning av platsantalet och om godkännande av överbeläggning vid anstalterna, utredningar i inspektörens regi samt initiativskrivelser eller remissyttranden till Kungl. Maj:t eller riksdagsutskott.

Därjämte har inspektören årligen deltagit i handläggningen av ett stort antal samrådsärenden, d. v. s. ärenden som föredragits genom sinnessjukvårdsbyrån eller annan byrå eller överinspektören för sinnessjukvården. Naturligtvis kan varken antalet sådana ärenden eller den betydande del av arbetsbördan, som består i hänvändelser på telefon eller vid personliga besök om placerings-, förflyttnings- och utskrivningsmöjligheter och dylikt, utläsas ur diarierna.

Uppryckningen av hithörande vårdgrenar och allmänhetens intresse har medfört, att befattningen som sinnesslövårdsinspektör, vilken lång tid var en bisyssla, numera förändrats till en chefstjänst i en förvaltningsenhet. Denna består av, förutom inspektören, som av medicinalstyrelsen i anslagsäskanden till 1956 års riksdag föreslagits till lönegraden Cp 14, en förste

byråsekreterare i Ce 27, en kurator i Cg 19, ett kanslibiträde i Cg 11 och ett biträde i reglerad befordringsgång. För en engångsutredning rörande psykiskt efterblivna finns därjämte på avdelningen en läkartjänst i Cg 33, en psykologtjänst i Cg 19 samt en kuratorstjänst i Cg 19.

På *skolöverstyrelsesidan* innebär den delade tillsynen i huvudsak följande.

Enligt 2 § instruktionen för inspektören för sinnesslöundervisningen den 22 december 1944 (nr 823; jfr 554/1952) är inspektörens åligganden beträffande anstalter för vilka skolöverstyrelsen skall vara huvudtillsynsmyndighet begränsade till anstalter för sinnesslöa. I denna paragraf synes man alltså ha förutsatt, att skolöverstyrelsen inte skall vara huvudtillsynsmyndighet för epileptikeranstalter. Det åligger inspektören att i pedagogiskt hänseende inspektera de anstalter, som allenast i dylikt hänseende skall stå under skolöverstyrelsens tillsyn.

Vid utövandet, såvitt angår epileptiker, av sin verksamhet har inspektören att övervaka, att undervisningen är anordnad på det sätt, som med hänsyn till lärjungarnas antal och utvecklingsgrad är för varje läroanstalt ändamålsenligast samt att lärare finns anställda till det antal, som påkallas av att lämpligt antal barn undervisas av samma lärare, ävensom att lärarna äger för de särskilda tjänsterna föreskriven behörighet och eljest därför nödiga förutsättningar. Inspektören skall tillse, att i de egentliga skolavdelningarna undervisas endast sådana barn, som efter prövning antingen i försöksavdelning eller på annat sätt visat sig kunna tillgodogöra sig för bildbara sinnesslöa avsedd teoretisk undervisning, att föreskrivna kunskaps- och övningsämnen förekommer vid undervisningen samt att undervisningen bedrivs i anslutning till gällande undervisningsplan för skolor för sinnesslöa. Vidare skall inspektören övervaka, att på skolans arbetsordning de olika arbetsuppgifterna med avseende på ordningsföljden anpassas efter sin art och sitt inbördes sammanhang samt de anspråk, som de ställer på barnens intellektuella ståndpunkt och arbetskrafter, ävensom att lärarna med nit och omsorg utför sitt arbete, så att de genom sin undervisande och uppfostrande verksamhet främjar barnens andliga utveckling med syfte att nå högsta möjliga grad av livsduglighet. Inspektören skall också tillse att barnen vänjs vid snygghet och ordentlighet samt att deras kroppsutveckling främjas genom lämpliga gymnastiska övningar och lekar, att skolorna är utrustade med tillräcklig och lämplig undervisningsmateriel samt att lokalerna hålls i ett tillfredsställande skick. Därjämte har inspektören att ta kännedom om och, då så erfordras, ge råd och anvisningar beträffande de anteckningar rörande lärjungarna, för vilka läraren har att svara.

Om det vid inspektion av anstalt, för vilken skolöverstyrelsen inte är huvudtillsynsmyndighet, befinns uppenbart, att något inte är tillfredsstäl-

lande då det gäller bostads-, kost- och hygieniska förhållanden, fritidssysselsättningar eller anstalternas ändamålsenlighet i allmänhet, skall inspektören, där rättelse ej vidtas omedelbart, göra anmälan därom till anstaltens huvudtillsynsmyndighet.

Beträffande inspektörens rättigheter och skyldigheter vid inspektionsbesök gäller föreskrifter av i stort sett motsvarande innehåll som ovan redovisats för sinnesslövårdsinspektören.

Inspektören för sinnesslöundervisningen är skyldig att till skolöverstyrelsen, medicinalstyrelsen och övriga myndigheter lämna de upplysningar och avge de yttranden, som i vederbörlig ordning infordras eller av förhållandena eljest påkallas. Han bör också muntligen eller skriftligen gå styrelser, föreståndare, lärare och målsmän tillhanda med upplysningar i frågor, som tillhör hans verksamhetsområde.

Enligt 1 § instruktionen för skolöverstyrelsen den 3 oktober 1952 (nr 661; jfr 565/1953) står under överstyrelsens inseende, i vad avser undervisning och fostran, bland annat skolhem för fallandesjuka. Det materiella innehållet i överstyrelsens åligganden anges främst i 3 § instruktionen. Ärenden om utbildning för epileptiker handläggs på skolsociala roteln. Enligt 24 § bör inspektör, där så lämpligen kan ske, delta i handläggningen av ärende, som berör hans verksamhetsområde. Om ett ärende berör inspektörs verksamhetsområde, föredras ärendet av honom, där så i arbetsordningen eller eljest bestäms av generaldirektören.

Enligt 37 § instruktionen avser inspektion att ge överstyrelsen kännedom om tillstånd och behov för de skolor och övriga anstalter, som står under dess inseende. Inspektionsförrättaren skall tillse, att gällande författningar i avseende på arbetets allmänna anordning efterlevs. Han bör även genom råd och upplysningar stödja och främja verksamheten. Om för inspektion krävs erfarenhet, som företräds inom annat ämbetsverk, äger överstyrelsen hos verket påkalla dess biträde vid inspektionen.

I 38 § stadgas bland annat, att inspektionsförrättaren äger att i anledning av vid inspektionen gjorda iakttagelser dels göra muntliga eller skriftliga erinringar till anstaltens styrelse och befattningshavare, dels ock tillställa anstaltens styrelse, rektor eller föreståndare skriftlig promemoria. Fråga av större vikt skall underställas överstyrelsens prövning. När inspektionsförrättaren så prövar lämpligt, kan han låta sammankalla medlemmarna av anstaltens styrelse samt anstaltens befattningshavare eller några av dem för att överlägga med eller meddela dem de anvisningar och råd, han finner sig befogad att ge. Därvid äger han som ordförande leda förhandlingarna.

Vid inspektion av anstalt, som även är underkastad inspektion av annan myndighet, skall iakttas följande. Om besök vid sådan anstalt ger inspektionsförrättaren anledning till åtgärd beträffande någon sida av anstaltens verksamhet, som även faller under annan inspektion, skall meddelande

därom — därest icke inspektionsförrättaren finner ärendet vara av beskaffenhet att påkalla omedelbart ingripande — efter samråd med den inspektör som närmast har inseendet över anstalten tillställas vederbörande styrelse eller befattningshavare. I varje fall skall nämnda myndighet och inspektör snarast möjligt erhålla meddelande om den åtgärd, inspektionsförrättaren beslutat eller vidtagit. Om inspektionsförrättare finner förhållande, som inte kan bli föremål för åtgärd från hans sida, uppenbart otillfredsställande, skall han anmäla saken till vederbörande myndighet, därest rättelse inte omedelbart vidtas.

Anstalt, som inte är ställd under överstyrelsens inseende, får besökas av befattningshavare hos överstyrelsen för fullgörande av ämbetsåtgärd först efter anmälan hos chefen för den centrala myndighet, som anstalten lyder under. Den besökande äger inte ingripa i anstaltens verksamhet. Finner den besökande uppenbart, att förhållande vid anstalten inte är tillfredsställande, och vidtas inte rättelse omedelbart, skall den besökande anmäla saken till rätt central myndighet. Därest överstyrelsen i anledning av besöket finner överläggning med denna centrala myndighet önskvärd, skall sådan överläggning äga rum vid gemensamt sammanträde.

Inom tid och på sätt överstyrelsen bestämmer skall till överstyrelsen avges redogörelse över inspektion och därav föranledda åtgärder.

Inspektören skall äga genom praktisk verksamhet förvärvad erfarenhet och genom teoretisk utbildning vunna insikter i fråga om de områden av undervisningsväsendet, inom vilka hans arbetsuppgifter faller.

Då inspektören för sinnesslöundervisningen i motsats till inspektören för sinnesslövården i princip är befattningshavare i sin styrelse, saknas anledning att för skolöverstyrelsens del göra den uppdelning i inspektörsärenden och förvaltningsärenden, som vi gjort beträffande sinnesslövårdsinspektörens arbete. Vi inskränker oss därför till att framhålla, att den övervägande delen av sinnesslöundervisningsinspektörens arbete avser de psykiskt efterblivna och att endast en mindre del avser epileptikerna.

Om anstalterna

För vården av epileptiker finns tolv anstalter, av vilka en, Vilhelmsro, ägs av staten, en, Sönnarslövsgården, av Kristianstads läns landsting och de tio övriga är enskilda. Anstalternas namn, typ och fastställda platsantal framgår av tabell 1, vari även deras fördelning på sjukvårdsområden utmärkts genom att länsbokstav utsatts. Platssiffra i specifikationen med vanlig stil anger att platserna är avsedda för kvinnligt klientel eller barn och med kursiverad stil att platserna är avsedda för manligt klientel.

Av det totala antalet platser, 972, är alltså 206 avsedda för barn under 16 år, 331 för kvinnor över denna ålder och 435 för män över samma ålder.

Tabell 1

Anstalt	Länsbokstav	Upptagningshem	Skolhem	Arbetshem	Vårdhem	Summa platser
Statens anstalt för fallandesjuka, Vilhelmsro	F	7	126	[1]89	—	222
Sönnarslövsgården, Ö. Sönnarslöv.	L	—	—	32	—	32
Stora Sköndal (A), Enskede, med annexet Skäve (D), Järna	A + D	—	—	[2]224	—	224
Erstagården, Nacka	B	—	—	29	—	29
Margarethahemmet, Knivsta	B	24	45	17	24	110
Röingegården, Hässleholm	L	—	—	65	—	65
Fogdarödshemmet, Höör	M	—	—	67	—	67
Sätoftahemmet, Höör	M	—	—	63	28	91
Ervalla	T	—	—	52	—	52
Skogsudden, Korsnäs	W	—	—	32	—	32
Staberg, Korsnäs	W	—	—	29	—	29
Granudden, Härnösand	Y	—	—	19	—	19
Tillhopa	—	31	171	722	49	972

1 58 för kvinnligt klientel, 31 för manligt.
2 I talet 224 för Stora Sköndal ingår 14 platser på en klinisk undersökningsavdelning för män, varav 4 platser provisoriskt disponeras för undersökning av barn.

Av tabellen framgår vidare att anstalterna är ojämnt fördelade på södra och norra Sverige. I Götaland finns sålunda fem anstalter med sammanlagt 477 platser, i Svealand sex anstalter med sammanlagt 476 platser och i Norrland endast en anstalt med 19 platser.

Anstalterna är som synes små; drygt 220 platser har Vilhelmsro och Stora Sköndal, medan två anstalter, Margaretha- och Sätoftahemmen, har 91—110 platser, tre anstalter, Röingegården, Fogdarödshemmet och Ervalla, har 52—67 platser och återstående fem anstalter, Sönnarslövsgården, Erstagården, Skogsudden, Staberg och Granudden, har 19—32 platser.

Statens anstalt för fallandesjuka å Vilhelmsro har enligt stadgan för anstalten den 15 juni 1939 (nr 460) till ändamål att meddela undervisning, vård och behandling av fallandesjuka, som inte lämpligen kan annorlunda tas om hand, samt att i övrigt verkställa erforderlig läkarundersökning av fallandesjuka eller för fallandesjukdom misstänkta.

Ansökning om intagning på anstalten inges till anstaltschefen, som har att besluta. Ansökning skall vara åtföljd av närmare angivna handlingar enligt av medicinalstyrelsen fastställda formulär, däribland ansvarsförbindelse att erlägga stadgad vårdavgift.

Avgift för vård utgår med det belopp, som finns upptaget i anstaltens stat, för närvarande 3 kronor om dagen. Avgiften utgår fr. o. m. intagningsdagen till utskrivnings- eller dödsdagen samt erläggs kvartalsvis i efterskott.

Om utskrivning från anstalten beslutar anstaltens chef.

Utbildningen på anstaltens skolhem skall i möjligaste mån anpassas efter de särskilda elevernas förutsättningar. Undervisning skall i nära anslutning till gällande undervisningsplan för rikets folkskolor meddelas dels i sådana kunskapsämnen, som kan anses vara av särskild betydelse för utvecklingen av elevernas intellektuella anlag och för deras fostran, och dels i de övningsämnen, som anses lämpliga med hänsyn till elevernas konstitution, ålder och kön. Eleverna skall därjämte i erforderlig omfattning delta i de praktiska göromål, som förekommer vid anstalten. Förslag till läroplan uppgörs av anstaltens direktion och inges till skolöverstyrelsen, som efter samråd med medicinalstyrelsen skall fastställa planen. Gällande läroplan är fastställd av skolöverstyrelsen den 14 januari 1941.

Skolåret räknas fr. o. m. den 1 juli t. o. m. den 30 juni påföljande år. Skolundervisningen bör enligt stadgan årligen fortgå 40 veckor men har med skolöverstyrelsens godkännande i praktiken nedsatts till 39 veckor, påskferierna inräknade, med fördelning på två terminer. Enligt de särskilda bestämmelserna i 29 § Saar (jfr SFS 492/1951) äger lärare vid anstalten i stället för semester enligt de allmänna bestämmelserna åtnjuta ferier, ordinarie lärare på tider, som föreskrivs i stadgan, samt extra ordinarie och extra lärare på samma tider som de ordinarie lärarna.

Verksamheten på anstaltens arbetshem skall avse övning till arbetsduglighet inom de yrkesområden, som lämpligen kan komma ifråga på anstalten.

I fråga om de intagnas arbete, om tvångsmedel, om omhändertagande av de intagnas tillhörigheter och om dödsfall skall bestämmelserna i stadgan den 19 september 1929 (nr 328) angående sinnessjukvården i riket i tillämpliga delar gälla. Flitpengar enligt sinnessjukvårdsstadgan kan jämväl tilldelas skolhemselev, som visar gott uppförande och god flit. Närmare bestämmelser härom meddelas av medicinalstyrelsen efter samråd med skolöverstyrelsen.

Beträffande den centrala tillsynen finns även i stadgan föreskrifter av motsvarande innehåll, som redovisats under avsnittet om den centrala tillsynen och administrationen.

Anstaltens förvaltning handhas av en direktion. Bestämmelserna i 11—27 §§ sinnessjukvårdsstadgan gäller i tillämpliga delar direktionen.

Vid anstalten skall finnas anställda, förutom en överläkare, som skall vara anstaltens chef, befattningshavare enligt personalförteckning, avlöningsstat och i övrigt meddelade bestämmelser. För befattningshavarna, utom lärarpersonalen, gäller bestämmelserna i 29—37 §§ och 43—70 §§ sinnessjukvårdsstadgan i tillämpliga delar. Därjämte åligger det överläkaren att före mars månads utgång varje år tillställa skolöverstyrelsen avskrift av den årsberättelse, som skall insändas till medicinalstyrelsen.

För behörighet till befattningen som överläkare och chef vid anstalten fordras att före eller efter legitimationen ha tjänstgjort under minst 4

månader som underordnad läkare vid lasarett eller vid medicinsk eller kirurgisk avdelning av sjukhus samt under minst tre år vid sinnessjukhus. Härjämte erfordras att ha genom tjänstgöring vid sinnessjukhus förvärvat skicklighet och omfattande erfarenhet i behandlingen av sinnessjuka samt att ha ådagalagt förmåga att handha förvaltningen av sinnessjukhus. Slutligen krävs minst två års tjänstgöring vid neurologisk avdelning eller minst ett års tjänstgöring vid sådan avdelning och ett års tjänstgöring vid neurologisk poliklinik.

Beträffande behörighet till befattning som sjukhusintendent eller hänförlig till kontors- eller ekonomipersonal gäller bestämmelserna i kungl. brevet angående villkor för behörighet till vissa befattningar vid statens sinnessjukhus den 29 juni 1945 (MF nr 85). Även i fråga om sjukvårdspersonalen hänvisar vilhelmsrostadgan till detta kungliga brev. För behörighet till befattning som uppsyningsman eller föreståndarinna krävs sålunda att ha förvärvat behörighet till befattning som överskötare eller översköterska samt att ha ådagalagt särskild duglighet ävensom skicklighet i sinnessjukvård och lämplighet att handleda personalen i sjukvårdsarbetet. Till befattning som överskötare eller översköterska fordras att vara godkänd som skötare eller sköterska, att ha genomgått högre utbildningskurs i sinnessjukvård enligt av medicinalstyrelsen fastställd plan samt att ha ådagalagt särskild duglighet ävensom skicklighet i sinnessjukvård. Enligt kungligt brev den 30 juni 1947 har förordnats att samma behörighetsvillkor som för överskötare eller översköterska skall gälla för ordinarie befattning som förste skötare eller första sköterska. För att få befattning som skötare eller sköterska skall vederbörande på sinnessjukhus ha med gott vitsord tjänstgjort under en tid av minst fyra år, därav minst två år som elev eller vikarie å sjukvårdsbefattning och minst två år som extra ordinarie skötare eller sköterska eller därmed jämförlig befattningshavare. Under denna tid skall vederbörande ha genomgått utbildningskurs enligt av medicinalstyrelsen godkänd plan. Den som genomgått av staten godkänd sjuksköterskeskola, må av sin utbildningstid vid denna kunna, efter prövning, tillgodoräknas högst tre år som provtjänstgöring vid sinnessjukhus. Medicinalstyrelsen äger också att i särskilda fall, med hänsyn till förutgången annan utbildning eller verksamhet i sjukvård, på ansökan medge avkortning eller befrielse från den föreskrivna provtjänstgöringen eller utbildningskursen. Tjänstgöring vid fallandesjukanstalten skall anses likvärdig med motsvarande tjänstgöring vid statens sinnessjukhus.

Här må erinras, att 1954 års riksdag i princip godkänt en av Kungl. Maj:t i propositionen nr 166 framlagd plan till förbättrad utbildning för sinnessjukvårdspersonal samt att nya behörighetsbestämmelser alltså är att förvänta.

Lärarpersonalens kompetens skall bedömas av skolöverstyrelsen, som

skall yttra sig i tillsättningsärenden. För behörighet till befattning som lärarinna vid anstalten erfordras antingen att ha avlagt examen vid seminarium för utbildande av lärarinnor för sinnesslöundervisningen eller också att ha avlagt småskollärarexamen samt därutöver förvärvat specialutbildning för undervisning i hjälpklass.

Lärarpersonalen åligger att bestrida anstaltselevernas undervisning i enlighet med den tidigare nämnda läroplanen, biträda anstaltschefen att föra erforderliga anteckningar rörande eleverna samt enligt av direktionen utfärdad instruktion ta del i tillsynen över eleverna. I övrigt skall denna personal fullgöra de göromål som vidkommer anstaltens uppfostringsverksamhet, vilka direktionen uppdrar åt dem att utföra.

I stadgan finns slutligen föreskrifter om vem som skall bevilja semester och tjänstledighet åt samt entledigande av lärarna, om disciplinära åtgärder mot dem samt om sökande av ändring i direktionens beslut.

Vilhelmsro består av ett stort antal byggnader, som delvis ligger relativt samlade inom ett långsträckt område mellan järnvägen Jönköping—Falköping och Vätternstranden, cirka 3 km från Jönköpings centrum. De viktigaste byggnaderna är tre skolhem (Framtiden, Hoppet och Sörgården) med tillhörande skolbyggnad för sammanlagt 133 barn och ett arbetshem (Solbacken) för 32 pojkar. Ett arbetshem (Sjöboda) för 25 flickor ligger omkring 1 km norrut från anstalten och ett arbetshem (Fristaden) för 32 äldre, något dementa kvinnor omkring 4 km från anstalten.

I skrivelse den 20 oktober 1952 har byggnadsstyrelsen, som samrått med medicinalstyrelsen, anfört i huvudsak följande.

Anstalten hindras nu i sin verksamhet bl. a. av de betydande avstånden mellan byggnaderna samt av det mindre goda skick, som dessa befinner sig i. Nämnda förhållanden, liksom även att för huvudanstaltens byggnader gemensam värmecentral m. m. saknas, bidrar till att göra anstalten svårskött och oekonomisk i drift. Anläggningen är därför i behov av en genomgripande översyn och upprustning.

I fråga om de åtgärder, som erfordras för upprustningen, anförde byggnadsstyrelsen.

Den nuvarande administrationsavdelningen, som är inrymd i ett mindre, förutvarande bostadshus, är otillräcklig. En ny administrationsbyggnad med utrymmen för erforderliga laboratorier och undersökningslokaler samt anstaltens kontor utgör därför ett oavvisligt behov. I direkt anslutning till administrationen föreslås en observationsavdelning för 16 kvinnor och 9 män, vilken är nödvändig för ställande av diagnos och utväljande av lämplig terapi för det enskilda fallet. Samlingslokaler för de sjuka med möjlighet till filmförevisningar och samkväm av annat slag saknas, och en samlingssal med 224 platser bör uppföras. Vidare föreslås att en sluten avdelning om 22 platser för fall av grava epilepsier med omtöckningstillstånd

uppförs. Sådana fall måste för närvarande på grund av platsbrist omhändertagas på statens sinnessjukhus. Behov föreligger även av en avdelning för omhändertagande av omkring 25 barn under förskoleåldern samt av ett skolhem för pojkar och flickor om sammanlagt 52 platser.

En del av de befintliga byggnaderna, framförallt Sjöboda och Fristaden, befinner sig i mindre gott skick. De bör därför nedläggas, och nya byggnader bör i deras ställe uppföras inom huvudanstaltens område. Som ersättning föreslås för Fristaden ett arbetshem om 54 platser för äldre kvinnor och för Sjöboda ett arbetshem om 27 platser för högtstående flickor. Fastigheten Fristaden bör i samband härmed försäljas. Till fastigheten Sjöboda skulle kunna förläggas ett särskilt mindre hem i statlig regi för hjärnskadade barn, vilka kräver anstaltsvård under omedelbar medicinsk ledning — oavsett om de företer epilepsi eller ej — och med tillgång till pedagogiskt skolad personal.

Nuvarande skolhemmet Framtiden föreslås ombyggt till centralförråd, syrum, vävsalar och skolkök. Som ersättning för Framtiden anordnas ett arbetshem för 31 vuxna kvinnliga patienter. Skolhemmet Hoppet erfordrar viss ombyggnad men bibehålls som skolhem för 36 pojkar. Härjämte erfordras ytterligare ett arbetshem på 25 platser för exspektanterna. Skolhemmet Sörgården behålls oförändrat med 36 platser.

Anstaltens ekonomibyggnad, som innehåller kök, matsalar och tvättinrättning, är i mycket dåligt skick och i behov av såväl genomgripande förbättringar som utvidgningar, särskilt vad köket angår. Ur såväl tekniska som ekonomiska synpunkter föreslås att en ny ekonomibyggnad uppförs. Den befintliga byggnaden anses böra omändras till förrådsutrymmen i källarvåningen och personalrum för ogift personal i de två övervåningarna. Byggnadsstyrelsen har räknat med att all vittvätt framdeles ombesörjs av den planerade centraltvätten vid Ryhovs sjukhus. I den nya ekonomibyggnaden vid Vilhelmsro skulle därvid endast erfordras en mindre tvättavdelning för framförallt barnens kläder.

I utvidgningen bör även ingå en ny panncentral, förlagd väster om järnvägen. I anslutning till panncentralen har planerats för erforderliga verkstäder. Anstaltens transformatorstation bör byggas in i den föreslagna byggnaden.

Den nuvarande administrationsbyggnaden föreslås ombyggd till bostäder för bl. a. föreståndarinnan och kassören. Utöver dessa bostäder erfordras nybyggda bostäder för anstaltschefen, intendenten, en läkare samt maskinförmän.

Kostnaderna för ett genomförande av om- och utbyggnadsprogrammet enligt prisläget sommaren 1952 har av byggnadsstyrelsen beräknats till sammanlagt 8 250 000 kronor.

1953—55 års riksdagar har med bifall till Kungl. Maj:ts i skilda propositioner framlagda förslag anvisat tillhopa 1 660 000 kronor av nämnda

belopp för *dels* uppförande av panncentral jämte verkstäder och transformatorstation samt av administrationsbyggnad utom den i anslutning därtill planerade observationsavdelningen, *dels* anordnande av värmeledningskulvert från panncentralen till administrationsbyggnaden och andra utvändiga ledningar för dessa byggnader, *dels* planering av områdena kring byggnaderna *och dels* ombyggnad av den gamla administrationsbyggnaden till personalbostäder.

Enligt direktiven skall vi överarbeta det återstående byggnadsprogrammet, vilket enligt byggnadsstyrelsens beräkningar enligt prisläget sommaren 1952 skulle dra en sammanlagd kostnad av 8 250 000 ./. 1 660 000, d. v. s. 6 590 000 kronor. Vi återkommer till saken längre fram.

För *övriga epileptikeranstalter* gäller enligt kungörelsen den 17 juni 1955 (nr 489) om statsbidrag till driftkostnader vid epileptikeranstalter m. m. att anstalt skall godkännas av medicinalstyrelsen. Godkännande må inte lämnas med mindre anstalten med hänsyn till belägenhet, utrymme och utrustning samt övriga förhållanden befinns vara så ordnad, att där intagna kan erhålla tillfredsställande vård och i förekommande fall undervisning. När medicinalstyrelsen godkänner en anstalt skall styrelsen fastställa det antal internatplatser, för vilket anstalten ansetts kunna godkännas. I fråga om enskild anstalt skall medicinalstyrelsen tillika fastställa den avgift, som må uttagas för envar på anstalten vårdad epileptiker. För den enda landstingsanstalten bestäms motsvarande avgift av landstinget.

Vid epileptikeranstalt skall vara anställda en föreståndare och en legitimerad läkare. Anstalt må inte förestås av annan än den, som för ändamålet godkänts av medicinalstyrelsen. Läkare tillsätts av medicinalstyrelsen efter förslag av anstaltens styrelse eller föreståndare.

Enligt en av medicinalstyrelsen den 29 februari 1936 fastställd instruktion för läkare vid med statsmedel understödda anstalter för fallandesjuka med tillägg den 16 maj 1941 åligger det sådan läkare — utöver vad i statsbidragskungörelsen stadgas — att, såvitt ej annat är eller kan bli föreskrivet, besöka anstalten minst en gång varannan vecka och dessutom när så påfordras. Läkaren skall vaka över de sanitära förhållandena vid anstalten i allmänhet och särskilt i de avseenden, som är angivna i fastställt formulär för läkarens årsberättelse. Han skall ägna noggrann uppmärksamhet åt de intagnas sinnesbeskaffenhet och kroppsliga hälsotillstånd, särskilt deras nutritionsförhållanden, sömn, matlust och snygghet, samt lämna nödiga föreskrifter rörande de intagnas vård i berörda hänseenden och därvid tillse, att födan är tillräcklig samt av god och såväl i allmänhet som för de olika fallen lämplig beskaffenhet. Anstaltsläkaren skall, då person blivit på anstalten intagen och det där till fullo utrönts, att den intagne lider av sinnesslöhet eller fallandesot, som härrör av övervägande inre orsaker, ävensom då person därifrån utskrivs, underrätta kyrkoherden i den församling,

där personen är kyrkobokförd, med angivande tillika, vid intagningen, huruvida den intagne lider av sinnesslöhet eller fallandesot av övervägande inre orsaker och vid utskrivningen, huruvida den utskrivne är fri från symtom av sinnesslöhet eller fallandesot eller inte. Läkaren skall, om anmärkningsvärda missförhållanden å anstalten förekommer, vilka inte rättas efter tillsägelse, skyndsamt göra anmälan hos vederbörande inspektör. Läkaren skall tillse, att endast epileptiker intas i anstalten samt att epileptiker, som lider av sinnessjukdom, inte intas.

Ansökningshandlingar skall granskas av läkaren som prövar, huruvida med hänsyn till patientens tillstånd intagning må ske. Även fråga om av föreståndaren för anstalten påyrkad utskrivning skall läkaren pröva. Då utskrivning lämpligen bör ske till statens sinnessjukhus (inklusive anstalter för asociala imbecilla eller svårskötta, obildbara sinnesslöa) eller annat sinnessjukhus skall läkaren utfärda erforderligt läkarbetyg. Läkaren skall dels själv över varje intagen föra journal med fullständiga uppgifter om tillståndet vid intagningen, förändringar som inträder, medicinska ordinationer och annan behandling, dels noga tillse att anteckningar förs å särskild lista över isoleringar vid anstalten och anledningen därtill. Före utskrivning eller utackordering av patient eller eljest, då anledning därtill föreligger, skall läkaren undersöka förutsättningarna för företagande av steriliserande operation samt, om sådant ingrepp prövas lämpligt, utfärda handlingar härför. I de fall, där sterilisering inte företas å patient, som lämnar anstalten, skall läkaren anteckna anledningen härtill i den över vederbörande förda journalen. Vid dödsfall å anstalten, då patient eller annan person tilläventyrs omkommit genom eget eller annans förvållande eller döden eljest inte varit naturlig, skall läkaren göra anmälan om dödsfallet till vederbörande polismyndighet med begäran om avgörande, huruvida rättsmedicinsk besiktning eller undersökning kommer att anställas. Förr än besked i detta hänseende erhållits, må obduktion eller jordfästning av den döda kroppen inte företagas. Läkaren skall vid dödsfall, som nyss sagts, samt vid svårare olyckshändelse, eldsvåda o. dyl. ofördröjligen (eventuellt telegrafiskt) insända meddelande till medicinalstyrelsen.

För lärarpersonalen vid Margarethahemmet uppställer skolöverstyrelsen samma kompetenskrav som ovan redovisats beträffande lärarna vid Vilhelmsro.

I övrigt finnes inga formella behörighetsföreskrifter för befattningshavare vid de icke-statliga epileptikeranstalterna. I praxis baseras dock rekryteringen vid Erstagården, Stora Sköndal, Röingegården, Fogdaröds- och Sätoftahemmen samt Granudden i stor utsträckning på diakoniss- eller diakonutbildning. Ett avsevärt antal vårdare (vårdarinnor) har inte annan utbildning än den som vunnits under tjänstgöring vid vederbörande hem.

Enligt statsbidragskungörelsen får i epileptikeranstalt endast med epilepsi behäftade intas. I sådan anstalt får dock inte intas epileptiker, som lider

av sinnessjukdom. Drabbas å anstalt intagen av sinnessjukdom eller har han av anstaltens läkare eller inspektören för epileptikervården förklarats vara olämplig för samlivet på anstalten, må han kvarstanna där endast under förutsättning, att åtgärder ofördröjligen vidtas för hans intagande på sinnessjukhus eller annan lämplig anstalt.

Vårdas epileptiker å epileptikeranstalt, skall anstaltens läkare göra skriftlig anmälan därom hos pastorsämbetet i den församling, där den vårdade är kyrkobokförd.

Innan epileptiker utackorderas i kontrollerad familjevård, skall lämpligheten därav prövas av inspektören för epileptikervården eller anstaltens läkare. Anstaltens föreståndare skall själv eller genom annan lämplig befattningshavare minst en gång varannan månad på förut inte tillkännagivna tider avlägga besök i hem, där epileptiker är utackorderad, för att tillse att lämplig vård beredes den utackorderade där. Uppgift om tiderna för dessa besök skall intas i årsberättelsen.

Styrelse eller föreståndare för epileptikeranstalt skall årligen före den 1 april till medicinalstyrelsen inge årsberättelse för närmast föregående år samt före den 1 oktober till skolöverstyrelsen redogörelse för undervisning under senast förflutet läsår. Till medicinalstyrelsen skall också före den 1 april inges redogörelse av anstaltens läkare för anstaltens sanitära förhållanden och de vårdades hälsotillstånd. Tillsynsmyndigheten skall fastställa formulär för redogörelserna.

I fråga om epileptikeranstalt skall i övrigt gälla de föreskrifter, som är eller kan bli meddelade av Kungl. Maj:t eller av medicinalstyrelsen och, beträffande undervisningen, av skolöverstyrelsen.

Beläggningen har på senare tid varit praktiskt taget hundraprocentig. Underbeläggningen hänför sig dels till rutinvakanser, som uppkommer genom att en plats som blivit ledig till följd av utskrivning av en patient inte omedelbart åter kan beläggas, och dels till att vissa avdelningar på grund av reparation eller ombyggnad inte kunnat beläggas (helt). Platsbristen har nödgat medicinalstyrelsen att i vissa fall medge varaktig överbeläggning. Omsättningen framgår av tabell 2, vari även redovisats personaltätheten.

Tabellen visar, att omsättningen vid epileptikeranstalterna är låg. Trots att man i avsevärd utsträckning nödgas acceptera detta som en följd av klientelets sjukdom — en avsevärd del av patienterna är kroniska fall — torde en väsentligt högre omsättning kunna vinnas genom en mera aktiv terapi.

Vi vill erinra, att det som ett mål för personaltätheten inom sinnessjukvården uppställts 3 fullt belagda platser på varje befattningshavare, tillhörande den egentliga vårdavdelningspersonalen (läkare, lärare, kontorspersonal och ekonomipersonal undantas alltså). Som framgår av tabellen är personaltätheten — beräknad på motsvarande sätt — väsentligt

Tabell 2

Anstalt	Antal år 1954		Antal anställda			Antal vårdplatser per befattningshavare å vårdavdelning
	intagna	utskrivna	vårdpersonal	övriga	S:a	
Skolanstalter						
Vilhelmsro	37	34	[1]64	52	116	4,3
Margarethahemmet	23	22	28	[2]26	54	3,9
Vårdanstalter						
Stora Sköndal	[4]20	29	[3]41	18	59	5,7
Erstagården	12	10	3	7	10	9,7
Röingegården	7	7	8	8	16	8,1
Sönnarslövsgården	7	8	6	6	12	5,3
Fogdarödshemmet	6	8	7	12	19	9,6
Sätoftahemmet	17	12	15	11	26	6,1
Ervalla	10	7	7	6	13	7,4
Skogsudden	0	0	3	5	8	10,7
Staberg	6	1	4	4	8	7,3
Granudden	0	0	3	2	5	6,3

[1] Därav 2 läkar- och 10 lärartjänster.
[2] » 5½ lärartjänster.
[3] » 2 läkartjänster.
[4] 135 utredningsfall å undersökningsavdelningen ej medräknade.

mindre vid epileptikeranstalterna. Det mycket stora antalet platser per vårdare vid vissa av de små anstalterna beror naturligtvis i viss mån på att vid anstalter av denna typ både föreståndaren och ekonomipersonalen i stor utsträckning deltar i själva vårdarbetet.

Vid de båda skolanstalterna sysselsätts eleverna under fritid så långt möjligt som barn gör mest med lekar, spel och lätt gymnastik eller idrott. Både vid dessa anstalter och arbetshemmen sysselsätts de vuxna patienterna med arbete i jordbruk och trädgård samt biträde med hemmets drift. Vid anstalterna för kvinnligt klientel tillkommer sömnad och annat handarbete samt vävnad. Vid anstalterna för manligt klientel tillkommer enkelt verkstadsarbete. Endast Stora Sköndal, Röingegården och Fogdarödshemmet har lokaler för egentlig arbetsterapi och i viss utsträckning yrkesträning. För sitt arbete erhåller patienter och elever flitpengar.

De enskilda epileptikeranstalterna fyller i stort sett inte de krav i avseende å byggnadsstandard, som upprätthålls vid anstalter för kroppssjukvård. På senaste tiden har emellertid en upprustning genomförts, och ytterligare åtgärder planeras av ägarna.

I sådant hänseende må beträffande de särskilda anstalterna nämnas följande.

Ägaren till *Sönnarslövsgården,* Kristianstads läns landsting, önskar disponera anstalten för annat ändamål så snart omständigheterna det medger.

Det gäller alltså att skaffa ersättningsplatser för 32 vuxna kvinnliga patienter.

Huvudanstalten vid *Stora Sköndal* bestod tidigare av tre hem, Hemmet, Normansgården och Berga. Med betydande hjälp från stat och kommunala sjukvårdshuvudmän har under 1953 uppförts en ny, modern ersättningsbyggnad för Hemmet. Därtill är ansluten den tidigare nämnda kliniska undersökningsavdelningen, försedd med elektroencephalografiapparatur samt fullständig utrustning för neuroradiologi och utrustning i övrigt, som ungefär motsvarar en ordinär sjukstugas. I en nyuppförd arbetslokal finns utrymmen för en differentierad arbetsterapi med verkstäder för snickeri, målning, skrädderi, väveri, tryckeri, bokbinderi, skomakeri, keramik, pil- och korgarbeten, pyntarbeten och finmekanik. Även hemmet Berga är i tidsenligt skick. Däremot är Normansgården i behov av ombyggnad och renovering.

Ägaren till Stora Sköndal, Svenska diakonsällskapet, planerar uppförande av en observationsavdelning för barn med plats för bland annat mödrar, som medan undersökningen pågår får lära sig vad man har att iaktta vid skötseln av epileptiska barn. Kostnaderna har preliminärt beräknats till omkring 700 000 kronor. Diakonsällskapet önskar vidare bygga om Normansgården till ett hem för äldre epileptiker. Genom ombyggnaden skulle platsantalet sjunka från 35 till 30. Kostnaderna har uppskattats till 150 000 kronor. För det mest svårskötta klientelet, som nu inryms i Normansgården, avser sällskapet att uppföra en nybyggnad med plats för 50 patienter för en preliminärt beräknad kostnad av 750 000 kronor. Slutligen anses terapiavdelningen böra byggas ut med en särskild avdelning för direkt yrkesutbildning, en yrkesskola för pojkar. Kostnadsberäkningen för den erforderliga nybyggnaden uppgår till omkring 300 000 kronor. Tomtmark finns på den omkring 250 tunnland stora egendomen för all den planerade nybyggenskapen, och befintliga serviceavdelningar (centralkök, värmecentral) är dimensionerade så att de kan betjäna även de nya byggnaderna.

Vid annexet *Skäve* är huvudbyggnaden i tillfredsställande skick. I hemmet Nyhem behöver dagrums- och matsalsutrymmena vidgas. Kostnaderna härför samt för en förbättring av den sanitära anläggningen beräknas till omkring 25 000 kronor. I hemmet Norrbyvälle är inrymd en husfadersbostad, som anses böra flyttas ut till en särskild byggnad. Därigenom skulle platsantalet kunna ökas med 1 till 28. Hemmet behöver vidare renoveras och snyggas upp. Kostnaderna för arbetet på detta hem uppskattas till sammanlagt 160 000 kronor. För hela annexet planeras vidare en verkstadsbyggnad jämte en samlingssal. Preliminärt har kostnaderna för dessa byggnader beräknats till 300 000 kronor.

Sammanlagt skulle de av Svenska diakonsällskapet avsedda arbetena, om

till ovan angivna belopp läggs kostnaderna för yttre anläggningar, belysning, vägar m. m. kräva en summa av 2 585 000 kronor. För uppförande av barnavdelningen disponerar sällskapet redan donationsmedel till erforderligt belopp.

Erstagården i Hästhagen i Nacka stad är i gott skick. Ägaren, Svenska Diakonissällskapet, har förklarat sig villig att vid hemmet uppföra ytterligare ett arbetshem med omkring 30 platser, under förutsättning att sällskapet erhåller ett räntefritt, stående lån till uppförandekostnaden.

Beträffande *Margarethahemmet* återkommer vi i det följande. Här bör endast nämnas, att hemmet är gediget byggt år 1915 och i stort sett tillfredsställande underhållet. Närmare redogörelse kommer vi att lämna i 11 kapitlet.

Vid *Röingegården* pågår sedan ett par år med stöd av statsmedel en grundlig upprustning. Vi föreslår i det följande, att ägaren, Föreningen Röingegården u. p. a., erhåller ytterligare stöd, varigenom hemmet bör bli helt tillfredsställande.

Lunds stifts prästers nykterhets- och diakoniförbund äger två hem vid Höör, *Fogdarödshemmet* för manliga patienter och *Sätoftahemmet* för kvinnliga. Det förra hemmet är efter en med statslån genomförd ombyggnad i utmärkt skick; huvudbyggnaden vid det senare är också bra, medan annexet, som används till vårdhem, ofördröjligen behöver ersättas med en nybyggnad.

Ervallahemmet i närheten av Frövi är i starkt behov av en snar upprustning. Vi återkommer i särskilt P. M. angående anvisande av medel härför för budgetåret 1956/57.

De båda anstalterna i Korsnäs, *Skogsudden* och *Staberg,* är genom successiva förbättringar i gott skick; vad som återstår kan vara vissa kompletteringsarbeten.

Slutligen är Vårsta diakonissanstalts hem i Härnösand, *Granudden,* i behov av höjd byggnadsstandard. För att man skall få bättre driftsekonomi är det önskvärt att platsantalet ökas.

Ekonomiska förhållanden

De sammanlagda driftkostnaderna vid statens anstalt för fallandesjuka uppgick för 1954 till 1 370 319 kronor. Vid det landstingsägda Sönnarslövsgården var driftkostnaderna för samma år 126 866 kronor. För de tio enskilda anstalterna gick de sammanlagda driftkostnaderna för detta år upp till 3 358 414 kronor. Samtliga epileptikeranstalter i landet hade alltså en driftkostnad år 1954 av 4 855 599 kronor.

Beläggningen vid epileptikeranstalterna har, som vi tidigare nämnt, under senare år varit hög. För 1952 var den 96 %, för 1953 97 % och för 1954 98 % av kapaciteten, beräknad på sedvanligt sätt. (För jämförelses skull

må erinras, att medelbeläggningen vid lasaretten under samma tid varit 86 %, vid landstingens och de fria städernas vårdhem för lättskötta sinnessjuka 94 à 95 % och vid samma huvudmäns anstalter för psykiskt efterblivna omkring 90 %.) Bland annat till följd av att anstalterna utnyttjas så väl är kostnaden för vårddag inte högre än som framgår av tabell 3.

Tabell 3

Anstalt	Dagkostnad år			Vinst + Förlust — 1954	Den 1/10 1955 gällande vård-avgifter	Av sammanlagda nettoutgiften belöper följande % på	
	1952	1953	1954			avlöningar	omkostnader
Skolanstalter							
Vilhelmsro	18: 19	19: 59	[1]17: 63	—	3/dag	79,9	20,1
Margarethahemmet	19: 08	18: 82	19: 74	— 124 273	3 500/år	56,9	43,1
Vårdanstalter							
Stora Sköndal	11: 43	11: 84	14: 23	— 58 413	4 000/år[2]	50,7	49,3
Erstagården	11: 36	13: 02	13: 45	+ 7 741	3 500/år	63,6	36,4
Röingegården	10: 49	10: 63	10: 85	+ 8 855	3 500/år	49,1	50,9
Sönnarslövsgården	10: 68	10: 69	[1]10: 91	—	[3]	71,0	29,0
Fogdarödshemmet	11: 41	11: 72	12: 59	— 8 408	3 300/år	52,8	47,2
Sätoftahemmet	10: 51	10: 46	12: 08	— 18 972	3 300/år	52,6	47,4
Ervalla	7: 71	7: 94	10: 02	— 9 667	3 000/år	49,0	51,0
Skogsudden	9: 67	9: 46	10: 22	+ 222	2 600/år	35,5	64,5
Staberg	7: 68	8: 11	8: 84	+ 8 488	2 800/år	50,1	49,9
Granudden	8: 53	8: 55	9: 01	+ 852	3 100/år	67,0	33,0
Medeltal per vårddag	13: 20	13: 65	14: 31	—	—	—	—

[1] Här ej inräknat räntor och avskrivningar samt pensioneringskostnader.
[2] Vid undersökningsavdelningen 24/dag.
[3] Enligt landstingets beslut.

Som naturligt är blir skolanstalterna väsentligt dyrare i drift än vårdanstalterna. Mycket som en följd härav har driftkostnaden per vårddag inom epileptikervården under de senaste åren i genomsnitt legat något högre än motsvarande kostnader vid de statliga sinnessjukhusen: 1952 kronor 13: 2 för epileptikeranstalterna mot kronor 13: 0 för sinnessjukhusen, 1953 13: 7 mot 13: 4 och 1954 14: 3 mot 13: 3. Att exakt fastställa merkostnaden för skolanstalterna låter sig knappast göra, då undervisningen utgör ett led i den allmänna vården. Frånräknar man emellertid skolanstalterna blir vårddagkostnaden vid epileptikeranstalterna för 1954 mellan kronor 8: 84 (Staberg) och kronor 14: 23 (Stora Sköndal), med en genomsnittskostnad av kronor 12: 23.

Epileptikeranstalterna kan ur kostnadssynpunkt inte direkt jämföras med någon annan typ av sjukvårdsanstalter. De bör — med hänsyn till de mindre anspråk som omhändertagandet av ett ensartat klientel ställer i de flesta avseenden — rimligen vara billigare i drift än lasaretten. De är det

också; för lasarettens del uppgick vårddagkostnaden för 1954 till kronor 43: 50. De borde — med hänsyn till den medikamentösa behandlingen och många epileptikers långsamhet i fråga om vissa reaktioner samt deras irritabilitet och behov av snart sagt oavlåtlig uppmärksamhet från vårdpersonalens sida — vara väsentligt driftdyrare än anstalter för sinnessjuk- och sinnesslövård. Att så inte är fallet vid en jämförelse med statens sinnessjukhus framgår av de siffror vi lämnat i förra stycket.

1951 års sinnesslövårdsutredning har i fråga om anstalterna för psykiskt efterblivna i sitt betänkande II med förslag angående statsbidrag för undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna angivit den genomsnittliga normalkostnaden per vårdplats år 1952 — frånsett lärarlönekostnader — till omkring 3 300 kronor. En statistisk sammanställning för år 1954 rörande vårdanstalter för psykiskt efterblivna samt för epileptiker, vilken utarbetats av medicinalstyrelsens sinnesslöinspektion och kameralbyrå i september 1955, synes bekräfta det naturliga antagandet att sinnesslövårdsutredningens uppskattning på grund av utvecklingen i frågan om penningvärde och löner numera är för låg. Då vårddagkostnaden vid ett avsevärt antal särskolor och vårdanstalter för psykiskt efterblivna enligt denna statistik var högre än det i tabell 3 angivna medeltalet för epileptikeranstalterna, synes det inte orimligt att uppskatta den genomsnittliga vårddagkostnaden år 1954 vid sinnesslöanstalter till 4 380 kronor.

Om detta antagande är riktigt, skulle genomsnittskostnaden år 1954 ha varit praktiskt taget densamma vid de kommunala anstalterna för psykiskt efterblivna som vid vårdanstalterna inom epileptikervårdorganisationen. Jämförelsen kan alltså anses ge vid handen, att genomsnittskostnaden vid epileptikeranstalterna snarast är lägre än man haft anledning förmoda.

Den bild, som räkenskaperna ger — och som beträffande epileptikeranstalterna i komprimerat skick återges i tabell 3 — är emellertid alltför onyanserad för att tillåta säkra slutsatser i frågan, om anstalterna drivs efter sunda ekonomiska principer eller ej. Det är nämligen en mängd faktorer, som påverkar kostnaderna under olika utgiftsposter och gör att en direkt jämförelse mellan siffrorna för olika anstalter inte blir rättvisande. Här må endast nämnas klientelets svårsköttbet, verksamhetens uppläggning, intensitet och standard, lokal- och rekryteringsförhållanden samt sist, men inte minst, den mänskliga faktorn, d. v. s. personalens kapacitet och inställning till sin uppgift.

Till komplettering av tabell 3 vill vi därför beträffande de olika utgiftskontona anföra följande.

I fråga om *avlöningarna* gäller, att alla tjänstemän vid Vilhelmsro och lärarna vid Margarethahemmet är underkastade bestämmelserna i Saar. Övriga befattningshavare följer i stort sett landstingens avlöningsbestämmelser. Stora Sköndal har i vissa fall bestämt en något högre lönesättning än som motsvarar dessa bestämmelser med hänsyn till dels de påfrestningar,

som vårdarbetet med epileptiker innebär, och dels att vederbörande har en högre utbildning (diakoner) än landstingens jämförliga befattningshavare i regel har. Befattningshavarna vid Vilhelmsro lyder under de helstatliga pensionsbestämmelserna. Av övriga befattningar är föreståndare, husfäder, husmoder (föreståndarinna), lärare och sjuksköterskor underkastade reglementet för statens pensionsanstalt, medan allmänna bestämmelser om pensionering saknas för övriga befattningar tillhörande vårdpersonalen och för ekonomipersonalen. För samtliga befattningshavare har Stora Sköndal fastställt ett särskilt pensionsreglemente. I enstaka fall har huvudmannen funnit sig böra tillerkänna överåriga trotjänare pensioner med belopp, varierande mellan 600 och 1 868 kronor per år. Margarethahemmet har för detta ändamål avsatt en särskild pensionsfond, som uppgår till 47 000 kronor. Dessa pensioner och avsättningar bokförs som avlöningskostnader. Av anstalterna tillhör två, Erstagården och Stora Sköndal, ortsgrupp 5, en, Granudden, ortsgrupp 4, och de övriga nio ortsgrupp 2 eller 3. Lägsta nettoutgiften per underhållsdag för avlöningar av vårdanstalterna har Ervalla med kronor 4: 91; den högsta Erstagården med kronor 8: 55 och Stora Sköndal med kronor 7: 22. Sistnämnda anstalt redovisar, i motsats till övriga stiftelseägda anstalter, ett särskilt »förvaltningsarvode» som ersättning för diakonsällskapets handhavande av anstaltens centrala administration. Förvaltningsarvodet uppgår till 50 000 kronor.

Vad angår *kosthållet* överstiger nettoutgiften per underhållsdag vid Margarethahemmet (2: 70) och Stora Sköndal (2: 47) väsentligt motsvarande genomsnittskostnad både vid statens sinnessjukhus (1: 93) och vid övriga epileptikeranstalter (1: 63).

Expeditionskostnaderna är lägst vid Fogdaröds- och Sätoftahemmen med 3 öre för vårddag och högst vid Erstagården med 21 öre samt Stora Sköndal med 13 öre per vårddag.

Kostnaderna för *läkemedel* är högst vid Stora Sköndal med 44 öre för vårddag och lägst vid Ervalla med 9 öre per vårddag.

För *anskaffning och underhåll av inventarier* har det under 1954 för alla epileptikeranstalterna gått åt 98 492 kronor, motsvarande 29 öre för vårddag. Siffran är väsentligt lägre än lasarettens kostnad för ändamålet — kronor 1: 35 —, men likväl högre än för tidigare år. Höjningen sammanhänger med en i samförstånd med inspektören för epileptikervården börjad, i några fall av honom fordrad höjning av standarden på epileptikeranstalternas inventarieutrustning. För att denna standard skall komma i nivå med vad man ansett godtagbart för andra vårdområden erfordras en relativt stor nyanskaffning ännu några år framåt.

För Vilhelmsro gäller i fråga om *patienternas flitpengar,* som framgår av redogörelsen under nästföregående avsnitt, bestämmelserna i sinnessjukvårdsstadgan. Enligt av medicinalstyrelsen utfärdade tillämpningsföreskrifter innebär detta, att flitpengar må utgå med ett belopp av högst 80 öre för

vårddag. I medeltal har flitpengar under 1954 vid Vilhelmsro utgått med 12 öre för vårddag. För övriga epileptikeranstalter saknas centrala föreskrifter, och flitpengar utgår därför efter normer som fastställs av anstaltsledningarna. Vid Sönnarslövsgården har några flit- — eller som de enskilda anstalterna föredrar att kalla dem — fickpengar inte utgått under 1954. För övriga anstalter ligger genomsnittsbeloppet för vårddag mellan 3 öre (Granudden och Skogsudden) samt 36 öre (Stora Sköndal). Bristen på enhetliga principer är påfallande, och vi kommer att föreslå en normalisering på området.

Kontot *underhåll av fastigheter, fastighetsskatt och övriga fastighetsomkostnader* visar en sammanlagd utgiftssumma på 249 169 kronor. Det relativt stora beloppet sammanhänger med att i samförstånd med inspektören för epileptikervården en upprustning börjat även av epileptikervårdens byggnadsbestånd. Större delen av beloppet hänför sig till några få förhållandevis omfattande iståndsättningsarbeten.

Utgiftsräntor är ett konto, som naturligtvis utnyttjas endast av de enskilda anstalterna. För deras del uppgick den sammanlagda utgiften 1954 till 61 158 kronor. En mindre del av beloppet utgör ränta på fondmedel eller andra medel, som huvudmannen investerat. I något fall betalas ränta på statslån. För flertalet av de skuldsatta anstalterna är det fråga om ränta på intecknings- eller andra reverslån eller rentav egna accepter.

Beträffande kontot *avskrivningar å fastigheter och inventarier* — även detta konto aktuellt endast för de enskilda anstalterna — har medicinalstyrelsen föreskrivit, att avskrivning skall redovisas med de belopp och efter de grunder, som taxeringsmyndigheterna brukar godkänna. Avskrivning bör ske å anskaffningsvärdet. Olika procentsatser kan förekomma för olika inventarieslag. Linne och sängkläder avskrivs årligen med en i förhållande till varaktighetstiden avpassad procentsats. De sammanlagda utgifterna på kontot uppgår till 68 273 kronor, varav 35 567 kronor för Stora Sköndal, som verkställt avskrivning endast på inventarier. Framhållas bör, att tre av de enskilda anstalterna inte kunnat verkställa några avskrivningar och att en kunnat verkställa avskrivning med endast en del av det belopp, som bestämmelserna givit rätt till.

På kontot *särskild verksamhet,* som omfattar trädgård och jordbruk, verkstäder och eljest förfärdigade arbeten samt annan särskild verksamhet, har tre av de enskilda anstalterna redovisat förlust. Det är Margarethahemmet, som på trädgården och jordbruket haft utgifter utöver inkomster på 1 565 kronor, Röingegården, som haft smärre överskott på trädgård och jordbruk samt en — främst som lämplig sysselsättning för patienterna anordnad — kioskförsäljning, men ett något större underskott på verkstadsdriften, varför ett förlustsaldo på 2 863 kronor uppkommit, och Skogsudden, som både på trädgård och jordbruk samt på verkstäder (vävsal, sysal) haft mindre förluster, som sammanlagt uppgått till 3 422 kronor.

För Sätoftahemmet har »särskild verksamhet» (trädgård samt väv- och sysalar) gått jämnt ihop. Övriga sex enskilda anstalter har haft nettoöverskott på »särskild verksamhet», störst vid Stora Sköndal (trädgård och jordbruk, differentierad verkstadsdrift — jämför föregående avsnitt) med tillhopa 44 767 kronor, vid Erstagården (trädgård och jordbruk, vävsal, sysal) med tillhopa 11 356 kronor och vid Fogdarödshemmet (trädgård och jordbruk — övriga verksamhetsgrenar gått jämnt ihop) med 9 473 kronor, Vilhelmsro visar en förlust på den särskilda verksamheten (trädgård, jordbruk, svinstall, arbetsterapi) av 3 761 kronor.

Övriga konton företer intet som vi funnit vara av beskaffenhet att böra redovisas här.

Som en sammanfattning vill vi anföra, att sparsamhet och omtanke i allt väsentligt präglat epileptikeranstalternas handhavande av sin ekonomi under den tid, vår granskning omfattat. Frågan, huruvida ett förstatligande skulle vara ägnat att nedbringa kostnaderna, kan i stort sett besvaras nekande.

På inkomstsidan förekommer för de enskilda anstalternas del *hyror och arrenden* med tillhopa 74 532 kronor. Det är till övervägande delen sedvanliga hyresersättningar för tjänstebostäder och planteringsland, som bokförs på detta konto. Hyressättningen följer i stort sett landstingens bestämmelser i ämnet.

Inkomsträntor och diverse inkomster har för 1954 uppgått till sammanlagt 131 550 kronor. Margarethahemmet har donationsfonder på 1 646 000 kronor, Stora Sköndal räntegivande donationsfonder på 158 336 kronor och Erstagården fonder på 18 517 kronor. Diverse inkomster består av landstingsbidrag à 2 500 kronor, som Malmöhus läns landsting tillerkänt vartdera av Fogdaröds- och Sätoftahemmen. I övrigt utgörs inkomsterna under detta konto av småbelopp i form av räntor på medel för den löpande driften, som innestått på bank, av kollektmedel samt medel från välgörenhetstillställningar o. dyl.

Sammanlagda beloppet av *vårdavgifter* uppgick 1954 till 2 171 973 kronor och av *statsbidrag till driftkostnader* till 748 315 kronor. Statsbidraget utgår från och med år 1955 med 1 300 kronor för år och vårdplats. Då de enskilda anstalternas sammanlagda inkomster utgjorde 3 164 831 kronor, var statsbidragens andel i totalinkomsten för dem 23,6 % och vårdavgifternas andel 68,6 %.

En jämförelse mellan de ovan återgivna summorna för utgifter och inkomster 1954 visar, att de enskilda anstalterna tagna som en enhet gått med en nettoförlust av i runt tal 193 600 kronor. Den närmare fördelningen av denna förlust samt av uppkomna överskott på olika anstalter framgår

av tabell 3. Anstalternas redovisning av överskott och förluster sker enligt två skilda principer. Vissa anstalter reglerar uppkommen vinst och förlust årsvis med ägarens privata medel, medan andra anstalter balanserar vinster och förluster från år till år. Röingegården och Granudden redovisar enligt den förra principen, som inte utan vidare medger en avstämning av resultatet av verksamheten på längre sikt. De överskott, som dessa båda anstalter redovisat för 1954, har enligt vad vi inhämtat gått åt, vid den förra anstalten för att minska föreståndarens privata skuldsättning för anstalten och vid den senare för att nedbringa ägarens, Vårsta diakonissanstalts, tidigare utlägg för epileptikeranstalten.

Övriga anstalter balanserar vinster och förluster från år till år, vilket ger möjlighet att avläsa resultatet av verksamheten för en längre tid. Dessa resultat är för de olika enskilda anstalterna: Stora Sköndal — 299 747 kronor, Erstagården — 102 378, Margarethahemmet — 252 580, Fogdarödshemmet — 13 758, Sätoftahemmet + 123 293, Ervalla — 45 035, Skogsudden + 52 965 och Staberg — 549. Samtliga dessa anstalter utom Sätoftahemmet och Skogsudden har alltså enligt räkenskaperna krävt förlagskapital av sina ägare. Att Sätoftahemmet visar överskott beror, såvitt vi kunnat finna, väsentligen på att anstalten inte verkställt tillräckliga avskrivningar. Då det gäller Skogsudden har ägaren under årens lopp tillfört verksamheten vid hemmet eget kapital och direkt avskrivit detta ur anstaltens räkenskaper, vilket förklarar det bokföringsmässiga överskottet. Skulle kapitaltillskottet ha upptagits som en hemmets skuld till ägaren, hade räkenskaperna visat ett förlustsaldo.

Följande enskilda anstalter ägs av huvudmän, som driver epileptikervård jämsides med annan verksamhet, nämligen Stora Sköndal av Svenska diakonsällskapet, Erstagården av Svenska diakonissällskapet, Fogdaröds- och Sätoftahemmen av Lunds stifts prästers nykterhets- och diakoniförbund samt Granudden av stiftelsen Vårsta diakonissanstalt. Dessa anstalter kan förutsättas ha den ekonomiska bakgrunden för att i fortsättningen driva epileptikervård utan ovillkorligt beroende av statsbidragens och vårdavgifternas storlek. Föreningen Margarethahemmet har visserligen donationsfonder av avsevärd storlek, men avkastningen av dem jämte övriga inkomster har på senare tid inte räckt till, varför föreningen under de senaste budgetåren erhållit särskilt statsanslag för sanering av hemmets ekonomi. Röingegården ägs nominellt av en ekonomisk förening, Föreningen Röingegården u. p. a., vars enda tillgång utöver anstalten är ett andelskapital på 7 534 kronor. Hemmet är alltså för sin fortsatta drift helt beroende av vårdavgifter och statsbidrag. Detsamma gäller de tre anstalter, som ägs av privatpersoner, nämligen Ervalla, Skogsudden och Staberg. Även en relativt liten ökning av kostnaderna för vården kan, om inte statsbidraget eller vårdavgiften höjs i direkt proportion, tvinga ägarna att lägga ner verksamheten.

De vårdavgifter, patienterna har att erlägga, framgår av tabell 3. Flertalet patienter kan inte betala dessa avgifter själva. 1951 års sinnesslövårdsutredning har beträffande »sitt» klientel — de psykiskt efterblivna — angivit siffran 11 % som mätare på antalet »självbetalande». Efter samråd med anstaltsledningarna har vi ansett oss kunna godta denna siffra, avrundad till 10 %, som mått på antalet epileptiker, vilka själva betalar sin anstaltsvård.

För övriga patienter svarar primärt fattigvårdssamhället, som dock enligt 40 § fattigvårdslagen den 14 juni 1918 (nr 422) äger få gottgörelse av landstinget. Landstingen svarar enligt lagen den 2 maj 1919 (nr 283) om lindring i de mindre bemedlades kostnader för vård av sinnessjuka, sinnesslöa och fallandesjuka för gottgörelse till fattigvårdssamhällena även för utgifter för vård av mindre bemedlade fallandesjuka. Vi vill erinra att landstingens ersättningsskyldighet enligt fattigvårdslagen i propositionen 177/1955 med förslag till lag om socialhjälp föreslagits skola slopas samt att även 1919 års nyss nämnda lag i denna proposition föreslagits skola upphöra. Tillsvidare ersätter centralstyrelserna för undervisning och vård av psykiskt efterblivna i enlighet med vad departementschefen uttalat i proposition nr 94/1955 vården av epileptiker, vilka är inskrivna vid särskola eller vårdanstalt för psykiskt efterblivna.

Hittills har ovisshet rått, om sjukkassorna varit ersättningsskyldiga för vård å epileptikeranstalt eller ej. Under hösten 1955 har emellertid riksförsäkringsanstalten efter samråd med medicinalstyrelsen förklarat, att vård å epileptikeranstalt för framtiden skall anses som sjukhusvård i sjukförsäkringslagens bemärkelse. I fortsättningen kommer alltså sjukkassorna att enligt reglerna i sjukförsäkringslagen ersätta inte blott den egentliga vården vid epileptikeranstalterna utan även resor till och från anstalterna samt vård vid de vanliga sjukhusen. Erinras må, att epileptiker enligt förordningen den 4 juni 1954 (nr 519) angående kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel samt kungörelsen den 4 juni 1954 (nr 520) med förteckning över kostnadsfria läkemedel redan erhåller läkemedel gratis.

Till praktiskt taget alla anstaltsvårdade epileptiker under 16 år utgår barnbidrag. Hur det förhåller sig med folkpensioner till epileptiker över denna ålder är inte känt för anstalterna, emedan dessa för det övervägande antalet patienter motta vårdkostnaden genom socialvårdsorganen. Det kan emellertid antas, att alla epileptiker, som åtnjutit anstaltsvård mer än 730 dagar och alltjämt behöver sådan vård, i princip är berättigade att tillerkännas folkpension.

Antalet nybeviljade invalidpensioner och sjukbidrag (inklusive jämkningar av änkepensioner och hustrutillägg till invalidpensioner och sjukbidrag) på grund av epilepsi under några av de senare åren framgår av nedanstående sammanställning av uppgifter, som lämnats av pensionsstyrelsen.

År	M.	Kv.	År	M.	Kv.	År	M.	Kv.
1944	74	53	1947	77	74	1951	89	54
1945	56	61	1949	123	111	1952	56	48
1946	73	66	1950	67	74	1953	61	61

Det sammanlagda beståndet av invalidpensioner och sjukbidrag med invaliditetsorsaken epilepsi var i januari 1949 1 529 män och 1 811 kvinnor, samt i januari 1952 1 496 män och 1 734 kvinnor.

De anförda siffrorna visar, att sammanlagda antalet epileptiker med folkpension väsentligt överstiger sammanlagda antalet på epileptikeranstalt vårdade i åldern 16—66 år.

Den öppna vården

I statsbidragskungörelsen nr 489/1955 stadgas, att statsbidrag utgår med 300 kronor för kalenderår räknat för varje epileptiker, som den 1 oktober under bidragsåret var utackorderad i kontrollerad familjevård, ansluten till anstalten. Innan epileptiker utackorderas i kontrollerad familjevård, skall lämpligheten därav prövas av inspektören för epileptikervården eller anstaltens läkare. Anstaltens föreståndare skall själv eller genom annan lämplig befattningshavare minst en gång varannan månad på förut inte tillkännagivna tider avlägga besök i hem, där epileptiker är utackorderad, för att tillse att lämplig vård där beredes den utackorderade. Uppgift om tiderna för dessa besök skall intas i årsredogörelsen till huvudtillsynsmyndigheten.

Kontrollerad familjevård i sinnessjukvårdsstadgans bemärkelse förekommer endast vid Stora Sköndal. Vid denna anstalt var den 15 september 1955 12 patienter inskrivna i sådan vård. Antalet är mindre än det medeltal som förekommit under senare år. Det sammanhänger med konjunkturerna och den pågående minskningen av landsbygdens befolkning.

Av familjevårdspatienterna var en utackorderad som biträde i en lanthandel, en som biträde hos en skräddare och de återstående tio i lantbrukar- eller trädgårdsmästarhem. Anstalten betalar värdfolket 130 kronor i månaden som inackorderingsavgift och håller därjämte patienten med arbetskläder. Det nuvarande statsbidraget, som också skall täcka kostnaderna för tillsynsresor, är otillräckligt. Värdfolket lämnar patienterna fickpengar på mellan 50 och 75 kronor i månaden.

Vårdtiderna varierar starkt. I vissa fall visar det sig att en patient, som skött sig väl under anstaltsvistelsen, inte kan ta vård om sig själv i de friare former, som familjevården erbjuder. I andra fall, det gäller främst anställning hos trädgårdsmästare, är det redan från början överenskommet, att familjevården endast skall vara under sommarsäsongen. Slutligen förekommer fall, då en patient i åratal vårdas i familjevård. Definitiv ut-

skrivning kan förekomma endast i sällsynta undantagsfall, ty normalt behöver patienten med individuellt avpassade mellanrum intas på anstalten för kontroll av att den medikamentösa behandlingen är riktigt inställd m. m.

Av betydligt större omfattning än den kontrollerade familjevården är det system med ferieresor till föräldrahemmet, som praktiseras av de båda skolanstalterna Vilhelmsro och Margarethahemmet.

Detta system innebär, att samtliga elever i skolhemmen — frånsett barn, vilkas aktuella sjukdomstillstånd gör anstaltsvistelse nödvändig samt barn, vilka saknar hem hos anhöriga — samt de elever i upptagningshem, arbetshem och vårdhem, vilkas hälsotillstånd medger vård i hemmet, under tiden för skolferierna får vistas i hemmet hos sina anhöriga. Vid Vilhelmsro vårdades under 1954 på detta sätt patienter i hemmet under sammanlagt 10 448 dagar. För Margarethahemmets del var antalet patienter, som detta år beviljades hemresa, under sommarlovet 31 skolbarn, 4 vårdhemsbarn, 2 upptagningshemsbarn och 6 arbetshemselever, under jullovet 36 skolbarn, 6 vårdhemsbarn, 3 upptagningshemsbarn och 10 arbetshemselever samt under påsklovet 10 skolbarn, 1 vårdhemsbarn, 2 upptagningshemsbarn och 1 arbetshemselev.

Kostnaderna för elevernas resor bestrids vad angår Vilhelmsro från ett särskilt anslag på 5 000 kronor till ferieresor för elever m. m. Beträffande de närmare villkoren för anslagets användning får vi hänvisa till statsliggaren för budgetåret 1955/56, s. 1013. Ferieresorna för barn vid Margarethahemmet bestrids i princip av patienterna själva. I de fall, då fråga är om epileptiker, som är inskrivna vid särskola eller vårdanstalt för psykiskt efterblivna, brukar centralstyrelsen för undervisning och vård av sådana handikappade bestrida kostnaderna även för ferieresor. I övriga fall erläggs kostnaden, där inte undantagsvis den försörjningspliktiga kan stå för den, av fattigvårdssamhället.

I fråga om ferieresornas anordnande söker man vid Vilhelmsro av kostnadsskäl anordna dessa som gruppresor med största möjliga antal deltagare. På tåget medföljer erforderligt antal vårdare, som vid de olika stationerna efterhand lämnar barnen till mötande föräldrar eller andra anhöriga. Vid Margarethahemmet anser man det vara av så stort värde, att de anhöriga lär känna den anstalt där barnen vårdas under större delen av året, att man i princip eftersträvar att de anhöriga själva skall hämta sina barn. Därvid kan anstaltsledningen också ge råd och anvisningar om hur barnets medikamentösa behandling och dess skötsel i övrigt bäst skall handhas under ferierna. Självfallet förekommer undantag i båda riktningarna: Anhöriga inställer sig vid Vilhelmsro för att hämta barnen och samtidigt få råd; från Margarethahemmet utgår gruppresor med framförallt långt från anstalten boende patienter. I enstaka fall är barn vid båda anstalterna

i sådan kondition och av sådan mognad, att de kan tillåtas företa resan på egen hand.

Erfarenheterna av denna form av öppen vård är de allra bästa. Mer än något annat värdesätter man att barnen genom ferievistelsen i hemmet undgår risken att bli alltför anstaltsbetonade. Under hemmavistelsen återtar barnet sin plats i familjekollektivet och hinner solidarisera sig med dess ambitioner, glädjeämnen och sorger. Känslan av denna samhörighet, som på båda sidor hinner blekna under långvarig anstaltsvistelse, återtar sin färg och motverkar den utarmning av känslolivet, som hotar en alltför länge anstaltsvårdad. I regel klarar barnen miljöbytet utan komplikationer. Misslyckandena bör tas som naturliga yttringar av sjukdomen, och några irreparabla skador medför de inte.

De barn, som på grund av hög anfallsfrekvens eller svåra anfall eller annan sjukdom inte kan tillåtas resa hem, är i allmänhet i sådant tillstånd, att de inte oroas av kamraternas hemresa.

Under ferievistelse i hemmet utgår vanlig vårdavgift. Detta motiveras med att hemsändandet i allmänhet är förenat med vissa kostnader utöver resekostnaderna. Barnen har t. ex. vuxit ur sina »civila» kläder sedan förra vistelsen i hemmet och behöver nya, eller också behöver de gamla kläderna en ordentlig översyn och reparation. Av säkerhetsskäl och för att främja en riktig dosering har anstalterna hittills hållit barnen med den medicin, som behövs under ferievistelsen.

Utöver kontrollerad familjevård och ferievistelse i hemmet har öppen vård vid epileptikeranstalterna i nämnvärd utsträckning förekommit endast i enstaka fall. Vid den läkarmottagning för öppen vård, som förekommer vid Vilhelmsro och Stora Sköndal, har under 1954 å utredningsavdelningen vid Stora Sköndal sammanlagt 367 patienter inskrivits vid poliklinikeri. Tillhopa har förekommit 773 poliklinikbesök, varav 380 nybesök och 393 återbesök.

I ett par fall har elever vid arbetshemmet å Margarethahemmet kunnat beredas lärlingsutbildning i det närbelägna Uppsala. Dessa elever har bott kvar på anstalten och dagligen rest till utbildningsplatsen.

Vid Stora Sköndal har man sedan de nya arbetsterapilokalerna tagits i bruk gjort försök med externatelever i arbetsterapien. Eleverna bor alltså i hemmet samt reser till och från undervisningen i arbetsterapien. Den 15 september 1955 fanns fem externatelever. Erfarenheterna från försöksverksamheten anses lova gott för framtiden.

Slutligen bör nämnas, att patienter vid Röingegården sedan åtskilliga år tillbaka brukat beredas tillfällig arbetsanställning hos lantbrukare i trakten som hjälp under skördearbetet. Mellan fem och tio patienter är i så hög grad fria från anfall och i övrigt i det allmäntillstånd att de lämpar sig för sådant arbete. Ersättningen bestäms med utgångspunkt från lant-

arbetaravtalet och med den reduktion med hänsyn till nedsättning i arbetsförmågan, varom anstaltsledningen och den tillfälliga arbetsgivaren i varje fall kommer överens. Denna form av sysselsättning anses av anstaltsledningen värdefull, inte minst ur den synpunkten att den ger befolkningen i anstaltens grannskap en uppfattning om de mänskliga kvaliteterna hos patienterna, varigenom fördomar och överdrivna föreställningar om »farlighet» reduceras.

Vård utanför epileptikeranstalterna

Det är endast en mindre del av epileptikerna i landet som är omhändertagna inom den anstaltsorganisation, vi beskrivit. Ungefär 95 % av hela antalet kan få sin vård utan varaktig intagning på anstalt.

Enligt svaren på en enkät, som vi under hösten 1954 utsände till samtliga tjänsteläkare i öppen vård, stod den 1 januari 1954 i runt tal 3 500 epileptiker under dessa läkares kontroll. Att märka är, att svar inte lämnades av alla tillfrågade läkare, varför det verkliga antalet med säkerhet är större. Av de 3 500 rapporterade fallen ansågs omkring 3 000 erhålla riktig vård utan intagning på anstalt, medan återstoden ansågs vara i behov av någon form av anstaltsvistelse.

Det är känt, att ett avsevärt antal epileptiker vårdas av privatpraktiserande läkare och vid lasarettens öppna mottagningar. Några siffror om storleken av detta klientel föreligger dock inte. Inte heller finns uppgifter sammanställda om antalet på invärtesmedicinska psykiatriska eller pediatriska lasarettsavdelningar intagna epileptiker.

Vid de neurologiska klinikerna på serafimerlasarettet samt Sahlgrenska sjukhuset och Lunds lasarett omhändertas ett betydande antal epileptiker för utredning i såväl sluten som öppen vård. Vad angår den slutna vården har vid serafimerlasarettet under 1954 vårdats 163 epileptiker, vid Sahlgrenska sjukhuset omkring 130 och vid Lunds lasarett ett antal av samma storleksordning. Poliklinisk har under 1954 vid serafimerlasarettet utretts 43 nya fall, vid Sahlgrenska sjukhuset omkring 200 nya fall, varjämte vid Lunds lasarett under första halvåret 1955 undersökts 175 patienter med epilepsi. Vid Sahlgrenska sjukhuset har inrättats en särskild epilepsipoliklinik under ledning av en biträdande överläkare.

Enligt medicinalstyrelsens redogörelse för allmän hälso- och sjukvård år 1953 vårdades på sinnessjukvårdsanstalter den 31 december 1953 391 manliga och 339 kvinnliga patienter för epileptisk sinnessjukdom. Statens kommitté för sinnessjukvårdens utbyggande har som resultat av en enkät om antalet intagna och anmälda exspektanter vid bl. a. flertalet vårdhem för psykiskt efterblivna funnit, att under sommaren 1954 tillhopa 347 vårdbehövande psykiskt efterblivna samtidigt led av epilepsi (se proposition nr 123/1955). Enligt uppgift från skolöverstyrelsen har däremot un-

der de senaste åren några epileptiker inte vårdats vid statens skol- och yrkeshem på Salbohed och i Vänersborg. Även vid ungdomsvårdsskolorna förekommer endast sällan, att epileptiker tas in. Mindre ovanligt är detta vid vanföreanstalterna.

Från Svenska arbetsgivareföreningen har vi inhämtat, att epileptikerna inte anses utgöra något större problem på industriarbetsplatserna. Anställda med lindrig form av epilepsi är inte ovanliga, men genom att varsko arbetskamrater och i övrigt vidta enkla anordningar anser man sig kunna reducera olycksfallsriskerna till vad som är normalt.

3. kap. Några andra föreskrifter

Det säger sig självt, att en sjukdomsbild med sådan pregnans som epilepsiens inte undgått lagstiftarnas uppmärksamhet. Bestämmelser, som rör epileptikerna, finns också insprängda på en mängd håll i lagstiftningen. En fullständig redovisning av dessa föreskrifter har inte synts oss påkallad; däremot nämns i det följande några ovan ej redovisade föreskrifter av principiell innebörd eller eljest av intresse för vårt uppdrag.

I *allmänna lagen* finns föreskrifter om fallandesot »av övervägande inre orsaker» som äktenskapshinder och skäl till återgång av äktenskap i giftermålsbalken 2 kap. 6 §, 3 kap. 2 § och 10 kap. 3 § (jämför inledningen till 4. kapitlet nedan). Justitieministern har i juli 1955 bemyndigats tillkalla sakkunniga med uppgift att överse bestämmelserna om äktenskapshinder. Vi förutsätter, att dessa sakkunniga kommer att överväga i vad mån epilepsi för framtiden bör behållas som äktenskapshinder och återgångsskäl. Av denna anledning inskränker vi oss till att erinra, att medicinalstyrelsen i skilda sammanhang påyrkat en omprövning av dessa bestämmelser.

Av *medicinalförfattningarna* må till en början nämnas abort- och steriliseringslagarna.

I lagen om avbrytande av havandeskap den 17 juni 1938 (nr 318) stadgas, att havandeskap enligt lagen må avbrytas bl. a., när med skäl kan antas att kvinnan eller det väntade barnets far kommer att på avkomlingar överföra sinnessjukdom eller sinnesslöhet eller ock svårartad sjukdom eller svårt lyte av annat slag. Denna bestämmelse har av medicinalstyrelsen i undantagsfall tillämpats på epileptiker. Enligt allmän hälso- och sjukvård för 1953 har legal abort detta år i fyra fall beviljats på grund av epilepsi hos kvinnan. Dessa fall motsvarar 0,1 procent av samtliga aborter, som utförts enligt till medicinalstyrelsen år 1953 inkomna rapporter.

Enligt lagen om sterilisering den 23 maj 1941 (nr 282) må sterilisering med vederbörandes samtycke äga rum, om någon med skäl kan antas komma att genom arvsanlag på avkomlingar överföra sinnessjukdom eller sinnesslöhet eller svårartad sjukdom eller svårt lyte av annat slag. Samma lag gäller, där någon prövas på grund av bl. a. sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan rubbning av själsverksamheten vara för framtiden uppenbart olämplig att handha vårdnaden om barn. Även dessa stadganden har av medicinalstyrelsen i undantagsfall tillämpats på epileptiker. År 1953 har enligt allmän hälso- och sjukvård sterilisering utförts på en man och två

kvinnor, lidande av epilepsi. Vartdera talet motsvarar 0,1 procent av hela antalet steriliseringar, som utförts enligt till medicinalstyrelsen år 1953 inkomna rapporter.

Bestämmelserna i steriliseringslagen ligger bakom den tidigare nämnda föreskriften i instruktionen för läkare vid epileptikeranstalter om skyldighet att före utskrivning eller utackordering av patient eller eljest, då anledning föreligger, undersöka förutsättningarna för sterilisering samt att, om sådant ingrepp prövas lämpligt, utfärda erforderliga handlingar. Med hänsyn till den mycket restriktiva tolkning, medicinalstyrelsen givit ifrågavarande bestämmelser i abort- och steriliseringslagarna, har vi funnit oss sakna anledning att i förevarande sammanhang överväga ändringsförslag.

Enligt 1 § lagen om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus den 20 december 1940 (nr 1044) skall vad i lagen finns stadgat endast i vissa, numera betydelselösa avseenden gälla anstaltsvård för fallandesjuka. Som vi tidigare nämnt har statens anstalt för fallandesjuka enligt gällande stadga till ändamål att omhändertaga endast fallandesjuka, som inte lämpligen kan annorlunda omhändertagas. En sammanställning av de båda författningarna visar alltså, att legalt huvudmannaskap för vården av epileptiker inte finns eller att i varje fall bestämmelserna är föga preciserade.

Enligt 4 § lagen om undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna den 4 juni 1954 (nr 483) föreligger skyldighet för landsting att ansvara för undervisning och vård enligt lagen inte i fråga om bl. a. psykiskt efterblivna, som är epileptiska. Beträffande innebörden av detta stadgande vill vi erinra, att inrikesministern i proposition nr 94 till 1955 års riksdag till en början framhållit, att gränsen mellan det klientel, för vars omvårdnad landstingen enligt 1954 års lag har att svara, och det, som enligt 4 § samma lag är undantaget från landstingens huvudmannaskap, givetvis i första hand bör bedömas ur vårdsynpunkt. Det finns psykiskt efterblivna med så lätta eller så sällan återkommande yttringar av epileptisk sjukdom, att de inte eller endast i mindre omfattning behöver någon mera kvalificerad vård för dessa sjukdomsyttringar. Landstingens vårdnadsskyldighet enligt nämnda lag bör därför omfatta även psykiskt efterblivna med epilepsi som en lätt eller ej alltför framträdande komplikation. Först när den vård, som regelmässigt ägnas de psykiskt efterblivna, måste i väsentlig mån ändra karaktär eller kompletteras med åtgärder, riktade mot de epileptiska sjukdomsyttringarna, bör den psykiskt efterblivne överflyttas till en särskild epileptikeranstalt. Omhändertagande inom en speciell vårdorganisation för epileptikervården bör sålunda icke ske, förrän yttringarna av epileptisk sjukdom är så framträdande, att vården i första hand kommer att karakteriseras av åtgärder, som ur medicinsk synpunkt är att hänföra till epileptikervård.

Enligt kungörelsen den 9 december 1927 (nr 484) angående kontroll i vissa fall över enskild vård av sinnessjuka, sinnesslöa och fallandesjuka skall den för sjukvården vid statlig epileptikeranstalt ansvarige läkaren

omedelbart lämna vederbörande fattigvårdssamhälle meddelande, när person, för vars vård fattigvårdsstyrelse eller hälsovårdsnämnd iklätt sig betalningsskyldigheten eller som eljest kan antas vara i behov av fattigvård, förklarats berättigad till inträde å sådan anstalt men på grund av utrymmesbrist inte kan mottas där. Åtnjuter fallandesjuk i visst hem enskild vård, för vilken gottgörelse av landsting kan komma ifråga, bör anmälan om vårdfallet göras hos länsstyrelsen i det län och hos vederbörande tjänsteläkare i den ort, där vården lämnas. Sådan anmälan ankommer i regel å det fattigvårdssamhälle, som ombesörjer vården. Kontrollen över att enskild vård är tillfredsställande åligger i allmänhet vederbörande tjänsteläkare enligt ganska detaljerade regler. Beträffande deras innehåll får vi hänvisa till kungörelsen. Meddelas sådan enskild vård, varom här är fråga, inom upptagningsområde för något statens sinnessjukhus, vid vilket hjälpverksamhet är anordnad, inträder hjälpverksamhetsläkaren i tjänsteläkarens åligganden enligt närmare regler i kungörelsen.

Vi har återgivit dess innehåll helt kortfattat, emedan kungörelsen, såvitt angår fallandesjuka, praktiskt taget inte torde tillämpas.

Inom *arbetsrätten* finns den föreskrift, som är aktuell för epileptikernas del, i 7 § arbetarskyddslagen den 3 januari 1949 (nr 1). Där stadgas att arbetsgivare är pliktig att iaktta allt som med hänsyn till bl. a. arbetstagarens »övriga förutsättningar» för arbetet skäligen kan erfordras för att förebygga att denne drabbas av olycksfall däri.

Arbetarskyddsstyrelsen har som sin uppfattning anfört, att »övriga förutsättningar» även måste omfatta sådan defekt som att en arbetstagare lider av epilepsi. Är arbetsgivaren således medveten om att en arbetstagare är behäftad med nämnda sjukdom, är arbetsgivaren skyldig tillse, att arbetstagaren inte placeras vid eller i närheten av för honom farlig arbetsmaskin eller eljest utför sitt arbete under sådana förhållanden, att han genom sin sjukdom mer än andra riskerar att ådra sig skador genom olycksfall.

Placering i industriellt arbete av arbetstagare behäftad med epilepsi bör enligt arbetarskyddsstyrelsen bedömas individuellt från fall till fall. Läkare bör beredas tillfälle att med ledning av anfallens art och frekvens m. m. fatta ståndpunkt ifråga om olycksfallsrisken i det aktuella fallet. Med ledning därav bör placering ske.

Beträffande frågan om ersättning enligt olycksfallsförsäkringslagen har arbetarskyddsstyrelsen meddelat, att den omständigheten att en skada orsakats av att den skadade varit lidande av epilepsi inte utesluter, att händelsen är att betrakta som olycksfall enligt nämnda lag. Olycksfallsersättning utgår då i vanlig ordning. I fall där arbetsgivaren varit medveten om arbetstagarens här berörda sjukdom och ändock sysselsatt honom i arbete, där med hänsyn till sjukdomen särskild olycksfallsrisk förefunnits, kan arbetsgivaren anses vållande till olycksfallet och sålunda bli skadeståndsskyldig enligt allmän lag.

Vi har från arbetarskyddsstyrelsen fått en sammanställning av olika förfrågningar rörande epileptikers användande i industriellt arbete samt svar därpå av socialstyrelsen, riksförsäkringsanstalten och statens arbetsmarknadskommission. Ehuru svaren självfallet är starkt nyanserade allt efter de olika frågeställningarna, synes den i början av detta avsnitt återgivna principen kunna utläsas, att arbetare, som lider av epilepsi, inte bör sysselsättas vid eller i närheten av farlig arbetsmaskin eller eljest under sådana förhållanden, att han mer än i det dagliga livet utsätts för risk att skadas eller utsätter andra för sådan risk. Kan riskfri arbetsplacering inte beredas arbetaren, har myndigheterna i något fall tillrått, att arbetsgivaren inte skall använda honom i arbete.

Till arbetsrätten synes också närmast böra hänföras medicinalstyrelsens cirkulär den 12 mars 1952 (MF nr 8) till samtliga läkare i riket med närmare föreskrifter om läkarundersökningar för erhållande av körkort och trafikkort.

Vid sådan undersökning bör enligt cirkuläret i fråga om epilepsi sökanden särskilt tillfrågas angående förekomsten av absenser, ekvivalenter och liknande larverade former av sjukdomen. I intet fall av manifest epilepsi i någon form bör intyg meddelas. En epileptiker, som varit anfallsfri i minst fem år och som under de senaste två åren inte behövt använda specifik medicin för sin sjukdom, bör kunna betros med körkort, om det vid undersökning framgår, att han är helt fri från epileptiska karaktärsförändringar eller andra följdtillstånd av sjukdomen. Vid ansökning från person, vilken varit anfallsfri i många år men alltjämt för sin sjukdom behandlas med medicin, som kan medföra nedsatt vakenhet, bristfällig reaktionsförmåga, koordinationsrubbningar o. s. v., bör fordras noggrann neurologisk-psykiatrisk undersökning med psykologisk testning.

Är den intygsskrivande läkaren tveksam, om han skall utfärda intyg i fall, där sökanden tidigare lidit av bl. a. epilepsi, eller där sökanden vid undersökningen företer tecken på psykisk rubbning, som kan tänkas inverka på hans förmåga att föra motorfordon, bör i intyget föreslås, att yttrande i ärendet inhämtas från medicinalstyrelsen.

Bestämmelserna i 1952 års cirkulär kompletteras i medicinalstyrelsens cirkulär den 1 november 1953 (MF nr 116) angående anmälan till förste provinsialläkare (förste stadsläkare) och länsstyrelse om sjukdomstillstånd, som är speciellt farliga för förare av motorfordon. Däri uppmanar medicinalstyrelsen till anmälan, då hos person, som innehar eller kan antas inneha körkort, upptäcks sjukdomar eller defekttillstånd av den art att de uppenbarligen kan medföra synnerlig fara för trafiksäkerheten vid förande av motorfordon. Bland de sjukdomstillstånd, där anmälningsrätten bör begagnas, nämns epilepsi. Förste provinsialläkare eller förste stadsläkare, som mottagit anmälan, åligger att i sin tur till vederbörande länsstyrelse (överståthållarämbetet) göra anmälan om vad han sålunda erfarit.

Till de bestämmelser i arbetsrätten, som är att hänföra till arbetsvård, återkommer vi längre fram.

Bland *bestämmelser rörande det allmänna undervisningsväsendet* må nämnas föreskrifterna i förnyade stadgan den 26 september 1921 (nr 604) angående folkundervisningen i riket om skolplikt och vissa undantag därifrån.

Enligt § 35 räknas barns skolålder från och med det kalenderår, under vilket barnet fyller sju till och med det, under vilket barnet fyller fjorton år. Lärjunge, som inte vid skolålderns slut inhämtat de kunskaper, vilka fordras för erhållande av avgångsbetyg från skolan, skall fortfarande anses skolpliktig intill utgången av det läsår, som utlöper det kalenderår, lärjungen fyller 15 år. I §§ 37 och 42 stadgas, att alla barn är pliktiga att, sedan de inträtt i skolåldern, inställa sig till intagning i skola och, efter skedd intagning, på bestämda lärotider ordentligt infinna sig i skolan.

Lärjunge, som saknar erforderlig fattningsgåva för att förvärva det fulla kunskapsmått, som enligt gällande kursplan bör inhämtas i skolan, eller som av sjukdom eller lyte hindras att begagna undervisningen, må enligt § 48 efter ansökan av målsman och sedan vederbörande lärare och överlärare yttrat sig, kunna av skolrådet erhålla tillstånd att avgå från skolan, dock inte före utgången av det läsår, som utlöper under det kalenderår, varunder lärjungen fyller fjorton år.

För lärjungar, som utan att vara sinnesslöa på grund av psykisk efterblivenhet inte kan tillgodogöra sig skolans vanliga undervisning bör enligt § 1 mom. 6 särskild, för dem lämpad undervisning anordnas i hjälpklass eller på annat sätt. I mom. 7 av samma paragraf hänvisas i fråga om undervisning av barn, som på grund av psykisk efterblivenhet inte kan följa skolans vanliga undervisning eller hjälpundervisning men som kan tillgodogöra sig för dem särskilt avpassad undervisning, till lagen om undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna. Nämnas må, att skolöverstyrelsen i allmänna riktlinjer för uttagning av barn till hjälpklass, som den 16 februari 1943 fastställts till följd av föreskrift i kungörelsen den 30 juni 1942 (nr 629) med vissa bestämmelser angående hjälpundervisning i folk- och småskolor, anfört att till hjälpklass inte bör uttas normalbegåvade barn, som är behäftade med bland annat utpräglad epilepsi.

Enligt § 63 omtryckningskungörelsen den 19 november 1954 (nr 650) av förnyade stadgan den 17 mars 1933 (nr 109) för rikets allmänna läroverk, skall lärjunge, som befinns lida av sjukdom eller lyte, som gör honom olämplig för skolarbetet eller kan menligt inverka på medlärjungar, om kollegiet efter av skolläkaren avgivet skriftligt utlåtande så beslutar, vara skyldig att avgå från läroverket. För sådan lärjunge må inte utfärdas övergångsbevis om att lärjungen är oförhindrad att vinna inträde vid annan högre läroanstalt under skolöverstyrelsens inseende. Dock må rektor på begäran avge intyg om anledningen till avgången.

Föreskrifter av samma eller i huvudsak samma innehåll finns i § 72 förnyade stadgan för högre folkskolor den 7 juni 1934 (nr 284), i § 68 stadgan för kommunala flickskolor den 24 september 1928 (nr 426), i § 85 stadgan för kommunala realskolor den 2 juni 1933 (nr 345), i § 40 stadgan för tekniska fackskolor och tekniska gymnasier den 6 juni 1919 (nr 365), i § 53 stadgan för folkskoleseminarierna den 18 juni 1937 (nr 535) och i § 50 stadgan för småskoleseminarierna den 21 januari 1938 (nr 42).

Vägledande för tillämpningen av dessa stadganden torde vara den av skolöverstyrelsen utgivna handledningen »Skolhygien» (Stockholm 1947). I denna handledning uttalas, att varje barn med krampanfall kräver en noggrann läkarundersökning, för att sjukdomens natur och lämpliga behandling må kunna fastställas.

Vid epilepsi behövs enligt samma handledning vid sidan av den medicinska behandlingen en god fysisk och psykisk vård i hem och skola. Barnet bör så långt som möjligt behandlas som friskt och gå i skolan, om anfallen inte är alltför täta. En så god anpassning till miljön som möjligt bör eftersträvas, och den sjuke bör uppmuntras och stärkas i sitt självförtroende. Övervakning är dock nödvändig för undvikande av olyckshändelser, t. ex. anfall under bad o. dyl.

»Endast om skolgång inte är möjlig, bör privat undervisning komma i fråga. Vid betydlig psykisk efterblivenhet, liksom också då trots medicinsk behandling täta anfall förekommer, måste anstaltsvård tillgripas.»

Utredning

4. kap. Epilepsien förr och nu

Av professor Nils Antoni

Historik

I babylonierkonungen Hammurapis lag, ett stenblock med inhuggen kilskrift från omkring år 2 000 f. K., finnes stadganden om återgångsrätt av äktenskap och slavköp, § 148 respektive 278, i anledning av yppad sjukdom; sjukdomen har ansetts åsyfta epilepsi. De gamla judarna hade också föreskrifter i samma stil, förmodligen från Babylon. Sjukdomens vetenskapliga historia kan anses börja med den hippokratiska skriften över »den heliga sjukan». Redan på den tiden, 3—400-talet f. K., var beteckningen EPILEPSIA gängse, med samma betydelse som nu, namnets magiska innebörd dock bortglömd. Epilambánein betyder gripa fatt i (någon), i analogi med den alltjämt aktuella engelska beteckningen för anfall, »seizure», ja i viss mån också vårt anfall, men den magiska betydelsen av just detta ord var som sagt borttappad, man sökte efter en rationell etymologi (härledning) till det, samtidigt som sjukdomen också benämndes med det klart magiska hierá nosos, besatthet. Att övernaturliga eller utomindividuella krafter var i rörelse för att skada människorna i form av sjukdom, eventuellt på tillskyndan av någon ond eller mäktig medmänniska, gällde från början nära nog alla, icke direkt traumatiska sjukdomar. Varför besattheten gled undan från så mycket men fastnade på epilepsien, är icke klart; den som åsett en elektrochock, vilket ju är ett provocerat epileptiskt anfall, förstår i viss mån intrycket av en utifrån inbrytande, främmande kraft, eller ett främmande väsen som tagit den olycklige i besittning och rister honom. Den hippokratiska skriftens avsikt är i själva verket att polemisera mot den i namnet liggande, magiska uppfattningen: epilepsien är en sjukdom av samma slag som andra, och dess angreppspunkt är hjärnan. Detta var självfallet ett fundamentalt framsteg. De gamles närmare spekulationer över sjukdomsmekanismen, för oss barocka, undanskymma ej de största förtjänster i klinisk iakttagelse. Man finner här rentav en första insikt om funktionell lokalisation i hjärnan just i samband med epileptiska symptom: högersidiga kramper vid vänstersidig hjärnskada, och vice versa. Århundradena omkring vår tideräknings början bragte rätt utförliga skildringar, icke endast av det stora epileptiska kramp-

anfallet utan också av olika epileptiska varianter, bland annat krampfria anfall. Medvetslösheten, »avbrottet i ledande funktioner», betonas, det är enligt Galenus (131—201 e. K.) framför allt kombinationen medvetslöshet-kramp som konstituerar det epileptiska anfallet. Redan tidigt började man skilja mellan »idiopatisk» och »sympatetisk» epilepsi, en del av dessa auktorer räknade som egentlig epilepsi endast sådan utan känd orsak, såsom man i (alltför) stor utsträckning gör ännu.

Om anfallet inleddes eller föregicks av t. ex. en konstig känsla i maggropen — som är så vanligt — ansågs anfallet, och sjukdomen, ha sitt ursprung i magen, och fallet betecknades som sympatetiskt. Alltefter de inledande förnimmelserna förlades ursprunget till olika kroppsdelar. Hos en av Galenus patienter började det i ena foten och spred sig därifrån som en vindil uppemot huvudet. Därav beteckningen *aura* (fläkt), som ännu användes, i utvidgad betydelse.

Romarna hade åtskilliga namn på sjukdomen, det realistiska »morbus caducus» som just betyder fallandesot, men också magiskt inspirerade som »malum comitiale»: om någon av senatorerna fick ett anfall, var detta ett dåligt omen och sammanträdet avbröts. Man talade också om »morbus deificus», en präst fick ökat anseende för magisk kraft genom denna sjukdom; det likaledes magiskt syftande »m. sideratus» skulle kunna översättas med stjärnsmäll, efter det engelska star-struck.

De sex »mörka århundradena» efter den antika civilisationens fall var mörka även för vetenskapen inklusive medicinen, vars pånyttfödelse kom parallellt med renässansen i övrigt. Erastus, i dispyt med Paracelsus, hävdade 1580 auran som anfallets egen början, ej dess orsak, och Charles le Pois (1563—1636) synes rentav vara en pionjär till den nutida neurofysiologiens projektionsprincip: de uppstigande förnimmelserna vid auran motsvara ej en uppstigande sjukdomsorsak utan ett skeende i hjärnan. Duretus (1527—1586) »perforerade» ett intryckt benfragment efter skallbrott hos en ung man och botade så hans epilepsi. Renässansens läkare lärde känna den syfilitiska epilepsien, de visste att såväl tillfällig som bestående epilepsi kan förorsakas av skalltraumer liksom av inflammationer i hjärnan, ävenså att akuta febersjukdomar, t. ex. koppor, kan förlöpa med krampanfall av epileptisk typ (Steeghius 1606), likaså ergotism, mjöldrygeförgiftning. Sjukdomens kliniska bild, med dess starkt varierande aspekter, utbyggdes skarpsynt: man beskrev abortiva anfall, d. v. s. anfall som kommer av sig eller förlöper i starkt förmildrad form (Rolundus 1580, Benivenius 1507), likaså den anfallsform med skenbart avsiktlig rörelsestorm, eventuellt förflyttning, i medvetslöst tillstånd, som numera kallas psykomotorisk (Erastus 1581, Schenkius 1644), även den sällsynta form därav, Bootius 1619 benämner E. cursiva, då den sjuke löper blint rakt fram och slutligen faller. De sekundkorta anfall, förenade med blinkningar m. m., för vilka vi numera vill reservera namnet »petit mal», be-

skrevs först klart av Poupart 1705, omväxlande stora och små anfall hos samma patient av Tissot 1770. Termerna grand mal, petit mal infördes av den franske psykiatern Esquirol 1838, »absence» av Calmeil 1824. Många av dessa namn har först i våra dagar fått klart definierad innebörd.

Intet tvivel råder att bibelns och helgonlegendernas många lyckade »exorcismer», utdrivande av onda andar (som ännu i början av 1800-talet tillhörde de svenska prästernas ämbetsåligganden), i den mån de alls haft sakligt underlag, särskilt gällt epileptiska anfall (Marc. IX: 17—29). Den magiska uppfattningen levde kvar länge och lever väl kvar än; knappast någon sjukdom omges ännu i dag av en sådan skräckens nimbus som denna. Sagodiktaren H. C. Andersen tvangs som skolpojke att åse en avrättning, där man efteråt drev fram en epileptiker att dricka av blodet. Att folkmedicinens övriga, brokiga rekvisita av signerier och remedier kommit till rik användning vid denna svåra sjukdom, är icke ägnat att förvåna. Ärliga läkare medgav tidigt hur dåliga dess utsikter var, sedan den väl fattat fast fot (Bernhard av Gordon, Paris 1542). Gui Patin, 1600-talet: jag tror inte det finns någon antiepileptisk medicin. Även den legitimerade läkekonsten hade i äldre tider försökt åtskilligt: laxativ, lavemang, åderlåtning och ej minst brännmärkning (kauterisation), som särskilt under 1300- och 1400-talet tycks ha varit i flitigt bruk mot epilepsi som mot så mycket annat; att »epilenticus» brändes i huvudet tyder på att sjukdomens ursprung förlades dit. Ny övertro sköt upp i den gamlas spår: masturbationen som viktig orsak till epilepsi hävdades energiskt av Tissot 1782; ännu på 1800-talet förekom *kastration* av unga epileptiker med denna motivering. Själve Gowers, en av alla tiders främsta epilepsiforskare, räknade vid denna tid masturbationen som etiologisk faktor.

Under de sista hundra åren har epilepsiforskningen arbetat efter två huvudlinjer som skulle kunna kallas *unitarisk* respektive *pluralistisk*. Den förra vill i epilepsien se en i alldeles övervägande mån enhetlig sak med djupt liggande, konstitutionell orsak; den kulminerar i en ärftlighetsforskning som på tysk mark fått en förut oanad exakthet i principer och metodik. Conrads, i Amerika av Lennox bekräftade undersökningar på en- och tvääggstvillingar har därvid gjort särskilt intryck. Ytterligare bekräftelse har man funnit i elektroencefalografiska undersökningar på blodsförvanter till de sjuka. Carl-Henry Alströms stora undersökning av år 1950, på svenskt klientel, genomförd mera representativt och kritiskt än tidigare förekommit, träder med sin i stort sett avvisande inställning till epilepsiens påstådda ärftlighet i en uppseendeväckande motsättning till förut gängse meningar.

Likaledes i den unitaristiska uppfattningens tjänst har man sökt efter något som skulle kunna kallas en epileptisk personlighetstyp; drag sådana som å ena sidan »segt» och »häftande», »smalspårigt» väsen, å andra sidan explosivitet och våldstendenser, skulle vara till finnandes dels hos de mani-

fest sjuka före anfallens framträdande, dels hos närmare släktingar oftare än hos folk i allmänhet. Generell giltighet har sådana korrelationer i varje fall inte visat sig äga; ännu mindre gäller detta vissa yttre drag, en »facies epileptica», epileptisk uppsyn som också beskrivits men måste vara ganska sällsynt och någonting särskilt.

Den pluralistiska uppfattningen utgår från att ett epileptiskt anlag, om man vill kalla det så, finnes hos alla människor. Djurförsök har visat att däggdjurshjärnan på vissa retmedel reagerar epileptiskt och erfarenheterna av vissa förgiftningar, elektrochocker och insulincoma m. m. hos människa visar detsamma.

Den epileptiska urladdningens biokemi är efter all sannolikhet gemensam för olika retmedel, anfallet är en i organismen normalt inneboende reaktionsform. Epilepsien är icke en »sjukdom» i trängre mening, utan ett symptom. Den pluralistiska åsikten vill spränga sjukdomsbegreppet, icke i fråga om symptombilden men i fråga om orsaksförhållanden. Att det finnes klara orsaker av icke »endogen» natur i en del fall, har man vetat sedan forntiden; man har då talat om »sympatetisk» eller som man nu säger »symptomatisk» epilepsi. En numeriskt liten men viktig kontingent, representerande ärftlig på samma gång som symptomatisk epilepsi, är vissa sällsynta, hereditära hjärnsjukdomar med framträdande epileptiska symptom: myoklonus-epilepsi (på grundläggande sätt utforskad av Herman Lundborg), amaurotisk idioti, tuberös skleros, alla förbundna med ursprunglig eller successivt utvecklad svagsinthet. Det finnes också kongenitalt anlagda ehuru icke ärftliga missbildningar av hjärnans blodkärlssystem, »arteriovenösa aneurysm», som växer till och slutligen utövar epileptisk retning. Hjärntumörer ger i nära 50 % av fallen epileptiska symptom, och väl att märka med största variationsbredd på anfallstypen. Svårare skador på huvudskålen och hjärnan genom mekaniskt våld har stundom epilepsi i släptåg. (Den allbekanta anhopningen av epileptiska debuter i barndomen och den tidiga ungdomen är alldeles icke något starkare stöd för den tidiga epilepsiens ärftliga karaktär; ärftligheten överskyggar hela vårt liv, från vaggan till graven. Snarare tyder den på en särskild reaktionsberedskap hos den infantila och juvenila hjärnan; detta gäller bestämt epileptiska symptom vid hög feber, liksom feber över huvud taget.) Likaså blodkärlskatastrofer. Även den åldrade hjärnan reagerar ej så sällan med epileptiska symptom, vanligen lätta och ofta förbisedda.

Efter denna utsöndring av grövre, iögonenfallande, bestämda orsaker återstår den stora majoriteten av klientelet, de kryptogenetiska, vilket helt enkelt betyder att orsaken är okänd. Uppdelningen av denna till synes så ensartade massa har utgått från en närmare utforskning av de enskilda anfallen, nämligen i anslutning till den under 1800-talet undan för undan utvecklade lokalisationsprincipen för nervsystemets funktioner, gällande även dess »högsta» region, hjärnbarken. De växlande epileptiska anfalls-

typerna och anfallssymptomen ha undan för undan kunnat knytas till särskilda hjärnregioners särskilda funktion. Som föregångsmannen framför andra i denna fysiologisk-kliniska analys brukar nämnas den engelske läkaren John Hughlings Jackson (1835—1911). Hans utgångspunkt var den efter honom benämnda anfallstypen, där krampen från en snävt begränsad utgångspunkt sprider sig efter bestämda regler. Arbetsfördelningsprincipens allmänna giltighet även för nervsystemet hade han inhämtat av filosofen Herbert Spencer, dess tillämpning på rörelseförmågan genom fransmannen Brocas färska proklamation av ett bestämt begränsat område i hjärnan för talförmågan. De tyska psykiaterna Fritsch och Hitzigs lysande upptäckt 1870 av ett begränsat, elektriskt retbart fält i stora hjärnans bark, där olika muskelgrupper eller särrörelser var separat representerade, och från vilket »barkfält» genom fortsatt retning eller starkare ström krampen kunde fås att sprida sig och utmynna i ett allmänt epileptiskt anfall, måste anses som den viktigaste tilldragelsen i epilepsiforskningens historia. Jackson inspirerades därnäst av sin landsman Ferriers upptäckt av särskilda områden för lukt och smak på tinninglobens innersida, att ställa upp en anfallsform med denna utgångspunkt, »uncinate fits», som börjar med främmande lukt och smak och fortsätter i drömliknande omtöckning, eventuellt slutligen allmän kramp. Genom denna vackra upptäckt var ännu ett viktigt steg taget i riktning åt ett hjärnlokalisatoriskt betraktelsesätt för denna sjukdom och — icke minst — till själslivets indragande under lokalisatoriska synpunkter. Jackson kom därhän att räkna all epilepsi som »fokal», varje anfall måste ha sin bestämda, begränsade utgångspunkt någonstans i stora hjärnans grå substans. Han var extrem »lokalist», i motsats till den då — och till stor del ännu — rådande uppfattningen av sjukdomen som enhetlig och »endogen» d. v. s. anlagsbetingad.

Det allt överglänsande nya hjälpmedlet i utforskningen av hjärnbarkens funktion, elektroencefalogrammet, registreringen av hjärnbarkens egen elektriska verksamhet, metoden utbildad av den tyske psykiatern Hans Berger åren 1929—38, har punkt för punkt bekräftat Jacksons åskådning, såväl allmänt — anfallsfenomenen i princip genomgående plusfunktioner, urladdningar (»discharges») i hjärnans grå substans, även när de kliniskt te sig som minusfunktioner — som i detalj, beträffande anfallens varierande utgångspunkt. Epilepsien har verkligen visat sig vara ett hjärnfysiologiskt naturexperiment, med »auran», anfallets begynnelsefas, innan medvetandet slocknar, som särskilt betydelsefull indikator. Djärvt ville Jackson tillämpa sin fokala princip även på anfall där medvetandet utsläckes genast, utan aura; dessa skulle genereras från en högsta nivå i hjärnan, en medvetandets särskilda representant, av honom förlagd till pannloberna längst fram i hjärnan. På denna punkt misstog han sig, hans »highest level» förlägges nu icke till pannhjärnan utan till stora hjärnans djupare struk-

turer, hjärnstammens främsta delar; det är alltså inte, som Jackson gärna ville tro, alltid från hjärn*barken* anfallen genereras.

Elektroencefalografien (»EEG») har också i det praktiska arbetet blivit oumbärlig, dels för avgörandet om iakttagna anfall är av epileptisk natur eller icke, dels för uppspårandet av deras utgångspunkt, »focus».

En sak för sig är att epileptiska anfall också kan komma till stånd utan lokala eller allmänna hjärnförändringar, spontant vid njursjukdomar och vid överproduktion av insulin, artificiellt genom gifter med kamferartad verkan, vid elektrochock m. m. Sådant är dock mest tillfällig, inte kronisk epilepsi.

Viktiga diagnostiska metoder har man också fått i pneumografien, röntgenundersökningen av hjärnan efter införsel av syrgas eller luft, metoden först angiven av den amerikanske kirurgen Dandy 1918, och arteriografien, röntgenundersökning av hjärnan efter införsel av kontrast i någon av halspulsådrorna, metoden angiven 1933 av den portugisiske neurologen Moniz. Dessa metoder tjänar särskilt till att påvisa eller »utesluta» svulster, men också ärrbildningar och andra grovanatomiska förändringar som stundom kan utgöra underlaget till epileptiska symptom.

Epilepsien ansågs länge, och med rätta, otillgänglig åtminstone för »naturlig» behandling. I denna dag kan sjukdomen, bortsett från de inte sällsynta självläkningarna, knappast botas annat än om en grundsjukdom kan upptäckas och behandlas, på medicinsk väg, t. ex. syfilis, eller kirurgisk, t. ex. hjärntumör. Kirurgien var länge, bortsett från diverse löst grundade, misslyckade försök, begränsad till tumörer och ärr (traumatisk epilepsi), och är i huvudsak så än; ännu i viss mån på försöksstadiet står »resektionen» (stympningen) av tinningloben vid fall med elektroencefalografiskt påvisad utgångspunkt i denna hjärnregion.

Den medikamentösa behandlingen fick sin första framgång med brom, införd av Sieveking 1857, Wilks 1859. Barbituraten debuterade 1912 med fenyletylmalonylkarbamid (luminal, fenemal), som länge dominerade. 1938 kom det första hydantoinsyrederivatet. Först med tridionet, ett oxazolidinderivat, har man fått ett medel i viss mån verksamt mot den förut i det närmaste opåverkbara petit mal.

Terminologi

Det har föreslagits att döpa om epilepsien till »krampsjukdom». Men det finns andra krampsjukdomar än epilepsien, man bör inte lämna en entydig beteckning för en mångtydig, och beteckningen epilepsi har därutöver den oskattbara fördelen att vara hävdvunnen och internationell. Den svenska synonymen »fallandesot» är mindre adekvat, då den sjuke minst lika ofta icke faller vid anfallet. (»Sacer», »comitial» m. m. kan användas som omskrivningar.) Vårt fallandesot motsvaras på tyska av »die fallende Sucht»,

på franska (föga brukligt) »mal caduc» (från latinet). En äldre, också föga bruklig fransk beteckning är »haut mal»; »grand mal», som nu betecknar en särskild anfallsform, användes förr om hela sjukdomen. De anglosachsiska folken använder numera endast »epilepsy» och »epileptic».

Anfallen kan grovsorteras i stora och små, »epilepsia major» och »minor». »Grand mal», »petit mal» är allmänt använda beteckningar för stora och små anfall. »Absence» (eller absens), av latinets absentia — frånvaro, betyder kortvarig medvetslöshet.

»*Auran*» har i stor utsträckning uppfattats som förebud eller »varning» men är — som omnämnts i historiken — i själva verket anfallets egen begynnelsefas. Den karakteristiska auran föregås stundom av ibland ganska långvariga, mångskiftande, okarakteristiska känningar, varom mera nedan, *prodromer*. Anfallets höjdpunkt, särskilt krampstadiet — där sådant finnes — har kallats *acme*, det därpå följande stadiet *sequelae* eller det *postparoxysmala* (engelska: postictala) tillståndet. *Interparoxysmala* symptom = drag som är förhanden även mellan anfallen.

Med den fortskridande kunskapen har ett antal förut brukliga beteckningar visat sig vilseledande eller överflödiga och mogna att släppas. Epilepsien har t. ex. förr inräknats bland »degenerativa» sjukdomar; den moderna ärftlighetsläran har ingen användning för detta ord, den verklighet som finns där bakom är det ärftliga, hereditära, genbetingade. Man har också räknat med en »ospecifik» eller »polymorf» ärftlighet; ett och samma sjukdomsanlag skulle hos olika medlemmar, i olika generationer av en släkt, en »famille neuropatique», kunna yttra sig än som sinnessjukdom, än som sinnesslöhet, eller migrän etc., än som epilepsi; detta åskådningssätt måste nu anses föråldrat, oriktigt; i fråga om eventuell ärftlighet beträffande epilepsien räknar man knappast med annat anlag än just för denna sjukdom. De alltjämt mycket använda beteckningarna »genuin» och »idiopatisk» har knappast någon rationell innebörd annat än om man därmed avser ärftlig. Menar man bara att orsaken är okänd, är det bättre att säga *kryptogen* (kryptogenetisk), som har just denna innebörd; en bestämd orsak kan finnas — och finnes naturligtvis alltid — fast den inte blivit uppenbar. Beteckningen »epileptiform» förutsätter antagandet av en »genuin» epilepsi, vars symptom kan imiteras av sjukdomsfall med annan, särskild orsak, men då symptomen vid epilepsi av olika orsak är i stort sett desamma, blir epileptisk i praktiken just ett symptomatiskt begrepp, epileptisk och epileptiform är sak samma, det krångligare ordet kan undvaras. Med *symptomatisk* förstås att fallet har känd orsak (bortsett från den med få undantag osäkra herediteten), t. ex. hjärntumör. I praktiken blir den mest oangripliga uppdelningen av klientelet den i 1) *hereditär*, 2) *symptomatisk*, 3) *kryptogenetisk*, sistnämnda grupp den vida största, i Alströms klientel 1950 68 %, medan de med »känd» respektive »sannolik» orsak utgjorde vardera 16 %.

Epileptoid har kallats en sådan företeelse som kan förekomma såsom epileptisk men även på annan grund, och alltså icke är bevisande, »patognomonisk» för denna sjukdom (= tillkommande endast denna), nämligen dels vissa bestående drag hos personligheten, karaktärsdrag som funnits från början eller utbildat sig hos en epileptiker men även förekommer hos släktingar och andra; dels anfallsvis påkommande företeelser av subjektiv eller objektiv natur som t. ex. den s. k. déjà vu (se nedan under »klinik»!) och andra exempel på depersonalisation (se nedan!), illusioner, hallucinationer, omtöckning, ångesttillstånd med och utan häftiga fluktuationer i cirkulationsapparatens arbete; svimningar, absenser. När sådana i och för sig icke ovillkorligt epileptiska anfall antages eller misstänkes vara epileptiska, eller tillkomsten av klart epileptiska företeelser visar att så verkligen — eller sannolikt — är fallet, har man talat om *larverad* epilepsi.

»*Ekvivalent*» har betytt ett anfall »likvärdigt» med ett epileptiskt. Detta innebär en överskattning av krampen och medvetslösheten som det »egentligt» epileptiska; även anfall med bibehållet medvetande respektive utan kramp, hos en epileptiker, är epileptiska i lika hög grad och på samma grunder som det stora krampanfallet.

Begreppsbestämning

Vad är epilepsi? Epilepsien hör till de »paroxysmala» d. v. s. i avgränsade anfall uppträdande sjukdomarna. Andra sådana är hemikranien (»migrän») : anfallsvis uppträdande huvudvärk med kräkning; narkolepsi: plötsligt inträdande, oemotståndligt sömnbehov, m. fl. Ett epileptiskt anfall är i genomsnitt mera kortvarigt än ett migränanfall (även kortare än den ett sådant stundom inledande auran, med flimmer för ögonen m. m.) eller ett narkoleptiskt sömnanfall, men ter eller kan te sig mycket mera svårartat. Ett stort epileptiskt krampanfall är ohyggligt att bevittna: ett gällt skrik, handlöst fall, allmän kramp, tuggning av blodig fradga, eventuellt urinen i kläderna, efteråt omtöckning, kanske aggressivitet. Man får dock icke glömma att många, sannolikt de flesta epileptiska anfall är lindriga, förlöper med knappt märkbar kramp eller ingen alls, medvetandet stundom endast grumlat, ibland åtminstone så pass klart hela anfallet igenom att den sjuke märker och minns vad som sker inom och omkring honom.

Alltsedan den hippokratiska tiden är man ense om att anfallen genereras från hjärnan. I fråga om vad som i själva verket försiggår där vid anfallet har man än i dag knappast hunnit längre än till den Jacksonska formeln från år 1870: en urladdning i grå substans. För vad man vet om den närmare arten av dessa urladdningar, deras verkningar och orsaker, redogöres nedan. För de inkonstanta »interparoxysmala» symptomen redogöres på vederbörlig plats: de viktigaste berör det psykiska förhållandet samt elektroencefalogrammet.

Orsaksförhållanden (etiologi)

Epilepsiens *frekvens* har ingenstans direkt och med säkerhet kunnat bestämmas. Ett indirekt mått har man i vid de militära inskrivningarna och senare under värnpliktstiden anmälda fallen. Man har antagit att sjukdomen i detta sammanhang varken fördöljes eller grundlöst förebäres, i större utsträckning, dessutom att dess diagnos i stort sett är tämligen pålitlig. På sådant, svenskt material fick Lundborg på sin tid 2—3 ‰, Lennox i våra dagar på amerikanskt ca 5 ‰.

Då efter föreliggande erfarenheter på stort, blandat material (Gowers, Wilson, Alström) sjukdomen är i det närmaste lika vanlig hos kvinnor som män, och ca $^4/_5$ av fallen debuterar före 20 års ålder, skulle siffrorna från inskrivningarna inte ligga mer än någon femtedel under populationens genomsnittsvärde. Conrad kommer genom förfrågningar i ett antal tyska förvaltningsdistrikt till den ungefärliga frekvenssiffran 0,39 %. Fremming kommer 1947 på danskt material till en genomsnittlig risksiffra av 0,46 %. Lindriga, eventuellt förbisedda fall är säkerligen ej alldeles sällsynta, särskilt kanske i högre åldrar. Om man i vårt land räknar med frekvensen 3 ‰ blir det i avrundad summa omkring 21 000 fall, räknar man med 5 ‰ blir det 35 000. (Se vidare kap. 6!)

Förhållandet kvinnor/män var i Gowers stora material (3 000 fall) 13/12, i Alströms (879 fall) 45/55 på hela materialet, enbart hos de kryptogena 68 procenten var det 1/1. Flertalet forskare finner lätt övervikt för män.

Åldersfördelningen är på osiktat material mycket ojämn: $^1/_3$ av debuterna inträffar under de 10 första levnadsåren, nära hälften under andra decenniet, nära $^4/_5$ före 20 år, efter 30 år endast 10 % (Gowers). En tydlig anhopning kan urskiljas under de tre första levnadsåren, en ny topp omkring 7 år, ytterligare från 14—16 år. 28 % av Wilsons 1 000 fall debuterade mellan 10 och 15 år.

Av denna fördelningskurva får icke slutsatser utan vidare dragas beträffande eventuellt olika »disposition» för denna sjukdom i olika ålder. Hänsyn måste tagas till årsklassernas storlek, den allmänna morbiditeten m. m. Alström 1950 beräknar risken ej mycket olika i olika åldrar.

Feberkramper hos barn kan i tämligen sällsynta fall, och då vanligen efter en latens om några år, fortsätta som kronisk epilepsi, enligt Livingston, Bridge och Kaidi 1947 mest vid familjär disposition till epilepsi eller tecken till »organisk» hjärnskada. M. A. Lennox finner 1949 familjär disposition hos 45 % av barnen med feberkramper mot 3 % av övriga.

Disposition till epilepsi har man trott sig kunna påvisa, dels i form av viss lynnesart, dels på elektroencefalografisk väg.

Den franske klinikern Trousseau synes vara den förste som räknade med *epilepsi utan anfall* (1861); det var våldshandlingar, även självmord, han ville tyda som epileptiska ekvivalenter. Sedan dröjde det ända till 1910 då

den tyske psykiatern Roemer började räkna med vissa personliga egenheter som »epileptoida», även utan anfall: periodiska, endogena (d. v. s. utan »begriplig» yttre orsak påkommande) förstämningstillstånd med arbetsolust, retbarhet, paranoida idéer, vandringsdrift (»poriomani»), periodiska raseriutbrott samt periodiskt, driftartat alkoholmissbruk. Det centrala skulle vara en latent »psykomotorisk» överretbarhet, vilken i lättare grader kunde räknas som »liggande inom normalgränserna», svårare skulle vara sjukliga, disponera bl. a. till epileptiska anfall och epileptiska psykoser. Minkowska 1923, 31 och 37, Mauz 1926 och 37 anlade genetiska synpunkter. Minkowska utgick från en noga studerad släkt med anfallsepilepsi där hon fann likartade drag hos medlemmar med och utan anfall. Mauz återfinner den kända epileptiska personlighetsförändringen, en typ han kallar *enenketisk*, med »häftande» och »seghet» i centrum, som ärftligt drag och förefintlig hos epileptiker redan före anfallssjukdomens början. Stauder 1938 bekräftar Mauz' fynd. Conrad 1938 och 39 finner icke tillräckliga hållpunkter för genetiskt samband mellan »hypersocial» eller häftande typ och epilepsi, sådan korrelation däremot med stämningslabilitet och explosivitet. Strömgren 1936 och 40 utbygger den enenketiska typen till »ixotym», vid mera »organisk» utprägling »ixofren» (ixódes grek. = klibbig); dessa människor skildras som smalspåriga, egocentrisk-pedantiska, vane- och hemmamänniskor, ekonomiskt försiktiga, benägna att ångra allt de gör, ofta rätthaveristiska eller rentav paranoida; explosiva, alkoholintoleranta. Sjöbring utbygger Strömgrens ixotymi: tungt intensiva, otympliga, segt entoniga och oelastiska, tröga och omständliga, klibbiga, persevererande; häfta med ögon och tankar på det som upptar dem; affektivt uppladdande, hypersexuella, kelna, överdrivet religiösa, hypokondriska, paranoida; lynneslabila med omotiverade, eventuellt periodiska stämningsväxlingar; »i sin klibbiga tyngd ofta starkt påfrestande för omgivningen», ständigt i konflikter, explosiva; typen hereditär, kan urarta till oklarhetstillstånd och anfall. K. G. Dahlgren 1947 har på kliniskt material försökt få fram ett genetiskt samband mellan ixoidi och epilepsi, räknar procent på frekvensen »häftande, malande, omständliga» respektive »häftiga, explosiva» bland epileptikersläktingar och kontroller; ca 40 % av de förra befunnos häftande, mot 15—20 % bland kontrollerna. Gemensamt för de olika ixoida dragen var kanske en oförmåga att »avreagera», associationer »retineras» och uppladdas affektivt. Möjligen finnes sålunda en viss grad av positiv statistisk korrelation mellan »enenketisk» respektive »ixoid» personlighetstyp och epilepsi, dock måste framhållas att dessa personlighetstyper är helt vanliga utan epilepsi, och — vad viktigare är — många, även kryptogenetiska epileptiker saknar dessa drag; däremot återfinnes de rikligen i den epileptiska demensen, som ju dock blott drabbar en mindre del av det epileptiska klientelet.

Elektro-encefalografisk hereditet se nedan!

Hereditet, klinisk

Äldre, delvis förkrossande höga siffror för »likformig» epileptisk hereditet måste vara tillkomna utan nödig systematik och kritik. Först från Rüdin 1924, initiator för den framstående tyska, genetisk-psykiatriska skolan, har mera pålitligt material åstadkommits. Calvert Stein 1933 undersökte föräldrar, syskon och barn till 1 000 anstaltsepileptiker med hänsyn till frekvensen av epilepsi och andra sjukdomar (beträffande de senare se längre fram!); kontrollerna var anstaltspersonal, kirurgiska och medicinska patienter, de båda grupperna ej fullt jämförliga med hänsyn till social fördelning eller ålder. Frekvensen av epilepsi hos släktingarna var 3,7 % mot 0,7 hos kontrollerna. Paskind och Brown funno å andra sidan låg hereditet vid mild epilepsi, endast 0,29 % av barnen till »extramurala» (= icke på anstalt intagna) epileptiker hade sjukdomen. Conrad 1937 räknade ut sjukdomsrisken, med ålderskorrektion enligt Weinberg, för 2 000 epileptikeravkomlingar. Probanderna fördelades på »idiopatiska» fall, sådana med oviss etiologi och klart symptomatiska; epilepsirisken låg i de tre grupperna vid respektive 6, 2,7 och 1,6 %, risken för populationen i genomsnitt hade bestämts till 0,39. (Siffran 6 har på Conrads eget material av Schulz 1941 reducerats till 3.)

Lennox 1947 och 51 samlade i samarbete med olika neurologer data över 20 000 föräldrar, syskon och barn till 4 000 epileptiker utan och med »känd hjärnsjukdom» (det senare = symptomatiska fall). I förra gruppen — den »idiopatiska» — fanns epilepsi bland släktingar i 3,6 %, i den senare i 1,8; någon korrektion för åldersfördelningen gjordes icke. Debutåldern visade sig ha stort inflytande: hos släktingar till fall som fått sin epilepsi under första levnadsåret var epilepsifrekvensen 6,4 %, efter 30 år 1,5, även hos dem alltså högre än genomsnittet. Morbiditeten var högre för släktingar till kvinnliga probander (3,1 %) än för manliga (2,1). Den var störst då probanden var född oligofren, 5,9 %, vilket väl måste anses tyda på att det i denna grupp är fråga om ärftlig hjärnsjukdom med epilepsi och oligofreni som sidoordnade företeelser; mindre vid senare kommande demens, 3,0 %, ett fenomen som kan tydas i samma riktning; minst då probanden förblev mentalt intakt, 2,4 %.

Harvald 1954 hade 237 probander av vilka 14 % led av sannolikt symptomatisk epilepsi, 86 % av kryptogenetisk. Epilepsirisken för föräldrar, syskon och barn till probander med kryptogenetisk epilepsi beräknas till 4,2 % (om osäkra fall medräknas, 5,1); motsvarande siffra vid symptomatisk epilepsi är 1,0 %. För det samlade materialet är risken 2,65 % (med osäkra fall 3,2), alltså bestämt större än genomsnittet i befolkningen, som ju enligt Fremming beräknas till 0,46. Risken för föräldrar och syskon var mycket lika.

Stor betydelse har allmänt tillmätts tvillingstudier, särskilt jämförelsen mellan mono- och dizygoter, två grupper som kan antas ha identisk moder-

livsmiljö och skilja sig enbart i genetiskt avseende. Conrad 1939 fann hos 22 par monozygota tvillingar »konkordans» (= överensstämmelse) i icke mindre än 86,3 % då ena tvillingen hade »idiopatisk» epilepsi, medan vid symptomatisk sådan konkordansen var endast 12,5 %; motsvarande siffror för dizygota par var 4,3 respektive 0,0 %. Lennox har 1947 och 51 meddelat 122 par varav 69 monozygota, av dem 45 utan, 24 med känd hjärnsjukdom, 53 par dizygota varav 40 utan och 13 med känd hjärnsjukdom. Konkordansen hos monozygoter utan känd hjärnsjukdom var 84 %, med sådan 17, hos de dizygota 10 respektive 8. Konkordansen hos de monozygota gällde också anfallstyp och debutålder, vilken senare hos 22 av 38 monozygota par skilde sig mindre än 1 år. Epilepsien var kronisk hos båda exemplaren monozygoter i 47 %, endast hos ena partnern i 8, båda exemplar hade enstaka anfall i 18 %; *»ärftlig» epilepsi behöver alltså inte vara svår.* Liknande resultat meddelas 1934 av Rosanoff, Handy och Rosanoff, på material delvis samlade ur litteraturen: 14 av 23 monozygota par var konkordanta, 20 av 84 dizygota. Likaså Ellebjerg 1952: konkordans hos 3 av 7 monozygotpar med kryptogen epilepsi hos ena partnern, diskordans vid symptomatisk; hos dizygoter med idiopatisk epilepsi hos ena partnern 4,3 % konkordans, vid symptomatisk epilepsi hos den ene 1 %.

Beviskraften hos nu refererade undersökningsresultat är i mångt och mycket diskutabel. *Siffrorna i fråga om allmänhereditära förhållanden är väl små för att tillåta säkra slutsatser,* detta gäller såväl frekvensen av epilepsi hos släktingar i allmänhet som skillnaderna olika särskilda grupper emellan och särskilt med hänsyn till de stora svårigheter som möter införskaffandet av pålitliga frekvenssiffror. Bland annat får man minnas att anhöriga till epileptiker har ojämförligt bättre reda på sina ärftlighetsförhållanden i detta avseende, än icke epileptiker; de legala restriktionerna, bland annat, frampressar efterforskningar i en utsträckning som man icke påträffar i fråga om någon annan, allmännare förekommande sjukdom. I fråga om tvillingmaterialet måste anmärkas att betydelsen av förhållandena i moderlivet och vid förlossningen icke blivit utredda, ja oftast icke ens ifrågasatta. Den, efter föreliggande siffror, flerfaldigt större »konkordansen» mellan tvääggstvillingar än mellan syskon i allmänhet — 24 % hos Rosanoff et al. mot 1,5 % hos syskon i Alströms material, ca $2^1/_2$ hos Harvald — häntyder redan på inflytande av icke-genetiska faktorer. Enäggstvillingar har gemensam moderkaka och gemensamt blodomlopp, varvid den ena får sitt blod via den andra och ofta är eftersatt i fråga om kroppsvikt. Tvääggstvillingar har var sin moderkaka och var sitt blodomlopp. Felaktigheter och rubbningar av olika slag som kan drabba fostret, måste ha mycket större möjligheter att i lika mån göra sig gällande hos mono- än hos dizygoter.

Mycket anmärkningsvärt är också att *intet* fall av epilepsi fanns hos de 22 föräldrarna och 23 syskonen till Conrads konkordanta enäggstvillingar.

Välgrundade invändningar mot tidigare publicerade undersökningsmaterials representativitet och de därur dragna slutsatserna har i själva verket framställts redan 1939 av Ziskind och Sommerfeldt—Ziskind, likaså av Alström 1950 med sitt i olika avseenden mönstergillt bearbetade material, utgående från 897 probander. Endast i ca 1 % — 11 probander fördelade på 8 familjer — tedde sig epilepsien som en genetiskt determinerad, monohybrid företeelse, troligen dominant för 7, recessiv för 4 probander; konkordansen i fråga om debutålder i denna grupp större än för övriga syskonkretsar med mera än en epileptiker. *Endast i 8 % av familjerna fanns någon epileptiker alls utöver probanden.* Epilepsifrekvensen för föräldrar i hela serien var 1,3 ± 0,27 %, för syskon 1,5 ± 0,25, för barn 3,0 ± 0,93 %. När probanderna indelades i 3 grupper, fall med okänd, sannolik och känd orsak, visade sig frekvenssiffrorna för epilepsi hos de närmare släktingarna i de olika grupperna ej ligga längre ifrån varandra än som kan motsvara slumpen. Frekvensen hos samtliga släktingar var 1,5 ± 0,18 %. Frekvensen hos närmaste släktingar till mentalt nivåsänkta kryptogenetiker: föräldrar 1,4 ± 0,70, syskon 1,5 ± 0,61, barn 2,7 ± 2,60 %. Släktskap mellan föräldrarna fanns i 2,7 %, motsvarande genomsnittssiffran hos svensk lantbefolkning enligt T. Sjögren. Epilepsifrekvensen hos syskon och barn till minst 21-åriga kryptogenetiker var 0,9 % för män, 0,7 för kvinnor, vilket Alström finner ungefär motsvara siffrorna vid militärinskrivningar i USA under de båda stora krigen. I Alströms material finns också 16 tvillingpar av vilka 2 monozygota; intet av dessa par visade konkordans.

Alström jämför, som andra före och efter honom, förhållandena vid epilepsi med kända modi för överföring av sjukdomsgener: enkel, recessiv och dominant monohybridism, manifestationshämning och miljöinflytelser; polyhybridism (= mer än en likvärdig gen); en fysiologisk »kramptröskel» bestämd av multipla additiva genetiska faktorer; multipel alleli. »Intet av dessa antaganden ger en helt tillfredsställande förklaring till föreliggande fakta.»

Om den kliniska ärftlighetsforskningen över epilepsi kan sammanfattningsvis sägas att *en typisk, överskådlig hereditet icke kunnat påvisas, annat än för vissa särskilda, med epilepsi förbundna hjärnsjukdomar;* det har med andra ord icke kunnat visas att en eller flera nedärvda orsaksmoment skulle vara nödvändiga för uppkomsten av epilepsi som sådan.

Ett nytt uppslag i den genetiska epilepsiforskningen kom med elektroencefalogrammet (EEG). 1936 hade Davis och Davis funnit stor likhet i EEG hos 9 friska monozygota tvillingpar, Raney 1939 detsamma dock ofta olikhet beträffande dominerande hemisfär. Gottlober 1938 beräknade statistiskt EEG-likheten i släkter, utan positivt resultat. Lennox, Gibbs och Gibbs 1945 undersökte normala tvillingpar, 55 monozygota — 3 av dem utpräglat olika — 19 dizygota, 1 av dem olika. Samma författare 1930 och 1940: 183 nära släktingar till EEG-abnorma epileptiker, 60 % av dem

dysrytmiska (= EEG klart ehuru i olika grad avvikande från det som normalt antagna), mot 10 % hos kontroller, man slöt att dysrytmi disponerar till epilepsi, befanns 20—30 gånger vanligare hos dessa släktingar än den manifesta sjukdomen, dysrytmi vanligare hos släktingar till kvinnliga än manliga probander (65 respektive 56 %). Där båda föräldrar blev EEG-undersökta, var båda abnorma i 35 %, i 60 % endera normal, i endast 5 % båda normala. 1943 hade samma författare, 1945 och 47 Lennox ensam utökat antalet EEG-undersökta närmare släktingar till 470, med överensstämmande resultat, dock i det hela endast 10 % av dessa släktingar visande ett i svårare grad abnormt EEG, 5—6 % hade paroxysmala urladdningar, av dem 3—4 % s. k. petit-mal-aktivitet i bemärkelsen 3/sek. toppar och vågor (»spikes and waves»), 4—5 % mycket låg- eller mycket högfrekventvågiga episoder, resten lättare låg- eller högfrekventa. Liknande resultat meddelades av Löwenbach 1939 (17 av 37 epileptikersläktingar hade abnormt EEG); Strauss, Rahm och Barrera 1939 fann dysrytmi hos 23 % av föräldrar, 28 % av syskon; Robinson 1940 på litet material, bland annat 5 föräldrapar, av dem i 1 fall båda abnorma, de 3 övriga båda normala eller gränsfall.

På danskt material finner Harvald 1954, på 901 närmare och fjärmare släktingar till 237 EEG-undersökta probander, kontrollgrupp bestående av 693 friska flygaraspiranter, frekvensen av dysrytmi, i procent, i olika grad hos släktingar till manliga probander

	Lätt	Utpräglad	Härdformig
med utpräglad diffus dysrytmi	21,4	10,3	0,7
» normalt eller lätt abnormt EEG	20,0	4,3	—
» fokal (härdformig) abnormitet	7,5		
samtliga	19,9	6,4	0,4
kontrollerna	13,3	3,3	0,7

Som man ser är skillnaden mellan epileptikersläktingar och dessa elitkontroller icke mycket stor. Säkra EEG-abnormiteter var vanligast hos nära släktingar till probander med säkert, icke fokal-abnormt EEG (10 % för manliga, 18,4 för kvinnliga släktingar), mindre vanliga hos släktingar till probander med normalt eller lätt abnormt EEG (4,3 % hos män, 3,7 hos kvinnor), minst vanliga hos släktingar hos probander med fokal-abnormt EEG (0,0 respektive 4,6 %). Svåra EEG-förändringar var vanligast bland släktingar till probander med 3/sec-spikes-and-waves-aktivitet; sådan påträffades hos summa 6 av undersökta 901 släktingar. (Olika, mer eller mindre specifikt epileptiska EEG-typers förekomst i ett ovalt klientel beräknas till sammanlagt någon procent.) Den goda överensstämmelsen med Lennox—Gibbs' resultat (särskilt om i författarens material endast säkra diffusa abnormiteter medtages), betonas. EEG-undersökning av 29 förmodade »konduktörer» (överförare) av sjukdomen visade »*den elektro-*

encefalografiska metodens otillräcklighet för att avslöja anlagsbärare», i det att endast 8 av de 29 hade säkert abnormt EEG, 16 helt normalt; »i epilepsipatienters familjer är dock risken för sjukdomens överföring genom släktingar med säkert abnormt EEG väsentligt större än genom släktingar med normalt EEG».

Konkordans beträffande EEG hos monozygota *tvillingar* med epilepsi hos ena partnern meddelades först av Löwenbach 1939, samma år av Critchley, McDonald och Williams, 1940 Lennox, Gibbs och Gibbs. Lennox meddelade 1947 och 51 61 monozygota par, där ena eller båda parter visade dysrytmiskt EEG; 61 % hade praktiskt taget identiska kurvor; konkordansen var olika vid olika former av epileptiskt EEG, 66 % vid 3/sec spikes and waves, 74 % vid enkelt tät- eller glesvågiga episoder; av de 40 dizygota paren var endast 3 konkordant abnorma. EEG-konkordans vid kliniskt diskordanta monozygoter meddelas också av Williams 1944, m. fl.

EEG-abnormitet vid feberkramper hos barn har studerats av Margaret Lennox 1947: av 143 småbarn med feberkramper hade 85 abnormt EEG, bland dem dock endast 15 paroxysmala urladdningar; 25 % av föräldrarna hade abnormt EEG, det föreföll som om abnormt EEG hos ena eller båda föräldrar hade dålig prognostisk betydelse för det senare förloppet av barnets åkomma. (Även hos s. k. problembarn är dysrytmi vanlig, likaså hos deras syskon: Jasper et al. 1938; Kennard och Willner fann 1947 dysrytmi hos 11 av 44 problembarnssyskon, däribland 5 anfallsmässiga urladdningar. Då man dessutom vet att dysrytmi är ganska vanlig vid kronisk huvudvärk av olika orsak liksom vid diverse hjärnsjukdomar, är det klart att man inte kan räkna en enkel dysrytmi i och för sig som epileptiskt stigma.)

Flera *olika sjukdomar och abnormtillstånd* har ställts i *genetisk korrelation till epilepsien;* såsom det visat sig, med orätt. Man har t. ex. fäst sig vid förekomsten av *migrän* jämte epilepsi i en och samma familj, även hos samma person, ibland så att migränanfallen efter hand lämnar plats för epileptiska anfall. Vissa tyska forskare ha i hemikranien (migrän) sett en mildare manifestationsform av det epileptiska anlaget. Conrad bestämde 1937 den procentuella frekvensen av (utom epilepsi) oligofreni, psykoser, olika neurologiska rubbningar, psykopati, missbildningar, migrän, sängväteri (enuresis) och kriminalitet hos släktingarna till epileptiker av olika etiologiska kategorier:

	Idiopatisk	Oviss	Symtomatisk
oligofreni	16,5	6,3	2,5
psykoser	3,7	0,9	
diverse neurologiska rubbningar	3,0	2,2	0,6
psykopati	8,4	3,4	0,7
missbildningar	13,5	11,4	5,1
migrän, enuresis, stamning, vänsterhänthet	8,2	3,1	0,7
kriminalitet	13,0	9,0	3,3

Icke epilepsien men övriga anomalier (!) räknas av Conrad som anhopade i epileptikernas släkt, icke på genetisk, utan social väg, ett slags slum.

Flera tyska författare har funnit höga frekvenser av oligofreni hos epileptikersläktingar och vice versa, ehuru lägre än Conrad: Lokay 1929 1,86 %, Kreyenberg 1936 5,7 % epilepsi hos syskon till oligofrena; Pfleger 1931 1,72 % epilepsi hos föräldrar till oligofrena, Boening och Konstantinu 1933 19 % oligofrena bland epileptikerbarn, Raether 1937 9,3 %, Franke 1937 11—12 % d:o, däremot Troeger 1938 ingen signifikant högre frekvens av oligofreni i familjer med minst 2 epileptiker, Brugger 1930 och Frede 1937 ingen anhopning av epilepsi bland föräldrar och syskon till oligofrena.

Calvert Stein fann 1933 frekvensen, i procent, av följande abnormtillstånd hos epileptikersläktingar, jämfört med kontroller: migrän 2,9 mot 3,4, oligofreni 1,9 mot 0,1, alkoholism 4,2 mot 1,5, olika psykoser 0,8 mot 0,4, diverse anomalier 6 mot 2,6.

Alström 1950 fann en frekvens av oligofreni och psykos hos epileptikersläktingar motsvarande Torsten Sjögrens genomsnitt, kriminaliteten hos icke mentalt nivåsänkta epileptiker ej över genomsnittet, hos mentalt nivåsänkta 10 % mot »väntade» 5.

Harvald 1954: psykogena psykoser, psykopati, kriminalitet, suicidium, oligofreni och manodepressiv psykos icke vanligare hos epileptikersläktingar än motsvarande genomsnittet.

Även EEG har andragits till belysning av dessa korrelationer. Lennox finner EEG hos enkelt oligofrena vanligen normalt, vid oligofreni + epilepsi ofta svårt dysrytmiskt. Lennox, Gibbs och Gibbs 1940: dysrytmi ej vanligare hos epileptikersläktingar med migrän än hos de övriga.

Steiner 1911 finner 19,3 % *vänsterhänta* i en grupp epileptiker, Redlich 1908 17,6 % hos 125 epileptiker mot endast 8 % bland andra sjuka. Några uppgifter om frekvensen av epilepsi hos vänsterhänta finnes däremot ej. »Om man utgår från en epilepsifrekvens av 2 ‰ i hela befolkningen och samtidigt antar att Redlichs resultat gav en riktig bild av förhållandena, finner man att epilepsifrekvensen hos den vänsterhänta delen av befolkningen var 0,44 %. På varje vänsterhänt epileptiker fanns 226 vänsterhänta som ej hade sjukdomen. Att med dessa siffror som motivering hävda att *vänsterhäntheten* skulle ha något samband med uppkomsten av epilepsi, torde vara svårt, däremot kan det naturligtvis antas att vissa former av epilepsi på ett eller annat sätt kan ge upphov till sekundära omkastningar i handdominansen.» (Trankell 1955.)

Med *grundsjukdom* brukar man förstå en sjukdom som finnes hos vederbörande oberoende av epilepsien och ger sina egna symptom; ofta är det så att den kan men icke behöver yttra sig i epileptiska symptom, t. ex. är detta fallet med hjärntumörerna. Grundsjukdomen kan i sig själv vara aktuell eller icke; en hjärnhinneinflammation, en krosskada på hjärnan, en blödning eller s. k. blodpropp etc. kan i sitt akuta skede ge epileptiska symptom,

men sådana kan också fortsätta, eller först uppkomma då sjukdomsprocessen kommit till stillestånd men efterlämnat skadligt verkande »ärr». Många barnepilepsier förorsakas av sådana ärrade krosskador eller blödningar vid förlossningen; »encephalopathia infantilis» eller »cerebral barnförlamning» har använts som samlande beteckning för dylika, i anatomiskt avseende mera stillastående, »stationära» hjärnförändringar som utom i epilepsi kan ta sig uttryck i mångahanda symptom, i första rummet från hjärnan såsom förlamningar, spastiska tillstånd, tvångsrörelser, bristande andlig utveckling. Vad det är med sådana förändringar som leder (»retar») till epileptiska urladdningar, vet man icke; alldeles stilla står knappast någon sjuklig vävnadsförändring, och i fråga om en del abnormiteter som kan framkalla epilepsi, är det ovisst om de lämpligen betraktas som stillastående eller aktiva. Detta gäller t. ex. vissa blodkärlsmissbildningar, i vilka blodomloppet alltid är föränderligt och som för övrigt mest torde vara stadda i sakta tillväxt; likaså atrofier (förtvining) av hjärnan och andra åldersförändringar, som uppkommer och utvecklar sig helt sakta men dock. Det är därför svårt att gruppera sjukdomsorsakerna i *stationära* och *aktiva*, man får göra sin indelning efter annan princip, bäst kanske som en kompromiss mellan kronologiska och etiologiska grunder.

Missbildningar av skallen kan leda till epilepsi, framför allt *tornskallen* (oxycefali), som beror på för tidig slutning av skallbasens benfogar, och *hydrocefalien* (»vatten i huvudet») som beror på vätskestockning i hjärnkamrarna till följd av förträngning av vätskevägarna i hjärnans inre eller på dess yta; båda dessa deformiteter är synliga för blotta ögat och kan ha åtskilliga cerebrala och psykiska symptom vid sidan av epilepsien, båda kommer till stånd i barndomen — hydrocefalien vanligen redan i späd ålder — och båda beror, eller kan bero, på utvecklingsfel, eventuellt anlagda redan i grodden. Sammalunda missbildningar av hjärnan själv: abnorm kommunikation mellan stora hjärnans yta och hjärnkamrarna i det inre *(porencefali)*; områden med förkrympta hjärnvindlingar till följd av felutveckling *(mikrogyri)* eller som verkan av inträffad förstörelse *(ulegyri)*.

Av stort principiellt intresse är de — visserligen ytterst sällsynta — ärftliga hjärnsjukdomarna med obligatorisk, eller så gott som obligatorisk epilepsi: den cerebromakulära degenerationen eller *amaurotiska idiotien* i medfödd (Tay-Sachs) eller juvenil (Spielmeyer-Vogt) form, med fortskridande synnedsättning och demens, ögonbottenförändringar och eventuellt — särskilt i sena former — epilepsi; den *tuberösa sklerosen* eller Bourneville's sjukdom, som alltid debuterar i barndomen och avslutas med döden mellan 5—15 år, sällan 30—40, förlöper med säregna hudförändringar, svår epilepsi och fortskridande demens; den starkt ärftliga *myoklonusepilepsien* (Unverricht-Lundborg) som brukar börja med muskelryckningar mellan 6—16 år, fortsätter med epilepsi, demens, slutligen svårighet att tala och svälja. En hereditär faktor spelar en roll också för den svåra gulsoten

(»Kernicterus») hos spädbarn, som beror på diskordans mellan moderns och barnets blod beträffande Rh-faktorn och kan åstadkomma förstörelser i hjärnan med bland annat epilepsi som följd; likaså för Tilesius-Recklinghausens sjukdom med dess multipla svulstbildning i hud, perifera nerver, nervrötter, centralnervsystemet och dess hinnor, epilepsi mera som sällsynt komplikation till tumörbildningarna i hjärnan och dess närmaste omgivning.

Ett medfött anlag, dock utan känd ärftlighet, ligger till grund för vissa missbildningar av hjärnans blodkärl, bland vilka särskilt är att nämna de arteriovenösa aneurysmen eller *angiomen,* som nästan alltid leder till epilepsi, dessutom till blödningar i hjärnan själv eller/och dess hinnor, numera i viss utsträckning operabla; samt *Sturge-Webers sjukdom,* där ett utbrett blodkärlsrikt födelsemärke (naevus vasculosus, »eldsmärke») i ansiktet kombineras med epilepsi och en karakteristisk röntgenbild motsvarande den finkalibriga blodkärlssvulst på hjärnans yta som förorsakar epilepsien. Egentliga *hjärntumörer* kan också antas utgå från medfödda »groddar» ehuru utan tydlig eller avsevärd ärftlighet. (Jag har sett tumör av samma art, på samma plats på skallbasen, hos bror och syster.) Hjärntumörer är mycket sällsynta i barndomen, de sitter då nästan alltid i bakre skallgropen (trakten av lilla hjärnan) och leder nästan aldrig till epilepsi. Hjärntumörer hos vuxna, särskilt de som intressera stora hjärnans främre $^{2}/_{3}$, har däremot ofta denna verkan. (Tumörer och traumer tyder enstämmigt på denna region som särskilt »epileptogen».)

Av det *endokrina systemets* (»insöndringsorganens») svulstbildningar är det veterligen endast de från hypofysen (»undre hjärnbihanget») utgående och i hjärnskålen inträngande som någon gång kan ge epilepsi. I övrigt spelar detta system ingen känd, egentligt kausal roll för sjukdomen, ehuruväl särskilt en del ungdomliga epileptiker ej sällan har någonting endokrint eller »dysplastiskt» (fult) i sin skapnad, sin exteriör; några klara korrelationer har man på detta område ännu icke. (Den säregna ansiktsbildning, man kan se hos många ungdomliga, särskilt anstaltspatienter, med mer än genomsnittligt stark hereditet för epilepsi eller oligofreni, kan tänkas ha endokrin betingelse.) »Endokrin epilepsi» kan, om man så vill, kallas de enstaka epileptiska anfall eller epileptoida tillstånd som förekommer vid svår *tetani,* framför allt förorsakad av bristande bisköldkörtelfunktion med för låg calciumhalt i blodet, och *hypoglykemi,* d. v. s. för lågt blodsocker, som kan förorsakas av överproduktion av insulin från svulster i bukspottkörteln.

Den engelske läkaren Little fäste 1862 uppmärksamheten på tre moment i sammanhang med födelsen, nämligen 1) *för tidig börd* (fosterhuvudet skadas av att pressas genom oförberedda förlossningsvägar), 2) *asfyxi (kvävning)* under förlossningen, av navelsträng kring halsen, kompression av navelsträngskärlen eller på annat sätt, 3) *slitningar på hårda hjärnhinnans blodledare* eller hjärnans egna blodkärl, med blödningar till hjärnans hinnor

och hjärnan själv samt direkta krossningar av hjärnvävnad. Mom. 2 och 3 gynnas av långvarig och på annat sätt svår förlossning.

Hjärnan tål syrebrist dåligt, ett hjärnparti behöver ej vara avstängt från syretillförsel mer än 6—8 minuter innan irreparabla vävnadsförändringar inställer sig. Den från syretillförsel avstängda vävnaden avdör, smälter, förvandlas efter hand till vätskefyllda håligheter (»cystor») och ärrvävnad som alltmer drar ihop sig, skrumpnar. På något sätt, man vet ännu inte hur, kan skrumpnande hjärnpartier ge upphov till epileptiska retningseffekter. Den vanligaste orsaken till irreparabel (»irreversibel») syrebristskada på hjärnan är bristande blodtillförsel. En sådan vävnadsskada kallas *ischämisk,* det avdöda vävnadspartiet eller hela skeendet kallas *infarkt.* Då ischemien, som ofta, inträder plötsligt, etablerar sig de »kliniska» symptomen på motsvarande sätt, man talar om ett *slaganfall,* en apoplexi. Epilepsi tillstöter ej alldeles sällan, längre eller kortare tid efter en sådan, och kan då kallas *post-apoplektisk,* d. v. s. utvecklad i anslutning till ett slaganfall. Sådana hjärnskador kan uppkomma i vilken ålder som helst, dock med stor övervikt dels för den tidigaste — framför allt förlossningsskador — dels medelåldern och senare, då cirkulationsorganens åldersförändringar, framför allt högt blodtryck och åderförkalkning, börjar göra sig gällande. Strypning, med tillslutning av andningsvägar eller pulsådror eller bådadera, förekommer självfallet vid misslyckade mord- och självmordsförsök, med vävnadsskador i hjärnan och eventuellt epilepsi som följd. Orsaken till vad allmänheten kallar »blodpropp» är mera sällan verkliga »proppar» som lossnar t. ex. från hjärtat och flyger upp genom halspulsådern, mycket oftare att pulsådrorna till hjärnan formligen gror igen, till följd av »åderförkalkning», kanske särskilt ofta just i halspulsådrorna. Svår blödningsanemi är en sällsynt orsak till epilepsi, väl endast vid mycket stora engångsblödningar.

Liksom ischemi kan *blödning* i hjärnan förekomma i alla åldrar, med skrumpnande ärrbildning och eventuellt epilepsi i släptåg. Även blödningar förekommer övervägande dels vid förlossningen, dels i högre åldrar, då »högt blodtryck» är huvudorsaken; i yngre årsklasser kan små begränsade utvidgningar på pulsådrorna, »aneurysm», liksom de redan nämnda kärlsvulsterna, brista och blöda till hjärnan själv och dess hinnor. En grupp för sig bildar *eklampsien* hos havande kvinnor, som via blodtryckshöjning, blödning och infarkt kan ge upphov till hjärnskador med tidig eller i efterhand uppträdande (»tardiv») epilepsi. Möjligen kan både högt blodtryck utan blödning (genom »kärlkramper»?) och arterioskleros utan infarkter (också genom kärlkramper?) ge upphov till epileptiska symptom hos äldre personer. *Epilepsi hos gamla* torde dock oftare vara att tillskriva en »primär», icke av blodkärlssjukdom betingad vävnadsförändring i hjärnan, en »senil eller präsenil involution» som är närmare känd framför allt i två former, Picks »lobära» atrofi och Alzheimers sjukdom, vilken senare särskilt ofta kompliceras med epilepsi; samma gäller möjligen också den »enkla» senila hjärn-

förändringen, »presbyofrenien» med de säregna mikroskopiska knutbildningarna eller »plaques».

Mekanisk skadegörelse (trauma) kan likaledes träffa hjärnan i alla åldrar alltifrån förlossningen och kanske redan i moderlivet. Krossningshärdar, eventuellt förenade med blödning, förvandlas efter hand genom uppmjukning och ärrskrumpning och kan förorsaka epilepsi. Risken för »posttraumatisk epilepsi» är i genomsnitt större ju svårare den ursprungliga skadan varit, den bör helst ha drabbat stora hjärnans främre $^2/_3$ och lett till sammanväxningar mellan hjärnbarken och dess omhölje, hjärnhinnorna. Risken för epilepsi efter skallskada har bedömts högst olika och är i det enskilda fallet ofta mycket svår att bestämma. Cedermark fann 1942 på 2 000 fall, av lättaste till svåraste slag, efter 3 år epilepsi hos 19, = 1,2 %, många av dem uppkomna efter skador som tett sig helt lätta, ja bagatellartade; det är i själva verket väl möjligt att det många gånger varit fråga om tillfälligt sammanträffande, ej kausalsammanhang. Engelska invaliddepartementet redovisade från kriget 1914—18 på 18 000 skallskottskador 4 ½ % epilepsi, denna låga frekvens alltså på genomsnittligt svåra skador, skallskottskador är praktiskt taget alltid svåra. (Från rysk-japanska kriget 1904—05 beräknades mycket högre frekvens, säkerligen därför att man som epileptiska räknade även t. ex. yrsel, personlighetsförändring m. m. av icke epileptisk natur.)

Infektioner (sjukdomar framkallade av bakterier och virus) kan ge upphov till epilepsi framför allt då de kompliceras med inflammation av hjärnan själv och särskilt dess hinnor: *encefalit, meningit, meningo-encefalit.* Sådana infektioner kan inträffa när som helst, från spädbarnstiden till ålderdomen, ja redan i moderlivet. Det kan vara *akuta* infektioner med meningit som läkes med efterlämnande av begränsade eller utbredda ärrformationer i hjärnhinnorna och hjärnsubstansen, eventuellt sammanväxningar mellan båda. Så kan ske av variga meningiter, primära som den numera så sällsynta epidemiska, eller sekundära, som kan utgå från t. ex. en kronisk eller akut mellanöreinflammation. Egentliga, mera rena *encefaliter* sådana som den epidemiska, »letargiska» (»sömnsjuka») och den som utgör en mer eller mindre konstant beståndsdel i polio, leder endast i sällsynta undantagsfall till epilepsi. Av kroniska infektioner är framför allt att nämna syfilis, som både i medfödd och förvärvad form kan ge upphov till epileptiska symptom: luetisk meningit och meningo-encefalit, dementia paralytica (paralysie générale) m. fl. former kan ha denna verkan; de s. k. paralytiska anfallen vid dementia paralytica t. ex. har ofta epileptisk form, mer eller mindre ren och utpräglad. Syfilis blir i vårt land alltmera sällsynt, detsamma gäller de former av tuberkulos som förr någon enstaka gång kunde framkalla epileptiska symptom, *hjärntuberkler,* nämligen dels vid akut hjärnhinnetuberkulos (tuberkulös meningit), dels i form av mera kroniskt förlöpande, begränsade anhopningar med svulstartad verkan.

Det nu sagda gäller *kronisk epilepsi. Tillfällig* epilepsi kan betraktas som tillfälligt framträdande av en hos varje hjärna inneboende reaktionsform, nämligen på extraordinära inflytelser. Svårare *skallskador* följes rätt ofta av epileptiska anfall under de första timmarna eller dygnen, för att därpå definitivt försvinna. En del *kamferartat verkande ämnen,* kanske särskilt monobromkamfer, kan redan i liten dos framkalla epileptiska anfall. Ett mycket stort antal *gifter* kan, i livshotande dosering, leda till krampanfall, likaså *strypning,* allt eventuellt övergående. Akut blodbrist i hjärnan leder ej sällan till lättare kramper, åtminstone i övre kroppshalvan, eventuellt jämte vida-reaktionslösa pupiller och Babinskis fotsulereflex, så t. ex. hos smäckert byggda eller till konditionen nedsatta personer vid längre stående eller hastig uppresning: »*ortostatisk epilepsi*»; samma sak kan stundom provoceras genom tryck på halspulsådern, en reflex från det lätt vidgade parti av ådern vid dess delningsställe i höjd med struphuvudets nedre del som fått namnet sinus caroticus (»*sinus-caroticus-reflex*»). Som hjärnanemisk epilepsi brukar också räknas de mycket sällsynta anfallen vid s. k. *hjärtblock,* Stokes-Adams' symptomkomplex: då hjärtkamrarna kommer ned till en »egenrytm» om ca 40 slag i minuten sjunker också det allmänna blodtrycket och hjärnan får för litet blod.

Terapeutiska åtgärder kan, avsiktligt eller oavsiktligt, framkalla epileptiska anfall: insprutning i blodbanan av cardiazol, elektrochock, insulincoma; vissa hjärnoperationer såsom den mot vissa svårare själssjukdomar riktade lobotomien, kan få kronisk epilepsi som påföljd; borttagande av hypofysen (hypofysektomi) leder till kortvarig epilepsi.

Plötsligt avbrott i en långvarig kraftig medikation med barbiturater framkallar stundom enstaka anfall, även hos icke-epileptiker.

Patologisk anatomi

Några för blotta ögat synliga eller först vid mikroskopisk undersökning framträdande, anatomiska (histologiska) förändringar eller abnormiteter någonstans i kroppen, som skulle vara till finnandes i varje fall av epilepsi, är icke kända. Bateman 1936 fann av 178 undersökta hjärnor efter kronisk epilepsi endast 2 normala: 34 visade spår efter genomgången hjärn- eller hjärnhinneinflammation. I 60 av 66 fall där epilepsien debuterat före puberteten, ansåg han sig kunna konstatera underutveckling av stora hjärnans pannlober, vilket icke gällde något av de 68 efter puberteten debuterande fallen, där man i stället fann rester efter avlupna inflammationer eller blodkärlskatastrofer m. m. och ofta förändringar av hjärnkamrarna. Såsom självklart är, finner man vid de ovan, under »orsaker» nämnda hjärnsjukdomar och abnormiteter som kan vara orsak (grundsjukdom) till epilepsi, däremot svarande anatomiska förändringar: missbildningar, degenerationer, tumörer, rester efter mekaniska skador eller blödningar m. m., skrump-

ningar, senila förändringar. Någonting för epilepsien själv utmärkande finnes icke; icke ens den i kroniska, dementa fall vanligen påvisbara, utbredda undergången av nervceller i stora och lilla hjärnans bark samt vissa områden av hjärnstammen, med påföljande förhårdnad av vävnaden (»skleros») är specifikt epileptiska, man finner liknande förändringar t. ex. vid idioti utan epilepsi; man kan alltså icke heller räkna dem som förorsakade av anfallen utan måste betrakta dem som med epilepsien »sidoordnade» företeelser, anta en för båda gemensam orsak.

I fråga om *vad som äger rum i kroppen* vid det epileptiska anfallet får man räkna med 1) det bioelektriska skeendet i hjärnan själv: elektroencefalogrammet har visat att de epileptiska urladdningarna är verkliga elektriska urladdningar i stora hjärnans grå substans, olika vid olika sorters anfall, vidare att urladdningen ofta börjar så att säga punktformigt, inom visst begränsat område, och från utgångspunkten sprider sig i olika riktningar över hjärnan; spridningen sker, såsom på experimentell väg blivit visat, genom nervbanorna i hjärnan, korta och långa, inom och mellan stora hjärnans båda »halvklot» eller hemisfärer, höger och vänster, men säkerligen också i form av en mera direkt, så att säga kedjereaktion mellan omedelbart närgränsande vävnadselement. Man vet också att det icke alltid är från stora hjärnans bark, anfallen genereras; där EEG-förändringen uppträder på en gång i hela storhjärnsbarken, såsom kan vara fallet både vid stora och små attacker, ligger utgångspunkten på djupet, i stora hjärnans mera centrala och basala delar, »hjärnstammen»: Jasper och Droogleever-Fortuyn visade 1947 att man genom elektrisk retning av de s. k. synhögarna i hjärnstammen på katt kan framkalla en samtidigt över stora hjärnans hela yta framträdande förändring i EEG alldeles lik den vid »mindre anfall», petit mal hos människa. Penfield har för anfall utlösta från hjärnans centralare delar föreslagit beteckningen »centrencefala». Ytterligare vet man genom EEG att den epileptiska retningen icke endast berör representationsfälten för rörelser och sinnesförnimmelser i hjärnan; utan också dem för cirkulationsapparaten och övriga »inälvor» (viscera), i en del fall kanske t. o. m. primärt eller rentav enbart. Medvetslösheten kan eventuellt förklaras av att hjärnbarken blir så »upptagen» av den epileptiska retningen att normala associationer ej släppes fram; denna förklaring är giltig även för anfall som genereras från organets »djupare strukturer». (2) Den amerikanske neurokirurgen Penfield ansåg sig på blottlagd mänsklig hjärna ha sett ett begränsat avbleknande som första början till ett epileptiskt anfall, vars närmaste orsak sålunda skulle vara att söka i kärlkramp. Exakta mätningar har visat att blodströmningen genom hjärnan tvärtom ökas under det epileptiska anfallet. Ändock kan veterligen ett epileptiskt anfall framkallas av plötsligt avstängd blodtillförsel.) 3) Det *biokemiska* skeende som måste antagas ligga bakom det bioelektriska och förorsaka detta, därom vet man tills dato praktiskt taget ingenting. 4) De *allmännare faktorer*, kropps-

liga och själsliga, som kan underlätta respektive motverka de epileptiska urladdningarna i hjärnan; härom finnes vissa spridda moment kända, ehuru »den sista gemensamma sträckan» mellan dem och den epileptiska urladdningen ännu är okänd. En »positiv» vattenbalans, en »vattenretention», d. v. s. att mera vatten konsumeras än utsöndras, gynnar uppkomsten av anfall, men endast hos därtill disponerade personer, d. v. s. manifesta eller latenta epileptiker; härpå grundas en i kliniken stundom använd provokationsmetod. (Vattenretentioner vid hjärtinsuffiens och vissa njursjukdomar verkar icke veterligen epileptogent.) Förskjutning av syra-basjämvikten i kroppsvätskorna åt den alkaliska sidan verkar på samma sätt, vilket också användes i provokatoriskt syfte, framför allt i form av hyperventilation d. v. s. fortsatt forcerad andning, som verkar alkaliserande och dymedels kan hos en hysteriskt disponerad person framkalla hysteriska reaktioner, hos till tetani disponerade personer anfall av sådan typ, någon gång stegrade till epileptiska, hos epileptiker epileptiska företeelser i form av anfallsmässiga »episoder» i EEG eller utvecklade »kliniska» anfall. Att syre- respektive blodbrist i hjärnan kan verka i epileptisk riktning, har anförts ovan bland sjukdomens orsaker; på vilken närmare biokemisk väg verkan förmedlas, är obekant. Vid tetani är calciumbrist och alkalos i kroppsvätskorna — här närmast nervcellernas »kemiska miljö» — nära förbundna med varandra. Munch-Petersen har funnit att forcerad blinkning ibland kan verka på liknande sätt som hyperventilation. Att trötthet, sömnbrist och bakrus verkar provocerande, är bekant, men man vet inte på vilka vägar. Alkoholens omedelbara verkan är förebyggande eller »kuperande»; kronisk alkoholism kan verka i motsatt riktning. Ännu mindre kan man förklara den ej sällan, egentligen i svårare fall iakttagna verkan av i och för sig normala sinnesintryck såsom oväntade ljud, annan skrämsel, spänning, musik. Om allt detta kan man förmoda affekt som förmedlare; men även fladdrande ljus kan verka på samma sätt, åtminstone på EEG.

Klinik

Det viktigaste, och enda för sjukdomen verkligt utmärkande är *anfallen*. Sådana finnes, som ovan antytts, av mycket olika slag. Den alltjämt ofta hörda begreppsbestämningen »anfall av medvetslöshet med allmän kramp» är mycket för trång: många epileptiska anfall utspelas helt vid bibehållet medvetande, många saknar kramp eller har mycket lätta eller endast antydda ryckningar eller andra »motorismer».

Från vilket område av hjärnan den epileptiska retningen än tar sin början, tenderar den att sprida sig, slutligen till stora hjärnans hela omfång, hjärnbarken i dess helhet; i och med att det där befintliga »motoriska fältet» — där den aktiva rörelseförmågan finnes representerad — engageras, uppstår allmän kramp, i och med att större delen av barken engageras, slocknar

medvetandet. Det »stora», allbekanta epileptiska anfallet, »grand mal», kan alltså vara slutresultatet av en från början begränsad epileptisk retning, som dock inte behöver gå därhän, en från början begränsad retning kan så att säga komma av sig, stanna vid begränsade verkningar. Varje punktformigt börjande anfall kan, men inte behöver, urarta till ett grand mal. Det man kallat *aura* är sålunda retningssymptom, subjektiva eller/och objektiva, från visst hjärnområde; men man brukar inte begagna sig av beteckningen aura annat än i de fall då retningen verkligen sprider sig, generaliseras, varvid auran ter sig som »förebud» till det stora anfallet, egentligen endast alltså dettas begynnelsefas.

Men det finns också anfall, spontana anfall, icke bara sådana som framkallas med konst, genom elektrochock eller cardiazolinsprutning, där medvetandet försvinner genast, utan aura alls eller efter en ytterst kort och obestämd förkänning. Detta gäller såväl en del stora anfall av typen grand mal som de lätta korta anfall med obetydlig eller ingen kramp, »petit mal», då patienten ej faller; retningen utgår då ofta från djupet, »hjärnstammen», och sprider sig därifrån på en gång till hela stora hjärnans yta. Ytterligare har det blivit bekant att anfall av typen grand mal, utan aura, liksom också då krampen börjar med en s. k. adversiv-(= spejar-)rörelse, av huvud och ögon åt ena sidan, strax innan eller strax efter det medvetandet försvinner, kan framkallas av sjukdomshärdar i pannan.

Man brukar i det stora eller »fullständiga» epileptiska anfallet urskilja 4 olika faser. *Prodromerna* eller förebuden, som ofta saknas och ännu oftare torde passera obemärkta, varierar mycket: allmän känsla av olust eller ängslan, förstämning eller retlighet, orolig nattsömn, huvudvärk, hjärtbesvär, förstoppning. En viktig form är små eller större, snabba muskelryckningar i olika delar av kroppen, »myoklonier», eventuellt resulterande i utfarande rörelser, tappande eller knäande. Myoklonier förekommer uppskattningsvis hos var 3 epileptiker, ofta tätnar de eller blir häftigare då ett anfall nalkas. Noggrann mätning av vattenbalansen kan påvisa retention framemot ett anfall; i det kliniska rutinarbetet kan sådana, systematiska bestämningar icke ifrågakomma, detsamma gäller syra-bas-jämvikten, bestämning av alkalireserv m. fl. finare laborationer, som också ibland — ehuru inte ens vid noggrant genomfört program på långt när regelbundet — kan upptäcka förskjutningar i förstadiet till ett anfall.

Det manifesta anfallet inledes eventuellt av retningssymptom från visst begränsat område av hjärnan, olika alltefter platsen. Man måste för att förstå dem ta hänsyn till lokalisationen i hjärnan: olika fält i hjärnbarken o. s. v. har olika funktion. Stora områden av hjärnbarken är härutinnan »stumma». Börjar retningen inom en stum zon, kan nog auran bestå i en helt obestämd känsla av att någonting skall hända, »nu kommer det» eller dylikt. Sprider sig retningen, kan tydliga symptom uppstå från zonerna för rörelser eller sinnesförnimmelser i grannskapet, men även från områden

från vilka minnesbilder särskilt lätt framkallas, likaså från områden för blodkärlens och övriga inälvors representation. Det blir då domningskänsla i viss kroppsdel eller ena kroppshalvan, kramp begränsad till en hand eller ena mungipan, yrsel, synintryck, lukt- eller smakförnimmelser etc. Länge ville man som aura räkna endast vad den sjuke erfor själv, rent subjektiva företeelser. Av det här sagda framgår att någon principiell åtskillnad mellan subjektivt och objektivt härutinnan icke kan genomföras; lika starka skäl finnas att räkna inledande lokala kramper eller andra motorismer som aura, nämligen motorisk sådan. Om man nu nödvändigt skall räkna auran som någonting särskilt.

Man kan, om man så vill, gruppera auraformerna efter medvetandets skiftande innehåll: sinnesintryck, föreställningar, känslor och viljeakter. Anfallet kan börja med ett obestämt obehag i »maggropen» som eventuellt fortsätter uppemot huvudet, eller domningskänsla här eller där, som nyss sades, kramp någonstädes i kroppen — mest handen eller mungipan — lukt- eller smakförnimmelser, enkla eller gestaltade optiska intryck såsom färgade sken, dallrande kulor men även formade synhallucinationer, enkla ljud men också, fast mycket sällan, röster, ord; tydlig spatial yrsel då man tycker sig själv eller rummet luta eller rotera. »Psykisk», i inskränkt bemärkelse, har man kallat auran då den består exempelvis av intensiv ängslan, känsla av överhängande fara, dödsångest, eller att omgivningen och/eller man själv blir främmande, som förvandlad. Sådan »depersonalisation» kan också bestå i att en viss föreställning tränger sig fram, löser sig ur det normala associationsförloppet och på abnormt sätt dominerar, känns igen från anfall till anfall, ändock icke efteråt kan återges; eller att man tycker sig ha upplevt den rådande, vanligen helt triviala situationen tidigare (»déjà-vu»); eller en bildkavalkad ur minnet drar blixtsnabbt förbi det inre ögat. Stundom kan tillståndet komma den normala *drömmen* ännu närmare, man tycker sig sväva, eller falla, eller vara fjättrad, vilja röra sig eller tala eller skrika men ej förmå. I alla tillstånd av denna art är icke blott medvetandet utan också inpräglingsförmågan bibehållna (eljest skulle ju allt vad till auran hörer uppslukas av glömskan). Men detta medvetande är sällan helt klart, kontakten med omgivningen icke helt obruten, tillstånd av s. k. afasisk eller apraktisk natur är helt vanliga: den sjuke hör ljud, kanske uppfattar att det talas men förstår ej vad som säges, försöker själv göra sig förstådd men kan inte få fram någonting alls eller endast brutna ljud eller meningslöst tal, eventuellt förvridna ord (»oord»); han försöker uträtta det ena eller andra men bär sig bakvänt åt (apraxi).

Mycket vanligt är att patienten i inledningsstadiet bleknar, rodnar eller får hjärtklappning.

Auran kan verkligen tjänstgöra som varning så att patienten hinner skydda sig (dra sig undan, lägga sig etc.). Den varar sekunder, mera sällan några minuter. Anfallet kan, som ovan framhållits, stanna härvid. Utgöres

auran av kramp i viss kroppsdel, eventuellt spridande sig till större områden av samma kroppshalva, alltjämt vid bibehållet medvetande, kallas anfallstypen sedan gammalt »Jackson'sk». Ett anfall av vilken typ som helst, även »sensorisk» eller »psykisk», om den stannar vid aurastadiet, kan kallas *abortivt*.

Det fullständiga stora anfallets *acme* skulle vara den allmänna krampen, varvid den som beträffar den s. k. skelettmuskulaturen (= den som rör extremiteter, bål och huvud), är det element i anfallet som i alla tider ådragit sig den största uppmärksamheten, medan andra, principiellt lika viktiga eller intressanta områden blivit mer eller mindre förbisedda. I ett mindretal fall inledes krampstadiet av ett *skrik*. (Det hemska intrycket därav beror möjligen till en del därpå att det frambringas på inandning, ej som vanliga rop och tal, på utandning.) Ögon och huvud vändas ofta åt ena sidan (»adversivt»), ögonen vanligen öppna, vändas eventuellt uppåt (»ut och in»), ansiktet förvrids, käkarna bits ihop, stämbanden sluts. Armarna stelnar, i böj- eller sträckställning, andningen står stilla, vanligen i utandningskramp, benen stelnar, vanligen sträckta. Krampen är i början mest ihållande, »tonisk», därpå eventuellt intermitterande, »klonisk»: ögonen rycker i tät följd åt visst håll (»nystagmus»), ansiktet gör spasmer, käkarna tuggar, andningen kommer i gång stötvis, liksom gnällande eller kvidande, det rycker i armar och ben. Tungan kan redan i det toniska stadiet komma mellan tänderna och skadas, likaså läpparna och kindens insida.

Skelettmuskelkrampen är ofta, kanske oftast i någon grad asymmetrisk: huvud och ögon vänds åt sidan, höger och vänster arm och ben kan stå olika, ibland roterar patienten, kan vältra sig ur bädden. Faller gör den sjuke, vid ett grand mal, säkerligen oftast därför att kroppen blir sträckt och styv som en stock och jämviktsregulationen saknas.

Men krampen berör också blodkärlen och övriga inälvor: pupillerna vidgas och mister sin ljusreaktion, saliv och slem avsöndras i starkt ökad mängd, vilket i förening med käkrörelserna åstadkommer den så omtalade »fradgetuggningen», en ingalunda obligatorisk beståndsdel i anfallet. Svett bryter ut, urinblåsan kan tömma sig, mycket mera sällan ändtarmen och sädesblåsorna. Blodtrycket stegras alltid starkt och detta både självständigt och som verkan av skelettmuskelkrampen. Häftig sammandragning av utandningsmusklerna vid sluten röstspringa hejdar blodets återflöde till hjärtat. Stockningen i blodådersystemet kan bli så våldsam att blod »spricker ut» i små prickar i övre kroppshalvans hud, ögats bindehinna, yttre hörselgången men även inre organ såsom hjärnan och binjurarna. Samma stockning kan ge hjärtat för litet blod att arbeta med, syretillförseln till hjärna och hjärta tryter, varav vävnadsskador kan uppstå.

Krampstadiet varar sällan mer än några minuter, spänning och ryck avtar, käkläsan släpper, andningen blir större, ofta ljudlig, rosslande. (Det är vanligen detta som väcker anhöriga på natten, krampen då redan över.) Slut-

ligen släpper all kramp och efterföljes av slapphet, en slapphet så höggradig att muskelreflexerna kan försvinna. Babinskis fotsulereflex är ofta påvisbar under krampstadiets senare del och minuterna efteråt. Den djupa medvetslösheten efter slutad kramp kan kallas *post-paroxysmalt coma* (coma = djup medvetslöshet). Följdtillståndet närmast efter slutad kramp har kallats *sequelae*. Den sjuke kan då vakna upp, aldrig helt klar och orienterad genast, uppklarnandet tar alltid några minuter, den post-paroxysmala omtöckningens stadium som i olika fall kan utformas olika: man kan se övergående dövhet eller oförmåga att tala (afasi) eller förlamning i viss kroppsregion (lokalt början kramp efterlämnar ej sällan en övergående förlamning i samma kroppsregion), eller »motorisk» oro, eventuellt förflyttningsdrift, i sällsynta fall aggressivitet mot personer i omgivningen, ännu mera sällan organiserade våldsdåd såsom strypningsförsök, nästan aldrig våld med tillhygge. I andra fall löper den omtöcknade blint rakt fram, »över stock och sten», »epilepsia procursiva». Någon gång kan omtöckningen räcka längre, samtidigt som den sjukes beteende kan formellt hänga bra samman, han kan vandra långa vägar, irra planlöst omkring (»poriomani») eller företa tågresor med biljettköp och allt, utan att efteråt ha något minne av alltsammans (»post-paroxysmal amnesi»). Omtöckningen efter ett anfall kan i sällsynta fall fortsätta som mera långvarig epileptisk psykos. Det vanligaste är, särskilt om anfallet inträffar på natten, att patienten halv- eller helvaknar, mest utan att minnas något därav efteråt, därunder eventuellt svarar, yttrar något, otydligt eller desorienterat, därpå somnar och sover flera timmar.

Ett grand mal kan ha alla grader av häftighet, från den svåraste till den lättaste, t. ex. lätta, knappt märkbara kramper men medvetslöshet och urinavgång, ett »mitigerat» (förmildrat) grand mal.

Skelettmuskelkrampen vid grand mal är elementär, liknar alldeles verkan av elektrisk hjärnretning (el-chock på människa eller djur). Men det finns också andra former av motorisk retning; olika former härav kan sammanfattas under namnet *motorismer*. Blixtlika, begränsade, i olika kroppsområden uppträdande ryck, »myoklonier», har ovan omtalats. likaså inälvskramperna (blåstömning m. m.). Man kan, i andra fall, se rörelser som förefaller avsiktliga, medvetna, i viss mån ändamålsenliga: hantering av föremål, gång, simning, på- och avklädsel, öppnande och stängande av dörrar men också uttrycksrörelser såsom mimik, gester, aggressioner. Ett slags mellanting mellan mera elementär och mera utvecklad motorik är enkla rytmiska rörelser såsom blinkning, smackning, sväljning, varjehanda läten. Rörelseförlopp som förefaller avsiktliga men inte är det, kallas *psykomotoriska*. (En språkligt oförsvarlig beteckning, då just avsiktliga, medvetna rörelser borde vara det mest psykomotoriska av allt; termen dock, i nämnd bemärkelse, allmänt vedertagen.) Det finnes anfall där rörelserna har helt och hållet denna karaktär. Att motorismer av samma typ inträffar i omtöck-

ningsstadiet efter ett grand mal, är ovan omtalat. De kan också, fast mera sällan, förekomma inledningsvis till ett stort anfall och då räknas som »motorisk aura». Liksom grand mal kan ett psykomotoriskt anfall också vara lindrigt ända ned till blotta antydningar, avkortat, »abortivt». Man har på senare tid blivit obenägen att räkna abortiva grand mal och psykomotoriska anfall som »petit mal», vill reservera denna beteckning för småanfall av särskild typ, då den sjuke plötsligt, utan »förkänning», stannar av, med stirrande blick, reaktionslös, eventuellt kommer korta ryck, myoklonier, här eller där i kroppsmuskulaturen, oftast i form av blinkning, mindre ofta kring munnen, i nacke, bål, extremiteter, nästan aldrig fall eller blåstömning. Denna anfallstyp har elektroencefalografiskt isolerats av Gibbs, Davis och Lennox 1935. Lennox 1945 sammanför detta »petit mal» med de ovan nämnda myoklonierna samt ytterligare en sorts anfall, de rätt sällsynta *akinetiska,* vid vilka plötslig förlamning uppträder så att säga i stället för kramp, till en »petit-mal-grupp» med ensartad EEG-bild och liknande reaktion på medikamenter.

Epileptikern i anfall kan alltså komma omkull på 4 olika sätt: 1) genom allmän sträckkramp (eventuellt undantagandes armarna), varigenom kroppen blir som en stock utan jämviktsregulation; 2) genom krampaktig uppdragning av knäna, som kan vara blixtsnabb och svår att skilja från 3) plötslig allmän förlamning (tonus-förlust) samt 4) genom vridrörelse varvid han vältrar sig ur bädden etc.

Äkta petit mal har en särskild benägenhet att ofta upprepas, upp till 100-tals gånger om dagen.

Man har också räknat med anfall av rent *vegetativ* typ: oro i bröst och buk, huvudvärk, yrsel, rodnad och bleknande, hjärtklappning, ofta därjämte själsrörelser sådana som ångest, främlingskänsla och andra former av »Depersonalisation» (se ovan s. 72!). Anfall av sådan typ, hos en epileptiker, har, som inledningsvis nämndes, inräknats i s. k. *larverad* epilepsi.

Anfallens dominerande typ efter den utlösande lesionens plats (anfallets utgångspunkt), enligt nu föreliggande erfarenhet, särskilt neurokirurgiskt:

1) *Pannhjärnan:* medvetslöshet och fall utan förkänning. Eventuellt vändning av huvud och ögon åt motsidan (»adversivrörelse»), börjande innan eller efter det medvetandet försvunnit.

2) »*Rolandiska*» eller »*centralregionen*» av stora hjärnans bark (bättre: övergångsområdet mellan pann- och hjässhjärnan): inledande, lokalt begränsad kramp, oftast i handen (tummen) eller mungipan; eller domning eller liknande »parestesier» inom motsvarande kroppsområden.

3) *Hjässhjärnan:* domningar etc., såsom vid 2).

4) *Nackhjärnan:* inledande synintryck.

5) *Tinninghjärnan:* inledande, obestämt obehag i »maggropen», eventuellt stigande uppåt huvudet; eller inledande lukt- och smakförnimmelser, beledsagade av halv omtöckning, drömliknande tillstånd, depersonalisation

d. v. s. främlings- eller förvandlingskänsla beträffande jaget (inklusive tankeförloppet och sinnesstämningen) eller/och omgivningen och relationen mellan båda, eventuellt minnesbilder eller andra intryck; eller yttre oro, rörelsedrift av »psykomotorisk» typ (se ovan!).

(Vid anfall utgående från vilken av dessa lober som helst, mest *vänster* sida, hos högerhänta, kan i inledningsstadiet förekomma *afasi* [bristande talförmåga], av olika närmare typ.)

6) *Hjärnstammen*, d. v. s. stora hjärnans centrala och basala delar: anfall av typen grand eller petit mal, börjande plötsligt, utan säregen inledningsfas.

7) *Vegetativa centra* i barken eller hjärnstammen: inledande »vasomotoriska» fluktuationer, d. v. s. svängningar i blodfördelningen och blodkärlens vidd och arbete i övrigt: rodnad följd av blekhet, hjärtklappning: eller andra vegetativa utbrott t. ex. svettning. Rent »visceral» epilepsi dock omtvistad.

Elektro-encefalogrammet reagerar vid anfall på typiskt sätt. Gemensam för alla anfallsformer är stegrad elektrisk spänning (»voltage») och förändrad rytm, den senare vid grand mal starkt förtätad, vid övriga former i olika grad utdragen. Tagg — kulle (»spike and wave») beskrevs först av Gibbs, Davis och Lennox 1935. Samma typ återfinnes ofta »subkliniskt» d. v. s. utan på annat, subjektivt eller objektivt sätt märkbart anfall; dessutom vid en del anfall av psykomotorisk typ. Härdformigt begränsad EEG-förändring, »focus», beskrevs först av Walter 1936, Jasper samma år. Vid grand mal, toniskt stadium, täckes hela hjärnytan av täta höga taggar som i det kloniska stadiet skils åt i grupper och mot slutet kommer 1—3 per sekund; normal aktivitet kommer gradvis, parallellt till uppvaknandet. Härdformig urladdning utmärkes särskilt av taggar i oregelbunden följd; engagementet av omgivningen syns på stigande spänning och börjande taggbildning. Aktivering av en vilande focus märks på stegrad taggbildning, eventuellt + spridning. Vid generaliserad urladdning uppslukas de fokala tecknen. Branta vågor, 6/sek., beskrevs 1938 av Gibbs, Gibbs och Lennox som typiska för psykomotoriska anfall. Kershman knöt 1941 denna typ företrädesvis till tinningloben. Det har visat sig att samma slags EEG-anfall kan, ehuru mindre ofta, utlösas från andra, även djupare hjärnregioner, liksom focus — där en sådan vid psykomotorisk epilepsi kan påvisas — också kan ligga annorstädes, enligt Hill 1949 endast dubbelt så ofta i tinningloben som på andra ställen, korrelationen mellan denna elektroencefalografiska anfallstyp, klinisk psykomotorisk anfallstyp och tinningloben sålunda endast relativ. Jasper, Pertuisset och Flanigin 1951 knyter på nytt denna elektroencefalografiska anfallstyp fastare till tinningloben, dit förändringen, mer eller mindre härdformig, en- eller dubbelsidig eller »sidoskiftande», säges, vid väl genomförd undersökning, kunna nästan undantagslöst förläggas. Anfall med denna EEG-typ anses utgöra ungefär hälften av alla, från begränsat barkområde utgående anfall, och över huvud taget antas ca vart 5:e epileptiskt anfall utgå från tinningloben och dess närmaste grannskap.

Psyke

En epileptiker kan mellan anfallen vara precis som en vanlig människa, och är det oftast. Oligofreni = medfödd intellektuell »försening», undermålighet eller underutveckling har, när den föreligger tillsammans med epilepsi, intet annat genetiskt samband med denna än eventuell gemensam orsak, i form av ärftlig hjärnsjukdom eller tidigt förvärvad hjärnskada. Långvariga epileptiska psykoser är sällsynta, de har gärna paranoid eller/och schizofren prägel. Rätt vanlig är däremot den förvärvade epileptiska demensen som kan förekomma i alla gradationer. En (kronisk) epileptiker kan lida intellektuell nivåsänkning dels genom ständigt bruk av de förslöande barbiturpreparaten (»fenemal» m. fl.), sannolikt också genom upprepade hjärnskakningar vid anfallen, fallen. Anfallen själva tycks inte betyda så mycket som man skulle kunna tro, det finns patienter med ganska täta anfall under ganska många år, med bibehållen nivå. Lennox har enligt Binet-Simon testat mono- och dizygota tvillingar: genomsnittliga skillnaden, då båda hade epilepsi, var ringa, 6,8 point; när den ena hade kronisk epilepsi utan känd hjärnskada, den andra endast enstaka anfall, hade den med svårare epilepsi behäftade endast 4,4 points mindre; var den ene frisk, den andre behäftad med svår epileptisk hjärnskada, låg den senare 36 points lägre. Dizygot tvilling med epilepsi av okänd orsak låg 8,6 points lägre än partnern; vid organisk lesion hos den ene var skillnaden 16,8 points. Lennox drar den slutsats att det *ej är anfallen som skadar intelligensen.* Alström 1950 finner mental nivåsänkning i gruppen med helt okänd orsak i 21 %, i gruppen med sannolik orsak i 37 ½ %, i gruppen med känd orsak i 58 %; slutsatsen blir att ju svårare den epileptogena hjärnsjukdomen är, desto större utsikt har den att bli diagnostiserad och desto större är risken för demens. Samma fördelning gäller ej blott nivåsänkningen över huvud taget, utan också den särskilda typ man brukat framhålla som specifikt epileptisk: »seghet» och »häftande», »andefattigdom», d. v. s. brist på intellektuell rörlighet samt tendens till smalspårig upprepning, »perseveration», eventuellt i förening med en sorts sentimental »klibbighet», någon gång religiöst färgad »salvelse» (detta senare dock kanske anstalts- mera än anfallsverkan). Tal och skrift blir eventuellt på motsvarande sätt förändrade, ibland ganska höggradigt, med hackigt och besvärat tal, svårighet att finna ord, eventuellt deformerade eller improviserade ord, med andra ord afasiska drag. Alström finner seghet-perseveration i sina tre grupper i 7, 15, 15 %. Alströms såväl som Lennox' serier talar sålunda emot den äldre föreställningen om en »idiopatisk», ärftlig epilepsi som särskilt själsförstörande. Alström finner nivåsänkningen, där den alls kommer till stånd, märkbar redan tidigt. Utan tvivel har den epileptiska demensen i viss mån progressiv tendens, vilket enligt ovanstående troligen mindre beror på anfallen, på »epilepsien» som sådan, utan på en även med andra symptom utrustad, eller icke utrustad, grundsjukdom. Särskilt i

framskridna stadier blir de sjuka ofta överkänsliga för allehanda intryck, elementära sinnesintryck, t. ex. oväntade ljud eller flimrande ljus, likaväl som mera »personliga» eller emotionella faktorer sådana som väntan, oro, förlägenhet, skrämsel. Irritabiliteten kan ta sig uttryck i lynnesutbrott eller »tjurighet», negativism, någon gång våldsamheter. De sjuka är ofta intoleranta gentemot alkohol, vilket stundom kan visa sig i form av s. k. *patologiskt rus* d. v. s. omtöckningstillstånd med rörelsedrift, eventuellt våldstendenser eller annan hämningslöshet. Beträffande yttringar och verkan i övrigt av det mentala förhållandet se nedan under rubriken Prognos och socialt förhållande!

Former

Att anfallen kan vara mycket olika, har ovan skildrats: medvetandet kan slockna genast eller en bit fram i anfallet, eller under hela eller en del av anfallet vara klart, eller grumlat dock med bibehållet minne. Den sjuke kan falla eller icke. Krampen kan gälla blodkärl eller körtlar eller urinblåsa m. m., skelettmuskulaturen — med tungbett eller icke — den kan vara lokal, allmän, svår eller lätt ända ned till blotta antydningar, ihållande eller rytmisk eller intermittent, o. s. v., se ovan! Likaså kan anfallen te sig olika allt efter utgångspunkten, enligt vad ovan skildrats. Men man kan också urskilja olikheter i sjukdomens form och karaktär mera i stort sett. De »initiala feberkramperna» i barndomen behöver aldrig återkomma i form av kronisk epilepsi. *Pyknolepsi* har man kallat rena, täta petit-mal-anfall hos barn utan mentalförändring, reagerande dåligt på vanlig antiepileptisk medikation, eventuellt upphörande omkring puberteten; en del av dessa fall fortsätter dock som kronisk epilepsi av blandad karaktär. Bortsett från rent *tillfällig* epilepsi (epilepsia fortuita) av känd orsak såsom förgiftningar, efter skallskador, eklampsi, hjärntumör före tumörens avlägsnande, efter vissa hjärnoperationer (lobotomi) etc., finns det fall där några få eller ett enda epileptiskt anfall förekommer, hos en i övrigt frisk person och utan begriplig orsak, i barndomen, ungdomen eller senare.

Anfallen infinner sig vid alla tider på dygnet, enligt somliga statistiker något oftare på natten än på dagen, enligt andra tvärtom, skillnaden i varje fall ej stor. De kan hos viss patient förekomma endast på natten (epilepsia nocturna) eller enbart på dagen (epilepsia diurna) eller blandat. Var patient har sin övervägande typ, som dock kan förskjutas under sjukdomens lopp, mest så att anfallen som först, eventuellt i många år, förekommit endast på natten, börjar uppträda även på dagen. De nattliga anfallen kommer gärna dels kort efter insomnandet, dels vid tiden för det vanliga uppvaknandet, »på morgonsidan», med andra ord i något sorts samband med sömnregleringen, omställningen från sovande till vaket tillstånd och vice versa, men de infinner sig också när som helst på natten.

Viss anfallsform kan hos viss patient vara mer eller mindre dominerande. Pyknolepsien är nyss nämnd. Är anfallstypen klart »fokalt» betingad, d. v. s. anfallen genereras från viss bestämd plats i hjärnan, blir anfallstypen därefter: frontal, temporal etc. De »temporala» d. v. s. från tinningloben genererade anfallen, utgör en stor grupp; inledas de av abnorma lukt- eller smaksensationer och fortsätter med drömliknande omtöckning, eventuellt sväljningar och dylikt, eventuellt psykomotorisk oro, motsvarar de den av Hughlings Jackson 1899 urskilda typen »uncinate fits» (efter »uncus»-trakten på tinninglobens inre-basala sida). Psykiska rubbningar och egenheter är nog särskilt vanliga vid just temporal epilepsi, inte endast vid anfallen utan också eljest. Korta, lätta temporala anfall har förr räknats till petit mal. En och samma patient kan nog ha anfall av olika typ, förr har särskilt menats att grand och petit mal kan alternera, förekomma om varandra hos samma patient. Så kan nog verkligen vara fallet, men en del småanfall kan, som förut sagts, vara abortiva storanfall, inte äkta petit mal, i dessa fall olikheten alltså inte gälla formen utan endast graden.

Det har sagts att något mer än hälften av patienterna har enbart grand mal, därnäst vanlig skulle vara den kombinerade typen. Ren, elektroencefalografiskt äkta petit mal förekommer otvivelaktigt oftast eller nästan uteslutande hos barn (»pyknolepsi»); hos vuxna är denna EEG-typ kanske särskilt vanlig *mellan* större, vid »subkliniska» d. v. s. icke på annat sätt märkbara, subjektivt eller objektivt manifesterade anfall. Enligt vissa större, något äldre utländska statistiker skulle omkring 5 % av det vuxna klientelet ha enbart korta »absenser».

Interparoxysmala symptom kan grupperas i 1) sidoordnande, d. v. s. någon abnormitet som kan förekomma hos viss person *jämte* epilepsi men också förekommer ensam, t. ex. oligofreni, förlamningar, missbildningar; 2) symptom av eventuellt påvisbar *grundsjukdom* t. ex. syfilis, hjärntumör, högt blodtryck; 3) själsliga egenheter och ofullkomligheter beträffande personlighetstyp respektive i form av förändrad reaktionstyp på intryck och påverkningar av olika slag, mental nivåsänkning; se ovan under disposition och psyke! »Degenerationstecken», stigmata degenerationis, talar man knappast längre om, själva begreppet degeneration har råkat i misskredit; det man menade härmed räknar man numera som sidoordnade symptom sådana som missbildad hjärnskål, fula öron, felställda och dåliga tänder, hög smal gom, födelsemärken av olika slag, hopväxta fingrar eller tår, med andra ord utvecklingsanomalier som förekommer hos epileptiker något litet oftare än hos folk i allmänhet, den närmare arten av denna (svaga) kausala relation i stort sett obekant, man kan närmast förmoda utvecklingshämmande faktorer som drabbat såväl hjärnan som andra kroppsdelar, i fosterlivet eller senare.

Man har också talat om en »*facies epileptica*», epileptiskt utseende, någonting påfallande i fråga om ansiktsbildning och väl även ansiktsuttryck, som

skulle vara i viss mån utmärkande för denna sjukdom: framspringande ögonbrynsbågar, klumpig näsa, tjocka läppar m. m., någonting tungt och slött i uttrycket. Ett sådant utseende kan man nog påträffa hos dessa sjuka, om också ganska sällan, mest i svåra fall, på anstalter. Även här rör det sig med övervägande sannolikhet om sidoordnade företeelser, kanske en särskild sjukdomsform med denna yttre habitus *och* epilepsi. Till det slöa ansiktsuttrycket kan bidraga det ständiga bruket av antiepileptiska medikament, av vilka särskilt brom och barbituraten kan ha sådan verkan.

Av stor vikt är de mellan anfallen ofta förefintliga och av dem oberoende förändringarna i *EEG*. Gibbs, Gibbs och Lennox 1943 har jämfört EEG på 1 260 epileptiker och 1 000 kontroller. Härdformigt begränsad förändring kan påträffas i båda grupper, anses alltid patologisk, tydande på manifest eller potentiell epilepsi. Mera diffus, episodisk, »paroxysmal» aktivitet, i någon av de för olika anfallsarter karakteristiska formerna, påträffades i 0,9 % av kontrollerna, 29,3 % manifesta epileptiker över 20 år, 51,3 % under denna åldersgräns, ännu oftare hos barn, särskilt småbarn. Mycket gles och mycket tät aktivitet anses klart patologisk; den mycket täta påträffades i 0,7 % av kontrollerna, 13,1 % epileptiker över 20 år, mycket gles hos respektive 0,4 och 8,9 %; lätt förlångsammad aktivitet hos 7,6 % av kontroller, 15,6 % epileptiker över 20 år, lätt påskyndad hos respektive 6,2 och 16,8. (»Normala» frekvensen ligger hos vuxna mellan 8—12 ½ vågor per sekund, hos barn undre gränsen lägre.) Jasper och Kershman 1941 betonar bland annat att dubbelsidig synkron abnorm aktivitet förekommer; utom vid kryptogen epilepsi, också vid härdar belägna på djupet i hjärnan. I sömn, spontan eller provocerad, framkommer avvikelser av olika slag mycket oftare än i vaket tillstånd. Gibbs och Gibbs 1952 fann vid ren grand mal normalt EEG i vaket tillstånd i 73 %, i sömn i 46, vid ren petit mal med paroxysmal aktivitet hos vakna i 81 %, hos sovande i 89, vid blandad grand och petit mal som vid ren petit; fokala typer hade abnormt EEG i vaket tillstånd i drygt 40 %, i sömn i över 80. Utom sömn kan intermittent ljus, forcerad andning (»hyperventilation») och tillförsel av kamferartat verkande substanser såsom cardiazol ta fram anfall, helst »subkliniska». Normalt EEG skulle vara särskilt vanligt vid relativt hög debutålder, enbart grand mal, normal psyke, blank hereditet.

Komplikationer kan förekomma dels oberoende av epilepsien — eventuellt från början, »sidoordnande» företeelser sådana som förut skildrats: förlamningar, missbildningar m. m., likaså symptom av eventuell »grundsjukdom» — dels infinna sig efter hand, i form av mental förändring (se ovan under rubriken Psyke!), också den till stor del en självständig företeelse. Därtill kan komma direkta och indirekta *verkningar av anfallen;* patienten kan skada sig vid dem: tungbetten läks vanligen fort, man söker mest förgäves efter ärr i tungan, han kan också slå sig i fallet, lätt eller svårt, bryta sig, vricka sig. Ibland faller han företrädesvis åt visst håll, och skadar sig i

enlighet därmed, t. ex. i ansiktet, slår ut tänder etc. Många ådrar sig hjärnskakningar i fallen, som kan leda eller bidra till mental nivåsänkning och retlighet. Upprepad, »habituell» luxation av skulderleden är rätt vanlig. Han kan falla i elden, i sjön, från en brant, och omkomma, kan drunkna under ett sjöbad eller t. o. m. i badkaret. Ytterligt sällan kvävs han av mat om anfallet plötsligt kommer på under måltid. Enstaka anfall under ofarliga omständigheter kan räknas som praktiskt taget riskfria.

Som en livsfarlig komplikation kan räknas s. k. *status epilepticus*, då anfall följer på anfall utan att den sjuke mellan dem återfår medvetandet.

Blödningar i hjärna, binjurar, ögonbottnar ger mestadels inga symptom och »resorberas» snart, sammalunda småblödningarna på kroppsytan vid häftigt påkommande kramp.

Förlopp, prognos

Som förut nämnts kan epileptiskt anfall inträffa en enda eller ett fåtal gånger i en människas liv, med eller utan känd orsak. Den kan debutera, och åter spontant upphöra, i vilken ålder som helst. Sjukdomen kan debutera svårt, med hopade anfall, »status epilepticus», då mest i barndomen, utan känd orsak eller i anslutning till en blodpropp, hjärninflammation, trauma, blödning eller annat, för att strax, eventuellt under inflytande av lämplig vård, ebba ut, kanske återkomma efter längre eller kortare tid, i enstaka anfall, slutligen helt upphöra, eller förbli kronisk. Den kan tvärtom börja som enstaka anfall, efter hand allt tätare, det blir till svår kronisk sjukdom, eventuellt med mental nivåsänkning. Många patienter behåller å andra sidan sin mentala nivå trots ganska täta anfall. Det finns inga allmängiltiga regler.

Någon gång ser man sjukdomen börja i »larverad» form, som okarakteristiska anfall av yrsel eller huvudvärk, eventuellt av typen migrän, eller svimning, »kollaps», eller kortvarig »depersonalisation», för att, efter längre eller kortare tid, röja sin rätta natur genom inträffande stora anfall. Den kan länge yttra sig enbart i fullt utvecklade stora krampanfall, längre fram interfolierade med förmildrade, »abortiva» sådana, eller i trängre mening petit mal. Den kan länge hålla sig enbart till natten, för att efter hand börja visa sig även på dagen.

Typiska dödsorsaker nämndes ovan under rubriken Komplikationer. Dödligheten var i Alströms klientel genomsnittligt minst i den största gruppen, de mentalt intakta fallen med obekant orsak (»kryptogena»), avsevärt större hos de mentalt nivåsänkta. Utsikterna var över huvud taget bäst för de kryptogena, såväl beträffande psyke som läkning och mortalitet, sämst i gruppen med säkert känd orsak. Alströms mycket plausibla tydning härav är att svårare hjärnsjukdom icke blott ger svårare epilepsi, utan också har

större utsikter att ge sig tillkänna genom andra symptom. Tre års anfallsfrihet — som innebär en om också endast relativ garanti för framtiden — förekom i gruppen med helt okänd orsak i 29 %, i gruppen med viss sannolik orsak i 23, säkert känd i 14 %. Hos de mentalt nivåsänkta var 3 års anfallsfrihet sällsynt i alla 3 grupperna (de med okänd, sannolik respektive säkert känd orsak). Hos de mentalt intakta hade efter 5 år anfallsfrihet uppnåtts i 20 % av fallen, efter 10 år i 30 %; hos mentalt sänkta i under 10. Även i den allmän-prognostiskt gynnsammast ställda gruppen, tillika den största, de mentalt intakta fallen med okänd orsak, kvarstod anfall ännu efter årtiondens sjukdom i ca 70 % av klientelet. Kinnier Wilson, vår tids kanske främste kännare av denna sjukdoms klinik, hade av sin jättestora erfarenhet det intryck att epilepsiens allmänna prognos är *övervägande god.*

Sjukdomens *sociala relationer* har knappast blivit systematiskt utredda förrän av Alström 1950. Den sociala grupperingen av mentalt intakta manliga patienter motsvarade det allmänna genomsnittet. Äktenskapsfrekvensen hos de mentalt intakta låg obetydligt under den genomsnittliga, lika i de 3 etiologiska grupperna (orsaken okänd, sannolik, känd), hos de mentalt nivåsänkta låg den långt därunder, i de olika grupperna vid hälften till $^1/_7$. Fruktsamheten hos de gifta kvinnorna befanns ligga långt under genomsnittet, hos de mentalt intakta 50 %, hos de nivåsänkta mera. Alström har det intryck att den lägre äktenskapsfrekvensen och fertiliteten mera beror på sjukdomen som sådan än på lagstiftningen, och han har säkerligen rätt häruti. Jag, som fått ingående kännedom om förhållanden och åskådningar i tusentals epilepsifall, kan intyga att lagbestämmelsen nästan undantagslöst betraktas som huvudsakligen formellt trakasseri, medan man är åtskilligt rädd för sjukdomen och dess traditionellt påstådda ärftlighet: man vill oändligt gärna sätta bo men vågar inte få barn.

Kriminaliteten hos patienter över 25 år motsvarade i Alströms material det allmänna genomsnittet, hos de mentalt nivåsänkta låg den vid 10 mot statistiskt »väntade» 5 %. I hela klientelet av 897 probander var våldstendenser antecknade hos 18 män och 11 kvinnor.

Den inrotade och särskilt av tyska rashygieniker utbyggda läran om epilepsien som i alldeles övervägande grad en självständig sjukdom, »genuin» eller »idiopatisk», i hög grad ärftlig, med särskilda kliniska karaktärer varibland särskilt en stor risk för mental nivåsänkning av säregen art, innefattande bland annat svåra våldstendenser, ter sig i den nutida forskningens ljus alltmera tvivelaktig: epilepsien är sannolikt en i övervägande grad förvärvad åkomma, ärftligheten ringa och sannolikt koncentrerad till vissa särskilda sjukdomsformer; flertalet patienter bevarar psyke, social nivå och arbetsförmåga i huvudsak intakta, tendensen till kriminalitet och våldsamhet överstiger endast i en minoritetsgrupp, och även där endast i obetydlig grad, det allmänna genomsnittet. Utsikterna till självläkning är avsevärda.

Behandling

Radikal sådan är endast sällan möjlig, nämligen i fall med känd och terapeutiskt åtkomlig orsak såsom syfilis, traumatiska skador, hjärntumör, blodkärlsmissbildningar i hjärnan. Även efter i övrigt framgångsrik behandling, intern eller kirurgisk, av en »grundsjukdom», t. ex. syfilis eller hjärntumör, är det inte säkert att epilepsien försvinner med sin grundorsak, det kan ha bildat sig irreparabla eller svårtillgängliga förändringar som alltjämt verkar »epileptogent», ehuru ofta i avtagande grad och med känslighet för antiepileptisk medikation. Den kirurgiska behandlingen har i våra dagar fått sitt verkningsområde utvidgat genom de starkt ökade möjligheterna att påvisa begränsade, »fokala» hjärnförändringar hos epileptiker, med EEG och kontrast-röntgen m. m., utan att grundsjukdomen blivit avslöjad eller ens alltid låter avslöja sig vid operativ friläggning. Man kan i dylika fall konfirmera lokaldiagnosen vid operationen genom direkt avledning av EEG från hjärnytan, s. k. *kortikografi,* samt med ledning härav borttaga eller isolera det förändrade hjärnområdet, ofta med gott terapeutiskt resultat. Den »temporala» d. v. s. från tinningloben utgående epilepsien, med dess ofta framträdande psykiska förändringar, gärna också »psykomotoriska» anfallstyp (ovan skildrade under rubriken Klinik), har under sista decenniet ådragit sig stort intresse i detta avseende. Den är ganska vanlig. Då man på någon eller några av nyssnämnda vägar kunnat knyta anfallsbilden, eventuellt sjukdomsbilden i övrigt, till tinningloben, helst enbart ensidigt, har man genom »resektion» (stympning) av denna hjärnregion ofta kunnat kraftigt pressa ned anfallsfrekvensen och förbättra patientens psykiska status, bland annat få bort eventuella aggressionstendenser. Det finnes också fall där större delen av den sjukligt förändrade ena storhjärnshemisfären måst operativt avlägsnas och därefter icke blott epilepsien nästan upphört utan också den förut starkt skadade psyke betydligt restituerats.

Det kan inte komma i fråga att här gå in på behandlingsmöjligheterna för sällsynta grundsjukdomar sådana som missbildningarna av hjärnan och hjärnskålen, vilket hör till den speciella neurokirurgien. De rätt talrika »komplicerade» fallen, med förlamningar, deformiteter, oligofreni, mest bestående sedan födelsen eller tidiga barndomen och av relativt »stationär» natur, ej yttringar av alltjämt aktiv grundsjukdom, hör hemma på vårdanstalter för epileptiker, mera kvalificerade sådana i den mån särskild behandling, av ortopedisk eller annan art, behöves; senare, jämte enkelt dementa fall, på anstalter för allmänt omhändertagande och »förvaring».

I den mån, sjukdomen icke kan genom radikal terapi hävas, återstår den symptomatiska, jämte allmänt omhändertagande. Arbets- och sysselsättningsterapi är oumbärlig för alla icke försörjningsdugliga sjuka och spelar en dominerande roll på alla anstalter. Anpassning efter de sjukas olika och variabla kapacitet, läggning, eventuellt föregående yrke etc., konditionen

icke att förglömma, ar självfallen, utbildning respektive omskolning viktiga alldeles särskilt för patienter som förväntas kunna lämna anstalten och försörja sig på egen hand.

Aktiv psykoterapi är sällan påkallad eller genomförbar. Lugna, jämna levnadsförhållanden har stor betydelse; särskilt de svårare fallen, anstaltspatienter, kan visa ytterlig känslighet, få anfall på även de minsta sinnesrörelser. Tungt kroppsarbete tål somliga patienter dåligt, andra bra.

Gemensam för alla är den medikamentösa terapien, som här icke skall närmare avhandlas. Brom är för närvarande i stor utsträckning bortlagd, den leder till slöhet, stundom farlig anhopning i kroppen, utslag och är ej särdeles effektiv. Barbiturat, hydantoin- och oxazolidinderivat dominerar för närvarande, de sistnämnda praktiskt taget ensamma effektiva mot petit mal, om också långt ifrån påtlitligt. Vissa medel är en smula giftiga, fordrar blodkontroll, med andra ord laboratorieresurser.

Dieten tillmätes numera ingen alltför stor betydelse. Under bromepoken var jämn salttillförsel och vätskebalans betydelsefull, ensam har vattenbalansen betydelse endast vid svängningar av sådan grad som knappast förekommer i vanlig livsföring. Vid täta anfall kan svält, törst och surgörande kost vara till nytta.

Litteratur.

Alström, A Study in Epilepsy in its clinical, social and genetic aspects, Acta psych. et. neur. suppl. 63, Köpenhamn 1950.

Antoni, Dreamy States, psykasteniska anfall, depersonalisation och epileptisk aura; Nord. Med. *28:* 2434, 1945.

— Dens. Vaso-vagale Syncope und orthostatische Epilepsie, Acta psych. et. neur. *12*, 1937.

W. Russell Brain, Diseases of the Nervous System, 4. uppl. London 1951.

Dahlgren, Om epileptoidi- eller ixoidibegreppet; Nord. Med. *33:* 695, 1947.

Foster, The Epilepsies and Convulsive disorders, Clinical Neurology ed. Baker, II, New York 1955.

Harvald, Heredity in Epilepsy, Köpenhamn 1954.

Kugelberg, Epilepsiens klassifikation; Sv. Läkartidn. *48:* 1, 1951.

Penfield och Jasper, Epilepsy and the Functional Anatomy of the Human Brain, Boston 1954.

Temkin, The falling Sickness, a History of Epilepsy etc., Baltimore 1945.

S. A. Kinnier Wilson, Neurology II, 1940.

5 kap. Intelligensundersökning på anstaltsepileptiker

Epileptikervården har i vårt land sedan gammalt i skilda hänseenden skurits över en kam med vården av de psykiskt efterblivna. Under rubriken »Psyke» i fjärde kapitlet har framhållits, att en epileptiker mellan anfallen kan vara precis som en vanlig människa, och oftast är det. Rätt vanlig är däremot den förvärvade epileptiska demensen som kan förekomma i alla gradationer.

För att få en närmare belysning av dessa frågor har vi låtit verkställa en intelligensundersökning av klientelet på epileptikeranstalterna. Undersökningen har utförts under tiden november 1954—augusti 1955 av fil. kand. Björn Gustafson och fil. stud. Reine Hansson. De båda testarna har lämnat följande redogörelse.

Intelligensundersökningen av epileptiker

Undersökningen, som endast avsåg att ge en uppfattning om den genomsnittliga intelligensnivån och den ungefärliga fördelningen på intelligensgrader bland de anstaltsvårdade epileptikerna, ansågs kunna göras relativt summarisk. En begränsning av dess omfattning var också nödvändig med tanke på de ofta långa reaktionstiderna hos dementa och kraftigt medicinerande epileptiker. Någon form av grupptestning var ej tänkbar.

Som huvudmetod användes en engelsk ospråklig metod, Raven's Progressive Matrices 1947 (revised 1951), samt, i många fall, hela denna skala i 1938 års version.[1] Denna metod har visat stor överensstämmelse med andra intelligensundersökningsmetoder. Den kompletteras av ett vokabulärprov, som dock ej är översatt och standardiserat i svensk form. I dess ställe användes här det av Hellström standardiserade vokabulärprovet som ingår i den svenska versionen av Terman-Merrills skala. Denna »nödlösning» hade en fördel med sig: i de fall där så befanns lämpligt (högre stående patienter), kunde man bygga vidare till en fullständig T-M-testning (som ibland av tidsskäl måste begränsas till den förkortade skalan, de s. k. stjärn-testen). Dessutom användes några andra ospråkliga skalor i vissa

[1] Genom Raven's Progressive Matrices prövas en persons förmåga att vid prövningstillfället uppfatta då uppvisade figurer som saknar betydelse att se figurernas sammanhang och vilka figurer som kompletterar varje slags företett sammanhang samt därvid utveckla en systematisk metod för tänkande. Ref. J. C. Raven, Guide to using Progressive Matrices (1938, 1947, London).

fall (vid språkstörningar t. ex.): Goodenough's »Draw-a-man»[2], Bender's Gestalt Test[3] samt delar av Arthur Point Scale of Performance Tests.[4] Beträffande extremt lågtstående patienter, som ej kunde testas i vanlig ordning, samt i viss utsträckning beträffande de minsta barnen, användes Vineland Social Maturity Scale[5], som visserligen mäter »social kvot», men som visat sig ha en mycket god överensstämmelse med sedvanliga intelligensundersökningsmetoder.

Beräkningen av ungefärlig intelligensgrad grundar sig i flertalet fall (där en fullständig T-M-testning ej utförts) på en jämförelse mellan resultatet i matris- och vokabulärproven. Matris-testet visar normalt en hastig nedgång i resultaten med början redan vid 30-årsåldern, och hänsyn härtill har givetvis tagits vid bedömningen. Egentligen skulle den aktuella intelligensnivån närmast representeras av (det korrigerade) resultatet i matristestet, som lär komma mycket nära till att mäta en eventuell »ren intelligens». De vanligare intelligensmätningsmetoderna — och inte minst Termans — innehåller dock så många verbala moment, att det för den skull ansågs lämpligt att vid bedömningen ta hänsyn till båda resultaten samtidigt.

Utom den kortfattade undersökningen inverkar olika felkällor, främst kanske dessa: a) den verbala begåvningen kan från början ha skilt sig från den genomsnittliga intelligensnivån i ena eller andra riktningen; b) ordförrådet är även ganska beroende av uppväxtmiljön; c) det ligger nära till hands att anta, att den avtrubbande effekt, som medicineringen har, inverkar i olika grad på prestationerna i olika test.

Vid all bedömning av vårt material gäller, att, även om det med skäl kan antas, att stor osäkerhet vidlåder bedömningen i varje enskilt fall, kan det dock förmodas, att tillförlitligheten hos översikten över en relativt stor *grupp* patienter är större.

Följande gruppindelning har använts i diagrammen:

	Ungefär motsvarande kategori	IQ-gränser
A.	Över genomsnittet	över 110
B.	Normalbegåvade	90—110
C.	»Hjälpklassmässiga» + gränsområde	74— 89
D.	Särskola resp. arbetshem	45— 73
E.	Vårdhem	25— 44
F.	» , idioter	under 25

[1] Ref. Fl. L. Goodenough, Measurement of intelligence by issuing (World Book Company 1926).

[2] Ref. Bender, A. Visual Motor Gestalt test and its clinical use (N. Y. 1938).

[3] Ref. G. Arthur, A Point Scale for Performance Tests (N. Y. 1947).

[4] Vinelands skala för mätning av social mogenhetsgrad. Skalan ger med bestämd gränsläggning möjlighet att fastställa barns växande förmåga att sköta sig själva och taga del i de handlingar som slutligen leder till de vuxnas oberoende. Punkterna på skalan äro nu ordnade efter den genomsnittliga ökningen av svårigheterna och framställer fortskridande mognad till självhjälp, självkontroll, samrörelse, sysselsättning, förbindelser och sociala förhållanden. Detta mognande till social självständighet kan användas som en måttstock för den fortgående utvecklingen i anpassning till samhällslivet. Ref. Doll. Edgar A. Vineland Social Maturity Scale (Minneapolis 1947).

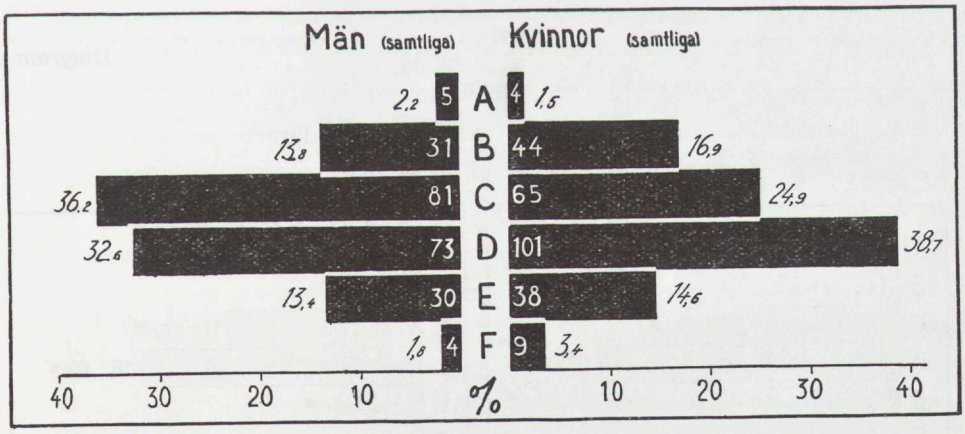
IQ-gränsernas inplacering (vars exakticitet givetvis är endast skenbar) har delvis bestämts av att normerna för matris-testet föreligger i percentilform.

Diagrammen omfattar översikter för anstalterna för män utom Röingegården, Fogdarödshemmet, vissa delar av Stora Sköndal och det manliga arbetshemsklientelet på Vilhelmsro. För kvinnor har Sönnarslövsgården inte genomgåtts och av anstalterna för barn inte skolhemmen på Vilhelmsro och Margarethahemmet. Diagrammen 1 och 2 innehåller en sammanställning av samtliga män och samtliga kvinnor samt barn som deltager i teoretisk undervisning på Vilhelmsro och Margarethahemmet. Övriga diagram innefattar specifikationer, som framgår av texten.

Antalet undersökta patienter fördelar sig enligt nedan

	Antal platser	Antal redovisade
Erstagården	29	27
Ervallahemmet	52	53
Granudden	19	19
Margarethahemmet	110	91
Skogsudden	32	33
Staberg	29	31
Vilhelmsro	222	170
Stora Sköndal } Skäve Vårdhem }	229	148
Sätoftahemmet	91	79
Summa	813	651

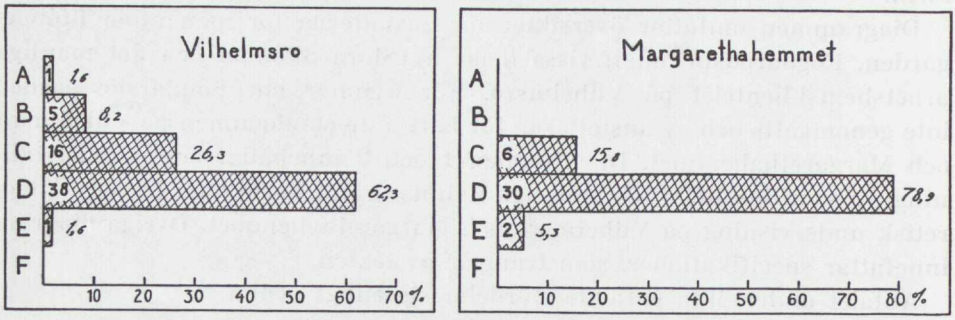
Diagram 1



Siffror i tablåerna anger antal patienter, siffror bredvid staplarna procenttal

Diagram 2

Barn i teoretisk undervisning



Siffror i tablåerna anger antal patienter, siffror bredvid staplarna procenttal

Diagram 3

Vilhelmsro

Gruppering efter T. M. utförd av lärare

Teoretisk undervisning

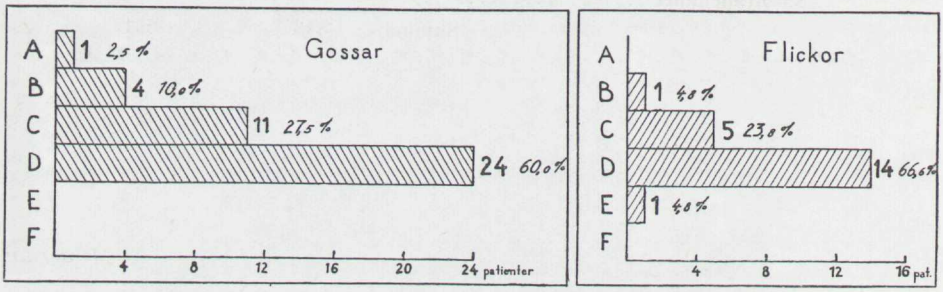


Diagram 4

Vilhelmsto

Gruppering efter T. M. utförd av lärare

Praktisk undervisning

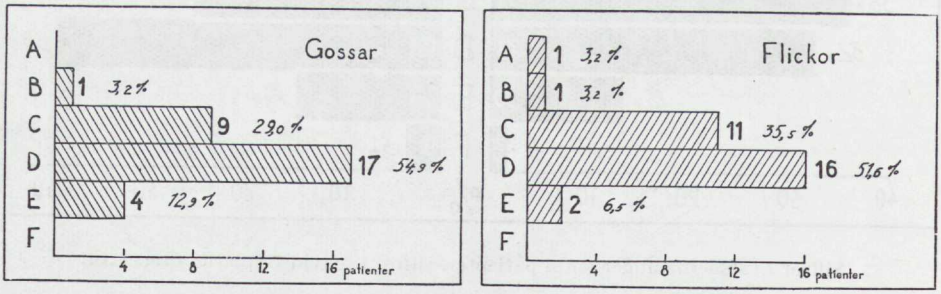


Diagram 5

Margarethahemmet

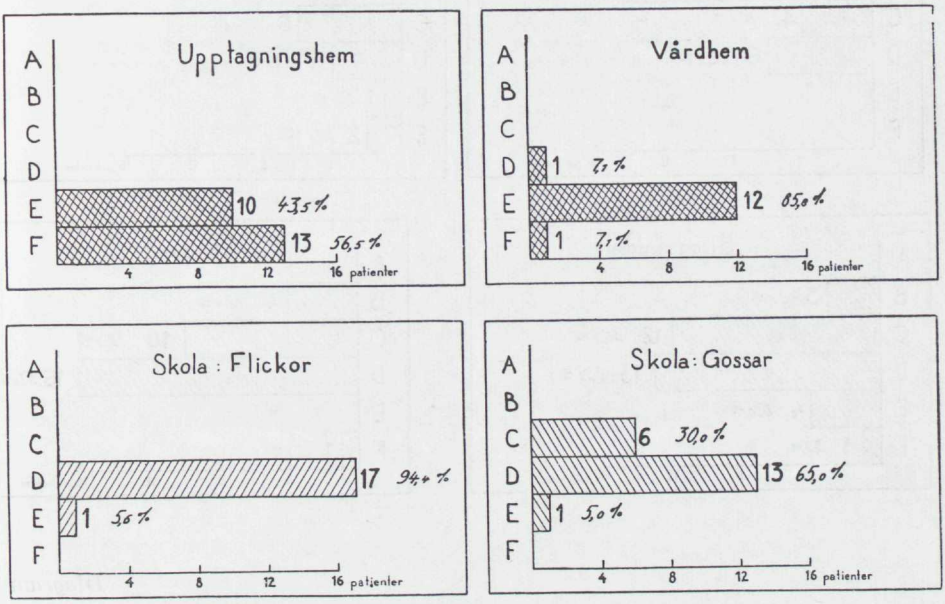


Diagram 6

Margarethahemmet

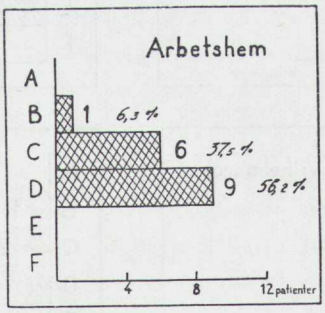
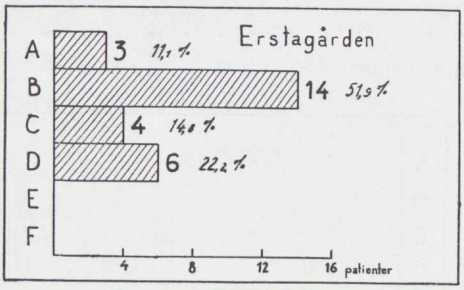
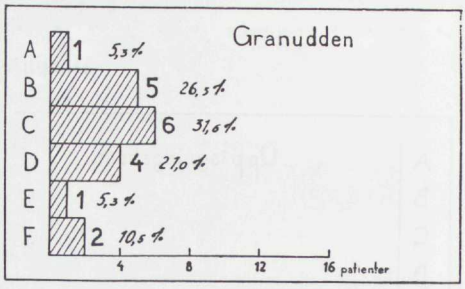
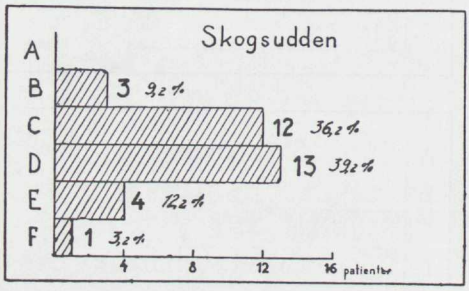


Diagram 7

Kvinnor







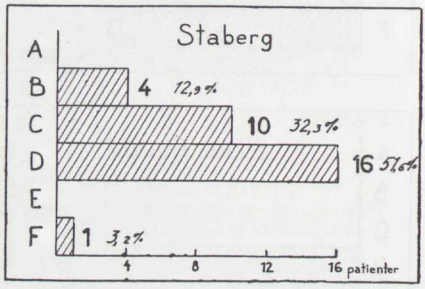
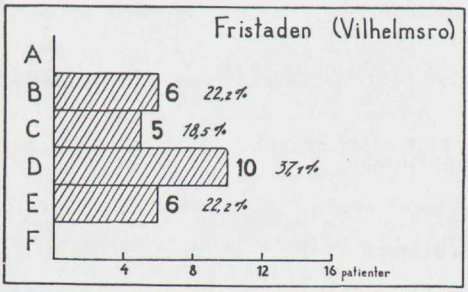
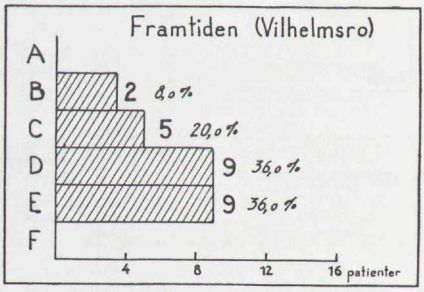
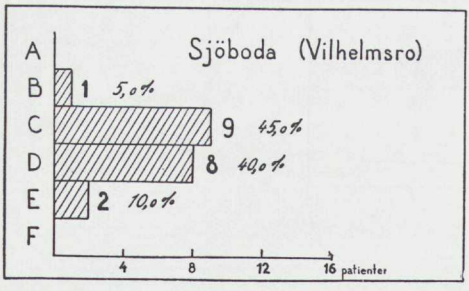


Diagram 8

Kvinnor







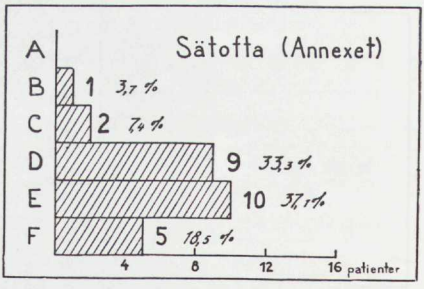


Diagram 9

Kvinnor

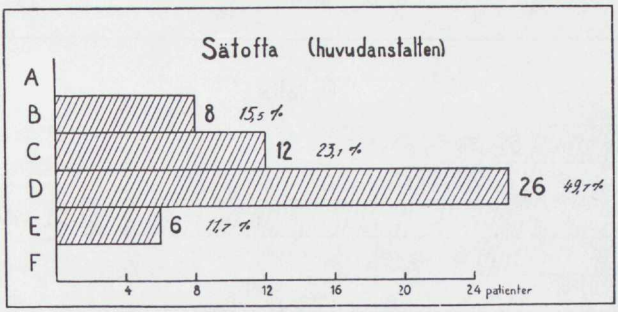
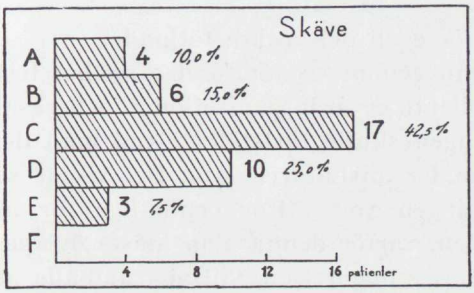
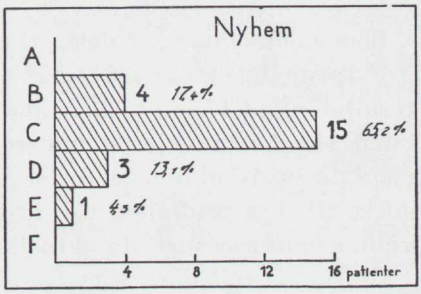
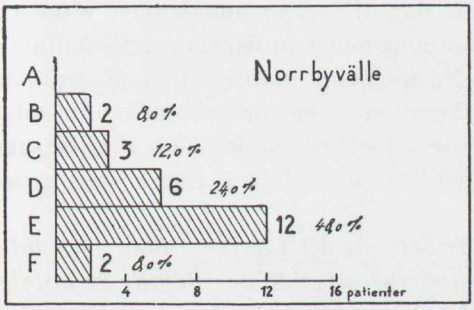


Diagram 10

Män







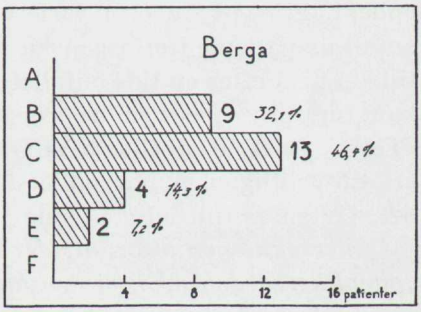
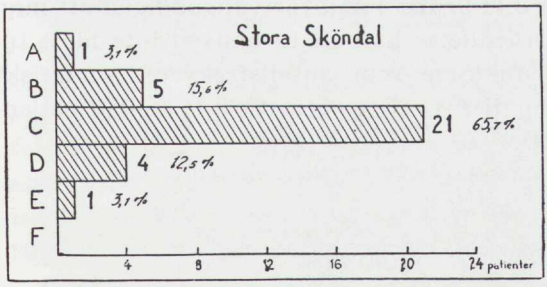


Diagram 11

Män



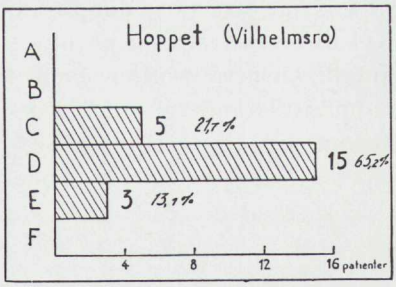
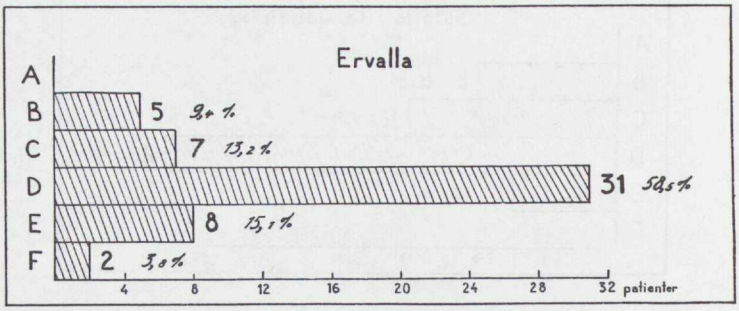


Diagram 12

Män



Som kommentar får delegationen för egen del anföra följande.

Ursprungligen var avsikten, att man genom en jämförelse mellan testresultaten vid första inskrivning i epileptikervårdorganisationen och resultaten vid den nu gjorda undersökningen skulle fastställa i vad mån den mentala nivåsänkningen fortskridit under anstaltsvistelsen. Det visade sig dock att testresultaten vid inskrivningen var alltför oenhetliga för att kunna jämföras med de aktuella testen, varför denna plan måste överges.

Utöver de felkällor, som framhållits i redogörelsen, vill vi framhålla att epileptikerns psyke ofta varierar från dag till dag; omedelbart efter ett anfall är patienten ofta ganska nedkommen och frånvarande i förhållande till sin nivå efter en tids anfallsfrihet. De speciella handikapp, som stundom kan förklaras med en begränsad hjärnskada, ger också en ojämnhet i »Terman-Merrill-profilen». Vi ansluter oss dock till undersökarnas slutsats, att tillförlitligheten hos undersökningen av patienterna, tagna som grupper, får anses tillfredsställande.

Undersökningen visar, att det inte är befogat att för framtiden jämställa epileptikervården med vården av de psykiskt efterblivna; därtill är antalet »hjälpklassmässiga» och högre stående alltför stort. Epileptikervården bör i stället och med hänsyn till den stora spridningen av intelligensnivåerna uppfattas som en vårdform för sig.

I övrigt synes oss diagrammen inte kräva annat förtydligande än att man vid differentieringen på olika vårdenheter har att ta hänsyn inte blott till intelligensnivån, utan även till faktorer som anfallsfrekvens, somatiskt allmäntillstånd och inbördes sympatier — eller antipatier — mellan patienterna.

6 kap. Platsbehovet inom epileptikervårdorganisationen

1946 års sinnesslövårdsutredning uttalade, att det ställer sig mycket svårt att erhålla tillförlitliga uppgifter om totala antalet fallandesjuka i landet. På basis av det material man haft att tillgå vid värnpliktsmönstringarna hade man enligt dessa sakkunniga uppskattat antalet till omkring 12 000. Detta antal ansågs emellertid ytterligt osäkert, då det rör sig om en sjukdom, som kan uppträda under synnerligen skiftande symtombild och ej sällan i så lätta former, att omgivningen ej har anledning misstänka, att det här skulle röra sig om epilepsi.

I 4 kapitlet har nämnts, att epilepsiens frekvens ingenstans direkt och med säkerhet kunnat bestämmas. Lennox har i våra dagar på amerikanskt material — vid de militära inskrivningarna och senare under värnpliktstiden anmälda fall — fått en morbiditet i epilepsi på omkring 5 ‰. Det har också nämnts, att siffrorna från inskrivningarna under vissa förutsättningar inte torde ligga mer än någon femtedel under populationens genomsnittsvärde.

Självfallet beror den siffra man kan komma till vid en undersökning till en del på hur man avgränsar begreppet epilepsi. Vi hänvisar härutinnan till de i fjärde kapitlet lämnade begreppsbestämningarna. I det följande räknar vi då det gäller att slutligt bestämma totalantalet även fall med tillfälliga epileptiska attacker i samband med ett akut insjuknande i meningo-encefalit, isolerade attacker i samband med en skallskada, en intoxikation eller dylikt. Även dessa fall är nämligen i behov av en diagnostisk undersökning på högsta plan. Däremot siktar vi, då det gäller att bestämma platsbehovet inom epileptikervårdorganisationen, på den grupp av fall, där det är fråga om ett under längre tid, kanske hela livet, utdraget sjukdomstillstånd, som karakteriseras av då och då återkommande attacker. En särställning intar härvidlag de i första barnaåren uppträdande kramper, som utlöses av febrila insjuknanden. Även om ett barn skulle ha sådana kramper vid ett flertal tillfällen under loppet av några år, utesluter vi fallet ur gruppen »kroniskt epileptiskt sjukdomstillstånd», om symtomen fyller alla kriterier på rena feberkramper. I så fall bör barnet nämligen inte erhålla sin vård inom epileptikervårdorganisationen. Det bör nämnas, att enligt stora statistiker inte mindre än 7 % av alla barn har kramper av epileptisk typ vid något tillfälle under de första barnaåren.

Från nu angivna utgångspunkter har vi sökt bilda oss en uppfattning,

grundad på eget material, om dels totalantalet epileptiker i landet och dels det antal, som bör omhändertas inom en särskild vårdorganisation för epileptiker. I båda fallen har vi sökt oss fram efter olika vägar.

Totalantalet

I bilaga 1 redovisas en av förste aktuarien L. Widén ledd undersökning av epilepsifrekvensen hos värnpliktiga, födda åren 1925—32. Medelfrekvensen av redovisade fall är 0,293 %, växlande mellan olika inskrivningsområden från 0,125 till 0,394. Genom att i denna undersökning skillnad gjorts mellan fall, som uppgivits vid inskrivningsförrättningen, och fall som upptäckts under militärtjänstgöringen, har det varit möjligt att göra en viktig iakttagelse. Det har visat sig att av de redovisade 1 052 fallen icke mindre än nära 44 % (451 fall) upptäckts under tjänstgöringstiden. Detta kan delvis bero på att sjukdomen vid inskrivningen hemlighållits eller varit för den inskrivne omedveten, men delvis också på att sjukdomen i själva verket debuterat under militärtjänstgöringen. Även slutsiffran måste antas vara för låg. En del torde ha lyckats dölja sina symtom även under tjänstgöringen, i varje fall så, att de ej kommit till läkarnas eller befälets kännedom. Hänsyn bör tas även till dels att sjukdomen är ungefär lika frekvent hos män och kvinnor och dels behovet av att uppräkna siffror för värnpliktiga med en femtedel för att de skall ge ett riktigt uttryck för sjukdomsförekomsten hos genomsnittsbefolkningen samt till att endast »säkert konstaterad epilepsi» medräknats i utredningen, medan tveksamma eller lätta fall lämnats ur räkningen.

Svaren på den tidigare nämnda enkäten till tjänsteläkare i öppen vård gav till resultat att 3 493 fall redovisades. Svar kom emellertid inte in från alla tillfrågade, och utredningen var även i övrigt behäftad med felkällor. Det utesluter inte, att svaren från vissa orter omfattade hela befolkningen och byggde på omsorgsfull penetration. I några få sådana fall uppgick promillesiffran till eller översteg den i Widéns utredning angivna. Allmänt taget är det uppenbart, att enkäten givit alldeles för låga siffror; enligt vad vi anför i fortsättningen är den sannolika totalsiffran för epileptiker i öppen vård omkring 35 000.

Från skolöverläkaren, professor C. W. Herlitz, har vi erhållit uppgift, att någon statistik rörande förekomsten av epilepsi bland barn i folkskolan inte ännu föreligger. Däremot lämnar skolläkarna rapporter beträffande sjukdomens förekomst i de högre skolorna. Professor Herlitz har tillhandahållit oss en sammanställning av dessa rapporter, vilken införs som tabell 4.

Att märka är, att barn med svåra sjukdomsyttringar inte medräknats; de har på grund av föreskrifter, som vi återgivit i 3 kapitlet, skilts från undervisningen.

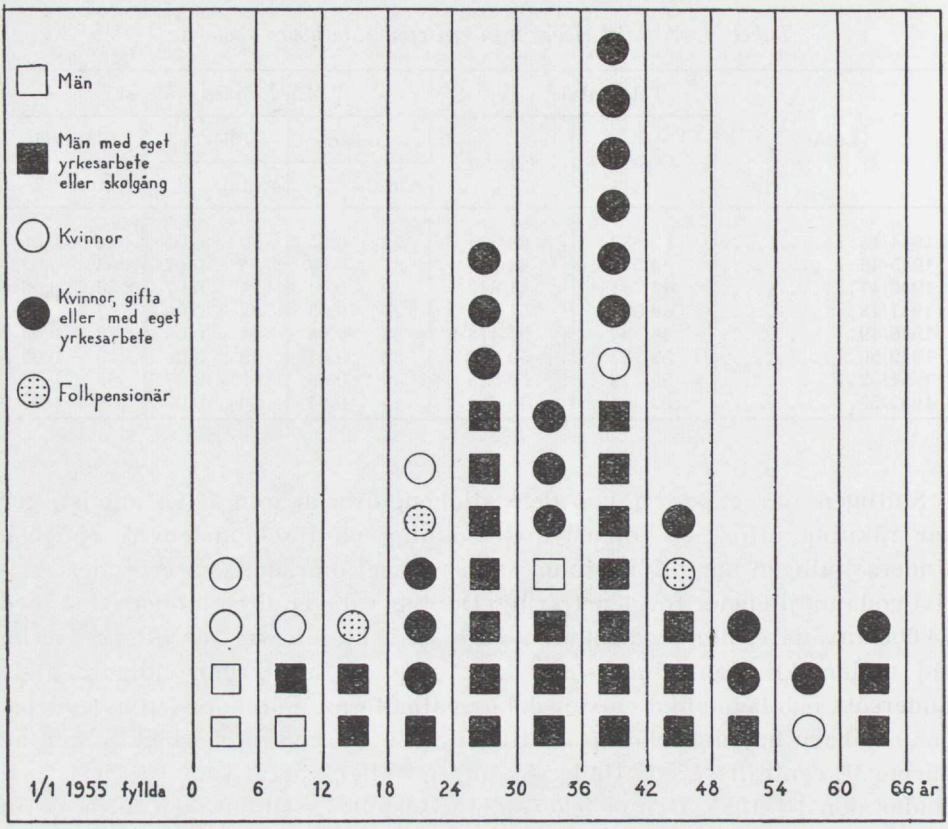
Tabell 4. Antalet elever med epilepsi i de högre skolorna

Läsår	Totalantalet elever		Elever med epilepsi					
	Gossar	Flickor	Gossar		Flickor		Summa	
			Antal	%	Antal	%	Antal	%
1944/45	42 633	44 924	22	0,05	22	0,05	44	0,05
1945/46	43 567	46 584	31	0,07	33	0,07	64	0,07
1946/47	44 764	48 847	20	0,04	34	0,07	54	0,06
1947/48	46 093	51 112	25	0,05	42	0,08	67	0,07
1948/49	48 534	54 478	38	0,08	44	0,08	82	0,08
1949/50	52 123	59 188	38	0,07	45	0,08	83	0,07
1951/52	59 246	69 028	50	0,08	48	0,07	98	0,08
1952/53	62 304	73 702	44	0,07	50	0,07	94	0,07

Slutligen har experten hos delegationen, överläkaren R. Almqvist, för vår räkning utfört en intensivundersökning på förekomsten av epilepsi. Undersökningen har utförts inom ett begränsat område, som erbjuder relativt goda möjligheter för penetrering. Det har valts en liten industristad med 13 000 invånare, där stadsläkaren visat särskilt intresse för att medverka vid undersökningen. Undersökaren (Almqvist) har redan tidigare själv undersökt och behandlat en stor del av patienterna. Förekomsten av epilepsi hos småbarn har underlättats av tillgång till journaler vid barnkliniken av närmaste centrallasarett. Undersökningen gäller sjuka, som var bosatta i staden den 1/1 1955. Den är icke i alla avseenden avslutad men torde ge en god uppfattning om förhållandena. Möjligen kan siffran komma att stiga något vid kompletterande undersökning. Antalet redovisade fall (60) motsvarar en frekvens av 0,46 % av totalbefolkningen. Fördelningen på ålder och kön framgår av diagrammet på nästa sida.

Summa 60 fall, varav 3 har folkpension. En flicka på vårdhem för psykiskt efterblivna; en på epileptikerhem.

Vårt material, sammanställt med resultaten av andra undersökningar, ger alltså underlag för uppfattningen, att frekvensen av epilepsi i landet kan uppskattas till cirka 5 promille. Då det gäller att bestämma omfattningen av den diagnostiska topporganisation, som bör stå till förfogande, måste som en särskilt viktig uppgift differentialdiagnostiken hållas i minnet. De första yttringarna av en epilepsi torde vid en frekvensundersökning i regel klassificeras som tillfällighetsattacker o. dyl. Det finns även medvetanderubbningar och kramper av annat slag, som genom undersökning och observation måste avgränsas mot epilepsi. Med hänsyn till dessa påfrestningar på de differentialdiagnostiska resurserna räknar vi i fortsättningen med ett något högre totalantal än cirka 5 ‰ eller med mellan 35 000 och 40 000 fall i behov av undersökning.



Vi har inte ansett oss behöva gå in på frågan, om epilepsien tenderar till att öka eller minska. Pålitligt material för besvarande av en sådan fråga står inte till buds.

Platsbehovet

Vad angår frågan om antalet vårdplatser inom landets epileptikervårdorganisation anförde 1946 års sinnesslövårdsutredning, att flertalet fallandesjuka endast är i behov av kortvarig observation och vård på sjukhus. I övrigt kan de, ofta med hjälp av viss medicinering, leva ett normalt liv ute i samhället. Endast en mindre del av dem, sannolikt mindre än 10 % av hela antalet, kräver vård under längre tid på sjukhus eller särskilda anstalter. Någon väsentlig ökning av antalet vårdplatser inom epileptikervården ansåg dessa sakkunniga ej vara behövlig utöver anordnandet av de speciella undersökningsavdelningar och öppna avdelningar, som föreslogs i deras betänkande.

Vi vill erinra, att i det den 21 april 1943 avgivna betänkandet rörande sinnesslövårdens organisation med hänsyn till erforderliga åtgärder för beredande av skolundervisning åt bildbara sinnesslöa barn (SOU 1943: 29) nämnts, att i svaren på en enkät, som utsänts till nära 2 500 skoldistrikt, uppgivits endast 8 bildbara epileptiska sinnesslöa barn i skolåldern, vilka ej sänts till epileptikerskola. Sannolikheten talar för, att antalet sådana barn inom det allmänna folkskoleväsendet alltjämt är obetydligt.

I socialvårdskommitténs undersökning av ålderdomshemmen (SOU 1940: 22) uppges, att det år 1938 på ålderdomshemmen i landet fanns 57 intagna, vilka ansågs vara i behov av vård på epileptikeranstalt. Enligt från socialstyrelsen under hand erhållen uppgift är det troligt att denna siffra alltjämt står sig såtillvida, att ett 50-tal pensionärer på landets ålderdomshem skulle få en bättre vård på epileptikeranstalt.

Socialstyrelsen har också under hand meddelat, att epileptiker i behov av vård på epileptikeranstalt praktiskt taget inte förekommer på de under styrelsens inseende ställda barnhemmen. Enligt en i april 1955 utförd inventering fanns på spädbarnshem 3 barn, på upptagningshem en pojke och på hem för varaktig vård 4 flickor, som kunde komma ifråga för vård på epileptikeranstalt.

I september 1955 fanns på de tre hemmen Mellansjö, Råbylund och Skärsbo för psykopatiska och nervösa barn inte någon patient som behövde omhändertagande på epileptikeranstalt.

Statens kommitté för sinnessjukvårdens utbyggande redovisar, som vi redan sagt, i sitt den 18 december 1954 avgivna betänkande angående reviderad generalplan för sinnessjukvården och plan för upprustning m. m. av sjukhusen för psykiskt efterblivna (stencilerat) sammanlagt 347 psykiskt efterblivna, som tillika är epileptiska. Talet har framkommit genom addition av uppgifter i svar från samtliga av landsting, föreningar och enskilda drivna vårdhem, arbetshem och skolhem samt externat ävensom från de statliga sjukhusen för egentligt sinnessjuka och sjukhusen för vård av psykiskt efterblivna.

Beträffande epileptikerna framhöll kommittén följande.

> Epilepsi är ofta förenad med efterblivenhet och det är därför många gånger svårt att avgöra, huruvida epilepsien eller efterblivenheten är det dominerande draget hos den sjuke. Endast i de fall då epilepsien är mest framträdande torde vård böra ifrågakomma på särskild anstalt för epileptiker. Övriga, mera grava fall torde böra beredas plats på statligt sjukhus för psykiskt efterblivna. De lättskötta fallen kan beräknas bli omhändertagna på landstingens anstalter för psykiskt efterblivna.

Med hänsyn till att frågan om epileptikervårdens ordnande var under utredning bortsåg kommittén vid sina beräkningar av platsbehovet för

psykiskt efterblivna från epileptikerna. Kommittén förutskickade emellertid att ytterligare behov av ett antal vårdplatser kunde uppkomma, därest en uppdelning av klientelet enligt kommitténs riktlinjer skulle komma till stånd.

Delegationen ansluter sig helt till sinnessjukvårdsbyggnadskommitténs riktlinjer. Vi har från denna kommitté fått låna dess primärmaterial. En granskning av de individuella uppgifterna har visat, att sinnessjukvårdsbyggnadskommitténs antagande, att ett antal grava fall bör omhändertas på statligt sjukhus för psykiskt efterblivna och ett antal lättskötta fall på landstingens anstalter för psykiskt efterblivna, såvitt handlingarna utvisar är alldeles riktigt. Beträffande ett antal gränsfall kan tvekan råda, men den kan undanröjas först efter läkarundersökning av varje patient.

Då vi räknar med, att det obetydliga antal kvarstående fall, som efter läkarundersökning kan befinnas höra hemma på epileptikeranstalter, konsumeras av de undersökningar, som redovisas i det följande, anser vi oss inte böra beräkna något platsbehov för detta klientel. Däremot vill vi understryka sinnessjukvårdsbyggnadskommitténs uttalande, att de svårskötta fallen bör beaktas vid framtida beräkningar av platsbehovet inom den statliga sinnessjukvårdsorganisationen för psykiskt efterblivna.

Den 28 december 1954 anhöll vi hos centralstyrelserna för undervisning och vård av psykiskt efterblivna att de, med ledning av riktlinjer som vi angav och som sedermera godtagits av statsmakterna enligt propositionen nr 94 till 1955 års riksdag (jfr vår redogörelse i 3 kapitlet) skulle lämna oss uppgifter om antalet patienter på landstingens (städernas utanför landsting) anstalter för psykiskt efterblivna, som borde överföras till en särskild epileptikervårdorganisation.

Svar kom från alla centralstyrelser utom den i Hälsingborgs stad. De styrelser, som ingått på frågan om den nyss nämnda gränsdragningen mellan vård av psykiskt efterblivna och epileptikervård, har antingen ansett gränsen riktigt angiven eller också intet haft att erinra mot densamma. Malmö stads centralstyrelse har godtagit gränsdragningen men som ytterligare en förutsättning för landstingens och städernas skyldighet att omhänderta epileptiker angivit, att denne inte bör befinna sig i svårare sjukdomstillstånd än att han kan vårdas tillsammans med andra psykiskt efterblivna av samma efterblivenhetsgrad utan olägenhet för sig själv eller för de andra psykiskt efterblivna, tillsammans med vilka han vårdas.

Centralstyrelserna i Uppsala, Blekinge, Örebro och Gävleborgs läns landstingsområden samt i Malmö stad meddelade, att några psykiskt efterblivna med epilepsi som en så framträdande komplikation, att patienterna borde överföras till epileptikeranstalt, inte fanns på deras anstalter. Svaren från övriga centralstyrelser, av vilka de med gemensam centralanstalt lämnat gemensamt svar, har sammanställts i tabell 5.

Tabell 5

Län	Män	Kvinnor	Län	Män	Kvinnor
Stockholms	3	1	Älvsborgs och Skaraborgs	5	2
Södermanlands	4	5	Värmlands	14	6
Östergötlands	2	0	Västmanlands	6	6
Jönköpings, Kronobergs och Kalmar	29	45	Kopparbergs	6	7
Gotlands	1	0	Västernorrlands	3	1
Kristianstads	0	1	Jämtlands	6	3
Malmöhus	11	13	Västerbottens	6	3
Hallands	2	2	Norrbottens	2	2
Göteborgs och Bohus (samt Göteborgs stad)	3	1	Stockholms stad	4	6
			Norrköpings stad	1	2
			Gävle stad	0	1
			Summa	108	107

Uppgiftslämnarna har i åtskilliga fall betonat, att de ansett vissa av de uppgivna fallen närmast höra hemma inom annan vård än epileptikervården, men att fallen medtagits »för säkerhets skull». Så har t. ex. medtagits några blinda psykiskt efterblivna med epilepsi. Dessa bör uppenbarligen omhändertas på vårdanstalten i Lund för blinda med komplicerat lyte. I andra, ganska talrika fall har uppgiftslämnaren själv ansett fallen — utpräglat svårskötta, svårt efterblivna med en IQ under 25 — närmast höra hemma bland Vipeholmsfallen, men likväl medtagit dem emedan de inte kunnat beredas plats där. Överläkarexpeditionen för psykiskt efterblivna i Stockholm har uttalat att staden med tillgång till de sista årens ökade medikamentella resurser tillfredsställande kunnat sköta allt fler patienter än tidigare och att denna utveckling ännu inte är avslutad. Ett antal patienter har tidigare vårdats på epileptikeranstalt, men utskrivits därifrån. Slutligen har uppgiftslämnarna betecknat ett avsevärt antal fall som tveksamma med hänsyn till de epileptiska sjukdomsyttringarnas intensitet och frekvens.

För att fullständiga enkäten till centralstyrelserna för undervisning och vård av psykiskt efterblivna har inspektören för epileptikervården från 19 enskilda anstalter för psykiskt efterblivna gått igenom motsvarande uppgifter. Enligt redogörelserna från dessa anstalter — försedda med i princip samma reservationer som centralstyrelsernas svar — skulle högst 21 manliga och 61 kvinnliga eller alltså tillhopa 81 psykiskt efterblivna kunna komma ifråga till intagning å epileptikeranstalt.

Som den lämnade redogörelsen visar, måste det anses i hög grad ovisst, huruvida och i så fall i vad mån de nu redovisade epileptikerna bör omhändertas i en särskild epileptikervårdorganisation. I varje fall får talen uppfattas snarare som maximi- än som minimisiffror. Genom sammanställning av nominativa uppgifter har vi kunnat fastslå, att åtskilliga av de patienter, varom här är fråga, anmälts som exspektanter enligt den redovisning, vi

strax skall lämna. Med hänsyn till de anförda omständigheterna har vi inte ansett oss böra beräkna något bestämt vårdplatsbehov för ifrågavarande klientel. Vi räknar i stället det här redovisade behovet som en plusfaktor vid den diskussion av platsbehovet, som vi slutar detta kapitel med.

Ett fastare grepp om platsbehovet borde man, föreföll det, kunna få genom en inventering av beläggning och väntelistor vid de skilda epileptikeranstalterna. Vi har därför verkställt en sådan inventering, och som dag därför valde vi den 15 september 1955. Beläggningen var praktiskt taget hundraprocentig; de rutinledigheter som förekom på några håll kompenserades av överbeläggning på andra. Sönnarslövsgården och Sätoftahemmet hade inga exspektanter; för övriga anstalter har väntelistorna sammanställts i tabell 6, vari dock uteslutits patienter som anmälts till förflyttning från en epileptikeranstalt till en annan.

Tabell 6. Exspektanter åldersgruppsvis vid epileptikeranstalterna den 15 september 1955

	0—6 år		7—15 år		16—20 år		21 år och äldre		Utan åldersuppgift		Summa	
	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv
Vilhelmsro			4	5		5	2	19			6	29
Margarethahemmet	3		9	7		1					12	8
Stora Sköndal			4		7		30		3		44	
Erstagården						2		6				8
Röingegården							46				6	
Fogdarödshemmet							1				1	
Ervalla							3				3	
Skogsudden						1				1		2
Staberg								20				20
Granudden								5				5
Summa	3		17	12	7	9	42	50	3	1	72	72

Som tabellen visar var sammanlagda antalet exspektanter 144. Härav var 3 pojkar i förskoleåldern, d. v. s. 0—6 år. I den egentliga folkskoleåldern, 7—15 år, väntade 17 pojkar och 12 flickor på intagning. Antalet anmälda i åldern 16—20 år, som inte kunnat beredas vård, var 7 pojkar och 9 flickor. Slutligen fanns som exspektanter 42 män och 50 kvinnor i vuxen ålder.

Vad angår patienternas hemort fanns ingen exspektant från Kristianstads län; ett visst samband med att landstinget i detta län har egen epileptikeranstalt är här sannolikt. En exspektant fanns i vart och ett av Kalmar, Blekinge, Hallands och Värmlands län. Intet län hade två exspektanter. Tre exspektanter däremot fanns från Kronobergs och Skaraborgs län. I övrigt fördelade sig de anmälda sökandena på Stockholms stad och de återstående länen på sätt som framgår av efterföljande sammanställning, vari som kod för sjukvårdsområdesbeteckningen använts länsbokstav.

A	B	C	D	E	F	H	M	O	P	T	U	W	X	Y	Z	AC	BD
15	11	7	8	7	8	6	7	9	6	4	5	5	8	4	6	11	7

Ansökan om intagning hade i 31 fall gjorts av den sjuke själv eller hans anhöriga, i 43 fall av socialvårdsmyndighet (fattigvårdsstyrelse, barnavårdsnämnd etc.), i 10 fall av läkare eller psykisk rådgivningsbyrå samt i 60 fall av annan sjukvårdsanstalt (sinnessjukhus, anstalt för psykiskt efterblivna, kroppssjukhus).

Att märka är, att det i förevarande enkät är fråga om patienter, som godkänts för intagning å vederbörande epileptikeranstalt. Det är en inte ovanlig uppfattning, att sjukvårdsanstalter och socialvårdsmyndigheter, som har kännedom om de vid vissa anstalter långa väntetiderna, anser det utsiktslöst med en ansökan och därför avstår från att göra en sådan. Hur därmed än må vara, står det klart att de angivna siffrorna får anses som minimisiffror.

När delegationen efter denna redovisning har att ange sin egen ståndpunkt i frågan om platsbehovet, vill vi först erinra om att i våra direktiv förutsatts, att antalet vårdplatser i stort sett skulle vara tillräckligt. De undersökningar, vi ovan redovisat, talar emellertid för att en viss, låt vara måttlig, utbyggnad är ofrånkomlig för alla ålderskategorier epileptiker. Att exakt fastställa omfattningen av den erforderliga utbyggnaden är emellertid vanskligt. *Dels* är det förenat med stora svårigheter att i detalj utreda i vad mån de ovan redovisade, skilda uppgifterna täcker varandra *och dels* pågår en stark upprustning av den statliga sinnessjukvården, som även för framtiden bör omhänderta en del av epileptikerklientelet, och jämsides därmed en inte mindre kraftfull utbyggnad av landstingens vårdorganisation för psykiskt efterblivna, som bör omhänderta en annan del av epileptikerklientelet.

När vi övervägt dessa omständigheter, har vi stannat för att det skulle vara oriktigt att nu framlägga en definitiv plan för platsbehovets tillgodoseende. Vi föreslår i stället en utbyggnad, som endast tillgodoser de nu säkerställda, aktuella behoven, och en anstaltsorganisation som såtillvida är elastisk, att den medger successiv utbyggnad i den mån framtida erfarenheter gör detta påkallat.

Det omedelbara utbyggnadsbehovet har vi med utgångspunkt från enkätsvaren från epileptikeranstalterna och under samtidigt beaktande av svaren från centralstyrelserna funnit oss böra ange till omkring 10 platser på småbarnshem (åldern 0—6 år), omkring 30 platser på skolhem (åldern 7—15 år), omkring 20 platser på yrkeshem (åldern 16—20 år) samt omkring 100 platser på arbets- och vårdhem för vuxna, varav 50 för män och 50 för kvinnor. Till dessa tal bör läggas 30 platser för vuxna kvinnor som ersätt-

ning för Sönnarslövsgården, vilken ägaren som vi tidigare nämnt avser att nedlägga.

Sammanlagt skulle alltså nu erfordras anordnande av omkring 190 nya platser. Platsantalet inom en sålunda utbyggd epileptikervårdorganisation skulle utgöra omkring 1 130. Till frågan om sättet för utbyggnadens genomförande — däri inbegripet möjligheterna till externatundervisning — återkommer vi i 11 kapitlet.

7 kap. Notiser angående epileptikervården i olika länder

Av direktor *Thorsten Levenstam*

Vid ett studium av epileptikervården inom skilda länder finner man, att initiativet till densamma överallt har tagits av enskilda personer eller organisationer, ofta av kristet ursprung. Någon samlad och enhetlig epileptikervårdorganisation finnes endast i undantagsfall. Under senaste årtionden har emellertid ett nytt intresse för epileptikervården vaknat till liv och i ett flertal länder har jämsides med den medicinska forskningen ansatser gjorts till en epileptikervårdorganisation. I Danmark har i februari 1950 ett betänkande rörande epileptikervården framlagts. I England, Frankrike och Finland liksom i Sverige är särskilda kommittéer tillsatta, vilka under 1955 arbetar med förslag till epileptikervårdorganisationer för resp. länder. I Schweiz sker en omfattande upprustning och nyorganisation av de centrala epileptikeranstalterna.

För epileptikervården finnes en internationell organisation, benämnd »International League against Epilepsy», vilken upprättades 1909. Till denna organisation är lokalavdelningar i ett flertal länder såväl i Europa som Amerika anslutna.

Här nedan lämnas några korta notiser från ett antal länders epileptikervård, sådan den f. n. utgestaltas.

Danmark

Enligt »Lov om offentlig forsorg» är den danska staten ansvarig för epileptikervården i den mån den sjuke behöver anlita anstaltsvård eller kontrollerad familjevård i någon form efter samma normer som gäller för övriga handikappade. Denna statens omsorg kan utövas dels å statens egna institutioner, dels å enskilda, av staten erkända anstalter.

Någon speciell statlig epileptikeranstalt finnes icke i Danmark, men vid de neurologiska avdelningarna å Rikshospitalet i Köpenhamn samt kommunala sjukhusen i Köpenhamn, Århus och Odense inlägges en del patienter med epilepsi för observation och primärbehandling. Vid dessa har också planerats att i samarbete med kolonien Filadelfia upprätta polikliniker. Vid de statliga psykiatriska sjukhusen vårdas ca 1 400 av de ca 14 000 i Danmark kända epilepsifallen.

För epileptikervården finns trenne specialanstalter, av vilka Kolonien Filadelfia är den största och mest omfattande. De båda övriga är epileptikerhospitalet i Nyborg samt Moltkes sykehjem i Köpenhamn.

Kolonien Filadelfia, som äges av en kyrklig stiftelse, har 750 vårdplatser för epileptiker, fördelade på 19 sjukavdelningar (observations- och behandlingsavdelningar) med 20 à 30 patienter å varje samt 4 vårdavdelningar med 40 à 50 patienter å varje avdelning. Å observationsavdelningarna har under senare tid årligen ca 500 nya patienter intagits i och för undersökning och behandling. Ett centrallaboratorium med särskild laboratoriechef finnes inrättat å Filadelfia.

Fr. o. m. september 1955 har å anstalten öppnats en observationsavdelning för barn med plats för 40 patienter. Denna avdelning är placerad i Törslöse Bögeskov, ca 200 à 300 meter från övriga avdelningar. Till observationsavdelningen är särskild skola knuten, vid vilken undervisningen ombesörjes av speciallärare.

För sinnesslöa och svårskötta epileptiska barn har Filadelfia fr. o. m. 1953 inrättat ett särskilt vårdhem i Pedersbergs kommun med plats för 20 barn. Kolonien Filadelfia har ingen poliklinisk verksamhet, främst på grund av sin belägenhet, men den har däremot en omfattande familjevård, som står under kontroll av läkare och socialarbetare från anstalten. I det betänkande rörande epileptikervården, som under 1940-talet utarbetades, har ävenledes föreslagits en »sluten avdelning» för psykopatiska manliga epileptiker. Dessa intagas i regel f. n. å psykopatanstalten Herstedvester eller slutna anstalterna i Nykøbing Sjælland eller Rödbyhavn. Filadelfia planerar att bygga en särskild sådan sluten avdelning för denna mindre grupp patienter för att dels genom den särskilda behandling, som är möjlig hjälpa dessa patienter att åtmonstone tidvis kunna vistas å en öppen avdelning, och dels för att äga möjlighet att vid behov överföra patienter med tendenser till aggressivitet eller psykiska störningar, som verka avskräckande på psykiskt normala patienter, till sådan avdelning.

Förutom den nya barnavdelningen finnes för epileptiska barn *epileptikersjukhuset i Nyborg,* vilket tager emot 60 barn, som icke äro psykiskt efterblivna. Barn av båda könen i åldern 0—7 år mottagas i och för observation, medan för barnen över 7 år jämväl en skola är inrättad.

Moltkes sykehjem i Köpenhamn, vilket äges av Diakonissestiftelsen, har plats för 35 flickor i åldern 7—14 år. Planer har utarbetats för att utvidga sjukhemmet till 60 platser för både pojkar och flickor.

Vid *Dronning Louises barnsjukhus* i Köpenhamn har epileptiska barn behandlats under många år. Vid detta sjukhus finnes även en särskild poliklinisk avdelning för epileptiska barn.

De psykiskt efterblivna, som samtidigt lider av epilepsi, skall hänvisas till anstalter för psykiskt efterblivna, men framhålles, att de i regel inlägges primärt för observation på epileptikersjukhus eller neurologiska avdel-

ningar. Någon särskild yrkesskola för epileptiker finnes icke i Danmark, däremot bedrives en omfattande och rikt differentierad arbetsterapi vid anstalterna under särskilda terapeuters ledning.

Vårdpersonalen vid Kolonien Filadelfia erhåller speciell utbildning för sitt arbete vid den diakon- och diakonisskola, som är knuten till institutionen.

Kostnaderna för vården betalas enligt ovannämnda lag för alla patienter, i mån av behov, av staten. De patienter, som äger egna medel, skall dock betala en viss avgift, som varje år bestämmes av socialministeriet. Denna avgift utgår för året 1955/56 för personer under 18 år till 2,05 kr. per dag (för sjukkassepatienter 1,75 kr.) samt för personer över 18 år 4,15 kr. per dag (för sjukkassepatienter 3,50 kr. per dag). Statens utgifter för samma budgetår beräknas till 5,6 milj. kronor.

England

Någon speciell lagstiftning rörande epileptikervården finnes lika litet i England som i de flesta övriga här berörda länder. Under hösten 1955 har emellertid en särskild statlig kommitté, tillsatt av »The Standing Medical Advisory Committé», utarbetat ett förslag till förbättring av epileptikervården. Dess betänkande kommer att utgivas i tryck under februari månad 1956. Delegationen har emellertid under hand fått viss information från dess arbete.

I detta betänkande föreslås vissa bestämmelser för en epileptikervårdorganisation och för vården av de epileptiskt sjuka. För närvarande gälla de åtgärder som föreskrivas i allmän lag om hälsovård (National Health Service Act, 1946), lag om allmänt bistånd (National Assistance Act, 1948), lag om undervisning (Education Act, 1944), lag om vanföra (anställning), (Disabled Persons [Employment] Act, 1944), även för dem som lida av epilepsi.

Medicinsk vård. Ansvaret för epileptikervården åvilar enligt allmän lag om hälsovård dels allmänpraktiserande läkare, dels sjukhus och specialister, dels ock de lokala hälsovårdande myndigheterna. De praktiserande läkarna är ansvariga för den öppna vården. Detta förhållande föreslås nu bliva i lag fastställt så att patienterna, efter genomgången undersökning vid specialsjukhusen, skall stå under regelbunden kontroll av de allmänpraktiserande läkarna i samarbete med sjukhusen.

Den diagnostiska verksamheten förlägges huvudsakligen till sjukhusens neurologiska avdelningar. Fullständiga sådana finnes vid samtliga undervisningssjukhus samt å en del centrala sjukhus. Förutom diagnostiken skall dessa kliniker påbörja den nödvändiga behandlingen, inklusive rehabiliteringen, samt undersöka patientens förhållanden, så att han om möjligt kan återanpassas i samhället.

De kommitterade föreslår att dylika neurologiska avdelningar upprättas i varje distrikt till sådant antal, att en dylik klinik för diagnostik och behand-

Förteckning över institutioner för epileptikervård i England och Skottland

Namn	Platsantal			Skolor platsantal	Huvudman	Läkare	Avgifter
	barn	kvinnor	män				
England och Wales							
Statliga sjukhus »Hospital»							
St. Davides, London	—	—	[1])	—	Regional Hospital Board	deltids-anställd + konsult	Inga
St. Faiths Hospital, Essex	20+20	397	—	29	d:o	d:o	Inga
Kommunala							
Langho Colony	—	340	300	—	Manchester	heltids-anställd chefsläkare	a) fr. Manchester £ 3.17 s. per vecka b) övr. £ 4.0 s. 6 d.
Sedgwick House School, Westmorland	—	—	—	60	Lancashire	deltids-anställd	
Soes Moss School, Cheshire	—	—	—	100	Manchester	d:o	
Enskilda							
Chalfout Colony	92	428	—	104	Privat	d:o	Vuxna 82 s., barn 108 s.6 d.
David Levis Colony	60	400	—	60	d:o	heltids-anställd	—52 s. 6 d., privat 60—70 s.
Lingfield Colony	280	180	—	370	d:o	d:o jämte konsult spec.	Kostnaden betalas av kommunal myndighet
Maghull House för epil.	30+62	163	189	92	d:o	d:o	
The Meath House	—	78	—	—	d:o	deltids-anställd	£ 2, 18 s. 6. d. per vecka
St. Elisabeths R. C. School	50+17=67	—	—	56	d:o	d:o	£ 3. 7 s. 6 d.
Skottland							
The Colony at Bridge of Weir	40	42	50	40	d:o	heltids-anställd	£ 3. 17 s.
Summa platser	671	2 028	539	911			

[1] Uppgift härom har ej stått att erhålla.

ling finnes för varje miljon invånare och att ett centrum för långtidsbehandling (one long term treatment and rehabilitation centre) inrättas för varje två miljoner invånare i landet.

För vissa patienter med särskilda anpassningssvårigheter eller dylika problem framhålles nödvändigheten av speciella anstalter eller institutioner, som står under psykiatrisk ledning. De psykiskt efterblivna, hos vilka efterblivenheten är den primära faktorn, skall i första hand behandlas vid sinnesslöanstalter under psykiatrisk ledning, liksom de sinnessjuka epileptikerna skall vårdas vid sinnessjukhusen.

För närvarande finnes två statliga sjukhus för långtidsbehandling, nämligen S:t Davids, Edmonton, vilket endast tager emot män, samt S:t Faiths sjukhus, Brentwood, med plats för 397 kvinnor samt 40 barn (20 pojkar och 20 flickor). Dessa sjukhus är dock närmast att jämföra med de enskilda vårdanstalterna (Colonies), men avsikten är, att de skall erhålla bättre medicinsk utrustning. För de patienter, som behöver långtidsbehandling eller hospitalisering, finnes förutom nämnda statliga sjukhus ett antal enskilda och kommunala institutioner. För undervisning finnes åtta specialskolor.

Namnet »Colony» har valts för dessa institutioner för att understryka, att i dem vistas en grupp människor i en fri gemenskap och att var och en bidrager till institutionens existens i enlighet med sin förmåga. Vid samtliga anstalter finnas läkare, antingen heltidsanställd eller såsom konsulterande. Alla läkare är emellertid inte specialister, utan i många fall anlitas närboende allmänpraktiserande läkare. Anstalternas uppgift är, att dels ge vård åt dem, som ej kunna reda sig själva och dels söka återföra de patienter, som äger tillräckliga möjligheter därtill, till samhället. En bestämd strävan finnes att allt starkare betona den senare uppgiften.

De flesta anstalterna är avsedda för patienter med normal begåvning. Platsbehovet för dessa patienter anses vara tillräckligt, medan platsantalet för dem, som på grund av psykiska eller fysiska orsaker behöver stadigvarande anstaltsvård, är för litet.

Behandlingstiden å anstalterna beräknas till minst sex månader. Vid anstalterna är i regel en god sysselsättnings- och arbetsterapi ordnad, liksom, enligt engelsk sed, möjligheter för idrott och sport är väl tillgodosedda.

Ehuru sjukvården i England i princip är statlig har man icke hittills och har man icke heller för närvarande för avsikt att förstatliga de enskilda anstalterna.

Skolundervisning. Såsom allmän princip gäller att alla barn skall deltaga i den allmänna undervisningen vid de vanliga skolorna. Endast i trängande fall skall något barn deltaga i någon av de åtta specialskolor, med tillsammans 830 platser, som finnas. (Se ovanstående förteckning.) Vid de allmänna skolorna har skolläkaren och skolsköterskan att svara för den medicinska vården i nära samarbete med lärarna. I de fall, då de vanliga sko-

lorna icke passa, skall barnet i första hand sändas till en externatskola. Innan något barn intages i specialskola skall barnet ha genomgått undersökning vid ett sjukhus med diagnostisk avdelning.

En registrering av alla epileptiska barn omedelbart före skolåldern, har föreslagits. Enligt uppgift ställer sig dock många läkare och andra avvisande. Av de epileptiska skolbarnen kan ca 80 procent deltaga i de vanliga skolorna, medan 20 procent behöver deltaga i undervisningen i specialskolor av något slag.

Av de åtta specialskolorna i England är en statlig, två kommunala och fem privata; den enda specialskolan i Skottland är privat. Speciallärare är anställda vid samtliga dessa skolor. Starkt framhålles betydelsen och nödvändigheten av att skolorna är placerade på lämpligt avstånd från vårdhemmen för äldre patienter, i den mån de är sammanförda inom samma institutioner, vilket är fallet i samtliga utom de två kommunala institutionerna. Samtidigt betonas från flera håll värdet av att ha samtliga avdelningar för alla åldersgrupper inom samma institution.

Kostnaderna för barnens medicinska vård och skolundervisning betalas av det allmänna (dels av de kommunala och dels av de statliga myndigheterna).

Arbetsvård. Arbetsvården handhaves av arbets- och inrikesdepartementet, vars rehabiliterings-, undervisnings- och anställningsverksamhet kan anlitas av epileptiker såsom av andra handikappade. De epileptiskt sjuka kunna såsom varje vanför registreras såsom handikappad enligt »Disabled Persons (Employment) Act, 1944», så länge de motsvarar de i lagen stadgade villkoren rörande lämplighet. Dessa villkor föreskriver, att den vanföre måste kunna utföra ett produktivt arbete, men att han på grund av sin vanförhet är hindrad därifrån. I vissa fall kan rehabiliteringskurser anordnas för epileptiker vid någon arbetsklinik eller ordnas undervisning vid någon yrkesskola eller epileptikerinstitution. De som ej kan erhålla arbete i allmänna arbetsmarknaden kan erhålla s. k. skyddat arbete. Det största antalet epileptiker erhåller arbete i samhället utan att särskilda åtgärder behöver vidtagas.

Antalet i arbets- och inrikesdepartementet registrerade epileptiker uppgick den 20/4 1954 till 16 111, vilket utgjorde 2 procent av hela antalet (839 210) å registret upptagna personer. Härvid är dock att märka, att registreringen är frivillig. Antalet arbetslösa epileptiker utgjorde vid samma tidpunkt 1 200 mot ca 1 800 år 1950. En viss nedgång i antalet arbetslösa har alltså kunnat iakttagas. En särskild undersökning av epileptikernas arbetsförhållanden har igångsatts under år 1955.

För arbetsplacering av de vanföra, inklusive epileptikerna, finns särskilda bestämmelser, vilka föreskriver, att varje företagare är skyldig att efter en viss kvoteringsregel anställa vanföra i sina företag. Detta vållar dock ofta svårigheter.

S. k. skyddat arbete kan ordnas av enskilda företagare. Ett på statligt initiativ tillkommet bolag, »Remploy Limited», har åstadkommit ett stort antal verkstäder för vanföra. Vid dessa arbetade den 30/6 1954 433 epileptiker, vilket utgjorde sju procent av hela antalet svårt vanföra personer, som var anställda vid nämnda fabriker. Erfarenheterna från dessa fabriker är att epileptikerna vid sina anfall förorsakar obetydliga störningar eller besvär för de andra arbetarna. Vid anställning betonas behovet av en omsorgsfull och riktig värdering av vanförheten samt fullständig uppriktighet gentemot arbetsgivaren beträffande ifrågavarande epileptikers tillstånd.

Departementets yrkesutbildningsmöjligheter har använts av ett visst antal epileptiker (30/9 1954 deltog 43 epileptiker, varav 24 med högre utbildning). Därtill kommer yrkesutbildning vid de särskilda epileptikeranstalterna.

Epileptikerorganisationer. I England finns en frivillig organisation, »British Epilepsy Association», förkortat BEpA», vilken arbetar för epileptikerna och deras vård. Den är organiserad genom en centralstyrelse samt lokalavdelningar i olika provinser. Förutom styrelsen finns en rad subkommittéer, t. ex. ett läkarråd, en barnkommitté, en industrikommitté, en presskommitté samt en föräldraförening.

Organisationen arbetar med kursverksamhet, upplysningsarbete och genom artiklar i tidningspressen. Kursverksamheten omfattar kurser för läkare, sjukvårdspersonal, socialarbetare o. a. För allmänheten bedrives upplysningsverksamhet genom föreläsningar och filmförevisningar. En film »Seizures» har upptagits och visats på ett stort antal platser.

Förutom artiklar i den allmänna tidningspressen utger föreningen en del småskrifter samt två regelbundet återkommande broschyrer, nämligen »Journal of the BEpA» och »Annual Reports». Föreningen har ett särskilt märke, ett brinnande ljus samt initialerna »BEpA», vilket, utan initialer, bäres av de epileptiskt sjuka. Detta medför också, att polis och allmänhet, då en epileptiker får ett anfall på offentlig plats, lätt kan vidtaga erforderliga åtgärder och undvika många misstag. Den epileptiskt sjuka bär i sin ficka ett kort, på vilket är antecknat namn, adress, sjukdomens art, vilka åtgärder som i en akut situation behöver vidtagas m. m.

Frankrike

För närvarande finnes icke några särskilda föreskrifter för vård av epileptiker i Frankrike och icke heller några statliga eller kommunala inrättningar. Däremot har hälsovårdsministeriet uppdragit åt en sakkunnigkommitté att utarbeta ett särskilt förslag till en epileptikervårdorganisation. Denna kommitté har dock ännu icke avslutat sitt arbete.

Det finnes icke heller någon enskild organisation, som bär ansvaret för en mera samlad epileptikervård.

En beräkning, gjord av professor Henri Gasteaut, ger vid handen, att in-

emot 10 000 barn i Frankrike behöver gå i specialskolor på grund av epilepsi. Sådana skolor saknas till allra största delen. För dem som tarva vård å internat, epileptikeranstalter, finnes endast ca 500 platser, 300 för pojkar och 200 för flickor. Fyra institutioner (två för pojkar och två för flickor) finnes för uteslutande epileptiker med en IQ över 70 och utan anpassningssvårigheter. Dessutom finnes tre institutioner (två för pojkar och en för flickor), som mottager utvecklingsstörda barn inkl. epileptiker, med IQ under 70 och med avsevärda anpassningssvårigheter.

Diagnostik och behandling lämnas i mån av möjligheter vid de neurologiska centra, som finnes.

I Marseille planeras för Bouches-du-Rhône-distriktet en epileptikeranstalt med såväl observations-, behandlings- som vårdmöjligheter för barn, ungdom och vuxna. Denna anstalt, för vilken ritningar redan utarbetats, beräknas bliva uppförd inom de närmaste åren.

Nederländerna

Epileptikervården i Nederländerna har hittills ombesörjts helt genom enskilt initiativ. Olika föreningar, huvudsakligen av religiös karaktär, har organiserat och byggt upp hela denna verksamhet. Den äldsta och största organisationen är Kristliga föreningen för vård av fallandesjuka (»Christelige Vereeniging voor de verpleging van lijders aan Vallende Ziekte»). grundad 1882, med dess understödsförening (»Vereeniging de Macht van het Kleine»), grundad 1898. Den andra föreningen är Nederländska föreningen mot fallandesjuka (»Nederlandse Vereeniging tegen Vallende Ziekte») och den tredje i främsta rummet för romersk-katolska bekännare, föreningen »Huize Providentia». Dessutom finns en stiftelse, »Stichting Zonnenfonds'», grundad 1945.

Såsom topporganisation för epileptikervården fungerar Federationen för bekämpande av epilepsi, »Federatie voor Epilepsiebestrijding», vilken upprättades 1936 och erhöll officiellt erkännande genom kungligt beslut 1938. Federationen är en underavdelning av »International League against Epilepsy» (jfr ovan).

De ovannämnda föreningarna utövar följande verksamhet.

»*Christelige Vereeniging*» äger institutionen »Meer en Bosch» med »Königin Emma Kliniek» i Heemstede. Kliniken är en centralklinik med 150 undersökningsplatser för barn, kvinnor och män. Den är ny och väl utrustad. Särskild röntgen- och eeg-avdelning finnes. Vid kliniken utföres omfattande behandlingar genom dietförsök samt företages fortlöpande undersökningar av blandad diet- och medicinsk behandling. Till denna klinik är knutna olika vårdhem för såväl vuxna som barn dels å Meer en Bosch i Heemstede och dels å institutionen »Sarepta» i Haarlem. Antalet vårdplatser vid dessa hem uppgår till 400. För skolundervisningen finns å Meer

en Bosch en särskild skola inrättad, vid vilken undervisningen bedrives huvudsakligen individuellt. För de barn, som efter skolåldern, 16 år, icke kan gå direkt ut i yrkesarbete, finnes särskild yrkesskola.

Föreningen har även dispensärer eller konsultationsbyråer i Apeldoorn, Heemstede, Leuwarden och Rotterdam. Vid dessa byråer har läkarna från Meer en Bosch mottagning, varjämte fyra »resande bröder», diakoner, arbetar där såsom assistenter åt läkarna och som kuratorer för patienterna. Dispensärerna är både mottagningsbyråer och centraler för den öppna vården och eftervården.

Sedan en patient utskrivits från kliniken och erhållit förvärvsarbete, står han i kontakt med den närmaste dispensären. Arbetsförmedlingarnas specialavdelningar fyller en viktig uppgift vid placering av dessa patienter på arbetsmarknaden.

»Christelige Vereeniging» bedriver även utbildningsverksamhet för vårdpersonalen.

Understödsföreningen »Macht van het Kleine», som har ca 200 000 medlemmar, vilka betalar i regel 2,5 ct per vecka, lämnar stöd till obemedlade patienter och till dispensärverksamheten. Den underhåller de fyra diakoner, som tjänstgör såsom kuratorer. Den bedriver upplysningsverksamhet genom sin tidning, som utkommer varje kvartal.

»Nederlandse Vereeniging tegen Vallende Ziekte», vilken är den andra organisation, som arbetar för epileptikervården, har »*Alexander van der Leeuw Kliniek*», med 40 platser, och dispensärer i Amsterdam, den Haag, Rotterdam och Utrecht. Den arbetar, ehuru i mindre omfattning, efter samma principer som den andra epileptikerorganisationen.

För romersk-katolska bekännare finnes institutionen »Huize Providentia», i Sterksel i Nord-Brabant. Vid denna finnes även en skola.

Stiftelsen »Zonnenfond» är en kyrklig stiftelse, som vill ge moraliskt stöd åt de epileptiskt sjuka samt ordna för dessa sommarhem, studieverksamhet och arbetsmöjligheter i det allmänna arbetslivet.

»Federationen för bekämpande av epilepsi» har till ändamål att skapa kontakter mellan föreningar och enskilda personer, som önskar engagera sig i kampen mot epilepsien, ävensom att effektivisera epileptikervården genom publicitet i medicinska tidskrifter och genom broschyrer. Den söker också hålla läkarna informerade om utvecklingen inom epileptikervården och bibringa allmänheten större förståelse för epileptikerna och deras problem.

Norge

I Norge finnes för epileptikervården en undersökningsavdelning om 17 platser vid den neurologiska universitetskliniken vid rikshospitalet i Oslo, vilken mottager vuxna patienter. Barnen undersöks vid den pediatriska universitetskliniken i samarbete med ovannämnda avdelning.

En enda vårdinstitution för epileptiker finns, belägen i närheten av Oslo.

Den har plats för 60 vuxna och 36 barn. Barnen erhåller både behandling och undervisning vid institutionen.

Schweiz

Någon speciell lagstiftning för epileptiker i Schweiz finnes icke vare sig i statsförbundets lagstiftning eller i de olika kantonernas lagstiftning, utan de bestämmelser, som gäller för psykiskt sjuka i allmänhet, gäller också i tillämpliga delar för de epileptiskt sjuka. Varje kanton svarar för sin sjukvård. Åtskilliga av de epileptiskt sjuka omhändertages i de kantonala sjukvårdsanstalterna. Huvudparten erhåller specialvård inom de speciella, privata epileptikeranstalterna, som upprättats huvudsakligen genom kyrkliga stiftelser. De kantonala myndigheterna har under senare år i allt högre grad samarbetat med dessa och lämnar ett allt mera ökat bidrag till desamma. Kantonregeringarna tillsätter en eller flera medlemmar i styrelserna för anstalterna.

Genom upprättandet av speciella undersökningskliniker vid universitetssjukhusen och genom nedan nämnda tre specialanstalter, finnes möjligheter för en tillfredsställande medicinsk observation och behandling av patienterna. I så stor utsträckning som möjligt återanpassas dessa i yrkesarbete utanför sjukhusen och anstalterna.

Någon särskild familjevård eller externatverksamhet finnes ej, liksom icke heller särskilda konsultationsbyråer, såsom t. ex. i Nederländerna. Bakom varje anstalt står en förening med ett större eller mindre antal medlemmar, vilka genom avgifter och gåvor understöder de olika anstalterna.

Antalet epileptiker i Schweiz beräknas till ca 20 000. För dessa finnes å särskilda anstalter ca 900 platser.

De speciella epileptikeranstalterna är:

1. *Die Schweizerische Anstalt für Epileptische*

»Die Schweizerische Anstalt für Epileptische» är belägen i utkanten av Zürich och avser i första hand att betjäna kantonen Zürich, men har genom sin avsevärda utbyggnad blivit centralanstalt för hela Schweiz.

Anstalten äges av ett sällskap, som hör samman med »Inre Missionen», den reformerta kyrkans organ för socialt-diakonalt arbete i Schweiz, och ledes av en direktor och en chefsläkare. Anstalten har såväl klinik som vårdhem för män, kvinnor och barn. Den bedriver även poliklinisk verksamhet. Antalet platser utgör 370, varav 60 är avsedda för barn.

Till huvudanstalten är knuten en annexanstalt, Schenkung Dappels, med plats för 40 epileptiska, svårfostrade pojkar samt hemmet Schwabach i Feldmailen med plats för 10 kvinnor. Vid anstalten är förutom chefsläkaren 8 läkare anställda.

Medicinsk verksamhet. Anstalten är väl utrustad med moderna laboratorier och övrig erforderlig medicinsk apparatur.

Antalet patienter och omsättningen vid anstalten var år 1954 enligt följande:

	Män	Kvinnor	Tillsammans
Intagna patienter 1/1 1954	207	145	352
Intagna under år 1954	247	212	459
Utskrivna under år 1954	244	224	468
Intagna patienter 1/12 1954	210	133	343
Av de utskrivna voro:			
anfallsfria	11	6	17
förbättrade	68	57	125
oförändrade	9	12	21
döda	7	11	18
observationspatienter (d. v. s. patienter, som under kortare tid än en månad undersökts)	149	138	287

Av klinikpatienterna var 74 under 20 år, varav 54 pojkar och 20 flickor.

I den polikliniska verksamheten blev under år 1954 1 784 personer undersökta och behandlade. Av dessa var 390 förstagångspatienter. Av dessa senare var 176 epileptiker, varav 77 manliga och 99 kvinnliga. Antalet barn under 15 år utgjorde 66 (28 pojkar och 38 flickor).

Av poliklinikpatienterna kom 413 från staden Zürich och 366 från kantonen Zürich, övriga patienter kom från andra kantoner. Den polikliniska verksamheten försiggår tvenne dagar i veckan.

Laboratorierna fördelar sig på följande avdelningar: kemiskt laboratorium, haematologiskt laboratorium, röntgenavdelning och elektroencephalografiavdelning. Patienten genomgår i regel psykologiska prov och testning.

Anstalten står ständigt i intim kontakt med universitetens vetenskapliga och kliniska institutioner genom regelbundna gemensamma vcekokonferenser mellan läkarna. Vid anstalten bedrives fortlöpande forskningsarbete. I dess årsberättelse lämnas varje gång en kortfattad redogörelse häröver.

Pedagogisk verksamhet. Till barnavdelningen är tvenne skolavdelningar knutna. För ungdom finns särskild yrkesskola. En omfattande arbets- och sysselsättningsterapi är anordnad. Patienterna får efter läkarnas anvisningar deltaga i olika yrkesarbeten såväl i trädgård och jordbruk som i de olika verkstäderna.

Anstalten är uppbyggd efter den s. k. Wichern- eller familjeprincipen. En syster eller vårdare har sig anförtrodd en avdelning på 10 à 12 patienter, vilka bildar en egen familj. Denna har egna sovrum, lekrum, arbetsrum och matrum. Därigenom har man lyckats genomföra en rik differentiering av patienterna. Systemet tarvar emellertid stor personal.

Vid anstalten finns 170 medarbetare, vilket innebär att på varje anställd kommer endast 2,1 patienter.

Anstalten söker i största möjliga mån också utbilda sin egen vårdpersonal. Efter en treårig utbildningstid avlägges statligt erkänd examen för nerv- och sinnessjukvård.

Stor vikt lägges vid att samtliga anställda, som kommer i beröring med patienterna, skall få erforderlig information rörande de enskilda patienterna. Sådan information lämnas vid regelbundna konferenser.

Ekonomi. Anstalten erhåller intet bidrag från statsförbundet. För varje patient betalas en vårdavgift, som utgår med lägst 8 fr för dem som tillhör kantonen och 8,50—10,50 fr för andra. Avgifterna betalas av kantonen eller då så är möjligt av den vårdbehövande. För hjälpbehövande kan avgiften nedskrivas. Självkostnaden utgjorde för år 1953 9,91 fr och för år 1954 10,96 fr. Till täckandet av underskott erhåller anstalten frivilliga gåvor från kyrkan, enskilda eller organisationer. Dessa uppgick år 1954 till 147 269,03 fr.

2. *Epileptikeranstalten i Tschugg*

Den andra mera betydande epileptikeranstalten är Bethesda i Tschugg, belägen i kantonen Bern. Denna anstalt äges av »Bethesda, Fürsorgeverein für Epileptische». Den är liksom övriga anstalter en enskild anstalt. Den har under senare år erhållit anslag från den kantonala regeringen i Bern såväl till driften som till nybyggnader. Anstalten var ursprungligen ett vårdhem för kvinnor och män. Den har sedan 1938 genomgått en modernisering och utbyggnad. En barnavdelning inrättades år 1950 samtidigt som poliklinisk verksamhet påbörjades. Anstalten förfogar över 245 platser, varav 40 platser utgöres av barnavdelningen.

Medicinsk verksamhet. Av de av anstaltsledningen framlagda planerna för vidare utbyggnad framgår, att den är avsedd som en fullt modern specialanstalt för epileptiker. Den medicinska utrustningen med laboratorier, röntgen- och elektroencephalografiavdelningar är väl tillgodosedd. Å institutionen är förutom chefsläkaren tre läkare anställda, varav en pediatriker för barnavdelningen.

Särskilt stor vikt lägges vid att åstadkomma en fullt modern barnavdelning. I en redogörelse och programskrift har överläkaren, dr H. Zbinden, särskilt framhållit nödvändigheten av en särskild barnavdelning. Barnavdelningen uppbygges efter »familjeprincipen» liksom barnavdelningen i Zürich.

Vid barnavdelningen är anställda: föreståndarinna, lärarinna, barnträdgårdslärarinna och tvenne vårdarinnor. De barn, som äger intellektuella förutsättningar erhåller skolundervisning i den vanliga folkskolan i församlingen, medan anstaltens lärarinna svarar för undervisningen av de övriga.

Antalet anställda vid institutionen utgör 76, varav vårdpersonal 33 och förvaltningspersonal 43. För vårdpersonalen finnes särskild utbildning an-

ordnad å anstalten. Utbildningen berättigar till »Das Diplom der Schweiz. Gesellschaft für Psychiatrie».

Själavården vid anstalten handhaves av en tysktalande och en franskttalande protestantisk präst samt en romersk-katolsk pater.

Till anstalten hör ett större lantbruk, i vars arbete de manliga patienterna deltager. För övrigt finns en väl differentierad arbetsterapi för såväl män som kvinnor. I fråga om denna framhäves numera nödvändigheten av att patienternas arbete skall stå i den medicinska behandlingens tjänst, och icke såsom tidigare varit fallet medverka till den ekonomiska driften av anstalten.

Ekonomiska förhållanden. För den ekonomiska förvaltningen och jordbrukets drift är särskild förvaltare anställd liksom särskilda arbetsledare för de olika hantverksavdelningarna.

Utöver de vårdavgifter och bidrag från kantonen Bern, som anstalten erhåller, lämnas gåvor och bidrag från intresseföreningens medlemmar och andra.

Kostnaderna utgjorde år 1952 12,19 fr per dag och patient.

3. *Asile de Lavigny*

Den tredje större epileptikeranstalten är »Asile de Lavigny» i Aaberne i västra Schweiz. Den har plats för 150 manliga och kvinnliga patienter, varav en barnavdelning med 30 barn. För dessa finns en särskild skola, upprättad å anstalten.

Anstalten äges av en stiftelse. Anstalten är nedsliten och omodern, men ett omfattande uppbyggnadsprogram har utarbetats. Genom den planerade upprustningen skall Asile de Lavigny bli specialanstalt för västra Schweiz.

Vid anstalten är en chefsläkare och, fr. o. m. den 1 oktober detta år, en underläkare anställda. Ett intimt samarbete mellan anstalten och övriga specialanstalter för epileptiker samt neurologiska och psykiatriska avdelningarna vid universitetet i Genève äger rum.

Kostnaderna å vårdavdelningen är 6,40 fr och å klinikavdelningen 9 å 10 fr per dag och patient. Sedan anstalten erhållit erforderlig upprustning med läkare och övrig personal liksom i övrigt moderniserats, räknar anstaltsledningen med väsentligt högre dagkostnader.

Vårdpersonalen utgöres av sjuksystrar och sex vårdare, vilka endast undantagsvis har erforderlig utbildning.

4. *Övriga epileptikeranstalter*

Övriga epileptikeranstalter är »Petit Lanci» i Genève, S:t Raphaelsheim in Steinen, vilken äges av en romersk-katolsk stiftelse och mottager barn, samt ett vårdhem å diakonanstalten Greifensee vid Zürich, med plats för 40 män.

Tyskland

Epileptikervården i förbundsrepubliken Tyskland åvilar de enskilda delstaternas regeringar. Någon enhetlig lagstiftning finnes icke, utan de enskilda staternas allmänna bestämmelser och anordningar för psykiatrisk vård länder till efterrättelse.

Den öppna psykiatriska vården ombesörjes genom särskilda »psychiatrische Fürsorgestellen», där särskilda läkare och kuratorer har mottagning och till vilka alla epileptiker eller deras anhöriga äger rätt att komma. I vissa stater är dessa besök avgiftsfria. I Bayern ombesörjes vården dock genom anstaltspsykiater.

Undersökning av epileptiker sker i regel vid universitetssjukhusens eller centralsjukhusens neurologiska avdelningar samt å nedan omnämnda anstalt Bethel.

Den slutna vården, anstaltsvården, ombesörjes dels genom de statliga psykiatriska anstalterna och dels genom anstalter, upprättade av stiftelser av olika slag. Vid de statliga psykiatriska sjukhusen vårdas de epileptiskt sjuka tillsammans med de psykiatriskt sjuka. Antalet patienter intagna vid de statliga sjukhusen utgjorde 1955 ca 3 300 epileptiker.

Ett stort antal speciella epileptikeranstalter, vilka äges av olika stiftelser, finnes. Den största organisationen är Centralförbundet för inre mission (»Centralauschuss für Innere Mission»), som har sitt centrum i Bethel vid Bielefeld. Denna kyrkliga organisation har i sin månggrenade verksamhet mer än 50 hem med ca 3 500 vårdplatser. Den största institutionen är *Bethel,* grundad av pastor Friedrich von Bodelschwing, med 2 310 vårdplatser, fördelade på 34 hem. De övriga epileptikerhemmen inom »centralförbundet för inre mission» tillhör olika diakoniinstitutioner.

Bethelanstalten har blivit epileptikervårdens centralinstitution i Tyskland och tager emot epileptiska patienter av olika sjukdomsgrader, ålder och kön. Den har en undersökningsavdelning samt skolor, vård- och arbetshem. Undersökningsavdelningen, »Mara», fungerar som en diagnostisk central, i vilken samtliga epileptiska patienter, som kommer till Bethel, erhåller undersökning. Ca 450 patienter erhåller undersökning årligen vid avdelningen. Av dessa kan ca 50 procent skickas tillbaka till förvärvsarbete. Undersökningsavdelningen är modernt utrustad. Den fungerar även för poliklinisk vård. Vid densamma är fyra läkare anställda.

För dem som icke omedelbart kan återvända till hemorten finnes å Bethel skolor, såväl vanliga skolor som yrkesskolor, samt en stor mängd olika verkstäder för arbete. Förutom den rent medicinska verksamheten och rehabiliteringsarbetet, bedrives ett omfattande själavårdsarbete vid Bethelanläggningen.

Bethelanstalten mottager patienter från hela republiken.

Personalen. Stor vikt lägges vid vårdpersonalens utbildning. Såväl den manliga som den kvinnliga personalen måste genomgå en ofta flerårig ut-

bildning. Detta gäller såväl de statliga som de enskilda. Vid de anstalter, som är knutna till Centralförbundet för inre mission, är särskilda utbildningscentraler upprättade i form av diakon- och diakonisskolor samt sjukvårdarskolor. Så t. ex. finns vid Bethel en omfattande utbildningsverksamhet, med speciell betoning på sjukvårdsarbete, för diakoner och diakonissor.

Arbetsförhållandena. I nuvarande situation har det icke varit möjligt att på ett mera omfattande sätt ordna arbetsförhållandena för de epileptiskt sjuka. Några särskilda åtgärder, i form av skyddat arbete e. d., har endast undantagsvis kunnat vidtagas. Då så skett, har det gjorts genom enskilt initiativ.

Vid en undersökning 1950 befanns att i Västtyskland sammanlagt 3 421 epileptiker över 65 år hade sin arbetsförmåga nedsatt mer än 50 procent till följd av sin epilepsi, varav 50 men ej 70 procents nedsättning 356 epileptiker, 70 men ej 100 procents nedsättning 380 patienter och 100 procents nedsättning 2 682 epileptiker, fullständig invaliditet 3 patienter.

TREDJE AVDELNINGEN

Principförslag

8 kap. Riktlinjer för epileptikervårdens reformering

Som framgår av vad vi hittills anfört innebär det knappast någon överdrift att säga att det i standardhänseende är ett långt steg mellan den för omhändertagande av epileptiker särskilt anordnade vårdorganisationen i vårt land och den utbyggda kroppssjukvården. De samhälleliga anordningarna för att hjälpa epileptikerna att leva ett så normalt liv som möjligt utan att behöva intas på anstalt är föga utbyggda. Anvisningar saknas om hur de högt specialiserade och mångsidiga medicinska utredningsmöjligheter skall utnyttjas, vilka måste ligga till grund för en adekvat behandling av varje epileptiker. Reglerna om huvudmannaskapet för den särskilda anstaltsorganisation som krävs saknar erforderlig tydlighet och skärpa. Anstaltsorganisationen som sådan är delvis inte i skick, som motsvarar nutida krav. Platstillgången är i knappaste laget och för vissa kategorier otillräcklig. Resurserna för behandling under anstaltsvistelsen är i flertalet fall torftiga, i vissa fall uppenbart underdimensionerade. Fördelningen av arbetsuppgifterna de olika anstalterna emellan kan göras mera ändamålsenlig. Anordningarna för att hjälpa dem, som intagits på anstalt, att sedan de tillfrisknat eller förbättrats på en gång eller stegvis åter inträda i det normala arbetslivet, är små och utan inneboende kraft. Slutligen lider forskningen rörande epilepsien brist på medel och andra möjligheter.

Av skilda anledningar synes det dock möjligt att åstadkomma en tillfredsställande ordning för epileptikervårdens del utan tillnärmelsevis så stora kostnader eller anordningar, som krävts för upprustningen av andra undanträngda områden. I viss utsträckning sammanhänger detta naturligtvis med att de hjälpbehövande är så relativt fåtaliga, enligt vår tidigare gjorda uppskattning omkring 40 000 i hela landet. Men det beror också på, att resurserna i stor utsträckning redan finns, fastän de inte i tillräcklig omfattning inriktats på eller samordnats för den nödvändiga hjälpen åt epileptikerna. Upprustningen av epileptikervården blir alltså dels en systematiserings- och samordningsfråga och dels en fråga om sedvanlig förstärkning, materiellt och personellt.

Den första princip som bör uppställas för en fullgod epileptikervård är att *varje fall i erforderlig utsträckning utreds.* Såsom framgår av fjärde kapitlet finns intet fall av epilepsi, där man utan närmare undersökning kan bedöma, hur pass allvarligt fallet är. Först efter noggrann och omfattande läkarundersökning kan det fastställas, vilka åtgärder, som i varje

särskilt fall är de verksamma och riktiga. Uppgiften är så omfattande och svårlöst, att därför krävs en diagnostisk organisation på högsta plan. Till den närmare utformningen av denna organisation, som bör anknytas till de neurologiska klinikerna, återkommer vi i 10 kapitlet.

Efter undersökningen bör *epileptikerna i största möjliga utsträckning beredas tillfälle att stanna kvar i sin vanliga miljö*. I fjärde kapitlet har framhållits, att flertalet epileptiker bevarar psyke, social nivå och arbetsförmåga i huvudsak intakta samt att utsikterna till självläkning är avsevärda. För att underlätta en sådan självläkning eller i vart fall att epileptikern bevarar fullvärdiga medborgaregenskaper krävs mera energiska insatser än hittills. Av 7 kapitlet framgår, att man på flera håll i utlandet, exempelvis i Holland, i detta avseende hunnit längre än vi. Våra förslag i det följande syftar till att denna eftersläpning skall inhämtas.

En fråga, som i sammanhang som detta alltid måste ställas i förgrunden, är på vad sätt *kravet på rättssäkerhet* skall tillgodoses. Det kan anföras skäl för att bestämmelser skulle införas, som medgåve att epileptiker under vissa förutsättningar mot sin egen eller förmyndares vilja skulle få intagas och kvarhållas på anstalt. En sådan retentionsrätt gäller i vårt land bland annat enligt sinnessjuklagen samt lagen om undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna. Efter att ha övervägt de skilda faktorer, som påverkar bedömningen av denna fråga, har vi stannat för att förorda, att någon motsvarande retentionsrätt *inte* skall införas då det gäller epileptikerna. Patienter, som bör omhändertas på anstalt, inser i regel detta själva. Där de inte gör det, bör de förmås därtill på övertygelsens väg. Kravet på kontroll av att en intagen inte kvarhålls av slentrian eller bekvämlighetsskäl bör kunna tillgodoses dels genom en ökad medverkan av läkare i vårdarbetet och dels genom att den centrala ledningen och tillsynen ges större slagkraft än nu.

När vi avstått från att föreslå bestämmelser, som skulle göra hospitalisering tvångsvis av epileptiker möjlig, har vi utgått från att *epileptikerklientelets avgränsning mot annat klientel* skall ske enligt i huvudsak de regler, som redan tillämpas. I 3 kapitlet har vi nämnt, att sinnessjuka epileptiker omhändertas inom sinnessjukvårdens ram och att gränsen mellan psykiskt efterblivna och epileptiker bör dras ur vårdsynpunkt. Några ändringsförslag i detta avseende har vi alltså inte anledning att framlägga.

Mycket till följd av de förhoppningar, vi knyter till den diagnostiska topporganisationen och de anordningar, vi i övrigt föreslår för öppen vård, har vi, som framgår av 6 kapitlet, vid beräkningen av *platsbehovet* kunnat inskränka oss till förslag om en mycket begränsad utbyggnad, nämligen med 190 platser, varav 30 som ersättning för en anstalt, som ägaren önskar disponera för annat ändamål.

I våra direktiv har vi anbefallts att ompröva frågan om *huvudmannaskapet*. I huvudsaklig överensstämmelse med de intentioner, åt vilka direktiven ger uttryck, har vi funnit att huvudmannaskapet bör delas mellan staten,

å ena sidan, samt landstingen och städerna utanför landsting, å den andra. Förslaget kan sägas ha vuxit fram organiskt. De neuro-psykiatriska centra och anordningar i övrigt, som bör finnas för läkarvård åt inte anstaltsvårdade epileptiker, ingår redan och bör i fortsättningen ingå i den ordinarie sjukvårdsorganisationen. Att under sådana omständigheter förlägga huvudmannaskapet för denna del till annan än landstingen (vartill vi hänför även städerna utanför landsting) skulle enligt vårt sätt att se vara konstlat och ägnat att skapa komplikationer i skilda hänseenden. Vi föreslår därför sådan ändring av sjukhuslagen, att huvudmannaskapet för epileptikervården inom den allmänna sjukvårdsorganisationen blir klarlagt. I vårt förslag finner vi ännu ett skäl för snabb utbyggnad av den av medicinalstyrelsen föreslagna regionsjukvården.

Annorlunda ligger det till med den för sluten epileptikervård speciellt inrättade anstaltsorganisationen. Den skulle efter den utbyggnad, vi nyss angivit som erforderlig, komma att omfatta endast omkring 1 130 platser. Då dessa platser för att anstalterna skall kunna ges erforderliga resurser i skilda vårdhänseenden inte i större utsträckning får fördelas på små vårdenheter, räcker befolkningsunderlaget — även om man sammanför patienterna inom större räjonger — i landstingsområdena inte till. Ett huvudmannaskap för landstingen skulle därför göra samarbetsavtal nödvändiga, med därav erfarenhetsmässigt följande svårigheter. Av dessa och andra praktiska och organisatoriska skäl föreslår vi, att *staten skall vara huvudman för den speciella epileptikervårdsorganisationen.* Härvid har vi förutsatt, att de befintliga enskilda epileptikeranstalterna skall utnyttjas av staten så länge det ur ekonomiska och vårdsynpunkter befinns fördelaktigt. Våra förslag i ämnet bör innefattas i en ny stadga för statens epilepsisjukhus och en ny statsbidragskungörelse för epileptikeranstalter.

I vårt förslag ingår också åtgärder för att *behandlingen under anstaltsvistelsen* i skilda hänseenden skall kunna ges större effektivitet än nu. En sådan standardhöjning vinns inte utan kostnader. Allmän enighet torde dock råda om, att riktigt avvägda sådana åtgärder på lång sikt betalar sig. Härtill kommer de för oss än mer avgörande vinsterna ur humanitär synpunkt.

Såsom föreskrivits i direktiven har vi ägnat frågan om *öppen vård i anslutning till anstaltsvistelse* särskild uppmärksamhet. 1951 års sinnesslövårdsutredning har den 21 april 1955 avgivit förslag rörande den öppna vården av psykiskt efterblivna. Vi har funnit dessa förslag i princip lämpliga även för epileptikernas del och har därför kunnat inskränka oss till att behandla de former, i vilka sinnesslövårdsutredningens förslag bör tillämpas för epileptikernas del.

Uppfattningen, att varaktiga och definitiva framsteg då det gäller vad som ofta kallas »sociala tjänster» förutsätter *forskning,* omfattas väl numera utan gensägelse allmänt. Särskilt slående och dramatiska har bevisen ofta

varit på läkarvetenskapens område. Då vården av epileptiker i första hand är en medicinsk angelägenhet, understryker vi angelägenheten av att de medel, som ställs till förfogande av statens medicinska forskningsråd, successivt ökas. Även en ökad medelsanvisning till samhällsvetenskaplig forskning är ägnad att befrämja en bättre epileptikervård. Vi framlägger inga konkreta förslag om belopp och fördelning, utan inskränker oss till denna allmänna rekommendation.

FJÄRDE AVDELNINGEN

Detaljutformning

9 kap. Allmänt om epileptikervården

I överensstämmelse med allmänt språkbruk använder vi i detta betänkande *epileptikervård* i två bemärkelser, en vidare, som innefattar samhällets organisatoriska anordningar för att skapa vårdmöjligheter samt all mot epilepsien riktad läkarverksamhet, oavsett regin, och en snävare, som avser den för omhändertagande av epilepsisjuka särskilt skapade anstaltsorganisationen. Av sammanhangen framgår, vilken bemärkelse vi i varje särskilt fall åsyftar.

Om de riktlinjer godtas, som vi dragit upp i nästföregående kapitel, kommer epileptikervården — i vidare bemärkelse — i fortsättningen att ligga på tre plan, nämligen *dels* den centrala statliga ledningen och till den knutna organ för tillsyn och inspektion, *dels* den diagnostiska topporganisationen inom den allmänna kroppssjukvårdens ram, som tar emot utredningsfallen från sjukvårdsanstalterna och de praktiserande läkarna i fältet samt ombesörjer att varje epilepsisjuk överlämnas till den vårdform som hans sjukdomstillstånd kräver *och dels* den för epileptikervård särskilt uppbyggda organisationen.

En förstärkning av den centrala ledningen och tillsynen är, som vi antytt i 8 kapitlet, önskvärd inte minst ur rättssäkerhetssynpunkt (jfr s. 119). På vad sätt denna förstärkning bör genomföras kan dock inte i detalj avgöras förrän statsmakterna tagit ställning till vårt förslag om uppdelning av huvudmannaskapet för epileptikervården. Av denna anledning avstår vi från att nu framlägga förslag i ämnet. Vi förutsätter i stället, att medicinalstyrelsen och skolöverstyrelsen i sina anslagsäskanden till 1957 års riksdag beaktar önskemålet om förstärkning och med ledning av statsmakternas beslut om huvudmannaskapet framlägger konkreta förslag.

Till den diagnostiska topporganisationen och dess samverkan med läkarna i fältet återkommer vi i nästa kapitel. Här vill vi endast framhålla, att den väsentliga standardhöjning, som vi åsyftar med våra förslag, på ett avgörande sätt kommer att bli beroende av att de neurologiska klinikerna— poliklinikerna ges resurser för sina utvidgade uppgifter. Vi förutsätter därför, att vederbörande klinikchefer i sina remissyttranden anger vilken utökning av resurserna som vid varje klinik kommer att krävas, om våra principförslag i denna del godtas.

Åtskilliga frågor rörande *epileptikervården i snävare bemärkelse* kommer vi att behandla i 11 kapitlet. Dessförinnan vill vi här behandla den allmänna uppläggningen av verksamheten inom epileptikervårdorganisationen och frågor, som äger samband därmed.

Terminologi och formella föreskrifter

I ett tidigare skede av utredningen har vi, som framgår av proposition nr 94 till 1955 års riksdag, ansett att i samverkan med de neuropsykiatriska centra borde finnas *dels* centralanstalter *och dels* vårdhem. Den principiella skillnaden mellan dessa två slags anstalter hade vi tänkt oss bestämd så, att centralanstalterna skulle ha ansvaret för att de mest vårdbehövande fallen i första hand skulle omhändertagas samt att varje fall skulle inskrivas vid den anstalt, där patienten enligt vårdbehovets art och övriga omständigheter hörde hemma. Vårdhemmen däremot skulle vara befriade från ansvaret för en riktig anstaltsplacering av varje patient. Ur praktisk synpunkt skulle centralanstalterna vara bättre utrustade med anordningar för medicinsk vård, undervisning och yrkesutbildning samt öppen vård än vårdhemmen.

Sedan vi stannat för förslaget att de neurologiska klinikerna skall handha varje första specialistundersökning m. m. och därjämte utrustas med särskild social hjälpkraft (kuratorerna) bland annat för att kunna ombesörja en riktig fördelning av patienterna på olika anstalter, har behovet av ett särskiljande mellan centralanstalter och vårdhem upphört.

Vi föreslår följande benämningar.

För epileptikervård särskilt inrättade anstalter bör ha samlingsbenämningen *epileptikeranstalter*. Bland epileptikeranstalterna skiljer vi mellan dem, där den medicinska utrustningen är jämförlig med kroppssjukhusens och där en heltidsanställd läkare i första hand är ansvarig för vården — *epilepsisjukhus* — samt dem, där endast deltidsanställd läkare finns anställd — *epileptikerhem*. Epilepsisjukhusen kan vara antingen *statliga* eller *enskilda;* epileptikerhemmen är tillsvidare alla *enskilda* (varjämte under en övergångstid finns ett landstingsägt epileptikerhem).

Regler rörande verksamheten vid statens epilepsisjukhus bör ges i en stadga för dem; verksamheten vid de enskilda epileptikeranstalterna bör regleras genom en statsbidragskungörelse. Även om denna måste bli ganska utförlig, blir det mera lätthanterligt att ha de allmänna föreskrifterna samlade på ett ställe än i skilda reglementen, tillämpningskungörelser etc. För undervisningen — såväl den teoretiska som yrkesutbildningen — bör normer utfärdas på sedvanligt sätt genom reglementen och i övrigt erforderliga föreskrifter. Skolplikten synes böra inskrivas i stadgan för statens epilepsisjukhus och statsbidragskungörelsen för epileptikeranstalterna på i princip samma sätt som skett i stadgan den 28 juni 1946 (nr 582) för skolor tillhörande barna- och ungdomsvården.

Av skäl, som anges i nästa kapitel, fogar vi som bilaga 4 till detta betänkande ett förslag till 1 § i en kommande stadga för statens epilepsisjukhus. I övrigt bör det ankomma på medicinalstyrelsen och skolöverstyrelsen att, sedan statsmakterna tagit ställning till våra förslag, utarbeta förslag till erforderliga föreskrifter.

Efter klientelets art bör anstalterna — i nära anslutning till terminologin i 1954 års lag om undervisning och vård av psykiskt efterblivna — uppdelas på följande sätt (frånsett medicinska undersökningsavdelningar, som vi benämner observationsavdelningar):

1) *Småbarnshem* för barn under skolåldern;
2) *Skolhem* för barn i åldern 7—15 år;
3) *Yrkeshem* för ungdomar i åldern 16—25 år;
4) *Arbetshem* för arbetsföra vuxna samt
5) *Vårdhem* för dels barn, vilka inte lämpligen bör vårdas i för barn avsedda, tidigare angivna anstalter och dels vuxna, vilka på grund av ålder eller av annan orsak inte är arbetsföra.

Vi återkommer till den närmare utformningen av de olika vårdformerna längre fram men vill redan här ha sagt att de angivna gränserna inte får uppfattas som oöverstigliga. På småbarnshem bör få kvarhållas barn, vilka på grund av försenad kroppslig eller andlig utveckling inte överskridit den normala mognaden hos sjuåringar. Undantagsvis bör snabbt utvecklade barn kunna få intagas i skolhem redan som sexåringar; vanligare blir att de på grund av försenad utveckling bör få kvarstanna längre. Slutligen bör på grund av epilepsiens oregelbundna förlopp hinder ej möta att en elev som överförts exempelvis från yrkeshem till vårdhem sedan sjukdomen inträtt i en gynnsammare fas återförs till yrkeshemmet.

Anstaltsorganisationens ram

Fullt utbyggd kommer den av oss förordade anstaltsorganisationen att erhålla det utseende, som framgår av tabell 7.

Tabellen torde inte kräva annan kommentar än att organisationen omfattar endast två anstalter för barn, emedan vi inte finner det ändamålsenligt att det relativt fåtaliga antalet barn fördelas på flera anstalter. Om så skulle ske, kunde nämligen den rika differentiering av anstalternas utbildnings- och vårdmöjligheter, som är nödvändig, inte genomföras helt. Det humanitära önskemålet att barnen skall få den bästa möjliga vård måste anses gripa över det i och för sig behjärtansvärda önskemålet att barnen skall komma så nära sina hem som möjligt.

Det hade varit önskvärt, att även yrkesutbildningen för ungdomar kunnat koncentreras till två anstalter. Med hänsyn till att yrkesutbildning av pojkar redan med framgång bedrivs vid Stora Sköndal, har vi i detta avseende nödgats avstå från kravet på största möjliga centralisering.

Tabell 7. Epileptikeranstalterna efter en utbyggnad

Anstalt	Användning	Platsantal	
Epilepsisjukhus			
Statens			
Vilhelmsro	a) Observationsavdelning på 25 platser b) Småbarnshem, skolhem, yrkeshem och vårdhem för barn och ungdomar, arbetshem och vårdhem för kvinnor		289
Förslagsvis			
Margarethahemmet	a) Observationsavdelning b) Småbarnshem, skolhem och vårdhem för barn, yrkeshem för flickor, arbetshem och vårdhem för kvinnor		110
Enskilda			
Stora Sköndal	a) Observationsavdelning på 14 platser b) Yrkeshem för pojkar, arbetshem och vårdhem för män		300
Förslagsvis			
Fogdarödshemmet med epileptikerhemmet Sätoftahemmet	a) Observationsavdelning b) Arbetshem och vårdhem för män » » » » kvinnor	67 91	158
Epileptikerhem			
Erstagården	Arbetshem för kvinnor		60
Röingegården	» » män		65
Ervallahemmet	» » »		59
Skogsudden	» » kvinnor		32
Staberg	» » »		29
Granudden	» » »		30
	Tillhopa		1 132

Av ekonomiska skäl har vi inte ansett oss kunna framlägga förslag till en omläggning av verksamheten vid Vilhelmsro och Margarethahemmet till att avse endast barn och ungdom. Vi förutsätter att medicinalstyrelsen i framtiden uppmärksammar möjligheterna att successivt genomföra ett sådant program i den mån åskådningarna på detta område motsvarar en sådan linje.

Beträffande tid och sätt för utbyggnaden hänvisar vi till 11 kapitlet i det följande.

Differentieringsfrågan

En av förklaringarna till att fördelningen av vårduppgifterna de olika anstalterna emellan inte är helt tillfredsställande är, att en adekvat differentiering av patienterna är en särskilt komplicerad sak då det gäller epileptiker. Som framgår av 4 kapitlet är epilepsi inte ett konstant tillstånd, utan en pågående sjukdomsprocess, ett patologiskt skeende. Detta medför att patienternas tillstånd skiftar snabbt, stundom från dag till dag. Det är inte

heller endast patienternas snabbt varierande sjukdomsbild man har att ta hänsyn till vid val av vårdform; härvidlag måste beaktas en mängd andra faktorer.

Ålder och kön har beaktats i avsnittet om terminologi ovan och behöver ingen annan kommentar än att såväl skolhem som yrkeshem måste vara relativt stora för att göra en uppdelning efter övriga grunder möjlig. Klassavdelningarna vid skolhemmen bör inte vara större än 8 à 10 elever. De epileptiska barnen kommer genom absenser och liknande sjukdomsyttringar (jfr 4 kapitlet) att alltsomoftast »drömma bort» och förlora uppmärksamheten för en stund. Det gör att läraren i en epileptikerskola får räkna det som normalt att arbetsuppgiften skall tas om — flera gånger ju större klassen är. Skolbarn med epilepsi anses av lärarna ofta vara överambitiösa, i synnerhet gäller detta flickorna. Detta, sammanställt med att barnen genom eller till följd av sjukdomen oftast är lättare uttröttbara än vanliga barn, gör att risken för överansträngning alltid lurar i bakgrunden.

Vad nyss sagts gäller i tillämpliga delar även yrkeshemmen och i avsevärd utsträckning även arbetshemmen. Vid genomförandet av »den lilla gruppens» princip, som tillämpats inom svensk epileptikervård långt innan den blivit aktuell inom andra vårdområden, måste beaktas även intelligensnivå, anfallsfrekvens och larverad epilepsi samt det epileptiska psykets egenart.

Det anförda visar, att en uppdelning efter hemort — som ur synpunkten av kontaktmöjligheter med hemmet framstår som önskvärd — ofta inte kan genomföras ens inom de typer av hem, som ligger spridda i landet. I valet mellan differentierade anstalter och anstalter med tillfredsställande geografisk spridning måste differentieringssynpunkten ur humanitär och vårdsynpunkt ges obetingat företräde.

De sinsemellan motstridiga faktorer, som påverkar frågan om på vilken anstalt en patient rättast hör hemma, gör att vi inte funnit lämpligt att föreslå några allmänna föreskrifter om hur differentieringen skall ske. Genom att anförtro denna uppgift åt överläkarna vid de neurologiska klinikerna anser vi oss ha skapat större garantier för en riktig anstaltsplacering än skrivna anvisningar kan ge. Självfallet bör överläkarna vara oförhindrade att i den mån de finner lämpligt delegera denna uppgift på överläkarna på epilepsisjukhusen. Det torde också vara lämpligt att medicinalstyrelsen alltefter det anstaltsorganisationen kommer i fullgott stånd med ej alltför täta mellanrum sammankallar konferenser mellan överläkarna vid såväl de neurologiska klinikerna som epilepsisjukhusen i detta ämne, som inte får stelna i slentrian.

Den medicinska verksamheten

Epilepsisjukhusens främsta medicinska uppgift bör vara långtidsobservation och -behandling.

Erfarenheterna av en modern behandling av epilepsi på lång sikt har givit skäl för en väsentligt mer optimistisk inställning än som tidigare varit förhärskande. Inte ens när det gäller svårartade sjukdomstillstånd, som under mycket lång tid visat sig resistenta mot behandling, kan man bedöma situationen som hopplös. Man har vid anstalterna ej sällan haft tillfälle att se, hur en patient efter upp till 20 års anstaltsvistelse blivit återställd från sina förut täta och svåra anfall och därmed klarnat upp, allmänt förbättrats och — efter en försiktigt genomförd övergångsperiod — kunnat komma ut i livet och reda sig på egen hand. Man kan säga, att eftermognaden och den sociala prognosen för epilepsisjuka barn och ungdomar genomgående är bättre än man vågat hoppas på. Låga värden vid intelligensprövningarna beror ofta på en kombination med speciella handikapp (lokalt cerebralt betingade läs- och skrivsvårigheter samt besläktade saker) eller på handikapp, som beror mer allmänt på »den epileptiska oron» i hjärnan (jfr 4 kapitlet).

Den allmänna strukturen av epileptikervården, resurserna och arbetssättet måste därför vara av sådan typ att man inte frestas att resignera inför »stationära» sjukdomstillstånd. Epilepsisjukhusen bör vara naturligt och väl differentierade, så att en patient vid en förändrad situation lätt kan överflyttas till lämplig avdelning, till arbetsträning o. s. v. Kontakten med arbetsmarknaden är en viktig uppgift för kuratorn, likaså kontakten med epileptikerhemmen.

Vid epilepsisjukhusen bör på grund av det anförda finnas läkare och personal, som uteslutande ägnar sig åt epilepsisjuka i större skala. Behandlingsresultat och erfarenhet för framtiden skall de vinna genom att beakta *sjukdomens förhållande under längre tidrymder*. Långtidsbehandlingen kopplas på ett önskvärt och naturligt sätt samman med skolgång, när det gäller barn, samt med yrkesutbildning och arbetsträning när det gäller äldre.

Behandlingen med medicin är i regel en *utpräglad långtidsbehandling*. Det är inte endast fråga om att variera och söka sig fram med hjälp av den arsenal, som nu står till buds. Även en konstant medikation under en längre tid kan så småningom bryta en »anfallsvana», något som ofta är svårt att genomföra och kontrollera under ambulanta förhållanden och vid kortare intagningar för kontroll.

En noggrann observation och kontroll (på observationsavdelning i direkt anslutning till sjukhusets medicinska centrum) ger möjlighet att fullgöra en rad kvalificerade uppgifter. Som exempel kan nämnas att det ofta är angeläget att följa patienter under sammanhängande tider med *serieundersökningar* av medicinskt-kemisk art för att utröna de moment, som betingar anfallsbenägenhetens växlingar och de oklara förhållanden, som betecknas som »periodicitet». Ett motsvarande förhållande gäller elektroencefalografiska undersökningar i samma syfte. Möjligheten till effektiv kontroll av undersökningsbetingelserna kan ge omedelbara praktiska vinster. Dessutom

underlättar det för läkarna att genom eget vetenskapligt arbete hålla sig à jour med utvecklingen inom området och att bidraga till den.

Inom långtidsbehandlingen faller även det arbete, som kan utföras i samverkan med ortoped för att motverka *funktionsrubbningar vid spastiska tillstånd*. Här är fråga om ett försummat kapitel. Arbetet bör som nämnts utföras i nära samarbete med ortopedisk lasarettsavdelning. Vid varje epilepsisjukhus bör även anställas en sjukgymnast. En viktig uppgift för denna befattningshavare är att — gärna kursvis i tur och ordning — träna upp sjukvårdspersonalen, så att daglig rörelseterapi kan ges på vårdavdelningarna som komplement till ortopedöverläkarens och sjukgymnastens eget arbete.

Den erfarenhet, som vinns genom långtidsobservation, genom de ovannämnda serieundersökningarna m. m., bör som redan nämnts tillgodogöras för *vetenskaplig forskning*. Det gäller såväl det rent medicinska som det medicinskt-psykologiska. En viktig uppgift, som ligger särskilt lämpligt till för epilepsisjukhus, är även utprovning av nya läkemedel.

En sida, som så nära anknyter till långtidsbehandlingen att man, om man så vill, kan säga att det endast är en sida av behandlingen, är den *sociala rehabiliteringen*. Skolundervisning, yrkesutbildning, arbetsvård och hjälp till de sociala organ, som utanför anstalten står beredda att fullfölja vad man under anstaltsvården påbörjat, är de element som i detta avseende främst kompletterar den rent medicinska vården.

Av de antydningar vi här gjort torde framgå, att läkarnas arbetsuppgifter vid epilepsisjukhusen är både omfattande och mångsidiga. Som ett framtidsmål har vi uppställt 1 läkare på 75 fullt belagda vårdplatser. Utbyggnaden framemot detta mål får tas i takt med den successiva förbättringen av den allmänna läkartillgången. Läkarna bör i avlöningshänseende vara likställda med läkarna vid statens sinnessjukhus. Nuvarande behörighetskrav bör behållas, men självfallet är det önskvärt att läkarna vid epilepsisjukhusen för barn i vart fall har randutbildning i pediatrik och barnpsykiatri. Under nuvarande knapphet på läkare skulle det vara av stort värde, om tjänster inrättades, i första hand avsedda för läkare med särskild utbildning i medicinsk psykologi men, om sökande med sådan utbildning inte kan erhållas, i andra hand avsedda för utbildade fackpsykologer.

Läkarna vid epilepsisjukhusen bör stå i nära kontakt med epileptikerhemmen. En förstärkning av läkarkrafterna är av sådan vikt, att vi föreslår att principbeslut redan nu fattas om anställande av en heltidsanställd läkare vid vartdera av Margarethahemmet och Fogdarödshemmet, som därefter och sedan de utrustats för ändamålet bör förvandlas till epilepsisjukhus. Tidpunkten, när detta kan bli möjligt, bör i första hand väljas av medicinalstyrelsen. Läkaren vid Fogdarödshemmet bör omhänderha vården även av patienter å Sätoftahemmet, som har samma ägare och ligger i samma köping.

Vid varje epilepsisjukhus bör finnas en heltidsanställd sjukgymnast och en heltidsanställd kurator. Vid de mindre epilepsisjukhusen — Margarethahemmet och Fogdarödshemmet — bör dessa befattningshavare räcka till även för närbelägna epileptikerhem. Personaltätheten bör ökas minst till det mål, man uppställt för de statliga sinnessjukhusens del; sannolikt bör personalen i en framtid vara något mera talrik.

En förbättring av yrkesutbildningsmöjligheterna kan väl ses även som en medicinsk angelägenhet.

Det återstår att tillägga att, även om långtidsobservation och -behandling blir det centrala i den medicinska verksamheten vid epilepsisjukhusen, hinder inte bör möta för en begränsad öppen mottagning.

Öppen vård

1951 års sinnesslövårdsutredning har i sitt den 21 april 1955 avgivna betänkande III med utredning och förslag rörande den öppna vården av psykiskt efterblivna samt utbildning av viss vårdpersonal (stencilerat) ingående analyserat möjligheterna till och formerna för öppen vård av psykiskt efterblivna. Vad sinnesslövårdsutredningen anfört är — trots att vårdbehovet bottnar i medicinskt sett skilda sjukdomstillstånd — i vissa avseenden tillämpligt även på epileptiker. Vi inskränker oss därför till att hänvisa till sinnesslövårdsutredningens betänkande och att därutöver endast i korthet ange, vilka av utredningens förslag som bör användas inom epileptikervården.

Utackordering i familjevård, som innebär att den utackorderade alltjämt betraktas som intagen på anstalten och som i princip inte bör ske till det egna hemmet, bör få en väsentligt vidgad tillämpning.

Försöksutskrivning — som kan användas *dels* när epileptiker, som anmälts till inskrivning och befunnits vara i behov av anstaltsvård, ej kunnat beredas plats i sluten vård, *och dels* såsom förberedelse till slutlig utskrivning — bör införas som en inom epileptikervården ny form.

Tillsynens omfattning över dessa former för öppen vård bör i princip bestämmas på samma sätt för epileptiker som för psykiskt efterblivna.

Epileptikerna är för fåtaliga för att vi skulle kunna föreslå anordnande av särskilda daghem och sysselsättningsavdelningar eller inackorderingshem för dem. Dessa anordningar behöver fördenskull inte vara stängda för de epilepsisjuka; tvärtom bör anstalterna verka för att genom inackordering enligt individuella avtal placera därför lämpliga elever antingen på hem och avdelningar för fullsinnade eller på hem och avdelningar för psykiskt efterblivna.

I detta sammanhang vill vi framhålla att bestämmelserna rörande det allmänna undervisningsväsendet och skolöverstyrelsens välavvägda anvisningar till dem (jfr 3 kapitlet) synes göra det möjligt, att normalbegåvade

epileptiska barn i större utsträckning än för närvarande bereds möjlighet att stanna kvar inom det allmänna undervisningsväsendet. Detta kan ske, antingen så att barnet bor kvar på anstaltens skolhem och därifrån reser fram och tillbaka till närmaste vanliga skola, eller så att barnet utackorderas i familjevård eller försöksutskrivs och under anstaltens kontroll på sjukdomsyttringar bereds möjlighet att från det enskilda hemmet delta i skolarbetet.

Vad 1951 års sinnesslövårdsutredning föreslagit i fråga om *arbetsvård och arbetsanskaffning* för psykiskt efterblivna bör i princip genomföras även för epileptiker. Vid samtliga fyra epilepsisjukhus bör så småningom anordnas särskild arbetsträning, varjämte egentlig yrkesutbildning bör förekomma åtminstone vid ett sjukhus för manligt och ett sjukhus för kvinnligt klientel och därutöver kontakt sökas med landstingens träningsverkstäder. Det är möjligt, att skyddad verksamhet i en framtid bör anordnas även inom epileptikervårdens ram, men för närvarande förutsätter vi att patienterna på epileptikeranstalterna genom individuella avtal skall kunna placeras i »vanlig» skyddad eller halvskyddad verksamhet. Kuratorerna kommer också att få viktiga uppgifter i fråga om yrkesval o. dyl.

De hinder för yrkesutövning, som redovisats i 3 kapitlet under avsnittet *arbetsrätt,* synes riktigt avvägda och bör därför behållas. Det arbetshinder, som ligger i allmänhetens fördomsfulla inställning mot sjukdomen är som framgår av vår redovisning av arbetsgivareföreningens syn på frågan (se 3 kapitlet) föga framträdande då det gäller storindustrier. Det är däremot ofta starkt framträdande, då det gäller »folk i allmänhet». Vi förutsätter, att medicinalstyrelsen, skolöverstyrelsen och arbetsmarknadsstyrelsen kommer att överväga möjligheterna att genom intensifierad upplysning — eventuellt genom en eller flera särskilda kampanjer — reducera de fördomar, som i detta avseende alltjämt förekommer. Den individuella påverkan, som härvidlag erfordras, får i första hand skötas av kuratorerna. En fortsatt medverkan av den redan verksamma riksföreningen för svensk epileptikervård — föreningen har utgivit en folkskrift i ämnet — är även önskvärd.

Till vissa statsbidragsfrågor återkommer vi i 11 kapitlet.

Utbildning av vårdpersonal

Även i denna fråga kan vi inskränka oss till att hänvisa till 1951 års sinnesslövårdsutrednings betänkande III. Vårdpersonalen vid epileptikeranstalterna är nämligen alltför fåtalig för att man skulle kunna tänka sig en särskild, kursmässig utbildning för den. Epileptikeranstalternas personal bör därför beredas tillträde till samtliga de av sinnesslövårdsutredningen föreslagna utbildningsmöjligheterna.

Vi skulle tro, att ytterligare några timmars orientering om epilepsien på de av sinnesslövårdsutredningen utarbetade kursplanerna skulle vara av

värde även för den personal, som i första hand avses med förslagen. Då detta emellertid är en avvägningsfråga, inskränker vi oss till att rekommendera synpunkten till beaktande vid planernas definitiva utformning.

Den särskilda kännedom om epilepsien, som såvitt angår epileptikeranstalternas vårdpersonal bör komplettera nyss angivna allmänna utbildning, bör det åligga överläkarna vid epilepsisjukhusen att meddela enligt närmare anvisningar, som lämpligen utfärdas av medicinalstyrelsen.

10 kap. Den diagnostiska verksamheten i fältet och på högsta plan

Remissförfarandet

Det blir helt naturligt föräldrarna eller de som eljest har hand om vårdnaden, som i regel först märker yttringarna av epilepsi i barndomen och den tidigare ungdomen. Med den medicinska folkupplysning, vi nått i vårt land, får det antas att de fall är fåtaliga, där vårdnadshavarna medvetet underlåter att söka läkare för sjukdomsyttringarna. Vanföreställningen om epilepsi som en nedsättande sjukdom gör dock att man inte helt kan se bort från förhållandet. Däremot är det inte helt ovanligt, att föräldrarna bagatelliserar symtomen eller inte förstår hur allvarliga sjukdomsyttringarna är. Flertalet oförstånd och felbedömningar av detta slag rättas till när barnen börjat skolan.

Några åtgärder för att fånga in de fall som sålunda »tappas bort» anser vi oss inte böra föreslå. Det synes oss nämligen uppenbart att man naturligast kommer tillrätta med missförhållandet genom en fortsatt intensifiering av både den medicinska förebyggande vården (förebyggande barnavård, distriktsbarnmorske- och distriktssköterskevård), den allmänt sociala omvårdnaden, skolhälsovården och den medicinska folkupplysningen.

De allra flesta fallen kommer alltså till läkares kännedom. Av den i andra kapitlet lämnade redogörelsen för vården vid de neurologiska klinikerna framgår, att ett glädjande stort antal läkare i fältet är medvetna om vilken allsidig utredning en yttring av epileptisk eller eventuell epileptisk sjukdom kräver.

Vi har övervägt att föreslå en lagstiftning beträffande epileptiker om anmälningsskyldighet för läkarna. En smidigare och enligt vår övertygelse lika effektiv väg är att medicinalstyrelsen med utnyttjande av sin befogenhet att meddela råd och anvisningar utfärdar ett cirkulär i ämnet. Som *bilaga 2* bifogar vi ett utkast till ett sådant cirkulär. Beträffande innehållet i utkastet får vi anföra, att vi i ingressen sökt i korthet ange skälen för den föreslagna anordningen.

Frågan är, om kapaciteten hos de neurologiska klinikerna förslår till att ta hand om de föreslagna remissfallen. I 6 kapitlet har vi angivit förekomsten av epilepsi i vårt land med talet cirka 5 ‰. En för överslagskalkyl användbar utgångspunkt får man, om man väljer beståndet epileptiker i landet, 35 000—40 000. Under antagande, att varje epileptiker skulle be-

höva undersökas vid neurologisk klinik en gång under ett 60-årigt liv, skulle antalet personer i behov av sådan undersökning årligen uppgå till närmare 700.

Mot bakgrunden av de siffror rörande antalet intagna och undersökta personer på de neurologiska klinikerna, som vi lämnat i 2 kapitlet och med beaktande av att även Södersjukhuset i Stockholm har de resurser, vi ansett erforderliga för ett neurologiskt arbetscentrum, skulle ett införande av den föreslagna remisskyldigheten inte i och för sig innebära en alltför stor påfrestning. Som vi närmare skall utveckla under avsnittet »Verksamheten vid klinikerna» längre fram i detta kapitel kan man dock inte undgå att ta hänsyn till även de kontroller och efterundersökningar, som blir ofrånkomliga. Gör man det, blir slutsatsen att de neurologiska klinikerna visserligen under någon tid bör ha möjligheter att utreda alla remissfall, men att uppgiften kommer att belasta dem till bristningsgränsen. Vi föreslår att anvisningarna ges giltighet från och med den 1 juli 1956 men understryker därvid, *hur utomordentligt angeläget det är att ansträngningar görs för att skyndsammast möjligt genomföra medicinalstyrelsens förslag till regionsjukvård, såvitt angår den neurologiska vården.* Därför talar också det humanitära önskemålet att förkorta resorna för patienterna.

Förslaget till lag om ändring i sjukhuslagen

I samband med att den diagnostiska verksamheten på högsta plan beträffande epilepsi förläggs till de neurologiska centra, till en början vid undervisningssjukhusen, vartill i detta sammanhang bör hänföras även Södersjukhuset, men så snart sig göra låter även vid föreslagna regionsjukhus, bör huvudmannaskapet beträffande epileptikervården bestämmas klarare än nu.

Ett förslag till lag angående ändrad lydelse av 1 § lagen den 20 december 1940 (nr 1044) om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus finns intaget som *bilaga 3* till vårt betänkande.

Vi vill erinra, att särskilda sakkunniga — sjukhuslagstiftningskommittén — för närvarande utreder frågan om ändringar i sjukhuslagen. Det kan under sådana omständigheter sättas i fråga, om anledning föreligger att nu ändra sjukhuslagen endast på förevarande punkt. Enligt vad vi inhämtat kommer sjukhuslagstiftningskommittén inte att hinna framlägga sina förslag i sådan tid, att de kan underställas 1956 års riksdag. Då det för de intressen vi har att företräda ur framförallt principiell synpunkt är angeläget, att huvudmannaskapet för epileptikervården klarläggs utan dröjsmål, har vi ansett skälen för att nu vidtaga ändringen beträffande epileptiker väga över. För att landstingen skall beredas möjlighet att vid sina sammanträden hösten 1956 ta ställning till frågan, vilka åtgärder som

i anledning av lagändringen må vara påkallade, synes ändringen dock inte kunna sättas i kraft förrän den 1 januari 1957.

Det i gällande sjukhuslag stadgade undantaget från landstingens (vartill vi i detta betänkande hänför även städerna utanför landsting) legala huvudmannaskap av anstaltsvård för fallandesjuka fanns redan i vår första sjukhuslag, d. v. s. lagen om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus den 22 juni 1928 (nr 302). Enligt vad de på denna punkt knapphändiga förarbetena synes ge vid handen grundades undantaget — i varje fall i viss mån — på uppfattningen att vård av epileptiker över huvud taget inte var en uppgift för kroppssjukhusen. Förhållandet utgör ett på sitt sätt vältaligt bevis för läkarvetenskapens framsteg. Att saken varit i någon mån tveksam synes framgå av ett uttalande i 1926 års lasarettsstadgesakkunnigas förslag till lagen (SOU 1927: 3): »— inom den föreslagna lagstiftningens ram faller alltjämt anstaltsvård för nervsjuka, varunder man bör vara berättigad att innefatta jämväl sådana sjuka, vilkas sjukdom ligger inom gränsområdet emellan nerv- och sinnessjukdomar».

Som framgår av vad vi tidigare anfört innebär vårt förslag, att alla fall bör passera kroppssjukhusen, varifrån flertalet kan utskrivas till öppen vård. Det fåtal, som har de svåraste symtomen, måste dock överföras till en särskild vårdorganisation, för vilken staten skall vara huvudman. Det synes under sådana förhållanden lämpligt, att det legala huvudmannaskapet för vården å kroppssjukhusen anförtros landstingen. Om denna regel skrivs in i 1 § sjukhuslagen, kommer regeln enligt paragrafens ordalydelse att gälla »i den mån icke annan drager försorg om sådan vård».

Vad angår omfattningen av landstingens huvudmannaskap har vi redan nämnt, att sinnessjuka epileptiker och epileptiker med psykisk efterblivenhet som ur vårdsynpunkt mest framträdande symtom liksom hittills skall omhändertas enligt bestämmelserna i sinnessjuklagen samt lagen om undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna. Självfallet gäller detta också det s. k. vipeholmsklientelet, d. v. s. de som omhändertas på staten tillhörig anstalt för psykiskt efterblivna. Det är det återstående epileptikerklientelet frågan nu gäller. Av dessa bör flertalet efter utredning och vård på de neurologiska arbetscentra kunna återbördas till ett liv utanför anstalt. Ett litet antal, enligt vad vi anfört i 6 kapitlet mellan 1 000 och 1 500 i hela landet, måste dock varaktigt omhändertas för en anstaltsvård, som av praktiska och organisatoriska skäl bör ha staten till huvudman. Att i medicinska termer fånga de tillstånd som bör föranleda dylikt omhändertagande är knappast möjligt. Vi inskränker oss beträffande denna fråga till att hänvisa till fjärde kapitlet. Allmänt skulle med utgångspunkt från vad där anförts kunna sägas, att de personer, vilka under synnerligen växlande symtombild och med stora olikheter i fråga om sjukdomsyttringarnas intensitet på grund av epilepsi inte i annan form kan beredas tillfredsställande vård, är de som bör omhändertas på epileptikeranstalter.

Tekniskt synes detta undantag böra ges sin plats i stadgan för statens epilepsisjukhus. Ett förslag till lydelse av 1 § i en sådan stadga bifogas som *bilaga 4*.

Under förarbetena till 1954 års lag om undervisning och vård av psykiskt efterblivna ägnades frågan om en riktig bestämning av klientelet stor uppmärksamhet. Man stannade för den i 1 § lagen inskrivna regeln att lagen »avser *dels* barn under skolåldern, som på grund av allmän psykisk efterblivenhet icke kunna erhålla tillfredsställande vård i enskilt hem, *dels* andra barn under aderton år, som av sådan orsak icke kunna tillgodogöra sig folkskolans vanliga undervisning eller hjälpundervisning, *dels ock* personer över aderton år, som av samma grund äro ur stånd att taga vård om sig själva». I stadgan för statens anstalt för fallandesjuka den 15 juni 1939 (nr 460) anges anstalten ha till ändamål att meddela undervisning, vård och behandling av »fallandesjuka, som icke lämpligen kunna annorlunda omhändertagas». Som synes har båda författningarna då det gäller avgränsningen av klientelet samma huvudsyfte, nämligen att begränsa klientelet till personer, som på grund av den aktuella sjukdomen inte kan föra ett normalt liv. Båda bestämningarna kan enligt vårt sätt att se övervägas. Vi har stannat för att förorda, att i stadgan för statens epilepsisjukhus skall inskrivas regeln, att dessa sjukhus har till ändamål att bereda vård — vars huvudformer bör anges — åt personer, vilka »icke i annan form kunna beredas tillfredsställande vård». Anledningen till att vi föreslår avvikelse från den utförliga och vägledande bestämningen i 1954 års lag är främst, att epileptiker kan behöva särskild anstaltsvård, trots att de kan sköta sina affärer, klart uppfatta sin egen situation etc., eller med andra ord »taga vård om sig själva» i en av de huvudbemärkelser, vari termen tagits i denna lag.

Materiellt innebär vårt förslag till lagändring, att landstingen skall vara skyldiga svara för den anstaltsorganisation i sjukhuslagens mening, som krävs för erforderlig vård å kroppssjukhus åt epileptikerna, samt för därmed förbundna kostnader. I sak torde det förhålla sig så, att landstingen, ehuru utan i lag inskriven skyldighet, i stor utsträckning redan påtagit sig dessa uppgifter. Redan den omständigheten, att vid Södersjukhuset i Stockholm, Lunds lasarett och Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg inrättats samt vid akademiska sjukhuset i Uppsala beslutats neurologiska kliniker, vid vilka klientelet enligt vad erfarenheten lär till avsevärd del utgörs av epileptiker, visar landstingens redobogenhet att här som på andra områden ta behövliga initiativ även utan lagstadgad skyldighet därtill. Från intendentskontoren vid de berörda sjukhusen har vi inhämtat, att det såvitt från sjukhusen kan bedömas, är regel att landstingen ersätter vården av de epileptiskt sjuka enligt gällande utomlänsavtal eller eljest gällande föreskrifter, oavsett att sjukhusvård av epileptiker inte enligt lagen ankommer på dem. Slutligen talar för att någon större saklig ändring av nuvarande förhål-

landen inte kommer att följa av ett godtagande av vårt lagförslag det intresse, som berörda sjukvårdshuvudmän visat för ett genomförande av medicinalstyrelsens tidigare nämnda plan för regionsjukvården, såvitt den avser neurologi.

Om alltså ändringen, som bör företas i första hand av principiella skäl, inte torde komma att medföra någon väsentlig ändring i sak, kräver den likväl en formell ändring av förordningen den 30 juni 1937 (nr 655) angående bidrag från landsting och städer, som ej deltager i landsting, till bestridande av kostnaderna för vård i vissa fall å karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet. Enligt denna förordning (bidragsförordningen) åligger det landsting att — då en inom dess område boende person intas vid ifrågavarande sjukhus för vård, som avses i 1 § sjukhuslagen — till statsverket erlägga s. k. vårdbidrag enligt närmare regler i kungörelsen. Som förutsättning för bidragsskyldighet stadgas emellertid, att den intagne *antingen* under vistelse i Stockholms stad eller Stockholms län insjuknat i den sjukdom, vården avser (akuta fall) *eller* erhållit hänvisning till sjukhuset för vård, som ej kan beredas å landstingets sjukvårdsinrättningar (remissfall). Sådan hänvisning skall enligt bidragsförordningen ske skriftligen och får meddelas av lasarettsläkare vid lasarett, som drives av landstinget, överläkare vid akademiska sjukhuset i Uppsala samt överläkare vid statens sinnessjukhus och därmed jämförligt sinnessjukhus. Efter samråd med lasarettsläkare vid landstingslasarettet i fråga får hänvisning meddelas även av andra, närmare angivna kategorier läkare.

På förslag av Kungl. Maj:t i proposition nr 66 har 1955 års riksdag såvitt angår radiumhemmet vid karolinska sjukhuset beslutat, att vårdbidrag från hemortslandsting skall utgå, oberoende av remissförfarandet vid patientens intagning.

En motsvarande uppmjukning bör såvitt angår den neurologiska kliniken vid serafimerlasarettet ske beträffande patienter, lidande av eller misstänkta för att lida av epilepsi. Som framgår av vad vi tidigare anfört intar dessa patienter en klar särställning i det att behovet av specialistundersökning är klart nog för varje läkare och inte kräver prövning av lasarettsläkare. De neurologiska klinikerna bör till dem inta ställningen av enda centralanstalt, var och en inom sin räjong, för den första specialistundersökningen m. m. Det är sjukdomens natur att för sitt diagnostiserande kräva medverkan från specialister vilka endast finns samlade vid undervisningssjukhusen eller i framtiden också neurologisk avdelning vid regionssjukhus, som konstituerar särställningen.

Med hänsyn till denna markerade särställning för epilepsipatienterna förordar vi sådan ändring av bidragsförordningen, att vårdbidrag från hemortslandsting skall utgå för patient, som intagits å serafimerlasarettets neurologiska klinik för utredning rörande epilepsi, efter remiss av varje i landet verksam, behörig läkare. Med hänsyn till att förslaget, lagtekniskt

sett bör genomföras i samma ordning som enligt den tidigare nämnda propositionen nr 66/1955 har vi inte ansett oss behöva utarbeta något författningsutkast.

Några föreskrifter från statlig sida torde inte komma att erfordras för de fyra övriga neurologiska klinikerna, vid Södersjukhuset, i Uppsala, Lund och Göteborg, och inte heller för de blivande neurologiska avdelningarna vid regionsjukhusen. För deras del torde det förslå att sjukvårdshuvudmännens centrala organisationer förordar de jämkningar i gällande utomlänsavtal, som kan komma att behövas.

Verksamheten vid klinikerna

I fråga om den interna medicinska verksamheten vid de neurologiska klinikerna har vi inte några förslag att framlägga. Vi vill likväl inte underlåta att framhålla, att den särskilda epileptikerpolikliniken vid Sahlgrenska sjukhuset på oss gjort ett så starkt intryck av fullgod organisation och effektivitet, att vi starkt ifrågasätter, om inte motsvarande organisation borde prövas även vid övriga neurologkliniker. Det torde böra ankomma på vederbörande klinikchefer att härutinnan ge sin mening tillkänna i remissyttrandena.

Den medicinska verksamheten i förhållande till läkarna på fältet bör bygga på hittills tillämpade principer. Rekommendationerna efter slutförd initialundersökning kan förete en sådan mängd variationer, att det inte kan komma ifråga att närmare gå in på deras innehåll. Endast så mycket bör sägas, att samarbetet bör ske *både* med andra allmänna sjukvårdsanstalter samt praktiserande läkare *och* med epileptikeranstalter. Att kontroller och efterundersökningar ofta kommer att påkallas av de samverkande läkarna är en naturlig och önskvärd sak. Exempel på sådant samarbete har redan på ett förebildligt sätt givits *dels* mellan Sahlgrenska sjukhusets neurologiska klinik och Vilhelmsro, *dels ock* mellan serafimerlasarettets neurologiska klinik och Stora Sköndal. Vid ett godtagande av vårt förslag om inrättande i sinom tid av fyra epilepsisjukhus skulle samarbetet naturligt kunna flyta in i följande grupper: stockholmsklinikerna — Stora Sköndal, uppsalakliniken — Margarethahemmet, lundakliniken — Fogdarödshemmet och göteborgskliniken — Vilhelmsro.

Det torde böra ankomma på vederbörande klinikchefer att i remissvaren ange de krav ifråga om lokaler, utrustning och personal som våra förslag kan föranleda. Däremot föreslår vi anställande vid var och en av klinikerna av en kurator som biträde åt överläkaren vid dennes strävanden att tillgodose de sociala krav, som ofta är förbundna med epileptikervård.

Kuratorerna bör verka i tre riktningar: de intagna patienterna, den hjälpsökande allmänheten och den särskilda epileptikervårdorganisationen.

Verksamheten beträffande de inneliggande patienterna torde inte kräva annat förtydligande än att epilepsipatienter så ofta har familje- och andra sociala problem att reda upp.

Detta gäller i än högre grad den allmänhet, som vid allmänna sjukvårdsanstalter samt hos tjänste- och privatpraktiserande läkare söker hjälp. Den sociala invaliditeten hos dessa patienter är ofta oproportionerligt mycket större än det medicinska vårdbehovet. Förhållandet har föranlett oss att i utkastet till medicinalstyrelsens cirkulär om remiss av epilepsifall särskilt nämna att kuratorerna finns.

Den viktigaste uppgiften för kuratorerna skulle dock vara att underlätta överläkarens kontakt med epileptikeranstalterna. Kuratorerna skulle ständigt hålla sig à jour med beläggningsförhållandena på de epileptikeranstalter, med vilka varje klinik i första hand skulle samarbeta. Kuratorerna borde också i första hand ta emot önskemål från epileptikeranstalterna om förmedling för patienter till arbetsvård och dylikt.

Kuratorerna torde för framtiden böra uppföras på sjukhusens stater. Vid de icke statliga klinikerna bör statsbidrag utgå till deras avlönande enligt samma regler som för personal, avsedd för undervisningen. Det torde få förutsättas att vederbörande direktioner till ett kommande budgetår beaktar detta medelsbehov.

Ett bifall till vårt förslag om skapande av en diagnostisk topporganisation skulle slutligen också medföra ett bättre statistiskt underlag för ett bedömande av epilepsien ur skilda synpunkter.

11 kap. Epileptikeranstalternas utformning och ekonomi

Plan för utbyggnaden och upprustningen

Av de nuvarande epileptikeranstalterna (frånsett Sönnarslövsgården) är Erstagården och Fogdarödshemmet i sådant skick, att de inte kräver någon ytterligare upprustning. Beträffande Sätoftahemmet och Ervalla har vi under utredningsarbetets gång hemställt om anvisande av 645 000 kronor, resp. 395 000 kronor för iståndsättningsarbeten. Vid bifall till dessa förslag kommer även dessa bägge anstalter att ur byggnadssynpunkt fylla moderna krav. I fråga om Skogsudden och Staberg gäller, att de endast kräver smärre kompletteringsarbeten för att bli fullgoda. Kostnaderna för dessa iståndsättningsarbeten uppskattar vi till 25 000 kronor för båda anstalterna tillsammans. Övriga epileptikeranstalter, nämligen Vilhelmsro, Margarethahemmet, Stora Sköndal, Röingegården och Granudden behöver alla rustas upp. För samtliga epileptikeranstalter gäller, att tillgången på personalbostäder är knapp, varför medel kan komma att erfordras för uppförande av sådana.

I 6 kapitlet har vi angivit utbyggnadsbehovet för epileptikervården till 160 platser, vartill kommer 30 platser som ersättning för Sönnarslövsgården. Vårt uppdrag omfattar enligt direktiven även en överarbetning av utbyggnadsprogrammet för Vilhelmsro, så att anstaltens utformning kommer att svara mot de uppgifter den skall fylla i den blivande vårdorganisationen.

Då, enligt vad vi anfört i 9 kapitlet, observationsavdelningar vid epilepsisjukhusen skall fungera som avdelningar för särskilt kvalificerad observation och vård av de patienter, för vilka sjukhuset är avsett, och någon barnavdelning enligt vårt förslag inte skall finnas vid Stora Sköndal, kan vi inte tillstyrka förslaget från denna anstalt om att inom epileptikervårdens ram uppföra en observationsavdelning för barn. Däremot synes det naturligt, att de fyra befintliga barnplatserna på undersökningsavdelningen vid anstalten övergångsvis behålls i avbidan på resultatet av den utredning rörande Margarethahemmet, som vi föreslår i det följande.

Vi tillstyrker diakonsällskapets förslag om uppförande av ett yrkeshem med 30 platser för pojkar (16—20 år). Yrkeshemmet bör ges kapacitet för att även kunna motta externatelever med epilepsi från Storstockholm för yrkesutbildning och arbetsträning. Här och i det följande har vi endast schablonmässigt beräknat byggnadskostnaderna, vilka alltså före ett stånd-

punktstagande i detalj bör undergå förnyad granskning. För yrkeshemmet på Stora Sköndal upptar vi i enlighet med huvudmannens kalkyler 300 000 kronor. Genom tillkomsten av 30 nya platser på yrkeshem för pojkar vid Stora Sköndal och samtidig minskning av antalet sådana platser på Vilhelmsro med 15 (mera därom nedan) skulle behovet av platser på yrkeshem för manligt klientel bli täckt.

Vi tillstyrker även övriga av diakonsällskapet i 2 kapitlet redovisade byggnadsprojekt, utom för observationsavdelningen för barn. Genom ombyggnaden av Normansgården (150 000 kronor) och nybyggnad på 50 platser för det mest svårskötta klientelet (750 000 kronor) skulle vinnas (50 — 5) 45 platser för manligt klientel. Därigenom och genom den tidigare nämnda ombyggnaden av Ervalla — anstalten bör i fortsättningen benämnas Ervallahemmet — som tillför organisationen 7 nya platser, skulle platsbehovet å arbets- och vårdhem för vuxet manligt klientel vara tillgodosett.

De av diakonsällskapet planerade arbetena vid Skäve, nämligen upprustning av Nyhem (25 000 kronor), uppförande av en husfadersbostad till Norrbyvälle (60 000 kronor), renovering av Norrbyvälle (100 000 kronor) samt uppförande av en verkstadsbyggnad och samlingssal (300 000 kronor) är i sin helhet att hänföra till en välbehövlig standardhöjning. Sammanlagt skulle kostnaderna för att göra Stora Sköndal till ett alltigenom modernt epilepsisjukhus sålunda uppgå till (300 000 + 150 000 + 750 000 + 25 000 + 60 000 + 100 000 + 300 000) 1 685 000 kronor, vartill bör läggas 100 000 kronor för yttre anläggningar, planteringar, belysning, vägar m. m. å Sköndal och Skäve. Slutsumma alltså 1 785 000 kronor.

Vad angår *Vilhelmsro* har byggnadsstyrelsen efter samråd med medicinalstyrelsen hemställt, att Kungl. Maj:t dels måtte föreslå riksdagen att såsom en andra etapp i upprustningen godkänna byggnadsföretag för en sammanlagd kostnad av 1 825 000 kronor samt att för påbörjande av dessa arbeten för budgetåret 1956/57 anvisa ett investeringsanslag av 1 000 000 kronor. Vi kommer att i särskild V. P. M. tillstyrka den andra byggnadsetappen med allenast smärre jämkningar samt begära anvisande av hela det av byggnadsstyrelsen angivna beloppet, 1 825 000 kronor, för budgetåret 1956/57. Beträffande ombyggnadsprogrammet på längre sikt får vi anföra följande.

Vi tillstyrker att nuvarande skolhemmet Framtiden byggs om till centralförråd samt lokaler för yrkesutbildning av kvinnliga elever, nämligen syrum, vävsalar och skolkök. Genom omdispositionen förloras 7 platser på småbarnshem, 45 platser på skolhem och yrkeshem för flickor samt 22 skolhemsplatser för pojkar.

Som ersättning för småbarnsplatserna bör uppföras den av byggnadsstyrelsen föreslagna småbarnsavdelningen, vilken med hänsyn till numera

vunna erfarenheter bör begränsas till 2 avdelningar à 11 platser, d. v. s. 22 platser. Om från dessa platser dras de nyss nämnda 7 platserna samt därjämte de 4 barnplatserna på undersökningsavdelningen vid Stora Sköndal — tillhopa 11 platser — återstår som nettotillskott 11 platser. Detta motsvarar på en plats när det av oss angivna platsbehovet på småbarnshem.

Som ersättning för de 45 skolhemsplatserna för flickor i Framtiden bör i sin helhet disponeras det skolhem, som i byggnadsstyrelsens förslag avsetts för pojkar och flickor. Vinst 7 platser.

Vidare bör uppföras ett av byggnadsstyrelsen med »C 1» betecknat kombinerat yrkes- och skolhem för högtstående flickor om 27 platser. Av dessa platser bör 8 disponeras för flickor i gränsområdet mellan skolhems- och yrkeshemsklientel. Om dessa 8 platser såsom fullt försvarligt är redovisas som skolhemsplatser, är behovet av sådana platser för flickor — 15 — täckt. Om vidare 10 platser avses för flickor med behov av yrkeshemsutbildning, är även detta krav tillgodosett. Återstående 9 platser bör rubriceras som arbetshemsplatser för vuxna kvinnor.

Av de 22 förlorade skolhemsplatserna för pojkar på Framtiden kan 12 återvinnas genom den av byggnadsstyrelsen förordade ombyggnaden av »Hoppet». Arbetshemmet Solbacken med 32 arbetshemsplatser för pojkar bör enligt den terminologi, vi ovan förordat, kallas skol- och yrkeshem för pojkar. Vid behandlingen av frågan om ett yrkeshem på Stora Sköndal har vi förutsatt att 15 av de nuvarande platserna på Solbacken skulle evakueras, varvid företrädesvis de äldsta patienterna bör flyttas till Stora Sköndal. Av dessa platser skulle 10 kalkylmässigt avses för pojkar i skolhemsåldern, varigenom behovet av sådana platser är täckt. Återstående 5 platser skulle avses för pojkar i gränsområdet mellan skolhems- och yrkeshemsklientel och behöver inte medräknas vid hopsummeringen av platser för olika kategorier klientel.

Byggnadsstyrelsens förslag om uppförande av en observationsavdelning om 25 platser tillstyrker vi. Enligt föreliggande ritningar skulle platserna vara fördelade på två grupper (16 + 9) för att göra ett särskiljande av olika kategorier möjligt. Dessa platser bör med hänsyn till sin speciella karaktär inte medräknas som vårdplatser. Vi vill likväl inte underlåta att framhålla, att de genom ett smidigt förfogande av överläkaren bör kunna utnyttjas som buffert mot växande exspektantlistor och tillfälligt användas för varaktig vård av det slags klientel, som vi varje tillfälle har svårast att få plats. Normalt bör avdelningen naturligtvis användas för undersökning av nya patienter, för undersökning i fall, där remiss till neurologisk klinik övervägs, för intensivbehandling, som erfordrar särskilt noggrann kontroll (såsom speciell diet-terapi) samt i övrigt för vissa former av undersökning och behandling av patienter, som omhändertagits för varaktig vård (jfr 9 kapitlet, avsnittet *Den medicinska verksamheten)*.

Som byggnadsstyrelsen framhållit bör arbetshemmet Fristaden på längre sikt läggas ner. Arbetshemmet Sjöboda är emellertid numera efter en med reparationsmedel utförd renovering i gott skick och torde höra till de trevligaste avdelningarna inom epileptikervården. Frågan om dess omdisposition för vård av hjärnskadade barn torde därför inte nu böra upptagas till prövning.

I tidigare förslag har upptagits en sluten avdelning för 22 patienter med svåra psykiska orostillstånd. En sådan avdelning har övervägts alltsedan år 1940, då den första planen för Vilhelmsro uppgjordes. Förslaget har emellertid synts alltmer tveksamt och synes numera inte vara en ändamålsenlig lösning. Man har alltid räknat med att de ständigt oroliga och störande skall vårdas på sinnessjukhus. Den nämnda avdelningen har avsetts för sjuka med episodiska orostillstånd. Det är under sådana förhållanden en riktigare och enklare åtgärd att förse en av avdelningarna för vuxna kvinnor med goda isoleringsmöjligheter. En patient kan då vid påkommande oro förflyttas till annat rum inom egen avdelning, som i övrigt har helt öppen typ. Vi vill erinra om att man numera på sina håll även inom sinnessjukvården i stor utsträckning övergått till öppna avdelningar.

Som ersättning för Fristaden föreslår vi uppförande av det av byggnadsstyrelsen som »C 3» betecknade hemmet om 31 platser jämte en avdelning om 22 platser med goda isoleringsmöjligheter enligt vad vi nyss anfört. Därmed tillgodoses en del av anspråken på nya vårdplatser, varjämte man vinner ökad möjlighet till differentiering. Hemmet »C 3» bör alltefter utvecklingen av platsanspråken kunna disponeras som arbetshem eller yrkeshem. Nettoplatstillskottet uppgår till (31 + 22 — 32) 21. Genom att låta med en försäljning av Fristaden anstå, tills behovet av vårdplatser för äldre kvinnligt epileptikerklientel bättre än nu kan överblickas, vinner man den av oss i 6 kapitlet önskade elasticiteten.

Genom uppförande av bägge ifrågavarande ersättningsbyggnader och anstånd med nedläggande av Fristaden ävensom uppförandet vid Erstagården av 30 arbetshemsplatser och vid Granudden av 10 arbetshemsplatser för vuxna kvinnor synes man på ett smidigt sätt ha tillgodosett platsbehovet för vuxna kvinnor.

Beträffande övriga av byggnadsstyrelsen förordade arbeten vid Vilhelmsro vill vi anföra, att behovet av en intendentsbostad numera upphört, sedan sjukhusintendenten lyckats erhålla bostad i den allmänna marknaden i Jönköping. Å andra sidan har svårigheterna för personalen i allmänhet att erhålla bostäder i den allmänna bostadsmarknaden ökat, varför kravet på ytterligare personalbostäder i sinom tid torde bli oavvisligt. Vidare finns det anledning förmoda, att krav kommer att resas på ytterligare lokaler för arbetsterapi och yrkesträning. Det bör ankomma på medicinalstyrelsen att efter ytterligare utredning inkomma med förslag i ämnet. Försiktigheten bjuder dock, att medel beräknas för ändamålet.

Övriga av byggnadsstyrelsen föreslagna åtgärder får vi tillstyrka.

De efter hittills gjorda medelsanvisningar återstående kostnaderna enligt prisläget sommaren 1952 uppgår som framgår av 2 kapitlet enligt byggnadsstyrelsens nämnda år uppgjorda beräkningar till 6 590 000 kronor. Detta belopp torde med hänsyn till byggnadskostnadernas utveckling böra uppräknas med 10 % till 7 249 000 kronor. Summan bör minskas med kostnaden för intendentsbostad, 110 000 kronor, för sluten avdelning, 423 500 kronor, och för hemmet »C 4», 704 000 kronor, eller alltså med tillhopa 1 237 500 kronor. Å andra sidan bör beloppet ökas med kostnaden för uppförande av den av oss föreslagna avdelningen med goda isoleringsmöjligheter för intermittent oroliga kvinnor, av oss uppskattad till 327 500 kronor, samt med medel för det nyss antydda behovet av tjänstebostäder samt för ej påräknade iståndsättningsarbeten, som redan börjat framkomma vid ombyggnaden av de gamla anstaltsbyggnaderna, för förbättringar av andra anordningar vid anstalten (kyrkan och reningsverket) samt för ytterligare anordningar för yrkesundervisningen. Ehuru det är vanskligt att för dessa ändamål beräkna visst belopp — bristfälligheterna i de gamla byggnaderna kommer ju fram först sedan ombyggnaderna påbörjats — har vi uppskattat dess storlek till 661 000 kronor. Sammanlagt skulle alltså för återstående utbyggnad och upprustning av Vilhelmsro krävas 7 000 000 kronor.

Margarethahemmet äger ett omkring 20 har stort markområde alldeles intill Knivsta stationssamhälle 17 km från Uppsala. Hemmet har alltså markutrymme för den utbyggnad, som i en framtid kan finnas erforderlig. Läget är förmånligt; särskilt i förhållande till den beslutade neurologiska kliniken vid akademiska sjukhuset i Uppsala. I förhållande till det andra epilepsisjukhuset för barn och ungdom, Vilhelmsro, ligger anstalten också fördelaktigt till för patienter från norra Sverige.

Av byggnadsbeståndet är de båda huvudbyggnaderna visserligen omkring 40 år gamla, men de är gediget utförda, och underhållet kan knappast anses eftersatt. Härtill kommer, att anstalten har ett — visserligen inte fullt tillräckligt — antal tjänstebostäder i *dels* nyligen uppförda fristående byggnader *och dels* helt nyrenoverade utrymmen i den ena anstaltsbyggnaden.

Margarethahemmet har en mer än 40-årig tradition som skolhem för epilepsisjuka barn. Det är en ömtålig sak att fostra barn som lider av epilepsi; deras sjukdomsbild varierar — stundom från dag till dag — och de har i regel ett ömtåligt psyke med stor irritabilitet och samtidigt med behov av mer än vanlig ömhet. Margarethahemmets traditioner skattas högt i kretsar, som har med epileptikervård att göra.

Trots att anstalten förfogar över ej obetydliga fonder har, som framgår av den redogörelse vi lämnat i 2 kapitlet, dess inkomster på senare tid ej

räckt till för att täcka kostnaderna för driften, varför medel måst tillskjutas av staten i särskild ordning. Driftkostnaderna har också, som framgår av samma redogörelse, varit förhållandevis höga.

När vi beaktat samtliga nu anförda omständigheter, har vi visserligen funnit övervägande skäl tala för, att Margarethahemmet för framtiden behålls som ett epilepsisjukhus, men däremot funnit det tveksamt om tillräckliga skäl kan anföras för att det i framtiden skall behållas under enskild äganderätt. Även den omständigheten, att staten — som enligt vårt förslag skall vara huvudman för den särskilda epileptikervårdorganisationen — i egen regi synes böra driva en ej alltför obetydlig del av det sammanlagda platsantalet, synes i viss mån tala för att ett förstatligande av hemmet bör komma till stånd.

Frågorna, om hemmet bör bevaras och i så fall i vilken regi det bör drivas, kan emellertid inte definitivt besvaras utan en jämförande utredning mellan å ena sidan kostnaderna för att sätta hemmet i fullt tidsenligt skick och å den andra kostnaderna för att anordna ett helt nytt hem genom inköp av en befintlig anstalt eller nybyggnad. Utredning måste också verkställas rörande frågan, huruvida drift i statlig eller enskild regi för framtiden bör anses ur skilda synpunkter förmånligast.

På den tid, som stått oss till buds, har det inte varit möjligt att verkställa nu antydda utredningar, varför vi nödgats lämna dessa frågor öppna. Vi föreslår i stället, att åt medicinalstyrelsen uppdras att förutsättningslöst utreda angivna frågeställningar samt att skyndsamt avge de förslag, vartill resultatet av utredningarna kan komma att föranleda.

I det föregående har vi vid diskussioner av framtida förhållanden på några ställen använt beteckningen Margarethahemmet. För enkelhets skull använder vi samma beteckning i det följande. Beteckningen bör självfallet förstås som »Margarethahemmet eller den epileptikeranstalt, som bör inrättas i dess ställe».

För köp av Margarethahemmet och dess upprustning, respektive för anordnande av annan anstalt i dess ställe, beräknar vi — naturligtvis på osäkra grunder — att det kommer att krävas sammanlagt 3 000 000 kronor.

Vid *Röingegården* finns en föreståndarbostad, en lägenhet om 1 rum och kök för en gift vårdare samt två enkelrum för ogift personal. Ur vårdsynpunkt har detta bostadsbestånd visat sig otillräckligt. För att föreståndaren och övriga vid anstalten boende befattningshavare skall kunna erhålla rimlig nattvila, föreslår vi att för uppförande av byggnad för tre gifta befattningshavare beräknas 150 000 kronor.

Svenska diakonissällskapet har som nämnts i 2 kapitlet förklarat sig villigt att vid *Erstagården* uppföra ytterligare ett arbetshem med omkring 30 platser.

Vi föreslår att för räntefritt, stående lån till sällskapet för detta ändamål beräknas 750 000 kronor.

Antalet vårdplatser för epileptiker i Norrland är alltför lågt. Med hänsyn till den obetydliga förekomsten av epilepsi har vi inte ansett oss kunna framlägga förslag om inrättande av en ny epileptikeranstalt för denna landsdel. I viss mån bör behovet av flera platser för epileptikervård i Norrland dock kunna tillgodoses genom att *Granudden* i Härnösand byggs ut till omkring 30 platser, varigenom en ur driftsynpunkt lämplig storlek vinns.

Vi föreslår att för ändamålet beräknas 250 000 kronor.

Som vi tidigare sagt bör 25 000 kronor avses för smärre iståndsättningsarbeten vid *Skogsudden* och *Staberg*. Slutligen bör som en allmän reserv för tjänstebostäder, lokaler för yrkesutbildning och oförutsedda ändamål beräknas ett belopp av 1 000 000 kronor.

Vi vill understryka att de ovan gjorda beräkningarna i stor utsträckning har karaktären av överslagsberäkningar. Det är alltså troligt, att åtskilliga jämkningar i fråga om detaljer kan komma att visa sig erforderliga. Helhetsbilden torde dock, liksom slutsumman för upprustningen: (645 000 + 395 000 + 1 785 000 + 7 000 000 + 3 000 000 + 150 000 + 750 000 + 250 000 + 25 000 + 1 000 000 =) 15 000 000 kronor, ha stor sannolikhet för sig.

Det hade varit önskvärt, att upprustningen kunnat genomföras på tre år. I rådande investeringsläge har vi dock funnit oss nödsakade att förorda att uppbyggnadstiden bestäms till fem år enligt följande fördelning.

För *budgetåret 1956/57* kommer vi att i särskild ordning föreslå att medel anvisas under statens allmänna fastighetsfond för den av byggnadsstyrelsen angivna etapp II vid Vilhelmsro med 1 825 000 kronor samt under fonden för låneunderstöd med 645 000 kronor till Sätoftahemmet, 395 000 kronor till Ervallahemmet och 25 000 kronor till iståndsättning av Nyhem vid Skäve under Stora Sköndal.

För *budgetåret 1957/58* bör 1 000 000 kronor anvisas för en etapp III — vilken bör anges av byggnadsstyrelsen efter samråd med medicinalstyrelsen — vid Vilhelmsro samt 2 000 000 kronor för förvärv av och upprustning av Margarethahemmet eller ersättningsanstalt därför. Hemmet bör vid drift i statlig regi upptas till redovisning på medicinalstyrelsens delfond av fastighetsfonden. Beloppen bör alltså anvisas under denna fond. Från fonden för låneunderstöd bör anvisas 375 000 kronor för påbörjande av det nya arbetshemmet vid Erstagården samt 60 000 kronor till uppförande av ny föreståndarbostad till Norrbyvälle vid Skäve under Stora Sköndal.

För *budgetåret 1958/59* bör under fastighetsfonden anvisas 1 500 000 kronor till en etapp IV — bestämd i samma ordning som etapp III — vid Vilhelmsro samt 500 000 kronor till fortsatt upprustning av Margarethahemmet. Från fonden för låneunderstöd bör anvisas 375 000 kronor till slut-

förande av arbetshemmet vid Erstagården, 250 000 kronor till utbyggnaden vid Granudden och 100 000 kronor till iståndsättning av Norrbyvälle under Stora Sköndal.

För *budgetåret 1959/60* bör anvisas 1 500 000 kronor till etapp V — bestämd enligt ovan — vid Vilhelmsro och 500 000 kronor till slutförande av upprustningen av Margarethahemmet, båda beloppen under fastighetsfonden. Till yrkeshemmet för pojkar vid Stora Sköndal avses 300 000 kronor och till påbörjande av det nya arbetshemmet vid samma anstalt för svårskötta män 700 000 kronor, tillhopa 1 000 000 kronor, att utgå från fonden för låneunderstöd.

Slutligen bör för *budgetåret 1960/61* utgå 1 175 000 kronor från fastighetsfonden för slutförande av upprustningen av Vilhelmsro samt 1 625 000 kronor för slutförande av upprustningen vid Stora Sköndal och för upprustningen av Skogsudden och Staberg ävensom de ej närmare angivna ändamål, för vilka vi beräknat en reserv av 1 000 000 kronor.

Anstalternas ekonomi

För de statliga epilepsisjukhusens del erbjuder finansieringen endast ett problem av principiell natur, nämligen om patienterna skall erlägga vårdavgift eller ej. Huvudlinjen inom svensk sjukvård är ju, att patienterna för sluten vård erlägger en avgift, som likväl bestäms till så lågt belopp som 3 kronor för dag. Denna regel gäller även för statens sinnessjukhus och Vilhelmsro.

I 1954 års lag om undervisning och vård av psykiskt efterblivna stadgas emellertid, att undervisning och vård enligt denna lag av psykiskt efterbliven, som är inskriven eller för observation intagen vid särskola eller som är inskriven vid vårdanstalt och ej fyllt 21 år, skall vara kostnadsfri. Dock äger landstinget eller efter Konungens bestämmande annan som driver särskola eller vårdanstalt att såsom ersättning för kostnaden uppbära den inskrivne tillkommande folkpension eller särskilt barnbidrag så ock allmänt barnbidrag, som enligt 7 § lagen om allmänna barnbidrag må utgå för den efterblivne. Den som uppbär folkpension skall vara skyldig att enligt givna regler tillhandahålla den pensionsberättigade fickpengar eller använda motsvarande belopp för ökande av hans trivsel eller eljest till hans personliga nytta. För vård på vårdanstalt av psykiskt efterbliven, som fyllt 21 år, skall erläggas avgifter, som fastställs av Kungl. Maj:t eller medicinalstyrelsen.

Utan hinder av föreskriften om kostnadsfri vård för psykiskt efterbliven under den vanliga myndighetsåldern skall sådana efterblivna som är försöksutskrivna eller utackorderade i familjevård vara skyldiga gälda kostnaderna för vården i den utsträckning centralstyrelsen bestämmer.

En annan — eller om man så vill en tredje — princip skall enligt beslut

av 1955 års riksdag gälla, då det gäller vård av vanföra samt normalbegåvade spastiker. För detta klientel har riksdagen lämnat utan erinran ett av chefen för inrikesdepartementet i propositionen nr 135/1955 gjort uttalande, att han funnit det skäligt, att de vanföras föräldrar erlägger viss avgift för kost och logi vid skolhemmen. I överensstämmelse med denna princip har avgiften vid vanföreanstalternas och Eugeniahemmets skolhem bestämts att tillsvidare utgå med 50 öre för barn och dag.

När vi haft att ta ställning till frågan, vilken av de nyss återgivna principerna som i fortsättningen bör gälla för epileptikervårdens del, har vi till en början slagit fast, att epileptikervård är att anse som sjukvård. Den omständigheten, att patienterna under anstaltsvistelsen även erhåller undervisning — både teoretisk och på praktisk yrkesutövning inriktad — rubbar inte vårdens i första hand medicinska karaktär. Förhållandet bör i stället uppfattas så, att de rehabiliteringskrav, som nu anmäler sig inom ett stigande antal vårdgrenar, gör sig gällande med särskild styrka och därför slagit igenom då det gäller epileptikervård.

Om alltså epileptikervård bör anses som sjukvård, blir nästa fråga den, vilka särskilda skäl som kan anföras för att man beträffande denna vårdform skall frångå den eljest tillämpade huvudprincipen att ersättning skall erläggas med 3 kronor om dagen. För de psykiskt efterblivnas del har man främst åberopat *dels* att omhändertagandet mera syftar till fostran och vård än till sjukvård i vanlig bemärkelse *och dels* att man inte bör öka de anhörigas bedrövelse över att barnet befunnits psykiskt efterblivet med en betungande betalningsskyldighet.

Det förra skälet äger som framgår av vad vi nyss anfört inte tillämpning på epileptikervård. Det gör däremot det senare skälet, så länge vårdavgifterna är så höga som de för närvarande är vid de enskilda epileptikeranstalterna. Så behöver däremot inte bli fallet, om vårdavgiften sätts till 3 kronor om dagen. Den kan i så fall antas i princip motsvara vad det skulle ha kostat föräldrarna att behålla barnet i sitt hem. Man bör enligt vårt sätt att se inte heller förbise möjligheten, att en på detta sätt bestämd vårdavgift kan ha den psykologiska effekten, att den ökar samhörighetskänslan mellan de hemmavarande och barnet på anstalt.

Våra överväganden har alltså lett oss till slutsatsen att skäl av avgörande styrka talar för en nedsättning av vårdavgiften till vad som eljest är brukligt inom svensk sjukvård men att skälen för ett fullständigt slopande av vårdavgifterna för epileptikernas del inte är bärande.

Väljer man denna linje, torde 3-kronorsregeln böra kompletteras med regeln att anstalterna i förekommande fall skall äga uppbära den intagne tillkommande folkpension eller särskilt eller allmänt barnbidrag. Dessa förmåner är ju avsedda som bidrag till förmånstagarens uppehälle. Genom ett införande av denna regel skulle man undgå att överskott (d. v. s. skill-

naden mellan folkpensionens netto och vårdavgiften på 3 kronor) uppstår hos den vårdade eller utanför anstalten — ett förhållande som med rätta ansetts mindre tillfredsställande. Där nettot av sådana förmåner (avdrag bör ske för fickpengar eller deras ekvivalenter) överstiger vårdavgiften, bör detta få behållas av anstalten som ersättning för vårdkostnaden; där nettot understiger vårdavgiften, bör det avräknas på denna.

Ytterligare bestämmelser om vårdavgifter (frånsett detaljbestämmelsen att försöksutskrivna och familjevårdspatienter i mån av förmåga skall bidra till sitt uppehälle) torde inte erfordras såvitt angår de statliga anstalterna. Däremot är det nödvändigt att överväga på vad sätt de enskilda anstalterna skall få sina återstående kostnader för vården täckta.

Med den uppdelning av huvudmannaansvaret, som vi tidigare förordat, saknas uppenbarligen anledning att betunga landstingen med utgifter för den särskilda vårdorganisationen för epileptiker. Primärkommunerna torde i överensstämmelse med eljest tillämpade principer (jfr t. ex. förhållandena vid statens sinnessjukhus) böra i sista hand svara för vårdavgiften på 3 kronor om dagen. I första hand bör den gäldas av sjukkassa, ur särskilt eller allmänt barnbidrag eller ur folkpension samt, där dessa förmåner inte står till buds eller förslår, av den vårdade själv eller för honom försörjningspliktig person. I vidare mån än nu sagts bör primärkommunerna inte ersätta vården vid epileptikeranstalterna. Av statens huvudmannaskap bör i stället följa skyldighet för staten att stå för resterande kostnader.

Av tabell 3 i 2 kapitlet framgår, att vårddagkostnaden vid de enskilda epileptikeranstalterna under år 1954 legat mellan kronor 8: 84 (Staberg) och kronor 19: 74 (Margarethahemmet). Av tabellen, sammanställd med att statsbidrag numera utgår med 1 300 kronor per vårdplats och år, kan också utläsas att kostnaderna i oktober 1955 låg mellan kronor 10: 68 (Skogsudden) och kronor 14: 52 (Stora Sköndal). Från och med den 1 januari 1957 — den dag då vi föreslår att det nya avgiftssystemet efter 1956 som övergångsår helt sätts i kraft — räknar vi med att motsvarande kostnad kommer att uppgå till lägst 12 kronor och högst 20 kronor. Frågan blir då på vad sätt staten skall täcka den del av denna kostnad, som inte ersätts med vårdavgiften (motsvarande).

Även om vi räknar med att inkomsterna på kontot särskild verksamhet (jfr 2 kapitlet) vid ett bifall till våra förslag om utbyggd yrkesundervisning vid epileptikeranstalterna kommer att stiga, synes det befogat att i förevarande sammanhang bortse från dessa inkomster. Likaså synes det försvarligt att ej ta hänsyn till inkomsträntor och diverse inkomster. Båda posterna får nämligen, som framgår av 2 kapitlet, anses praktiskt taget betydelselösa i förevarande sammanhang.

Ur sjukkassornas synpunkt skulle det innebära en förenkling, om vårdavgiften i fortsättningen anknötes till dag i stället för som nu till år. Då

några skäl knappast kan anföras mot en motsvarande anordning i fråga om statsbidraget — tvärtom är detta ur flera synpunkter att föredra — räknar vi med att medicinalstyrelsen under övergångsåret (1956) successivt genomför en omläggning, varigenom vårdavgiften bestäms som dagavgift, samt att även statsbidraget från och med den 1 januari 1957 bestäms som dagavgift.

Det *fasta* statsbidraget bör bestämmas så, att det i princip svarar mot skillnaden mellan den faktiska vårdkostnaden vid epileptikeranstalten med de lägsta nettokostnaderna och vad den enskilde — med stöd av sjukkassa, folkpension etc. — har att erlägga.

Den enskildes vårdavgift bör som nyss sagts utgöra 3 kronor. Härtill kommer överskott på folkpensioner, vars belopp inte i förväg kan exakt beräknas men som under alla omständigheter kommer att uppgå till obetydliga belopp. Kalkylmässigt upptar vi det till i medeltal 1 krona för vårddag. Det fasta statsbidraget bör då bestämmas till 12 — 3 — 1 = 8 kronor för dag.

Med det anförda har vi angivit den princip, man enligt vår mening bör följa vid fördelningen mellan den enskilde och staten av vårdkostnaden. Vi har emellertid också framhållit, att en av inkomstposterna — överskott på folkpension — är en variabel, varjämte det återstår att finna täckning för merkostnaden vid de enskilda anstalterna med högre nettovårdkostnad än den driftbilligaste.

Man skulle kunna tänka sig en anordning med ett enhetligt driftbidrag, bestämt till att motsvara skillnaden mellan utgiftssumman och inkomstsumman för varje anstalt. Ur både statens och de enskilda anstalternas synpunkt torde emellertid systemet med det ovan föreslagna fasta statsbidraget erbjuda bestämda fördelar.

Beträffande överskjutande kostnader föreslår vi därför, att samma system skall tillämpas som i enlighet med förslag i proposition nr 135/1955 godkänts av statsmakterna för de ombildade vanföreanstalterna och Eugeniahemmet. Systemet innebär att staten i sista hand skall svara för anstalternas drift enligt av Kungl. Maj:t godkända inkomst- och utgiftsstater *(fyllnadsbidrag)*. För epileptikeranstalternas del föreslår vi den jämkningen, att inkomst- och utgiftsstater skall fastställas av medicinalstyrelsen. En sådan ordning synes stå i god överensstämmelse med decentraliseringssträvandena inom svensk statsförvaltning och den torde, med hänsyn till att epileptikervården i jämförelse med lasarettsvården även i fortsättningen kommer att vara en föga kostnadskrävande vårdgren, inte innebära några risker.

Så länge det vid de enskilda epilepsisjukhusen eller epileptikerhemmen kommer att finnas kvar skolor för teoretisk undervisning, bör statsbidrag till rektors- och lärarlöner utgå enligt nuvarande ordning, som i princip

innebär 95 procents gottgörelse. Beträffande detaljer får vi hänvisa till 4 § kungörelsen 489/1955.

När en patient utackorderas i kontrollerad familjevård eller försöksutskrivs, bör vårdavgift och statsbidrag såsom för sluten vård inte längre utgå. Ersättning såsom för sjukhusvård torde på grund av bestämmelserna i sjukförsäkringslagen inte heller komma att utges av sjukkassorna för patienter, omhändertagna i sådan form. Däremot har vi tidigare förutsatt, att den i 22 § lagen om undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna givna regeln, att försöksutskriven och i familjevård utackorderad psykiskt efterbliven skall vara skyldig gälda kostnaderna för vården i den utsträckning centralstyrelsen bestämmer i tillämpliga delar även skall gälla för epileptiker.

I 2 kapitlet har vi nämnt, att nu utgående statsbidrag till kontrollerad familjevård, 300 kronor för kalenderår för varje den 1 oktober utackorderad patient, är uppenbart otillräckligt. För framtiden torde man kunna räkna med, att anstalterna med användande av folkpensionens nettobelopp skall kunna bereda sig täckning för sina kostnader för patienter i av anstalten administrerad öppen vård, som åtnjuter sådan pension. För dessa patienters del bör alltså inte utgå särskilt statsbidrag. Däremot föreslår vi, att statsbidraget till försöksutskrivna samt patienter i kontrollerad familjevård, vilka inte uppbär folkpension, bestäms till samma belopp som enligt 3 § kungörelsen den 12 maj 1955 (nr 426) om statsbidrag till driftkostnader vid vårdanstalter för alkoholmissbrukare m. m. gäller för familjevård av alkoholmissbrukare, nämligen 3 kronor för dag. Förslaget innebär en avsevärd höjning i förhållande till nuet, men är självfallet, i den mån det kan stimulera till ökad försöksutskrivning och kontrollerad familjevård, ägnat att nedbringa statens sammanlagda kostnader för epileptikervården.

Vad slutligen angår investeringskostnader vid de enskilda anstalterna bör erforderliga bidrag lämnas i form av lån från fonden för låneunderstöd, förknippade med villkor om återbetalningsskyldighet för den händelse anstalten skulle nedläggas eller inte längre användas för epileptikervård.

Övergångsanordningar m. m.

Som vi tidigare antytt bör det ovan angivna avgiftssystemet sättas i kraft först efter ett övergångsår, 1956. Beträffande den närmare utformningen av erforderliga övergångsanordningar återkommer vi i anslagsäskanden för budgetåret 1956/57. Här vill vi endast erinra, att riksförsäkringsanstalten efter samråd med medicinalstyrelsen bestämt, att vård å epileptikeranstalt skall ersättas som sjukhusvård i sjukförsäkringslagens mening. Denna ändring kommer att gälla från och med den 1 januari

1956. Övriga ändringar torde böra genomföras samtidigt med att den lagändring träder i kraft, genom vilken huvudmannaskapet närmare bestäms, eller alltså den 1 januari 1957.

Vårt tidigare framlagda förslag till finansieringssystem för de enskilda epileptikeranstalterna kräver en kompletterande redogörelse för vissa av de överväganden, som ligger bakom.

Under utredningsarbetet har från flera håll framförts uppfattningen att det säregna epileptiska psyket (jfr 4 kapitlet) gör vårdarbetet bland epileptiker så tungt och påfrestande att all vårdpersonal -- inbegripet lärare — borde placeras två lönegrader högre än motsvarande befattningshavare inom den statliga sinnessjukvården och landstingens vård av psykiskt efterblivna. Vi kan vitsorda att epileptikervård på anstalt i flera avseenden är särskilt krävande. Däremot har det inte varit oss möjligt att fastställa, om epileptikervården måste anses kräva mer av sina utövare än varje slag av sinnessjukvård och vård av psykiskt efterblivna. Härtill kommer att det alltid är en ömtålig sak att bryta ut en liten befattningshavargrupp ur sammanhanget med de större grupper, som så att säga omger den. Med hänsyn till det anförda har vi avstått från att framlägga principförslag till högre löneställning för befattningshavare inom epileptikervården; de få förslag om högre löneställning vi lägger fram i anslagsäskanden för budgetåret 1956/57 baseras på redan godtagna principer.

I rådande arbetsmarknadsläge har de enskilda anstalterna svårigheter att behålla utbildad och lämplig personal, emedan den — med undantag som angivits i 2 kapitlet — inte är berättigad att erhålla tjänste- och familjepension. Personalen söker sig i stället över till statens eller landstingens närbesläktade verksamhetsgrenar. Frånsett billighetsskäl talar även den omständigheten, att staten skall bli huvudman för vården vid de enskilda epileptikeranstalterna mot att den nuvarande ordningen, som alltså kan anses innebära att staten konkurrerar med sig själv, bibehålls. Vi föreslår därför, att Kungl. Maj:t uppdrar åt statens pensionsanstalt att utreda frågan om anslutning till anstaltens reglemente av de befattningar vid epileptikeranstalterna som inte redan är underkastade reglementet. Utredningen torde böra bedrivas så, att på resultatet grundade förslag kan underställas 1957 års riksdag.

Som vi tidigare anfört måste standardhöjningen beräknas komma att medföra ökning av driftkostnaderna i skilda hänseenden. Det bör ankomma på medicinalstyrelsen att härutinnan successivt avlägga redovisning och framlägga förslag. En fråga anser vi dock vara så brådskande, att vi redan i vårt betänkande vill påyrka en höjning. Som framgår av 2 kapitlet utgår flit- eller fickpengar för närvarande med belopp, varierande mellan

0 öre och 36 öre för dag. Skall syftet med flitpengar kunna nås, måste enligt vår mening en väsentlig höjning av beloppen ofördröjligen komma till stånd. Vi föreslår, att medicinalstyrelsen anmodas att i samband med avgivandet av förslag till regleringsbrev för budgetåret 1956/57 framlägga närmare förslag men vill till vägledning anföra följande.

Till följd av brist på medel kan åtskilliga elever i skolan vid Vilhelmsro överhuvudtaget inte tillerkännas flitpengar. Vi föreslår, att som minimibelopp för skolelever fastställs följande belopp, nämligen för elev under första utbildningsåret 10 kronor i månaden, under andra utbildningsåret 15 kronor i månaden, under tredje utbildningsåret 20 kronor i månaden samt under fjärde och följande utbildningsår 30 kronor i månaden. För epileptiker, andra än skolelever, bör fastställas en minimiflitpenning av 50 öre om dagen, varjämte maximum — nu 80 öre — bör höjas till minst 1 krona om dagen. Vid ackordsarbete eller när särskilda skäl därtill föranleda bör detta maximibelopp få överskridas.

12 kap. Sammanfattning och kostnadsberäkningar

Efter ett inledningskapitel om uppdraget och hur det utförts lämnar vi i 2 kapitlet en redogörelse för huvuddragen av den nuvarande organisationen för omhändertagande av epileptiker. Enligt den s. k. tillsynskungörelsen är den centrala tillsynen delad mellan medicinalstyrelsen och skolöverstyrelsen. De för vård av epileptiker särskilt inrättade anstalterna är till antalet tolv, av vilka en, Vilhelmsro, ägs av staten, en av Kristianstads läns landsting — som dock önskar disponera anstalten för annat ändamål — och de återstående tio är enskilda. Sammanlagda platsantalet är 972. Vi har granskat anstalternas räkenskaper och funnit, att sparsamhet och omtanke i allt väsentligt präglat epileptikeranstalternas handhavande av sin ekonomi.

Ungefär 95 % av epileptikerna kan få sin vård utan varaktig intagning på anstalt. Genom en enkät har vi sökt få svar på frågan, hur många epileptiker som vårdas av tjänsteläkare i öppen vård. Siffror finns inte sammanställda rörande antalet epileptiker, som vårdas av privatpraktiserande läkare och vid lasarettens öppna mottagningar. Inte heller finns sådana siffror om det avsevärda antal epileptiker, som enligt allmän erfarenhet vårdas på lasarettens olika avdelningar, i första hand de invärtesmedicinska, pediatriska och psykiatriska avdelningarna. Däremot har vi kunnat ange antalet av de för epilepsi utredda och vårdade fallen vid de neurologiska universitetsklinikerna i Stockholm, Lund och Göteborg; siffrorna visar att epileptikervård redan är en av de väsentliga uppgifterna för dessa kliniker. Från Svenska arbetsgivareföreningen har vi inhämtat, att epileptikerna inte anses utgöra något större problem på industriarbetsplatserna.

I tredje kapitlet redovisar vi en del andra föreskrifter, som berör epileptikerna. Genom en hänvisning till det efterföljande fjärde kapitlet låter vi förstå, att motsvarande bestämmelser som de i giftermålsbalken meddelade föreskrifterna om epilepsi »av övervägande inre orsaker» som äktenskapshinder och skäl till återgång av äktenskap sannolikt fanns redan i babylonierkonungen Hammurapis omkring år 2000 f. K. givna lag. Av kapitlet framgår i övrigt, att epilepsien enligt vad som ligger i sakens natur ofta försätter dem som drabbats därav i en särställning i arbetsliv och då det gäller utbildning.

Grundläggande för vår utredning är den monografi om Epilepsien förr och

nu, som innefattas i det av professor Nils Antoni författade fjärde kapitlet. Våra förslag i fortsättningen av betänkandet grundas i stor utsträckning på de klargöranden som lämnas i detta kapitel.

I femte kapitlet, som bör ses som en komplettering i ett visst avseende av det fjärde, redovisas en intelligensundersökning på anstaltsepileptiker. Som en praktisk slutsats av utredningens resultat anser vi oss kunna slå fast, att den traditionella svenska uppfattningen om epileptikervård som en specialiserad form av vård av psykiskt efterblivna är oriktig. Epileptikervård bör i stället ses som en vårdform för sig.

Platsbehovet diskuterar vi i 6 kapitlet, med utgångspunkt från att epilepsiens frekvens ingenstans direkt och med säkerhet kunnat bestämmas. Vårt material, sammanställt med resultaten av andra undersökningar, ger underlag för uppfattningen att frekvensen kan uppskattas till cirka 5 promille. Då det gäller att bestämma omfattningen av den diagnostiska topporganisation, som bör vara tillgänglig, räknar vi, med beaktande av de krav, differentialdiagnostiken ställer, med ett totalantal undersökningsfall i landet av 35 000—40 000. Vi framlägger ingen definitiv plan för tillgodoseendet av platsbehovet inom en för vård av epileptiker särskilt inrättad anstaltsorganisation, utan föreslår en utbyggnad endast för nu säkerställda, aktuella behov, vilken bör ge möjligheter till successiv platsökning i framtiden. Vi föreslår anordnande av 190 nya vårdplatser — varav 30 avsedda som ersättning för det hem som kommer att läggas ned. Efter utbyggnaden skulle sammanlagda platsantalet inom denna organisation utgöra omkring 1 130.

Direktor Thorsten Levenstam lämnar i 7 kapitlet Notiser angående epileptikervården i olika länder. Påfallande är särskilt att motsvarande intresse för epileptikervården, som finns i vårt land, också vaknat till liv i ett flertal andra länder. I Danmark har nyligen framlagts ett betänkande rörande epileptikervården; i England, Frankrike och Finland har särskilda kommittéer arbetat med frågan samtidigt med delegationen.

De riktlinjer, som bör uppdras för en reform av epileptikervården i vårt land, behandlas i 8 kapitlet. Vi har funnit att de kan uttryckas sålunda:

1) Varje fall av epilepsi eller misstänkt epilepsi bör utredas vid neurologisk specialklinik;

2) Efter undersökningen enligt 1) bör epileptikerna i nödig mån beredas hjälp att stanna kvar i sin vanliga miljö;

3) Rättssäkerhetskravet kan i det väsentliga tillgodoses genom att man avstår från att skapa retentionsrätt för epileptikeranstalterna; härutöver bör tillses att den centrala administrationen och inspektionen får möjligheter att fylla sina funktioner;

4) Epileptikerklientelet bör avgränsas mot annat klientel enligt i huvudsak de regler, som redan tillämpas;

5) Platsantalet inom den särskilda epileptikervårdorganisationen bör vara tillräckligt och medge önskvärd differentiering;

6) Huvudmannaskapet bör delas mellan landstingen (vartill vi hänför även städerna utanför landsting) och staten på det sätt, att landstingen svarar för den vård, som meddelas inom den allmänna kroppssjukvårdens ram, medan staten svarar för den vård, som kräver en särskilt anordnad anstaltsorganisation;

7) Resurserna för behandling i skilda hänseenden vid epileptikeranstalterna bör ökas, ej minst med sikte på rehabilitering;

8) Den öppna vården i anslutning till anstaltsvistelse bör utvidgas, framförallt genom förbättrad kontakt med den allmänna arbetsvården.

I de därefter följande kapitlen framlägger vi konkreta förslag till åtgärder. I 9 kapitlet behandlar vi först frågan om terminologi och formella föreskrifter. Vi övergår därefter till anstaltsorganisationens ram och föreslår att i landet skall inrättas fyra epilepsisjukhus, varmed vi förstår anstalter med en medicinsk utrustning som är jämförlig med kroppssjukhusens och med en heltidsanställd läkare som i första hand ansvarig för vården. Utöver epilepsisjukhus bör finnas epileptikerhem i tillräckligt antal; vi räknar med 7.

Differentieringsfrågan finner vi särskilt komplicerad för epileptikernas del. Vi menar att allmänna föreskrifter i detta ämne måste ha ett så begränsat värde, att vi avstår från att framlägga förslag därtill. Enligt vårt förmenande skall differentieringsfrågan i stället lösas så, att placeringen av nytillkommande patienter sker efter anvisningar av överläkarna vid de neurologiska klinikerna, som till sitt biträde främst vid fullgörandet av denna uppgift bör ha kuratorer. Förflyttningar av redan intagna patienter de olika anstalterna emellan bör ske enligt överenskommelser från fall till fall; om så skulle behövas kan inspektören för epileptikervården ingripa i sådana ärenden.

Den medicinska verksamheten vid epilepsisjukhusen bör främst avse långtidsobservation och -behandling. De observationsavdelningar, som bör finnas, bör alltså i första hand användas för observation av på sjukhuset varaktigt intagna patienter. Vid varje epilepsisjukhus bör finnas en heltidsanställd sjukgymnast och en heltidsanställd kurator. Hinder bör inte möta för att läkarna vid epilepsisjukhusen vid sidan av sin centrala uppgift håller en begränsad öppen mottagning.

Beträffande frågorna om öppen vård och utbildning av vårdpersonal har vi kunnat inskränka oss till att i huvudsak hänvisa till de förslag, som nyligen framlagts av 1951 års sinnesslövårdsutredning i dess betänkande III.

I 10 kapitlet föreslår vi, att de neurologiska klinikerna vid undervisningssjukhusen skall fungera som arbetscentra för den högst kvalificerade epileptikervården. Vi avböjer tanken på en anmälningsplikt rörande epilepsi för läkarna. Vi tror att en uppmaning från medicinalstyrelsen på ett smidigare sätt kan ge lika gott resultat och illustrerar våra intentioner med ett utkast till cirkulär från styrelsen. I detta cirkulär förutsätter vi att

landet skall indelas i remissområden; vi finner att våra förslag gör ett snabbt genomförande av den av medicinalstyrelsen föreslagna regionsjukvården, såvitt den avser neurologi, än mer angeläget.

Vi lägger fram förslag till sådan ändring av sjukhuslagen, att det undantag från landstingens huvudmannaskap, som nu finns stadgat beträffande fallandesjuka, skall utgå. Då landstingens ansvar för vården enligt lagen gäller »i den mån icke annan drager försorg om sådan vård», förutsätter lagförslaget en precisering av det klientel, som bör omhändertas på epileptikeranstalterna. Vi lägger fram förslag till 1 § i en blivande stadga för statens epilepsisjukhus.

I anslutning till lagförslaget föreslår vi sådan ändring av förordningen den 30 juni 1937 (nr 655) angående bidrag från landsting och städer, som ej deltager i landsting, till bestridande av kostnaderna för vård i vissa fall å karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet — den s. k. bidragsförordningen — att varje i landet verksam, behörig läkare skall äga direkt till serafimerlasarettets neurologiska klinik remittera epilepsipatienter. Slutligen anger vi i detta kapitel våra synpunkter på verksamheten vid de neurologiska klinikerna.

I 11 kapitlet lägger vi fram en plan för utbyggnaden och upprustningen av epileptikeranstalterna. Planen bygger på principen att man inte skall rubba nuvarande ordning i fråga om anstalternas användning för patienter av olika ålder och kön.

Beträffande anstalternas ekonomi finner vi, att epilepsipatienter bör erlägga samma vårdavgift som annorstädes är gängse inom svensk sjukhusvård eller 3 kronor för dag. I förekommande fall bör epileptikeranstalterna, på samma sätt som anstalterna för psykiskt efterblivna i viss utsträckning berättigats göra, äga uppbära folkpension eller barnbidrag, som tillkommer den vårdade; dock med skyldighet att tillhandahålla fickpengar. Den del av vårdkostnaden, som inte täcks av vårdavgiften, skall enligt vårt förslag ersättas av staten genom *dels* ett fast statsbidrag, som vi uppskattar till 8 kronor för dag, *och dels* ett fyllnadsbidrag. Landstingen bör inte betungas med några utgifter för denna vård, och primärkommunernas ansvar bör inte sträckas längre än vad som är vedertaget inom sinnessjukvården.

För patienter i öppen vård föreslår vi ett statsbidrag av samma storlek som bestämts för familjevård av alkoholmissbrukare eller 3 kronor för dag. Investeringskostnader vid de enskilda anstalterna bör täckas med räntefria, stående lån, som skall återbetalas om epileptikervården läggs ned.

Av skilda orsaker anser vi att de nya reglerna inte kan sättas i kraft före den 1 januari 1957. Till övergångsanordningar avser vi att återkomma i anslagsäskanden för budgetåret 1956/57. Däremot berör vi i betänkandet i korthet vissa andra frågor, nämligen om personalens löneställning, behovet av en vidgad tjänste- och familjepensionsrätt samt angelägenheten av en höjning av de för flit- eller fickpengar avsedda beloppen.

Kostnaderna för den av oss föreslagna upprustningen och utbyggnaden av epileptikeranstalterna uppskattar vi till 15 miljoner kronor. Beloppet skall enligt vårt förslag slås ut med i princip lika belopp på fem budgetår.

Det är vanskligt att ange den ökning av de årliga driftkostnaderna vid samtliga epileptikeranstalter, som ett bifall till våra förslag kan föranleda. Så mycket kan dock sägas, att epileptikervård alltjämt kommer att vara en i jämförelse med lasarettsvård billig vårdform samt att standardhöjningarna kommer att bli föga kostnadskrävande. Slopandet av landstingens ersättningsskyldighet för denna vårdform och den begränsning, vi förutsätter i fråga om primärkommunernas betalningsansvar, gör tillsammans med nyss antydda faktorer det antagandet berättigat, att ökningen av de för driften av epileptikeranstalterna på den statliga budgeten anvisade anslagen vid en fullt genomförd omläggning enligt våra förslag — under förutsättning av oförändrat penningvärde — kommer att bli av storleksordningen 2 200 000 kronor.

Särskilda yttranden

1:o) *av professor Antoni,* som i anledning av en anvisning i direktiven anfört följande.

I statsrådsdirektivet för den nu avslutade utredningen av frågor rörande epileptikervården i vårt land ålades Kungl. medicinalstyrelsen att i sina förslag i största utsträckning bygga på förefintliga, på enskilda initiativ tillkomna respektive av enskilda organisationer drivna vårdanstalter m. m. Härtill tillåter jag mig att på egna vägnar vördsamt anföra följande.

Enskilda initiativ, med penningmedel och personliga arbetsinsatser, har i vårt land, som annorstädes, haft en utomordentligt stor andel i det sociala framåtskridandet. De voro nog så påkallade under de långa tidrymder som förgick innan det allmänna ännu börjat till fullo inse sina skyldigheter härutinnan. De enskilda initiativen har verkat som högst betydelsefulla och lovvärda pionjärföretag. I våra dagar, då stat och kommun på så ansvarskännande och frikostigt sätt tar sig an omvårdnaden av de sämre lottade i samhället, sjuka och på annat sätt handikappade, är pionjärinsatser på enskilda initiativ allt mindre påkallade, även om de alltjämt är välkomna och kan ha stor vägröjande betydelse.

Men då ett visst område av oumbärlig sjukvård klarnat i fråga om ungefärlig omfattning och önskvärda organisationsformer, är tiden inne för det allmänna — stat och kommun — att helt övertaga området i fråga. Så är nu fallet beträffande epileptikervården. Denna ej så litet omfattande och för samhället nödvändiga gren av sjukvården bör icke längre omhänderhas av enskilda organisationer och på enskilt ansvar. Ett av skälen härtill är att sådana enskilda sammanslutningar alltid står på mer eller mindre osäker grund i fråga om aktuell ekonomisk bärkraft såväl som utsikter för framtiden. Det största erkännande måste ges Föreningen Margarethahemmet såväl som Svenska Diakonsällskapet för deras initiativ i fråga om epileptikervården, den expansiva energi, organisationstalang och personliga offervillighet som av dessa sammanslutningar och de många de lyckats intressera för sina behjärtansvärda syften nedlagts på denna sjukvårdsgren och resulterat i präktiga anstalter; de nämnda föreningarna är icke ensamma om sådana insatser. Men enskilda företags effektivitet och framtida bärkraft står och faller självklart med sådana oberäkneliga faktorer som det allmänna ekonomiska läget med därav beroende möjlig-

heter för insamlingar och donationer, vidare av det religiösa intresset i landet, om vars framtidsutsikter ingenting kan utsägas. Den tid kan snart nog komma — och kommer med största sannolikhet — då de föreningar och sällskap som upprättat och alltjämt bedriver anstalter för epileptikervård, blir helt eller till så övervägande del för sin existens beroende av ekonomiska bidrag från stat och kommun — eller på andra vägar, utifrån — att ett kvarblivande i enskild regi vore en anomali.

Det är redan nu ett främmande förhållande att epileptikervården, dess anstalter och resurser, dessas omhänderhavande och tillhörighet skall befinna sig i särställning gentemot all annan allmän sjukvård i landet. Bland många angelägenheter som på ett mindre tillfredsställande sätt beror av denna särställning, är tillsättningen av läkartjänster. Läkartjänster vid epileptikeranstalter bör inrättas och tillsättas efter enahanda grunder som sjukhusläkartjänster i stat och kommun, i fri konkurrens och helt offentlig regi.

Man må icke invända att privat regi garanterar större humanitet, större och mera uppoffrande individuellt intresse i sjukvården än offentlig sådan; erfarenheterna från exempelvis lasarettsvården i vårt land ger icke stöd åt sådana antaganden.

2:o) *av byråchefen Annell,* som anfört följande.

I 9 kap. anför delegationen, att den avstår från att framlägga förslag rörande den förstärkning av den centrala ledningen och tillsynen, som delegationen finner önskvärd, emedan statsmakterna först bör ta ställning till delegationens förslag om uppdelning av huvudmannaskapet för epileptikervården. För min del finner jag den angivna förstärkningen så angelägen, att jag anser att delegationen bort redan i sitt betänkande framlägga förslag i ämnet.

3:o) *av förbundsdirektören Dahlgren,* som anfört följande.

Med hänsyn till den särställning epileptikerna anses intaga i förhållande till övriga sjuka har delegationen i kap. 10 förordat, att samtliga i landet verksamma behöriga läkare skola äga utfärda remiss för epileptiker för intagning å Serafimerlasarettets neurologiska avdelning. Jag har icke kunnat biträda detta förslag. Oavsett om epileptikerna intaga en särställning i förevarande avseende, vilket undandrar sig mitt bedömande, måste det i praktiken leda till svårigheter och komplikationer med olika remissbestämmelser för olika sjukdomsgrupper. Jag anser därför, att frågan om remissrättens omfattning bör övervägas i ett större sammanhang och kan alltså icke nu förorda, att någon ändring på denna punkt företages beträffande epileptikerna.

Jag är vidare tveksam, om delegationen bort definitivt taga avstånd från den föreslagna utbyggnaden av en observationsavdelning för barn vid Stora Sköndal.

4:o) *av direktor Levenstam,* som anfört följande.

I 11 kap. har delegationen närmare utformat den kommande epileptikervårdorganisationen i landet och därvid beräknat att fyra epilepsisjukhus skulle finnas, varav ett skulle vara beläget å Stora Sköndal.

Vid epilepsisjukhusen skall finnas antingen skolhem med arbets- och vårdhem för kvinnor eller yrkesskola samt arbets- och vårdhem för män. Vidare skall varje epilepsisjukhus vara försett med en observationsavdelning, vid vilken skall mottagas patienter från såväl de egna skol-, arbets- och vårdhemmen som också utifrån. Observationsavdelningarna är avsedda att samarbeta med regionalt neurologiskt arbetscentrum.

Delegationen har vid sin planläggning föreslagit att observationsavdelningen vid Stora Sköndal skulle mottaga manliga patienter från 15 års ålder och uppåt. Den skulle däremot icke stå öppen för kvinnor och barn. Detta skulle medföra, att kvinnor och barn från Stora Sköndals upptagningsområde (d. v. s. i första hand Stor-Stockholm), vilka är i behov av en längre tids observation och behandling och vilka icke — på grund av observationstidens längd — mottagas vid neurologiska centra eller pediatriska kliniker, skulle behöva resa till Vilhelmsro i Jönköping eller Margarethahemmet invid Uppsala, sedan dessa fått sina observationsavdelningar uppbyggda.

Svenska diakonsällskapet, som alltsedan 1901 bedriver epileptikervård, har sedan de första verksamhetsåren iakttagit behovet av platser för observation och vård av här avsett slag. Sedan mitten av 1930-talet har vissa vårdhemsplatser tagits i anspråk för sådana fall och sedan 1954 finns en särskild observationsavdelning i därför uppförd byggnad.

Denna avdelning omfattar 14 platser, varav 10 för män. Såsom ett provisorium har de övriga fyra platserna avskilts som en särskild barnavdelning med särskild personal. Denna anordning är godkänd av Kungl. medicinalstyrelsen.

Inom denna observationsavdelning har även, vilket framgår av sid. 28, bedrivits poliklinisk verksamhet för kvinnor, män och barn. Vid avdelningen är anställda tvenne läkare, en neurolog-psykiatriker och en pediatriker med särskild utbildning rörande epileptikervård speciellt för barn samt elektroencefalografi (eeg). Därutöver finnes såsom konsulterande läkare anställda en neuroradiolog, en neurokirurg och en kardiolog, vilka dels deltaga i arbetet å avdelningen, dels i samråd med avdelningens egna läkare förmedla samarbetet med olika kliniker vid Stockholmssjukhusen.

Vid avdelningen anlitas vidare särskild psykolog för testning och observation av patienterna. För spastikerbehandlingen finnes deltidsanställd sjukgymnast med specialutbildning på detta område, varjämte avdelad vårdpersonal, efter särskild träning, deltager i detta arbete.

Observationsavdelningen har, vilket redan redovisats i delegationens betänkande, förutom medicinsk utrustning som en ordinär sjukstuga, full-

ständig utrustning för eeg och neuroradiologi. En särskild gymnastikavdelning finns för spastikerbehandlingen.

Vid observationsavdelningen med dess poliklinik har sedan öppnandet 1954 inskrivits följande antal nya kliniska och polikliniska fall.

Tabell 1

	Vuxna	Barn
1954	251	193
1955 (t. o. m. 31/10)	160	126
Summa	411	319

Antalet neurologiska poliklinikbesök har under 1955 (t. o. m. 31/10) varit 250 vuxna och 229 barn.

Å observationsavdelningen har intagits:

	Vuxna	Barn
1954	78	57
1955 (t. o. m. 31/10)	59	49
Summa	137	106

Tabell 2

Vid epileptikerkliniken mottagna nyinskrivna kliniska och polikliniska fall, fördelade efter inremittent. (1954 och 1/1 t. o. m. 31/10 1955.)

	Vuxna	Barn
Lasarettsläkare och jämställda	67	82
Tjänsteläkare	67	24
Polikliniker BVC m. m.	5	14
Sinnessjukhus	14	—
Annan vårdanstalt för epileptiker	38	6
Sinnesslöanstalt	8	10
Privatpraktiserande läkare	85	109
Sökt själv vid härvarande poliklinik	108	85
Stockholmssjukhus (överflyttning av intagna)	15	3
Personal och elever vid Stora Sköndal (såväl neurologiska fall som akutsjukvård)	110	22
Summa	517	355

Medelvårdtiden var under 1954 30 dagar. Under år 1955 har medelvårdtiden för vuxna varit 34,1 dagar och för barn 34,3 dagar. Längsta vårdtiden för ett barn (3 år gammalt) har varit 196 dagar. För barn i skolåldern, som varit intagna under längre tid än en månad, har i samarbete med Stockholms folkskoledirektion enskild undervisning ordnats genom lärare från näraliggande folkskola.

Den 15/11 1955 var å väntelistan för intagning å observationsavdelningen uppförda 19 barn.

Delegationen har i sin motivering för att barn ej skall intagas å observationsavdelningen å Stora Sköndal anfört olämpligheten av att inom en institution för män emottaga även barn samt vidare att en observationsavdelning för barn saknar berättigande, där icke samtidigt skolhem finnes.

Gentemot denna argumentering vill jag anföra följande. Vad beträffar

sammanförandet av barn och vuxna inom en sjukvårdsinstitution, behöver endast påpekas att vid ett antal av våra lasarett barn och vuxna emottagas för vård å avdelningar inom samma byggnad.

Vidare har delegationen vid sin planläggning av de neurologiska arbetscentra avsett att såväl vuxna som barn där skall emottagas inom samma enhet.

Under nära två år har den nuvarande observationsavdelningen å Stora Sköndal emottagit dels män och dels barn, vilket framgår av ovan lämnade uppgifter. Ehuru avdelningen är inrättad såsom ett provisorium, har under denna tid några komplikationer icke observerats. Den avgörande faktorn synes mig härvidlag vara icke så mycket avdelningarnas belägenhet till varandra som att tillräcklig personal finnes att tillgå.

Såsom framgår av 2 kap. (sid. 28) har det emellertid varit diakonsällskapets avsikt att för sin observationsavdelning för barn uppföra en särskild byggnad. Då diakonsällskapet å Stora Sköndal förfogar över stora markområden, kan den nämnda avdelningen uppföras helt skild från den övriga epileptikervården.

I detta sammanhang vill jag hänvisa till min framställning rörande utländska institutioner i kap. 7, av vilken framgår att vid ett flertal av dessa (t. ex. Kolonien Filadelfia i Danmark, Meer en Bosch i Holland, Schweiz, Anstalt für epileptische i Zürich) såväl barn som vuxna är omhändertagna. Man har inom dessa organisationer menat, att det vore av värde att barnen finge leva i ett så naturligt sammanhang som möjligt. Till detta hör familjen. Denna organisation av de utländska institutionerna motsvarar en modern syn på epileptikervården. Enligt denna är det icke minst ur profylaktisk synpunkt av stor vikt att de sjuka får ha kontakt med samma läkare och samma institution under hela uppväxttiden till dess de är placerade i förvärvsarbete och anpassade i samhället. Detta gäller i särskilt hög grad just för de epileptiker, som icke är i behov av fortlöpande hospitalisering utan endast är i behov av fortlöpande kontrollundersökning och periodisk vård.

Därmed har jag också vidrört delegationens andra argumentering mot att en observationsavdelning för barn anordnas å Stora Sköndal. Det må framhållas att observationsavdelningarna skall arbeta även med sikte på de patienter, som icke behöva hospitaliseras, i det att de skall mottaga patienter från de neurologiska centra i och för långtidsbehandling. Detta förhållande synes tillräckligt motivera, att möjligheter beredes även barn från Stora Sköndals upptagningsområde (Stor-Stockholm), intagna vid de neurologiska centra å Serafimerlasarettet eller Södersjukhuset, att inom nära räckhåll erhålla behövlig långtidsbehandling. Då Stora Sköndals observationsavdelning redan inlett ett gott samarbete med dessa neurologiska centra, synes det vara naturligt att även barnen skall beredas plats inom denna.

En observationsavdelning av här nämnd typ bör vidare placeras så centralt som möjligt inom upptagningsområdet. För barnen tillkommer här den mycket viktiga synpunkten att dessa i samband med en sjukhusintagning icke blir under en längre tid skilda från föräldrarna. I likhet med t. ex. barnkliniken på Karolinska sjukhuset har vi daglig besökstid å vår barnavdelning. I vissa fall har mödrarna fått deltaga i arbetet på avdelningen och ev. kvarstannat, då det gällt något särskilt känsligt barn.

En förutsättning för att ett sådant system skall kunna genomföras är att icke avstånden göres onödigt långa. Stora Sköndal, med sin belägenhet i Stockholm, ligger mitt i ett stort upptagningsområde endast 8 km från Stockholms central. Institutionens belägenhet i Stockholm innebär också, vilket vår hittillsvarande erfarenhet tydligt visar, att samarbetet med Stockholmssjukhusen och deras specialister lätt går att genomföra.

Avsikten är, såsom ovan anförts, att diakonsällskapet skall med egna medel utan kostnad för statsverket, uppföra denna avdelning (nybyggnad) för barn, som enligt mitt förmenande bör höra till observationsavdelningen å Stora Sköndal och som i första hand avses att samarbeta med klinikerna och sjukhusen inom Stockholmsområdet. Medicinsk apparatur och utrustning jämte central köksanläggning i befintliga byggnader, är dimensionerade för att jämväl betjäna en sådan utbyggnad.

Storleken å nämnda barnavdelning kan helt naturligt vidare diskuteras och bör naturligtvis fastställas i samarbete med Kungl. medicinalstyrelsen.

Delegationen har föreslagit att den nya epileptikervårdorganisationen skall träda i kraft den 1 januari 1957, vilket skulle innebära att barnavdelningens fyra platser skulle indragas. Under hänvisning till ovan anförda beläggningssiffror samt väntelistan finner jag det anmärkningsvärt, att svensk sjukvård sålunda skulle berövas vårdplatser, för vilka vid den tidpunkten ersättning ej erhållits.

Med hänsyn till ovan anförda synpunkter och uppgifter vill jag därför — ehuru jag i huvudsak ansluter mig till delegationens förslag till plan för svensk epilektikervårdorganisation — reservera mig emot delegationens förslag rörande observationsavdelningen å Stora Sköndal, och vill föreslå att vid slutligt fastställande av epileptikervårdsorganisationen, denna ges en sådan utformning att jämväl barnavdelning kan få inrättas vid varje observationsavdelning å epilepsisjukhus.

Epileptikerfrekvensen hos värnpliktiga

Läkarbesiktning av värnpliktiga sker enligt bestämmelserna i besiktningskungörelsen och besiktningsreglementet.[1] Vid besiktningen hänföras de värnpliktiga efter kroppsbeskaffenhet och allmänt hälsotillstånd till sex olika besiktningsgrupper alltefter graden av duglighet till krigstjänst. Vid besiktningen anges även de kroppsfel, lyten och sjukdomar, som föranleda hänföring till viss besiktningsgrupp.

Vid inskrivningsförrättning sker läkarbesiktning av alla värnpliktiga, som personligen inställa sig. För värnpliktiga, vilka på grund av kroppslig eller själslig ohälsa icke kunna personligen inställa sig, inkomma läkarintyg, vilka ligga till grund för besiktningsläkarens beslut i fråga om hänförande till besiktningsgrupp m. m.

Omedelbart efter inryckning till värnpliktstjänstgöring sker läkarbesiktning av de värnpliktiga, vilka blivit inskrivna utan personlig inställelse. Under tiden för tjänstgöringens fullgörande sker dessutom läkarbesiktning av de värnpliktiga, som befinnas ha sådant kroppsligt eller själsligt fel, som kan föranleda ändring i hans värnpliktsförhållande.

Praktiskt taget alla svenska män prövas vid inskrivningsförrättning. Alla prövade bli direkt eller indirekt besiktigade av besiktningsläkare senast vid första tjänstgöringens början.

Sjukdomen epilepsi kan enligt besiktningsreglementet föranleda hänförande till olika besiktningsgrupper beroende på symtomen, vilka sträcka sig mellan »betydelselös stamning» till »säkert konstaterad epilepsi». I det följande räknas endast med de fall, som betecknats såsom säkert konstaterad epilepsi, d. v. s. sådana fall, som föranlett frikallelse från värnpliktens fullgörande.

Undersökningen avser värnpliktiga, födda åren 1925—1932. Observationstiden omfattar perioden från och med inskrivningsförrättningen till och med tiden för första tjänstgöringens fullgörande.

Det statistiska underlaget för undersökningen har inhämtats genom bearbetningar av Centrala värnpliktsbyråns inskrivningsstatistik och avgångsregister. Resultaten ha sammanställts i tabellerna 1—9. I tabellerna redovisas åldersklassvis och områdesvis det antal, som inträdde under observation, det antal, som under observationstiden befanns lida av epilepsi, samt antalet epileptiker på 100 000. Rikets indelning i inskrivningsområden framgår av bifogade karta (bilaga A).

Av tabell 9 framgår, att medelfrekvensen hos de värnpliktiga var 293 på 100 000. Frekvensen varierade rätt avsevärt inom olika inskrivningsområden. Låga frekvenstal uppvisade Gotlands io (nr 18) med 125 och Norra Smålands io (nr 12) med 200. Höga värden förelåg för Älvsborgs io (nr 15) med 436, Jämtlands io (nr 5) med 394 och Uppsala io (nr 8) med 372. Av den i bilaga B framlagda sta-

[1] Kungl. kungörelsen angående läkarbesiktning av värnpliktiga och av dem som söka fast anställning vid krigsmakten m. m. (SF 645/1951).
Försvarets sjukvårdsstyrelses reglemente till ledning vid läkarbesiktning av värnpliktiga och av dem som söka fast anställning vid krigsmakten (Dnr 102:21/1952).

tistiska analysen framgår, att nämnda variationer icke äro slumpmässiga utan förorsakade av vissa bestämda anledningar.

Epilepsifrekvensen för de olika åldersklasserna var relativt konstant, om man bortser från åldersklasserna 1925 och 1927, för vilka förelåg högre värden.

Beträffande epileptikernas yrken må nämnas, att praktiskt taget alla yrkesgrupper voro representerade. Anmärkningsvärt är, att några av de epileptiskt sjuka voro yrkeschaufförer.

Stockholm den 4 februari 1955.

Lars Widén
Förste aktuarie

Tab. 1. Frekvensen vpl med epilepsi.

Io	Vpl, födda 1925, prövade vid inskrivning	Vpl med epilepsi			Epileptiker på 100 000
		vid inskr.	efter inskr.	S:a	
1	2	3	4	5	6
1	5 252	11	11	22	419
2	2 166	4	4	8	369
3	2 162	7	7	14	648
4	2 610	4	8	12	460
5	2 284	3	4	7	306
6	2 988	1	4	5	167
7	2 778	3	9	12	432
8	2 108	6	1	7	332
9	1 996	1	7	8	401
10	2 156	3	8	11	510
11	3 061	7	5	12	392
12	2 630	1	2	3	114
13	1 700	2	3	5	294
14	1 624	7	1	8	493
15	2 085	3	5	8	384
16	1 240	3	3	6	484
17	3 408	9	7	16	469
18	429	—	—	—	—
19	1 946	2	3	5	257
20	2 125	3	3	6	282
21	1 845	3	4	7	379
S:a	48 593	83	99	182	375

Tab. 2. Frekvenser vpl med epilepsi.

Io	Vpl, födda 1926, prövade vid inskrivning	Vpl med epilepsi			Epileptiker på 100 000
		vid inskr.	efter inskr.	S:a	
1	2	3	4	5	6
1	4 998	1	11	12	240
2	2 109	3	—	3	142
3	2 145	3	4	7	326
4	2 519	1	7	8	318
5	2 032	5	1	6	295
6	2 991	7	2	9	301
7	2 750	3	1	4	145
8	2 002	13	4	17	849
9	1 950	1	1	2	103
10	2 041	2	2	4	196
11	2 922	5	1	6	205
12	2 596	3	—	3	116
13	1 472	—	2	2	136
14	1 604	4	1	5	312
15	2 034	3	2	5	246
16	1 126	3	—	3	266
17	3 346	5	5	10	299
18	394	—	1	1	254
19	1 895	1	6	7	369
20	2 013	3	3	6	298
21	1 673	1	3	4	239
S:a	46 612	67	57	124	266

Tab. 3. Frekvensen vpl med epilepsi.

Io	Vpl, födda 1927, prövade vid inskrivning	Vpl, med epilepsi			Epileptiker på 100 000
		vid inskr.	efter inskr.	S:a	
1	2	3	4	5	6
1	5 046	7	8	15	297
2	1 981	2	—	2	101
3	2 001	5	4	9	450
4	2 531	9	3	12	474
5	1 848	7	4	11	595
6	2 885	5	4	9	312
7	2 668	4	7	11	412
8	1 815	3	5	8	441
9	1 908	2	2	4	210
10	2 014	2	1	3	149
11	2 877	4	3	7	243
12	2 423	—	4	4	165
13	1 549	1	3	4	258
14	1 518	2	2	4	264
15	2 011	9	3	12	597
16	1 111	1	—	1	90
17	3 246	9	6	15	462
18	393	—	—	—	—
19	1 887	6	6	12	636
20	1 874	7	4	11	587
21	1 639	5	3	8	488
S:a	45 225	90	72	162	358

Tab. 4. Frekvensen vpl med epilepsi.

Io	Vpl, födda 1928, prövade vid inskrivning	Vpl med epilepsi			Epileptiker på 100 000
		vid inskr.	efter inskr.	S:a	
1	2	3	4	5	6
1	5 200	6	8	14	269
2	2 070	6	3	9	435
3	2 027	1	—	1	49
4	2 470	3	2	5	202
5	1 921	1	3	4	208
6	2 858	3	1	4	140
7	2 823	5	2	7	248
8	1 867	3	2	5	268
9	1 840	2	3	5	272
10	1 889	3	2	5	265
11	2 935	2	5	7	239
12	2 337	4	2	6	257
13	1 523	1	4	5	328
14	1 566	1	—	1	64
15	2 134	5	6	11	515
16	1 133	3	1	4	353
17	3 336	6	3	9	270
18	412	—	—	—	—
19	1 926	5	1	6	312
20	1 855	—	2	2	106
21	1 590	5	1	6	377
S:a	45 712	65	51	116	254

Tab. 5. Frekvensen vpl med epilepsi.

Io	Vpl, födda 1929, prövade vid inskrivning	Vpl med epilepsi			Epileptiker på 100 000
		vid inskr.	efter inskr.	S:a	
1	2	3	4	5	6
1	4 631	6	8	14	302
2	1 998	3	1	4	200
3	1 853	3	3	6	324
4	2 564	6	7	13	507
5	1 794	6	3	9	502
6	2 749	3	4	7	255
7	2 640	3	1	4	152
8	1 869	4	1	5	268
9	1 716	1	2	3	175
10	1 804	2	—	2	111
11	2 790	3	3	6	215
12	2 337	4	3	7	300
13	1 478	1	—	1	68
14	1 595	2	—	2	125
15	1 964	5	3	8	407
16	1 121	4	—	4	357
17	3 269	6	5	11	336
18	385	1	—	1	260
19	1 893	4	3	7	370
20	1 941	7	2	9	464
21	1 613	4	—	4	248
S:a	44 004	78	49	127	289

Tab. 6. Frekvensen vpl med epilepsi.

Io	Vpl, födda 1930, prövade vid inskrivning	Vpl med epilepsi			Epileptiker på 100 000
		vid inskr.	efter inskr.	S:a	
1	2	3	4	5	6
1	4 711	8	5	13	276
2	2 045	4	4	8	391
3	1 931	1	1	2	104
4	2 473	5	3	8	323
5	1 825	5	5	10	548
6	2 717	4	2	6	221
7	2 635	1	2	3	114
8	1 707	3	—	3	176
9	1 738	5	2	7	403
10	1 907	5	1	6	315
11	2 786	5	—	5	179
12	2 467	3	1	4	162
13	1 490	3	2	5	336
14	1 542	4	—	4	259
15	1 993	9	4	13	652
16	1 055	3	—	3	284
17	3 185	6	1	7	220
18	384	—	1	1	260
19	1 959	3	1	4	204
20	1 771	—	1	1	56
21	1 645	3	2	5	304
S:a	43 966	80	38	118	268

Tab. 7. Frekvensen vpl med epilepsi.

Io	Vpl, födda 1931, prövade vid inskrivning	Vpl med epilepsi			Epileptiker på 100 000
		vid inskr.	efter inskr.	S:a	
1	2	3	4	5	6
1	4 680	3	7	10	214
2	1 851	3	—	3	162
3	1 852	1	2	3	162
4	2 324	5	1	6	258
5	1 786	4	5	9	504
6	2 561	3	5	8	312
7	2 514	4	5	9	358
8	1 769	4	4	8	452
9	1 795	1	2	3	167
10	1 857	4	2	6	323
11	2 690	2	4	6	223
12	2 381	5	1	6	252
13	1 462	3	—	3	205
14	1 538	2	1	3	195
15	1 908	6	2	8	419
16	1 060	5	—	5	472
17	3 110	6	2	8	257
18	403	—	—	—	—
19	1 946	3	1	4	206
20	1 760	—	1	1	57
21	1 538	3	1	4	260
S:a	42 785	67	46	113	264

Tab. 8. Frekvensen vpl med epilepsi.

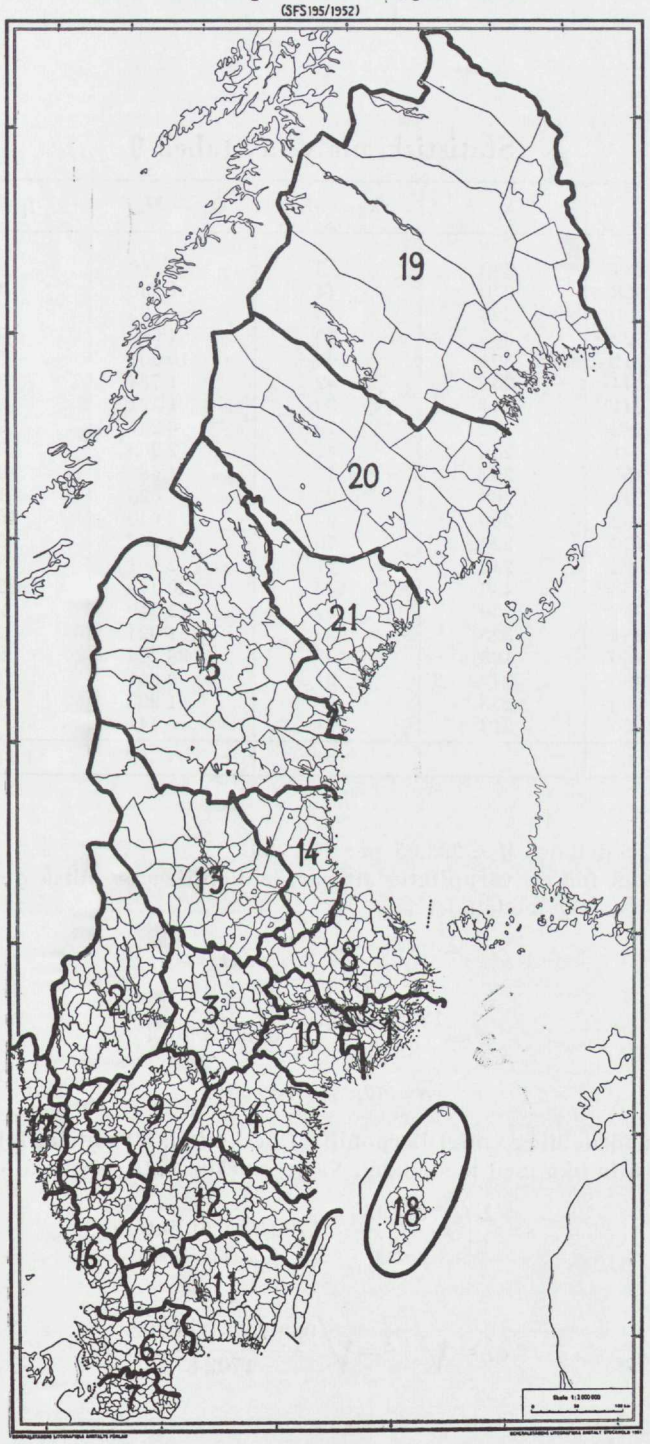
Io	Vpl, födda 1932, prövade vid inskrivning	Vpl med epilepsi			Epileptiker på 100 000
		vid inskr.	efter inskr.	S:a	
1	2	3	4	5	6
1	4 816	10	4	14	291
2	1 838	2	1	3	163
3	1 818	2	3	5	275
4	2 331	6	2	8	343
5	1 751	3	1	4	228
6	2 595	3	5	8	308
7	2 433	4	—	4	164
8	1 645	2	—	2	122
9	1 698	4	—	4	236
10	1 789	—	2	2	112
11	2 681	6	6	12	448
12	2 291	4	2	6	262
13	1 452	1	1	2	138
14	1 405	2	1	3	214
15	1 924	4	1	5	260
16	1 011	5	—	5	495
17	2 981	4	4	8	268
18	396	—	1	1	253
19	1 954	3	5	8	409
20	1 770	3	—	3	169
21	1 507	3	—	3	199
S:a	42 086	71	39	110	261

Tab. 9. Frekvensen vpl med epilepsi.

Io	Vpl, födda 1925—1932, prövade vid inskrivning	Vpl med epilepsi			Epileptiker på 100 000
		vid inskr.	efter inskr.	S:a	
1	2	3	4	5	6
1	39 334	52	62	114	290
2	16 058	27	13	40	249
3	15 789	23	24	47	298
4	19 822	39	33	72	363
5	15 241	34	26	60	394
6	22 344	29	27	56	251
7	21 241	27	27	54	254
8	14 782	38	17	55	372
9	14 641	17	19	36	246
10	15 457	21	18	39	252
11	22 742	34	27	61	268
12	19 462	24	15	39	200
13	12 126	12	15	27	223
14	12 392	24	6	30	242
15	16 053	44	26	70	436
16	8 857	27	4	31	350
17	25 881	51	33	84	325
18	3 196	1	3	4	125
19	15 406	27	26	53	344
20	15 109	23	16	39	258
21	13 050	27	14	41	314
S:a	358 983	601	451	1 052	293

Rikets indelning i inskrivningsområden

(SFS 195/1952)



Statistisk analys av tabell 9

Io	f_i	x_i	$(x_i - M_0)$	$(x_i - M_0)^2$	$f_i\,(x_i - M_0)^2$
1	39 334	290	3	9	354 006
2	16 058	249	44	1 936	31 088 288
3	15 789	298	5	25	394 725
4	19 822	363	70	4 900	97 127 800
5	15 241	394	101	10 201	155 473 441
6	22 344	251	42	1 764	39 414 816
7	21 241	254	39	1 521	32 307 561
8	14 782	372	79	6 241	92 254 462
9	14 641	246	47	2 209	32 341 969
10	15 457	252	41	1 681	25 983 217
11	22 742	268	25	625	14 213 750
12	19 462	200	93	8 649	168 326 838
13	12 126	223	70	4 900	59 417 400
14	12 392	242	51	2 601	32 231 592
15	16 053	436	143	20 449	328 267 797
16	8 857	350	57	3 249	28 776 393
17	25 881	325	32	1 024	26 502 144
18	3 196	125	168	28 224	90 203 904
19	15 406	344	51	2 601	40 071 006
20	15 109	258	35	1 225	18 508 525
21	13 050	314	21	441	5 755 050
S:a	358 983	—	—	—	1 319 014 684

Det vägda medeltalet $M = 293{,}05$ per 100 000.
Sannolikheten för en värnpliktig att vara epileptiker är alltså $q = 0{,}00293$.
Spridningen kring medeltalet är

$$\sigma^2 = \frac{\Sigma f_i\,(x_i - M_o)^2}{\Sigma f_i} - (M_o - M)^2$$

$$\sigma^2 = \frac{1319014684}{358983} - 0{,}05^2 = 3674$$

$$\sigma = 60{,}6 \text{ per } 100\,000.$$

Vi bilda en fördelning enligt Bernoulli så beskaffad, att antalet fall per inskrivningsområde blir lika med medeltalet. Varje område antages alltså omfatta

$$s = \frac{\Sigma f_i}{21} = \frac{358983}{21} = 17094 \text{ värnpliktiga.}$$

Vi få då

$$\sigma'_B = \sqrt{\frac{pq}{s}} = \sqrt{\frac{0{,}99707 \cdot 0{,}00293}{17094}}$$

$$\sigma'_B = \frac{1}{1000} \cdot \sqrt{0{,}1709} = \frac{1}{1000} \cdot 0{,}41350 \text{ per individ}$$

$$\sigma_B = 41{,}4 \text{ per } 100\,000.$$

Det s. k. Lexiska förhållandet blir alltså

$$Q = \frac{\sigma}{\sigma_B} = \frac{60{,}6}{41{,}4} = 1{,}46 > 1$$

Eftersom $Q > 1$, föreligger en fördelning med övernormal dispersion. Detta innebär, att bestämda skiljaktigheter föreligga mellan de olika inskrivningsområdenas frekvenser. Vad dessa skillnader kunna bero på, kan här icke avgöras.

Utkast

till

Kungl. Medicinalstyrelsens cirkulär till samtliga läkare i riket angående remiss av fall med epilepsi till de neurologiska klinikerna den 1956

I proposition nr 00 till 1956 års riksdag angående vissa anslag till epileptikervården har chefen för inrikesdepartementet lämnat utan erinran ett av medicinalstyrelsen i dess betänkande angående epileptikervården (SOU 1955: 00) gjort uttalande, att de neurologiska klinikerna såvitt angår epilepsi bör fungera som arbetscentra, emedan de ensamma äger samtidig tillgång till högsta sakkunskap inom i första hand specialiteterna neurologi, neurokirurgi, neuro-radiologi, klinisk neuro-fysiologi, psykiatri, barnpsykiatri, pediatrik och ortopedi. Vid diagnosticerandet av epilepsi kan nämligen erfordras medverkan från specialister inom samtliga dessa lärdomsgrenar. Departementschefen har vidare i likhet med medicinalstyrelsen med hänsyn till den synnerliga vikten av att varje nytt samt varje första gången misstänkt fall av epilepsi erbjuds all den hjälp, som läkarvetenskapen förmår att lämna, funnit det önskvärt att de neurologiska klinikerna handhar den första specialundersökningen och överhuvud taget den diagnostiska verksamheten på högsta plan samt alla nödiga operativa ingrepp beträffande epileptiker. Riksdagen har inte funnit anledning till erinran mot vad sålunda anförts.

Med anledning av vad sålunda förekommit får medicinalstyrelsen uppmana alla inom landet verksamma läkare att, när fall av epilepsi eller misstänkt epilepsi som inte veterligen tidigare undersökts å neurologisk klinik, kommer under deras behandling, remittera dem till de neurologiska klinikerna för utredning.

Härvid skall fall från nedan angivna sjukvårdsområden remitteras till följande kliniker:

Neurologiska kliniken vid Södersjukhuset fall från Stockholms stad;

Neurologiska kliniken vid serafimerlasarettet fall från Stockholms och Norrköpings stad samt Stockholms, Södermanlands, Östergötlands, Kalmar läns norra och Gotlands läns landstingsområden;

Neurologiska kliniken vid Malmöhus läns sjukvårdsinrättningar i Lund fall från Malmö och Hälsingborgs stad samt Jönköpings, Kronobergs, Kalmar läns södra, Blekinge, Kristianstads och Malmöhus läns landstingsområden;

Neurologiska kliniken vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg fall från Göteborgs stad samt Hallands, Göteborgs och Bohus, Älvsborgs, Skaraborgs, Värmlands och Örebro läns landstingsområden;

Neurologiska kliniken vid akademiska sjukhuset i Uppsala fall från Gävle stad samt Uppsala, Västmanlands, Kopparbergs, Gävleborgs, Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens läns landstingsområden.

Överläkarna vid dessa kliniker har till sitt biträde kuratorer med särskild erfarenhet av epileptikernas sociala problem. I fall, där läkaren i fältet finner problemen för en patient med epilepsi som redan undersökts på neurologisk klinik vara att hänföra till hans sociala status, bör patienten därför tillrådas att vända sig till kuratorn vid den neurologiska klinik, till vars upptagningsområde patienten hör, eller till kuratorn vid vederbörande epilepsisjukhus.

Förslag

till

Lag

angående ändrad lydelse av 1 § lagen den 20 december 1940 (nr 1044) om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus

Härigenom förordnas, att 1 § lagen den 20 december 1940 (nr 1044) om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus[1] skall erhålla följande ändrade lydelse.

(Nuvarande lydelse)	*(Föreslagen lydelse)*
1 §.	1 §.
Landsting, så — — — — — — — — — vid barnsbörd.	
Vård, som — — — — — — — — — i landsting.	
Denna lag äger icke tillämpning å karolinska sjukhuset eller serafimerlasarettet; och skall vad däri finnes stadgat endast i den mån nedan föreskrives gälla anstaltsvård för sinnessjuka, sinnesslöa, *fallandesjuka* eller konvalescenter.	Denna lag äger icke tillämpning å karolinska sjukhuset eller serafimerlasarettet; och skall vad däri finnes stadgat endast i den mån nedan föreskrives gälla anstaltsvård för sinnessjuka, sinnesslöa eller konvalescenter.
	Denna lag träder i kraft den 1 januari 1957.

[1] Senaste lydelse, SFS 1951: 155.

Förslag

till

1 § i Kungl. Maj:ts stadga för statens epilepsisjukhus den 1956

1 §.

Statens epilepsisjukhus har till ändamål att meddela undervisning, vård och behandling av personer, vilka på grund av epilepsi icke i annan form kunna beredas tillfredsställande vård.

Från stadgans tillämpning undantagas de som äro intagna på eller försöksutskrivna från sinnessjukhus eller staten tillhörig anstalt för psykiskt efterblivna, så ock de som omhändertagas jämlikt lagen om undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna.

2 §.

— —

Statens offentliga utredningar 1955

Systematisk förteckning

(Siffrorna inom klammer beteckna utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.)

Allmän lagstiftning. Rättskipning. Fångvård.

Vidlyftiga rättegångar. [10]
Sekretessen vid förundersökning i brottmål. [17]
Ny bagerilag. Arbetstidsutredningens betänkande. 6. [24]
Räjongplanens fullföljande. [40]
Justitieombudsmannainstitutionen m. m. [50]

Statsförfattning. Allmän statsförvaltning.

Administrativt rättsskydd. [19]
Tjänstebostäder. [30]
Ändrad taxeringsorganisation. [51]

Kommunalförvaltning.

Statens och kommunernas finansväsen.

Nya skatteskalor. [48]

Politi.

Betänkande med förslag till läkemedelsförordning. [44]

Nationalekonomi och socialpolitik.

Bostadskollektiva kommittén. 3. Tvätt. [8] 4. Samlingslokaler. [28]
Penningvärdeundersökningen. 1. Utlandstransaktionerna och den svenska ekonomin. [13] 2. Finanspolitikens ekonomiska teori. [25]
Pris och prestation i handeln. [16]
Förslag till ny förordning om erkända arbetslöshetskassor m. m. [27]
Samhället och barnfamiljerna. [29]
Arbetskraftsbehovet inom offentlig verksamhet. [34]
Hyresregleringskommitténs betänkande. 4. Hyresregleringens avveckling m. m. [35]
Utredningshem. [37]
Statsstöd för samlingslokaler. [39]
Arbetarskyddsstyrelsen och yrkesinspektionen. [41]
Besittningsskydd för hyresgäst. [46]

Hälso- och sjukvård.

Statens sjukhusutredning av år 1943. 8. Rationalisering av sjukhusdriften. [12]
Undersökningar rörande små avloppsreningsanläggningar. [18]
Värme- och sanitetsbranschen. [49]
Epileptikervården. [52]

Allmänt näringsväsen.

Konkurrens och priser. [45]

Fast egendom. Jordbruk med binäringar.

Lag om jordbrukskasserörelsen m. m. [1]
Prissättningen på jordbruksprodukter. Bilaga 1. [5]
Det mindre jordbrukets möjligheter att uppnå bättre lönsamhet. [7]
Flygfotogrammetrisk verksamhet. [26]

Vattenväsen. Skogsbruk. Bergsbruk.

Vattenvården. [6]
Frågan om statsinlösen av stamaktierna i LKAB. [9]

Industri.

Handel och sjöfart.

Stöd åt den mindre och medelstora skeppsfarten. [2]
Tobakshandelsregleringen. [38]

Kommunikationsväsen.

Elkraftutredningens redogörelse nr 2: 20—21. Detaljdistributörerna samt deras råkraftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Kopparbergs och Gävleborgs län. [15] 22—24. Västernorrlands, Jämtlands och Västerbottens län. [22]
Busslinjeutredningen. 2. Betänkande rörande översyn av vissa bestämmelser i 1940 års förordning angående yrkesmässig automobiltrafik m.m. jämte förslag till lag angående företag, som driva yrkesmässig trafik med omnibus. [23]
Luftfartslag. [42]

Bank-, kredit- och penningsväsen.

Om riksbankens sedelutgivningsrätt och därmed sammanhängande penningpolitiska frågor. [43]

Försäkringsväsen.

Allmän pensionsförsäkring. [32]

Kyrkoväsen. Undervisningsväsen. Andlig odling i övrigt.

Psykologisk utbildning och forskning. [11]
Handelsutbildningskommitténs betänkande och förslag. 2. Yrkesskolornas handelsundervisning m. m. [14]
Det döva barnets språk- och talutveckling. [20]
Tekniska skolutbildningen. [21]
Skolväsendets lokala och regionala ledning samt lärartillsättningen. [31]
Lag angående jordfästning och gravsättning m. m. [36]
Kyrkomötets grundlagsenliga befogenheter m. m. [47]

Försvarsväsen.

Utrikes ärenden. Internationell rätt.

Nordiska parlamentariska kommittén. 9 och 10. Nordiska post- och teletaxor. [3 o. 4] 11. Nordiska vägtrafikbestämmelser m. m. [33]

IDUNS TRYCKERIAKTIEBOLAG ESSELTE AB
STOCKHOLM 1955