



**National Library
of Sweden**

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2012

KONGL. BIBL.
- 9 DEC 1957
S. 100. 1. 1. 1. 1.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1957: 40

Inrikesdepartementet

SOU
1957:40
A



PSYKISK BARNA- OCH UNGDOMSVÅRD

BETÄNKANDE I

AV MENTALSJUKVÅRDSDELEGATIONEN
INOM KOMMITTÉN FÖR ÖVERSYN AV HÄLSO-
OCH SJUKVÅRDEN I RIKET

Stockholm 1957

Statens offentliga utredningar 1957

Kronologisk förteckning

1. Nordiskt samarbete inom näringsforskningen. Statsrådets tryckeri, Helsingfors. 28 s. **H.**
2. JO och kommunerna. Kihlström. 80 s. **Ju.**
3. Fullföljdsbegränsning i skattemål. Idun. 146 s. **Fi.**
4. Oljelagring. Kihlström. 117 s. **H.**
5. Krigsskada å egendom. Idun. 188 s. **H.**
6. Statens institut för folkhälsan arbetsuppgifter och organisation. Victor Petterson. 191 s. **I.**
7. Förbättrad pensionering. Idun. 260 s. **S.**
8. Jordbruks förstärkande med skog. Kihlström. 416 s. **Jo.**
9. Örlogsvarvens organisation m. m. Victor Petterson. 320 s. **Fö.**
10. Balanserad expansion. Bilagor. Marcus. 197 s. **Fi.**
11. Fordringspreskription m. m. Idun. 198 s. **Ju.**
12. Stommateriäl från jord- och stenindustrin. Idun. 234 s. **S.**
13. Den statliga indirekta beskattningen. Kihlström. 423 s. **Fi.**
14. Beroende uppdragstagare. Beckman. 139 s. **S.**
15. Församlingslag. Idun. 413 s. **E.**
16. Remissyttranden över allmänna pensionsberedningens betänkande om förbättrad pensionering. Idun. 424 s. **S.**
17. Markvård och erosionskydd. Idun. 82 s. **Jo.**
18. Trafiksäkerhet. II. Idun. 493 s. **K.**
19. Biskopsval. Gummesson. 129 s. **E.**
20. Utredning med förslag till ny veterinärtaxa m. m. Statens Reproduktionsanstalt. 80 s. **Jo.**
21. Förenklad byggnadslagstiftning. Kihlström. 292 s. **K.**
22. Remissyttranden. — Balanserad expansion. Marcus. 331 s. **Fi.**
23. Kanslister i administrativ tjänst. Kihlström. 128 s. **C.**
24. Den akademiska undervisningen. Forskarrekryteringen. Hæggström. 223 s. **E.**
25. Statliga betongbestämmelser. Del 2 a. Idun. 23 s. **K.**
26. Statliga företagsformer IV. Statens vattenfallsverk. Idun. 159 s. **Fi.**
27. Ärkebiskopsval. Biskopsvalkommitténs betänkande. Del 2. Gummesson. 47 s. **E.**
28. Läraryttranden på det husliga området. Idun. 304 s. **E.**
29. Mönstring och registrering av sjöfolk. Idun. 310 s. **H.**
30. Ströängar. Kihlström. 156 s. **Jo.**
31. Bostäder för åldringar och invalider. Idun. 117 s. **S.**
32. Statens skogsskolor. Idun. 111 s. **Jo.**
33. Allmän familjerådgivning. Kihlström. 220 s. **S.**
34. Stads- och häradsfångelser. Idun. 32 s. **Ju.**
35. Utbildning av lärare i manlig slöjd. Kihlström. 180 s. **E.**
36. Trafikförsäkring. Kihlström. 185 s. **Ju.**
37. Nordiskt ekonomiskt samarbete. Allmän del. Beckman. 137 s. **H.**
38. Offentlig förevisning av djur. Kihlström. 176 s. **Ju.**
39. Sjömansskatt. Idun. 152 s. **Fi.**
40. Psykisk barna- och ungdomsvård. Idun. 194 s. **I.**

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

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1957:40

Inrikesdepartementet



PSYKISK BARNA- OCH UNGDOMSVÅRD

BETÄNKANDE I

*av mentalsjukvårdsdelegationen
inom kommittén för översyn av hälso-
och sjukvården i riket*

IDUNS TRYCKERIAKTIEBOLAG ESSELTE AB
STOCKHOLM 1957



PSYKISK BARN- OCH UNGDOMVÅRD

RETNINGSBOK

af
Läkare
och
Sjuksköterskor
i
Sjukhusen
och
Förskolorna
i
Stockholm

INNEHÅLL

Skrivelse till Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Inrikesdepartementet....	5
1 kap. Den psykiska barna- och ungdomsvårdens uppkomst och utveckling..	7
Ungdomsvårdskommitténs utredning s. 7. Gällande kungörelse ang. statsbidrag till psykisk barna- och ungdomsvård s. 9. Medicinalstyrelsens, socialstyrelsens och skolöverstyrelsens gemensamma skrivelse den 27 februari 1952 ang. förslag till utbyggnad av utbildningsmöjligheterna för blivande barnpsykiatriker s. 9. Medicinalstyrelsens skrivelse den 23 mars 1956 ang. översyn av gällande statsbidragskungörelse s. 10.	
2 kap. Den psykiska barna- och ungdomsvårdens innehåll och målsättning..	13
Inledning s. 13. Utvecklingen fram till ungdomsvårdskommitténs betänkande s. 13. Utvecklingen efter tillkomsten av ungdomsvårdskommitténs betänkande s. 16. Orsakssammanhangens komplexa natur m. m. s. 19. Lönar sig psykisk barna- och ungdomsvård? s. 26.	
3 kap. Allmän psykisk hälsovård bland barn och ungdom.....	30
Inledning s. 30. Mentalhygienisk verksamhet vid mödravårds- och barnvårdscentraler m. m. s. 31. Skolpsykologisk verksamhet s. 35; allmänt ang. skolpsykologernas arbete s. 35; skolpsykologorganisationens framtida utformning s. 37. Den sociala barna- och ungdomsvårdens förebyggande arbete s. 40. Sammanfattning s. 43.	
4 kap. Den psykiska barna- och ungdomsvårdens nuvarande resurser och utformning.....	44
Verksamhetens organisation s. 44. Antal vårdplatser s. 46. Personalens omfattning s. 48. Antal under år 1955 mottagna barn och ungdomar vid centraler och filialer s. 49. Befintliga filialer s. 49. Stockholms stads psykiska barna- och ungdomsvård s. 50. Samarbete med andra barna- och ungdomsvårdande organ m. m. s. 51. Upplysningsverksamhet s. 53. Konsultverksamhet s. 53. Sammanfattning s. 54.	
5 kap. Av huvudmännen anförda kritiska synpunkter på nuvarande organisation och önskemål för framtiden.....	55
Huvudmännens kritiska synpunkter och önskemål s. 55 och följ. Sammanfattning s. 71.	
6 kap. Personalens utbildning och arbetsuppgifter.....	73
Allmänna synpunkter s. 73. Läkare s. 74. Psykologer s. 76; psykologer i huvudsakligen diagnostiskt arbete s. 78; psykologer i huvudsakligen terapeutiskt arbete s. 79. Barnpsykologiska kuratorer s. 81. Pedagogkonsulter och skolpsykologer s. 86. Avdelningspersonal s. 87; sjuksköterskor s. 87; förskolelärare (barnträdgårdslärarinnor) s. 88; lärarpersonal s. 88; övrig manlig och kvinnlig avdelningspersonal s. 88; kansli- och kontorspersonal s. 89. Sammanfattning s. 90.	
7 kap. Organisatoriska förslag.....	91
Principiella synpunkter s. 91. Frågan om huvudmannaskap m. m. s. 92. Allmän organisationsplan s. 93; barn- och ungdomspsykiatriska lasarettavdelningar	

s. 93; fristående centraler s. 94; filialer s. 94; särskilda hem för långtidsobservation och behandling s. 94; särskilda vårdplatser för sinnessjuka barn s. 95. Central och lokal tillsyn s. 95. Arvodesbefattning som specialföredragande läkare inom medicinalstyrelsen s. 95. Behörighetsvillkor och anställningsförfarande s. 96; läkare s. 96; inrättande av 1-årstjänster för läkare vid större centraler s. 96. Övriga befattningshavare s. 97; nya benämningar på nuvarande assistenter s. 97; behörighetsvillkor för psykologer s. 98; deltidsbefattning som psykolog inom medicinalstyrelsen s. 98; behörighetsvillkor för barnpsykiatriska kuratorer s. 99; dito för pedagogkonsulter s. 100. Avgiftsfri mottagning s. 101. Statsbidragsfrågan s. 101. Kostnadsberäkning s. 104.

8 kap. Lokaler för vårdavdelningar och öppna mottagningar.....	105
Lokalsituationen på platser, där läkarutbildning bedrivs eller skall bedrivnas s. 105. Lokalsituationen i övrigt s. 107. Barnpsykiatriska avdelningar s. 111. Ungdomspsykiatriska avdelningar s. 113. Öppna mottagningar s. 113. Olika kombinationer av avdelningar och öppna mottagningar s. 115; barn- och ungdomspsykiatriska avdelningar med öppen mottagning och dagobservationsavdelning s. 115; barn- och ungdomspsykiatrisk avdelning med öppen mottagning s. 115; barn- och ungdomspsykiatriska lasarettavdelningar i kombination dels med öppen mottagning i anslutning till dessa avdelningar, dels med fristående öppen mottagning s. 115.	
9 kap. Mentalsjukhus för barn och ungdomar.....	119
Tidigare utredningar m. m. s. 119. Platsbehovet s. 121. Diagnoser s. 125. Nuvarande vårdformer för psykiskt sjuka barn och ungdomar s. 127. Framtida vårdformer s. 128. Platsbehovets tillgodoseende s. 132. Vårdplatsernas förläggning s. 133. Sjukhusens utformning s. 136. Sammanfattning och förslag s. 139.	
10 kap. Övriga vårdformer i anslutning till den psykiska barna- och ungdomsvården.....	141
Fosterhemmen s. 141. Den halvöppna barnavården s. 142. Slutna institutioner för observation och behandling av vissa barn och ungdomar s. 143; behandlingshem av typ I s. 150; behandlingshem av typ II s. 151; behandlingshem av typ III s. 152. I barnhemsplanerna upptagna barnhem m. m. s. 152. Institutioner för psykiskt efterblivna s. 152. Epileptikervården s. 153. Ungdomsvårdsskolorna s. 153. Fångvården s. 154. Utredningshemmen s. 154. Övriga institutioner s. 155.	
11 kap. Beräknat lokal- och personalbehov inom den psykiska barna- och ungdomsvården.....	157
Lokalbehovet s. 157; de medicinska undervisningsinstitutionerna s. 157; landstingen och de landstingsfria städerna s. 158. Personalbehovet s. 159; fördelningen av personalen på avdelningar och olika slag av öppna mottagningar s. 159; personalbehovet vid institutioner av olika slag s. 160. Sammanlagt personalbehov inom den psykiska barna- och ungdomsvården och för mentalsjukhusen för barn och ungdomar s. 163; läkarbehovet s. 164; psykologbehovet s. 165; behovet av barnpsykiatriska kuratorer s. 165. Sammanfattning och förslag s. 165.	
12 kap. Författningsförslag m. m.....	167
Förslag till ny statsbidragskungörelse s. 167. Förslag till ny normalinstruktion s. 173. Förslag till ny normalplan s. 176.	
13 kap. Sammanfattning.....	178
Bilaga A. Beskrivning av arbetet inom Värmlands läns landstings organisation för psykisk barna- och ungdomsvård.....	186
» B. Frågeformulär för utrönande av vårdplatsbehovet för sinnessjuka barn och ungdomar.....	193

Till Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Inrikesdepartementet

Genom beslut den 25 november 1955 bemyndigade Kungl. Maj:t chefen för inrikesdepartementet att *dels* inom den med stöd av Kungl. Maj:ts bemyndigande den 30 april 1954 utsedda kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket utse högst åtta sakkunniga att såsom en särskild delegation utreda frågan om mentalsjukvårdens och särskilt den öppna mentalsjukvårdens organisation, dess samordning med annan sjukvård samt därmed sammanhängande spörsmål, *dels* tillkalla ytterligare högst tre sakkunniga att ingå såsom ledamöter i kommittén och delegationen, *dels* utse en av delegationens ledamöter att såsom ordförande leda dess arbete, *dels* tillkalla experter att vid behandlingen av särskilda frågor medverka vid utredningsarbetet, *dels* ock förordna sekreterare åt delegationen.

Med stöd av nämnda bemyndigande utsåg chefen för inrikesdepartementet den 25 november 1955 inom kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket såsom ledamöter i nämnda delegation ledamoten av riksdagens första kammare Rune B. Johansson, vilken såsom ordförande skulle leda utredningens arbete, ledamoten av riksdagens andra kammare Bertil von Friesen, socialläkaren Gunnar Inghe, ledamöterna av riksdagens andra kammare Per G. A. Svensson och S. A. Alarik Hagård samt förbundsordföranden numera ävenledes ledamoten av riksdagens andra kammare fru Inga Thorsson. Samtidigt tillkallades överinspektören för sinnessjukvården i riket numera medicinalrådet Curt Åmark och överläkaren vid S:t Lars sjukhus i Lund docenten Bo Gerle att ingå såsom ledamöter i kommittén och delegationen.

De sakkunniga antog benämningen *mentalsjukvårdsdelegationen*.

Till sekreterare åt utredningen förordnades den 25 januari 1956 förste byråsekreteraren i medicinalstyrelsen Sigurd Fagring.

Den 12 oktober 1956 avled ledamoten Hagård.

Sedan medicinalstyrelsen i skrivelse den 23 mars 1956 hemställt om uppdrag att verkställa översyn av gällande bestämmelser om statsbidrag till psykisk barna- och ungdomsvård samt därmed sammanhängande spörsmål, fann Kungl. Maj:t genom beslut den 29 juni 1956 framställningen ej för-

anleda annan åtgärd än att densamma skulle överlämnas till mentalsjukvårdsdelegationen, att av delegationen beaktas vid fullgörande av det delegationen lämnade utredningsuppdraget. Vid behandlingen av ärendet skulle delegationen samråda med medicinalstyrelsen, socialstyrelsen och skolöverstyrelsen.

Den 15 oktober 1956 tillkallade chefen för inrikesdepartementet medlemmen av medicinalstyrelsens vetenskapliga råd docenten Sven Ahnsjö, psykologen vid Stockholms stads psykiska barna- och ungdomsvård Elsa Jansson, kuratorn vid Värmlands läns landstings psykiska barna- och ungdomsvård Margit Jonasson och föreståndaren vid Stockholms läns landstings psykiska barna- och ungdomsvård doktor Erik Reinius att såsom experter biträda delegationen vid behandlingen av nämnda ärende.

Föreliggande betänkande, vilket delegationen härmed vördsamt överlämnar, har utarbetats av sagda experter under Ahnsjös ledning. Sekreteraryppdraget har åvilat delegationens sekreterare. I ärendets slutliga behandling har samtliga delegationens ledamöter deltagit.

I betänkandets tionde kapitel diskuteras vissa vårdformer utanför den egentliga psykiska barna- och ungdomsvårdens område. I ett kommande betänkande avser vi att mera utförligt behandla vissa av dessa samt framlägga förslag i ämnet.

Genom beslut den 7 juni 1956 uppdrog Kungl. Maj:t åt delegationen att i samråd med statens kommitté för sinnessjukvårdens utbyggande utreda det av statsutskottet i dess utlåtande nr 128/1956 berörda spörsmålet om inrättande av särskilda vårdplatser för sinnessjuka barn. Resultatet av nämnda utredning redovisas i betänkandets nionde kapitel, vilket utarbetats under medverkan av ledamoten Åmark. Utredningen i denna del har underställts statens kommitté för sinnessjukvårdens utbyggande, som därvid förklarar sig i princip icke ha något att invända mot våra förslag.

Slutligen får vi meddela, att anbefallt samråd vad beträffar betänkandet i dess helhet ägt rum med medicinalstyrelsen, socialstyrelsen och skolöverstyrelsen. Därjämte har samråd ägt rum med styrelsen för barnpsykiatriska föreningen och med representanter för svenska läkaresällskapets sektion för barnpsykiatri.

Stockholm den 20 augusti 1957.

Rune B. Johansson

Bertil von Friesen

Bo Gerle

Gunnar Inghe

Per Svensson

Inga Thorsson

Curt Åmark

Sven Ahnsjö

Elsa Jansson

Margit Jonasson

Erik Reinius

/ Sigurd Fagring

KAPITEL 1

Den psykiska barna- och ungdomsvårdens uppkomst och utveckling

Redan före tillkomsten av den nu gällande kungörelsen angående statsunderstödd psykisk barna- och ungdomsvård fanns i vårt land en rådgivningsverksamhet i uppfostringsfrågor, organiserad på enskilt och kommunalt initiativ. Då ungdomsvårdskommitténs betänkande angående psykisk barna- och ungdomsvård (SOU 1944:30) innefattar en historik rörande verksamhetens uppkomst, vill vi inledningsvis endast i korthet ange några av de faktorer, som medverkat till uppkomsten och utvecklingen av den nuvarande organisationen.

Önskemålet om en fastare och hela landet omspännande barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet grundade sig huvudsakligen på den under 1930-talet starkt tillväxande brottsligheten bland de unga. Det är därför naturligt, att verksamheten från början särskilt inriktades på förebyggande av kriminalitet.

För att belysa vad ovan sagts må erinras om att ungdomsvårdskommitténs nämnda utredning föregicks av en inom fångvårdsstyrelsen verkställd undersökning rörande ungdomskriminalitetens utveckling under åren 1915—1937 med uppmärksamhet framförallt fäst på åren 1931—1936. Brottsligheten bland de unga visade enligt denna undersökning en stark tillväxt, i första hand bland de yngsta årsklasserna 15—18 år.

Ungdomsvårdskommitténs uppdrag, som ursprungligen var begränsat till framläggande av förslag till åtgärder för bekämpande av ungdomsbrottsligheten, utvidgades sedermera enligt tilläggsdirektiv till att omfatta en allmänt förbättrad ungdomsvård. Breddningen av utredningsuppdraget föranleddes av vissa motioner, som framlagts vid 1942 års riksdag, i vilka ungdomsvårdsproblemet belysts i ett större sammanhang. Även vid 1943 års riksdag uppmärksammades detta spörsmål. I till de båda kamrarna avgivna likalydande motioner erinrades om den enligt motionärernas mening utomordentligt framgångsrika verksamhet, som bedrivits vid en i Stockholm anordnad rådgivningsbyrå för uppfostringsfrågor. Det ifrågasattes om inte liknande verksamhet borde komma till stånd över hela landet, förslagsvis på så sätt att psykiatriskt utbildade barnläkare anställdes i länen med uppgift att bistå skoldistrikten och barnavårdsnämnderna i dessas arbete med anpassningssvårigheter hos barn och ungdom. I yttrandena över dessa motioner ställde man sig i allmänhet positiv till en dylik organisa-

tion. Det är emellertid av intresse att taga del av ett par remissinstansers, nämligen skolöverstyrelsens och socialstyrelsens, tveksamhet till förslaget på grund av den synnerligen ringa tillgången på psykiatriskt utbildade barnläkare. Medicinalstyrelsen ansåg däremot vid denna tidpunkt, att behovet av läkare med angiven utbildning relativt snart torde kunna bli tillgodosett. Som framgår av det följande, har styrelsen dock senare i olika sammanhang påtalat, att de möjligheter, som står till buds för utbildning av barnpsykiatriker, är alltför begränsade.

Ungdomsvårdskommitténs förslag är i mångt och mycket uppbyggt efter motionärernas intentioner. Sålunda föreslogs inrättande av särskilda statsunderstödda centraler för psykisk barna- och ungdomsvård av övervägande poliklinisk karaktär under chefskap av specialutbildade läkare. Centralerna avsågs skola tillgodose behovet av rådgivning i uppfostringsfrågor samt behandling av missanpassade, psykiskt felutvecklade eller intellektuellt efterblivna barn och ungdomar. Den förebyggande karaktären av verksamheten underströks.

För att undvika, att organisationen från början bands i former, som sedermera vunnit praktisk erfarenhet skulle visa vara olämpliga, föreslog kommittén åtgärder för en frivillig verksamhet under en övergångsperiod av tre år, med möjlighet »att därunder inom tämligen vida gränser uppbygga organisationen och lämpa densamma efter lokala behov och resurser».

I proposition nr 211 till 1945 års riksdag föreslogs vissa åtgärder för genomförande av kommittéförslaget. Den otillräckliga tillgången på utbildad personal på området gjorde det enligt föredragande departementschefen angeläget, att den föreslagna verksamheten utbyggdes successivt. Organisationen borde få karaktären av ett provisorium under en femårsperiod i stället för under en treårsperiod, som utredningsmännen föreslagit. Mot slutet av denna period borde frågan om en fastare organisation upptagas till prövning. Även i statsutskottets utlåtande över propositionen påtalades svårigheterna att genomföra organisationsplanen på grund av bristen på kvalificerad personal. Det vore därför enligt utskottets mening av stor vikt, att staten genom att lämna stöd åt ifrågavarande verksamhet stimulerade de unga läkarnas intresse att utbilda sig för densamma. Å andra sidan vore det — framhöll utskottet vidare — av vikt att den nya vårdformen redan från början kom i åtnjutande av allmänhetens samt barnvårds- och skolmyndigheternas förtroende, varför endast verkligt kompetenta läkarkrafter med särskilt för denna vård vald utbildning borde tagas i anspråk. Av samma skäl framhölls angelägenheten av att assistenterna ägde en för uppgiften lämpad utbildning. Utskottet underströk därför, att även om utbildningsfrågan befunde sig i sådant läge, att formella kompetenskrav icke lämpligen kunde uppställas, borde sökandenas meriter för de nya tjänsterna bedömas med omsorg och försiktighet iakttagas vid vårdeas successiva utbyggande.

Sedan riksdagen godkänt av departementschefen förordade grunder för statsbidrag till verksamheten utfärdade Kungl. Maj:t den 22 juni 1945 den kungörelse (nr 489) angående statsbidrag till psykisk barna- och ungdomsvård, som alltjämt är gällande. Huvudreglerna i denna är i korthet följande.

Huvudmannskapet har anförtrotts åt landstingen och de landstingsfria städerna. Verksamheten, som skall vara anordnad enligt av medicinalstyrelsen godkänd plan, skall inom landstingsområde stå under ledning av vederbörande hälso- och sjukvårdsberedning eller, då särskild hälsovårdsberedning och särskild sjukvårdsberedning finnes, dessa beredningar gemensamt. I stad tillkommer ledningen sjukhusmyndighet, skolmyndighet eller barnavårdsmyndighet. Minst en central (rådgivningsbyrå för uppfostringsfrågor) skall finnas inom varje verksamhetsområde och om så erfordras en eller flera filialstationer. Centralen bör vara förlagd till sjukhus och knuten till barnavdelning om sådan finnes. Om central ej är förlagd till sjukhus, skall sådana anordningar vidtagas, att för verksamheten erforderligt antal vårdplatser står till förfogande. Läkarna, som förordnas av medicinalstyrelsen, skall äga utbildning i pediatrik och psykiatri samt speciell erfarenhet i barnpsykiatri eller eljest förvärvat för verksamheten ägnad specialutbildning. Såsom villkor för statsbidrag gäller, att rådfrågning, undersökning och behandling lämnas avgiftsfritt.

Statsbidrag utgår till avlöningskostnaderna med ett årligt belopp, motsvarande hälften av de verkliga kostnaderna, för läkare dock högst 6 000 kronor och för assistent högst 3 000 kronor. Dessutom utgår statsbidrag till vissa befattningshavares resor till eventuellt förefintliga filialstationer inom området. Detta bidrag utgår inom Norrbottens, Västerbottens och Jämtlands län med 70 procent, inom Västernorrlands, Gävleborgs, Kopparbergs och Värmlands län med 60 procent samt inom riket i övrigt med 50 procent av de sammanlagda rese- och traktamentskostnaderna.

Instruktion för verksamheten skall fastställas av medicinalstyrelsen på förslag av huvudmannen.

Medicinalstyrelsen har den 2 november 1945 (MF nr 133) utfärdat vissa tillämpningsföreskrifter i anledning av nu nämnda kungörelse, vilka inrymmer detaljföreskrifter för verksamhetens ordnande.

I gemensam skrivelse den 27 februari 1952 till Kungl. Maj:t angående förslag till utbyggnad av utbildningsmöjligheterna för blivande barnpsykiatriker har medicinalstyrelsen, socialstyrelsen och skolöverstyrelsen bland annat framhållit, att arbetsuppgifterna inom en rådgivningsbyrå vore mycket skiftande och omfattande och att erfarenheten visat, att *en* läkare sällan kunde tillfredsställande utföra honom inom ramen för verksamheten åliggande uppgifter. Vid varje central borde därför enligt ämbetsverkens mening finnas två specialutbildade läkare samt vid varje större central, där utbildning av yngre läkare lämpligen kunde bedrivas, därjämte underläkare. Vidare erfordrades ytterligare läkare vid de under centralerna lydande filial-

stationerna. En sådan utbyggnad av organisationen skulle enligt ämbetsverkens beräkningar komma att medföra ett behov av cirka 60—70 specialutbildade läkare.

Därjämte förelåg det enligt ämbetsverken inom ungdomsvårdsskoleverksamheten behov av i första hand tre läkare med specialutbildning, och därtöver konsulterande psykiatriker vid de 23 ungdomsvårdsskolorna, motsvarande arbete för fem heltidsanställda läkare med denna specialitet. Även vid anstalter för psykopatiska och nervösa barn liksom vid en del anstalter inom sinnesslövrården behövdes psykiatrisk expertis och därjämte inom skolväsendet, dels i den centrala ledningen, dels ock inom de större städerna.

Efter att ha erinrat om att dåvarande utbildningsmöjligheter (underläkartjänster) för ifrågavarande specialitet vore alltför knappa, föreslog ämbetsverken i första hand nyinrättande av sju underläkartjänster vid de universitetskliniker, där barnpsykiatrisk undervisning vore avsedd att meddelas.

Ämbetsverken framhöll vidare, att en professur i barnpsykiatri borde finnas vid varje universitet, men begränsade sig till att föreslå endast en professur och lämnade frågan öppen var denna lämpligen borde placeras.

I anslutning härtill kan nämnas, att genom beslut av 1954 års riksdag kommer en professur i barnpsykiatri att inrättas vid Kronprinsessan Lovisas vårdanstalt i Stockholm från och med den 1 juli 1958.

Slutligen må här lämnas en sammanfattning av medicinalstyrelsens skrivelse den 23 mars 1956 till Kungl. Maj:t angående översyn av gällande statsbidragskungörelse. I denna framhölls bland annat, att anledningen till att utvecklingen på området icke framskridit i sådan takt som varit önskvärd vore att finna i dels de gällande bestämmelsernas mera provisoriska karaktär, dels ock bristen på kvalificerad personal, framförallt barnpsykiatriskt utbildade läkare. I sistnämnda spörsmål erinrade styrelsen om att den i sina anslagsäskanden för budgetåret 1955/56 som en första åtgärd föreslagit inrättandet av åtminstone en utbildningstjänst vid varje universitets-klinik eller tillhopa fyra, varav en vid Karolinska sjukhuset, en vid Kronprinsessan Lovisas vårdanstalt, en vid Akademiska sjukhuset i Uppsala och en vid Malmöhus läns sjukvårdsinrättningar i Lund.

I 1955 års statsverksproposition hade visserligen behovet av ifrågavarande tjänster vitsordats, men det hade ej ansetts vara möjligt att omedelbart genomföra styrelsens förslag att inrätta utbildningstjänster vid Kronprinsessan Lovisas vårdanstalt och vid Malmöhus läns sjukvårdsinrättningar i Lund, innan överenskommelse träffats med huvudmännen för dessa sjukhus om vissa lokal- och utrustningsfrågor. Spörsmålet om inrättande av utbildningstjänsten vid Kronprinsessan Lovisas vårdanstalt hade därjämte ansetts böra lösas i samband med frågan om tidpunkten för inrättande av en professur i barnpsykiatri vid vårdanstalten. Däremot

hade förslaget om inrättande av en utbildningstjänst vid Akademiska sjukhuset i Uppsala tillstyrkts, vilket förslag även vunnit riksdagens gillande.¹

Beträffande den psykiska barna- och ungdomsvårdens organisation hänvisade medicinalstyrelsen vidare i sin ovannämnda skrivelse till följande uttalande, som gjordes i samband med medicinalstyrelsens och socialstyrelsens år 1950 avgivna utredning rörande verksamheten vid barnbyn Skå.

Organisationen av den psykiska barna- och ungdomsvården bör vara utformad på följande sätt. Till centralen (för nämnda vård) bör höra en poliklinisk rådgivningsbyrå utrustad med läkare samt personal med psykologisk, pedagogisk och social sakkunskap. I anslutning till varje sådan poliklinisk rådgivningsbyrå bör finnas en sjukhusavdelning, som bör vara så belägen att ett sjukhus respektive ett centrallasarets alla resurser lätt skall kunna utnyttjas. Det är inte nödvändigt eller ens önskvärt, att denna sjukhusavdelning finns inom sjukhuskroppen. Bättre är, att den är inrymd i särskild byggnad men belägen inom eller i omedelbar anslutning till sjukhusområdet. Till centralen bör anslutas ett lämpligt hem för observation av barn, s. k. observationshem, detta med hänsyn till att en mera naturlig miljö än inom utredningsavdelningen skall stå till förfogande, när det krävs en mera långvarig observation. Till centralen bör vidare höra ett motsvarande hem för behandling, så kallat behandlingshem, för de fall, som befunnits kräva en mera långvarig medicinsk-psykologisk behandling. Såväl sjukhusavdelningar som observations- och behandlingshem bör ha tillgång till — förutom vårdpersonal — den kvalificerade personal, som utredning, observation och behandling kräver. Detta kan ske antingen genom rådgivningsbyråns försorg eller genom att vid de olika enheterna anställs härför erforderlig personal.

Styrelsen erinrade i samband härmed om den utredning angående de enskilda psykopathemmens organisation m. m., som den 22 januari 1954 avgivits av en med stöd av Kungl. Maj:ts bemyndigande den 30 juni 1953 tillkallad utredningsman. Under framhållande av att enligt planen för den psykiska barna- och ungdomsvården platser på barnavdelning skulle stå till förfogande för observation av barnen hade denne anfört, att erfarenheten visat, att vissa barn vore i behov av fortsatt vård och behandling i lämplig, så hembetonad miljö som möjligt och under ledning av för ändamålet särskilt utbildad läkare och annan personal. Behov hade på grund härav uppkommit av särskilda behandlingshem, vilka borde anslutas så nära som möjligt till rådgivningsbyråerna och observationsavdelningarna.

En redogörelse för hur den psykiska barna- och ungdomsvårdens organisation utformats på grundval av bestämmelserna i statsbidragskungörelsen lämnas i föreliggande betänkande. Vidare refereras vissa av huvudmännen anförda kritiska synpunkter på den nuvarande organisationen. Vi

¹ I anslutning härtill kan nämnas, att berörda parter år 1957 godkänt ett avtal mellan svenska staten, H. K. H. Kronprinsessan Lovisas förening för barnasjukvård, Stockholms stad och Stockholms läns landsting varigenom ovannämnda utbildningstjänst vid Kronprinsessan Lovisas vårdanstalt kommer att inrättas från och med den 1 juli 1958, det vill säga vid samma tidpunkt som professuren i barnpsykiatri inrättas därstädes. Genom beslut av 1957 års riksdag har vidare från och med den 1 juli 1957 tillkommit en utbildningstjänst i Göteborg och en vid Malmöhus läns sjukvårdsinrättningar i Lund och dessutom från samma tidpunkt en underläkartjänst vid Karolinska sjukhusets barnpsykiatriska avdelning.

vill här framhålla, att det banbrytande arbete, som ungdomsvårdskommittén utfört på området varit fruktbärande. Den översyn av kungörelsens bestämmelser, som vi fått i uppdrag att verkställa, har inte resulterat i förslag till en fullständig omorganisation utan i huvudsak till en på vår nuvarande erfarenhet grundad fortsatt utbyggnad av organisationen. Hänsyn har därvid ävenledes tagits till utvecklingen i andra länder. I vårt huvudbetänkande avser vi att lämna en samlad internationell översikt över mental-sjukvårdens utveckling. Det kan nämnas, att en översikt över organiserad psykisk barna- och ungdomsvård i utlandet återfinnes i ungdomsvårds-kommitténs betänkande.

KAPITEL 2

Den psykiska barna- och ungdomsvårdens innehåll och målsättning

Inledning

Orsakerna till anpassningssvårigheter och asocialitet i barna- och ungdomsåren var för endast några årtionden sedan höljda i dunkel. På grund härav rådde också om metoderna för behandlingen av dessa fenomen föreställningar, som vi numera betraktar som verklighetsfrämmande. Behandlingen koncentrerades också med utgångspunkt härifrån i huvudsak till metoder, som gick ut på stränghet och straff. I barnåldern och även ungdomsåren innebar detta i regel förbud mot de störande yttringarna med omhändertagande och därefter eventuellt förvaring av den skyldige. Bland behandlingsmetoderna inom och utom institutionerna intog agan i dess olika former många gånger en särställning vid försöken att lösa uppkomna problem.

Redan barnavårdslagen av år 1902 men framförallt 1924 års lag signalerade en ny tid med mera av biologiskt tänkande inför företeelser av nämnd art. Framförallt under de två—tre senaste decennierna har emellertid medicinska och psykologiska tankegångar mer och mer kommit att genomsyra samhällsreaktionerna och åtskilligt har också gjorts för att skapa adekvata och på modern medicinsk psykologi baserade förebyggande åtgärder och behandlingsformer när det gäller anpassningssvårigheterna. Principerna går sålunda numera ut på att söka skapa gynnsammare förutsättningar för barns utveckling överhuvud taget, och inför misslyckanden söker man framförallt att bygga upp förbättrade mänskliga relationer till omgivningen. Man kan närma sig dessa mål både genom att utforska och bearbeta personliga problem och genom att ge barnen nya erfarenheter, som kan åstadkomma omstämningar i känslö- och viljelivet.

Utvecklingen fram till ungdomsvårdskommitténs betänkande

Efter ett av många förgrundsgestalter¹ lett pionjärarbete i början av detta århundrade tillkom för ett kvartssekel sedan de första av läkare ledda rådgivningsbyråerna i uppfostringsfrågor. Den psykiska barna- och ungdomsvården fick emellertid först genom ungdomsvårdskommitténs betänkande

¹ Bl. a. Alice Hellström, Isak Jundell, Josef Lundahl, Alfild Tamm, Wilhelm Wernstedt och Victor Wigert.

av år 1944 sitt statliga stöd. I detta fick den psykiska barna- och ungdomsvården också sitt dåtida syfte preciserat.

Med anledning av den då liksom nu aktuella debatten rörande kriminalitetsföreteelserna, inte minst hos ungdom, inriktades den psykiska barna- och ungdomsvården på förebyggande av social missanpassning. Redan då stod det emellertid klart, att de vuxnas beteende och attityder i hög grad bestämdes av intryck och upplevelser i barndomen. Bland huvudanledningarna till missanpassning betonade man barnets bristfälliga känslöbindningar till omgivningen och rubbningar i de vuxnas känslöband till barnen samt upptog till behandling miljöfaktorernas betydelse även i de fall anlagsbestämda konstitutionella särdrag tycktes spela stor roll.

Ogynnsamma faktorer i hemmiljön hade vid ett flertal undersökningar av så kallat vanartsklientel befunnits vara påfallande och talrika. Undersökningar utförda av Ahnsjö¹ och Centralförbundet för socialt arbete² refererades sålunda i ungdomsvårdskommitténs betänkande och som bilaga till detta var intagen en av Jonsson³ utförd undersökning angående »vanartiga barn och asocial ungdom».

I Ahnsjös undersökning, som behandlade den sociala utvecklingen hos 2 448 kvinnliga elever vid skyddshem och liknande institutioner under år 1903—37, förelåg uppgift om dåliga hemförhållanden som bidragande orsak till omhändertagandet i ungefär en fjärdedel av fallen. En påfallande hög frekvens av så kallade stympade hem konstaterades; endast i omkring 75 % av fallen hade båda föräldrarna från början tagit hand om sitt barn och inom denna grupp hade familjen i ungefär 45 % av fallen sedermera stympats genom föräldrarnas skilsmässa eller genom dödsfall. Särskilt vanligt visade det sig vara att modern avlidit.

I de båda av centralförbundet för socialt arbete utförda undersökningarna kunde en anmärkningsvärt hög frekvens av bristfälliga hem konstateras. Uppgifterna avsåg i den ena undersökningen inalles 560 unga individer från Stockholm, Göteborg och Malmö, vilka var ligamedlemmar. Nära nog hälften av dessa hade växt upp under allvarligt bristfälliga hemförhållanden. I den andra av centralförbundet verkställda undersökningen angående ungdomsbrottslighet — omfattande 1 882 personer i åldern 15—21 år, vilka under perioden 1930—39 dömts för brott i städerna Sundsvall, Eskilstuna och Jönköping — visade det sig att av de dömda, beträffande vilka uppgifter stått att finna, omkring 60 % haft hem med två samlevande föräldrar, medan 30 % haft hem, som stympats genom föräldrarnas död eller skilsmässa. Återstoden (10 %) hade aldrig åtnjutit vård av två föräldrar.

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

² Centralförbundet för socialt arbete: Ligabrottsligheten, Kooperativa förbundets bokförlag, Stockholm 1941, samt Social årsbok 1941, samma förlag, Stockholm 1942.

³ Gustav Jonsson: Undersökningar angående vanartiga barn och asocial ungdom, SOU 1944:30, bil. A.

Jonssons undersökning omfattade 4 413 fall — 3 352 pojkar och 1 061 flickor — som under åren 1941—42 handlagts av barnavårdsnämnd och ungdomsnämnd på grund av manifesta och mera påtagliga symtom på social missanpassning. Av redogörelsen för undersökningen framgick bland annat, att i stort sett samma ogynnsamma hemfaktorer som förut nämnts gjort sig gällande i fråga om dessa kategorier barn och ungdomar, vilka dock i ungefär två tredjedelar av fallen icke gjort sig skyldiga till så utpräglad vanart, att beslut om skyddsuppfostran ansetts motiverat. Endast omkring två tredjedelar av dessa barn och ungdomar hade växt upp i hem med två samlevande föräldrar. Av de övriga hade en mindre del aldrig haft eget hem eller också vistats i olika fosterhem medan huvudparten — inemot fjärdedelen av de undersökta — kommit från hem, som var stympade på grund av skilsmässa eller föräldrarnas död. Av undersökningen framgick också, att psykiska egenheter i betydande utsträckning iakttagits hos barnen redan innan vanarten framträtt.

Utom på brister i hemmiljön pekade man vid denna tid framförallt på två faktorer, som medverkade till minskad psykisk motståndskraft hos stora grupper av barn och ungdomar, nämligen dels på efterblivenheten, dels på »psykopatin».

Beträffande de efterblivna barnen anfördes, att det framförallt var de lindrigt efterblivna, som lätt hemföll till asocialitet genom den särställning de intog i samhället. Man räknade med, att de var disponerade till felutveckling inom känslö- och viljelivet genom att de kände sig underlägsna och sökte kompensera denna känsla. Uppfattningen ansågs vederbörligen styrkt genom ett flertal vetenskapliga undersökningar. Dylika hade vid denna tid utförts även i Sverige av t. ex. Nordal¹, Knöös², Regnér³ och Frey.⁴

Psykopatbegreppet hade redan i detta 1940-talets betänkande i viss mån genomgått en revision från äldre tider i det att man där anförde, att många av de missanpassningssymtom, som man tidigare trott bottna i en medfödd psykopatisk personlighet, vid närmare undersökning kunde visa sig ha sin grund i »icke läkta psykologiska skador från barndomen». Vid denna tidpunkt betydde dock psykopatbegreppet ungefär detsamma som »svårfostrat barn».

Den väsentliga slutsats ungdomsvårdskommittén drog av de refererade undersökningarna var, att man konstaterade, att ingripandet mot missanpassade barn i regel fördröjdes till en tidpunkt, då dessa redan avsevärt stelnat till i sitt onormala beteende. Man siktade därför till att praktiskt möjliggöra en direkt på förebyggande åtgärder upplagd mentalhygienisk

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

² Helge Knöös: Undersökning rörande 85 å straffängelset i Uppsala och Gävle samt centralfängelset i Växjö intagna unga förbrytare, verkställd 1935 efter förordnande av Kungl. Maj:t.

³ Elis Regnér: Vanart bland barn och ungdom. Social-medicinsk tidskrift, häfte 7, 1943.

⁴ Torsten Frey: Om vanart hos flickor i Stockholm. Svenska Läkartidningen 1944.

verksamhet. Detta ledde till att man i första hand rekommenderade utbygandet av centraler och filialer för psykisk barna- och ungdomsvård med syfte att bli rådgivningsbyråer i uppfostringsfrågor samt centra för upplysningsverksamhet av olika slag.

Utvecklingen efter tillkomsten av ungdomsvårdskommitténs betänkande

Det sista decenniet kan på detta område sägas ha karaktäriserats av en betydande forskningsintensitet från såväl barnpsykiatriskt som psykologiskt och pedagogiskt håll. Normalpsykologin och speciellt utvecklingspsykologin har liksom testpsykologin gjort betydande landvinningar. Klinisk erfarenhet av olika slag har också mer och mer gjort sig gällande. Neurosläran har på olika sätt även kommit att sprida ljus över tidigare oförståeliga sammanhang, och psykoterapin har i skilda former utvecklats i växelverkan med denna. För både neurosläran och psykoterapin har djuppsykologin därvidlag varit den väsentliga källan och stimulansen. För Sveriges del har Ericastiftelsen i Stockholm på detta område varit ett viktigt utbildningscentrum. Härifrån har också utgått arbeten av till exempel Harding¹ och Nycander.² Den senare har i ett arbete, som belyser 308 fall, vilka under åren 1938—45 behandlats vid Ericastiftelsen, sökt analysera sambanden mellan psykiska symtom hos barn och olika miljöförhållanden och har därvid till exempel funnit ett samband mellan en aggressiv och bestraffande uppfostran och en öppen aggressivitet och affektlabilitet hos barnet.

Åtskilliga undersökningar från senare tid har i första hand bekräftat resultaten av de undersökningar, som i det föregående refererats ur ungdomsvårdskommitténs betänkande. Av svenska undersökningar kan sålunda följande nämnas.

Blomberg³ redovisar i ett arbete resultatet av en undersökning rörande klientelet på ungdomsvårdsskolorna, omfattande samtliga de elever, som den 1 januari 1951 var intagna på de statliga ungdomsvårdsskolorna eller sammanlagt 686 elever, varav 506 pojkar och 180 flickor. I fråga om uppväxtsituationen och uppfostringsförhållandena befanns, att på samtliga de punkter, där klientelet's uppväxtsituation granskats, betänkliga brister eller missförhållanden förelegat. Större delen av ungdomsvårdsskolornas elever hade fått växa upp utan de förutsättningar, som anses nödvändiga för en harmonisk utveckling: att födas inom ett äktenskap, att växa upp i en konstant hemmiljö tillsammans med båda föräldrarna och under tillfredsställande ekonomiska förhållanden, att erhålla en uppfostran utan överdrift av vare sig slapphet eller stränghet, att inte utsättas för påverkan av

¹ Gösta Harding: Om lekterapi vid barnneuroser vid Ericastiftelsens läkepedagogiska institut. Menneske og Miljø I, 284, 1946.

² Gunnar Nycander: Personlighetsutveckling på avvägar. Stockholm 1950.

³ Dick Blomberg: Ungdomsvårdsskoleutredningens betänkande: »Vården vid ungdomsvårdsskolorna» (SOU 1954:5, bil. 1.).

asocialt eller i andra avseenden abnormt beteende från de närmare familjemedlemmarnas sida. Flickorna i Blombergs undersökning tycktes i dessa avseenden uppvisa mera påtagliga brister än pojkarna.

Takman¹ har företagit intensivundersökningar av 25 fall av prostituerade flickor under åren 1949—53. Ingen av de undersökta hade fyllt 21 år, och medelåldern vid prostitutionsdebuten var 17 år. I intet fall hade förhållandena under uppväxttiden varit socialt eller psykologiskt gynnsamma. Levnadsberättelserna vittnade om ekonomiska svårigheter, alkoholmissbruk hos någon av föräldrarna, ofta återkommande gräl, uppträden i hemmen, barnhemsvistelser, täta förändringar i hemmiljön m. m. I samtliga fall anser författaren, att man av tillgängliga uppgifter kunnat sluta sig till att barnen upplevt de första åren såsom otrygga och med ett undantag saknat tillfredsställande permanent moderskontakt.

Ackemark² redovisar i en undersökning vissa fakta rörande pojkprostitutionen i Stockholm. Till grund för denna undersökning ligger polisrapporter och polisundersökningar, som kommit till barnavårdsnämndens i Stockholm kännedom under tiden oktober 1951—april 1953. Av de i dessa rapporter behandlade 110 pojkarna hade 44 erkänt mer än tre betalda homosexuella umgängen. Dessa 44 gjordes till föremål för närmare studium. Det visade sig då, att de flesta av dem (25) saknat ett föräldrahems omvårdnad.

Såväl Takman som Ackemark framhåller, att det synes vara kontakt och ömhetsbehov snarare än penningbegär, som varit drivkraften vid prostitutionen. Det är i olika avseenden misslottade unga människor, som prostituerar sig, rotlösa och osäkra utan fast förankring till någon människa.

Åtskilliga andra undersökningar t. ex. av Otterström³ belyser ytterligare hemförhållandenas betydelse. Otterström har undersökt 2 350 barn och ungdomar, vilka varit i kontakt med barnavårdsnämnden i Malmö, och har funnit, att dåliga hemförhållanden förelegat i minst 40—50 % inom olika grupper av klientelet. Vid en gruppering av materialet, där hänsyn tagits till om barnen och ungdomarna själva uppvisat vanart eller ej, har hon i samband med sin efterundersökning därjämte ansett sig kunna konstatera, att »individuella dispositioner» haft den största prognostiska betydelsen.

Ungdomskommissionen i Danmark har i sitt betänkande »Den tilpasingsvanskelige ungdom» (1953) också ägnat en ingående diskussion åt problem av denna art. Man säger här bland annat, att av alla samverkande faktorer, som påverkar barnet under dess uppväxt, är hemmet den mest inflytelserika. Föräldrarna eller deras ställföreträdare är icke endast bestämmande för tillfredsställelsen av alla barnets psykiska och fysiska behov. Deras inställning till barnen är i enlighet med alla nya forskningsresultat avgörande för barnens sociala kontakt med omvärlden. Många för-

¹ John Takman: Flickprostitutionen i Stockholm. Sociala Meddelanden 1954:11.

² Lars-Erik Ackemark: Pojkprostitutionen i Stockholm. Sociala Meddelanden 1954:11.

³ Edith Otterström: Delinquency and children from bad homes. Acta Paediatrica. Vol. XXXIII Suppl. V, 1946.

äldrar, som har inbördes konflikter, tror att de kan dölja dessa för barnen. Detta är emellertid sällan möjligt, lika litet som det är möjligt för föräldrar, som icke känslomässigt kan acceptera ett barn, att dölja den omedvetna oviljan mot barnet.

Beträffande hemmets betydelse för barnens anpassning kan också nämnas en undersökning av T. och L. Husén¹, omfattande ett urval av 1 427 folkskolebarn, representerande skilda bebyggelse typer i Stockholm. Barnens beteende bedömdes av läraren och sattes i relation till av intervjuare bedömt förhållande mellan föräldrar och barn, varvid klara samband framträdde. Sålunda visade barn från hem med konsekventa vanor och god kontakt mellan familjemedlemmarna bättre anpassning i skolan. Barn från de »barnaccepterande» hemmen var de bäst anpassade.

Om också alla ovannämnda undersökningar understryker hemmens betydelse, inverkar givetvis även miljöfaktorer utanför hemmet. Som exempel må här nämnas de miljöpåfrestningar, som barn kan utsättas för i samband med sedlighetsbrott. Nordlund² behandlar detta ämne i ett arbete, där hon bland annat påpekar hur antalet beivrade sådana brott ökat. Om en skadlig inverkan på barnens psykiska hälsa uppstår, synes detta — även då det gäller dylika allvarliga yttre miljöfaktorer — i hög grad bero på hemmets reaktion på händelsen.

I den mån siffror angivits, avsedda att belysa frekvensen av olika sociala missförhållanden i ett klientel med anpassningssvårigheter, säger dessa givetvis inte mycket, om jämförelse ej kan göras med motsvarande siffror i genomsnittsbefolkningen. Med utgångspunkt från vissa av 1944 års nykterhetskommitté utförda undersökningar bland ett urval av ungdomar i 17—26 års ålder har Åmark³ beräknat frekvensen i genomsnittsbefolkningen av personer, som växt upp i ofullständiga hem, till 16 %. Från genomsnittsbefolkningen hämtade jämförelsematerial i andra undersökningar tyder emellertid på att denna frekvens ligger mellan 20—30 %, dock med stora variationer inom olika samhällstyper i landet. (Ekblad⁴, Ungdomsvårdskommittén⁵ m. fl.)

En offentliggjord men ännu icke publicerad undersökning av Hans Curman, Gustav Jonsson och Anna-Lisa Kälvesten är i detta sammanhang speciellt värdefull. Dessa författare har nämligen på likartat sätt penetrerat tre olika typer av material; dels ett rådgivningsbyråklientel i Stockholm, dels klientelet på Stockholms stads barnavårdsnämnds behandlingshem, Barnbyn Skå, och dels 222 stockholmspojkar i åldern 8—16 år, vilka utvalts slumpvis. Rådgivningsbyråmaterialet omfattar 745 fall. Materialet från

¹ Torsten och Lennart Husén: Barn i hem och skola. Stencil. Pedagog. inst. Stockholm 1955.

² Elsa Brita Nordlund: Barnpsykiatriska synpunkter på sedlighetsbrott mot minderåriga. SOU 1953:14 bil.

³ Curt Åmark: A Study in Alcoholism. Stockholm 1951.

⁴ Martin Ekblad: A psychiatric and sociologic study of a series of Swedish naval conscripts. (Köpenhamn 1948).

⁵ Ungdomsvårdskommitténs slutbetänkande: Ungdomen möter samhället (SOU 1951:41).

Earnbyn Skå omfattar 200 barn. I följande tabell 1, hämtad från författarnas arbete, anges uppväxtsituationen hos dessa tre kategorier barn, uttryckt i procent av samtliga undersökta barn inom respektive grupp.

Tabell 1

Uppväxtsituation	Vanliga stockholms- pojkar %	Rådgivnings- byråbarn %	Skåklientel %
Hos två biologiska föräldrar	78	65	32
Enbart modern	11	19	29
Enbart fadern	2	2	3
På institution	2	1	14
Styvbarn	6	10	17
Adoptivbarn	1	2	5
Fosterbarn	1	2	6
Skilsmässobarn	13	21	41
Modern död	2	1	3
Fadern död	5	4	5
Född utom äktenskap	8	14	23
Spritmissbruk hos fadern (enligt kontrollstyrelsens register)	18	ej känt	44
Kriminalitet hos fadern (enligt straffregistret)	10	» »	30

Vid jämförelse med normalmaterialet uppvisar sålunda rådgivningsbyråmaterialet och Skåklientelet tydliga avvikelser.

I ovannämnda arbete redovisas också normalmaterialet med hänsyn till dess så kallade anpassningsgrad. Författarna anger, att denna i 21 % varit »utmärkt», vilket innebär »symtomfrihet». I 23 % sägs den vara »god», vilket betyder att pojkarna företett »enstaka symtom, som ej nämnvärt inverkar störande». I 31 % anges anpassningsgraden »tillfredsställande», vilket »innebär symtom, som visserligen inverkar mer eller mindre störande men dock går att kompensera eller balansera så att de ej under vanliga förhållanden inkräktar på anpassningen i hem eller skola». I 23 % uppges anpassningsgraden som »dålig», vilket sägs innebära »att symtomen är klart störande och av den storleksordning, att någon form av hjälp vore indicerad. Denna grupp motsvarar i stort sett rådgivningsbyråklientelet». I 2 % har författarna funnit anpassningsgraden »katastrofartad» och därmed avsett »pojkar, som ej kan inordnas i hem eller skola, utan måste placeras på institution. Denna grupp motsvarar Skåklientelet». Författarna anser, att dessa höga frekvenser av anpassningsproblem (23 % + 2 %) klart motiverar behovet av mentalygieniska insatser i vårt samhälle.

Orsakssammanhangens komplexa natur m. m.

De komplicerade orsakssammanhangen bakom missanpassningssymtom av olika slag blir alltmera en realitet för dem, som på något sätt sysslar med människovård. Ovan har påpekats, att jämförelsevis många missanpas-

sade har haft det svårt i barndomen, uppvuxna som de varit i ofullständiga eller på annat sätt mindre tillfredsställande hem. Det betyder inte, att sådana förhållanden alltid måste ge upphov till missanpassningssymtom. Tvärtom har många normala ungdomar också vuxit upp i sådana hem. De ovan anförda frekvenstalen visar endast att barn, som haft det svårt i hemmet, löper något större risk än andra att få anpassningssvårigheter eller psykiska störningar; huruvida de verkligen får det beror dock på samspelet mellan dessa och en rad andra omständigheter. Det kan sålunda sammanhånga med deras ursprungliga psykiska och fysiska utrustning. Det kan bero på näringsförhållanden, yttre skador och genomgångna sjukdomar, som framkallat skador i centrala nervsystemet; även den fysiologiska utvecklingen innebär en sådan fortskridande biologisk förändring. Det beror också på barnens miljö i vidare sammanhang. Medan man tidigare ofta nöjde sig med att behandla symtom, är man därför numera fullt på det klara med, att planeringen av hjälpåtgärderna måste gå på djupet. Man vet sålunda, att livsglädje och god anpassning i samhället beror av en mängd olika faktorer, såsom kroppsligt hälsotillstånd, familjerelationer, bostad, ekonomi, arbete, kamratförhållanden, livsåskådning m. m., vilka i sin tur inbördes påverkar varandra. Det moderna samhället har på många sätt ökat svårigheterna för människor till anpassning och därigenom också — icke minst — för barnen.

Urbaniseringen, övergång från ett samhälle, dominerat av jordbruk och småhantverk, till det industriella, innebär bland annat, att den gamla tidens arbets- och fritidsgemenskap inom familjen har reducerats till enbart fritidsgemenskap. Storstädernas möjligheter till skiftande fritidssysselsättning i förening med trångboddhet gör dessutom, att familjens olika medlemmar i stor utsträckning söker sin fritidssysselsättning på olika håll. Gruppliv av annan art kommer att ersätta familjegemenskapen. Strävandet efter förbättrad materiell levnadsstandard har i många fall urartat till konventionellt tvång, som skjuter andra vitala behov i bakgrunden och då ofta till skada för familjelivet och det psykiska välbefinnandet. Den moderna reklamen har i stor utsträckning också verkat ombildande för vad som skall anses vara ett lyckligt liv, materiellt och känslomässigt. Slutligen har den under de sista decennierna starkt stegrade skilsmässofrekvensen påverkat familjelivet och hos många barn och ungdomar medfört störningar i den för en harmonisk personlighetsutveckling nödvändiga trygghetsupplevelsen. Tankegångar av detta slag har från svensk sida framförts bl. a. i arbeten från familjerådgivningsbyrån i Stockholm¹.

I denna familjekris kommer barnens och ungdomens fostran och utveckling direkt och indirekt givetvis också att påverkas. Att möjligheterna till psykologisk hjälp i denna situation behöver utvidgas ter sig för den initie-

¹ Curt Åmark: Varför behövs familjerådgivning? Soc.-med. tidskrift nr 6/1954.

Carin Colliander och Curt Åmark: Vad är familjerådgivning? Soc.-med. tidskrift nr 3/1955.

rade som självklart men är för många människor, ofta även för de berörda föräldrarna, fortfarande svårbegripligt. Förr, menar man, klarade man sig ändå.

Det oerhört ökade behovet av rådgivning och hjälp till förståelse för sig själv och sin familj kan till stor del återföras till den omständigheten, att samtidigt som samhället och vissa centrala värderingar snabbt ändrats, det ändå inom människorna alltid finns en konservativ faktor, som har sin grund i det förhållandet, att de väsentligaste delarna i uppfostran ges i barnåldern och i regel inte är omedelbart påverkbara medelst rationella överväganden. Det är dessa omedvetna attityder, som till största delen bestämmer hur man reagerar och då också hur man i sin tur uppfostrar sina barn. Skall man verkligen kunna ge barnen en uppfostran, som är anpassad till tidens och framtidens krav, räcker det därför ofta ej med att ytligt och intellektuellt acceptera det nya, utan det gäller att låta något därav smälta in i sin personlighet, vilket betyder att man bryter med en del av sina traditionella värderingar. Detta kan innebära mycket mer arbete än vad man vanligen tror. Liknande svårigheter som mellan generationerna kan naturligtvis också uppstå mellan makar, som fostrats i helt olika traditioner men som icke är eller kan göras medvetna om dessas makt. Ofta inbillar de sig, att de genom till exempel en flyttning till en storstad kunnat totalt bryta med det gamla.

För en harmonisk utveckling tillerkänns numera värmen och tryggheten i moderskontakten under de första barnåren en stor och central betydelse. Kunskapen om dessa tidiga levnadsårs roll när det gäller den senare utvecklingen har också undan för undan fördjupats. Bland de utländska författare, som spelat en betydelsefull roll i den vetenskapliga forskningen på detta område, kan nämnas Bakwin, Ribble, Spitz, Wolf, Gesell och Armatruda med flera. Den engelska barnpsykiatern Bowlby¹ har genom sitt på världshälsoorganisationens uppdrag utgivna arbete sammanfattat resultaten och dragit ut konsekvenserna av forskningsarbetet samt därigenom stimulerat den samhälleliga aktiviteten till större förståelse för miljöskador, framkallade på basen av brister i moderskontakten. Den vetenskapliga diskussionen på detta område fortsätter och från senare tid har värdefulla arbeten publicerats av utländska författare som till exempel Hilda Lewis² och Jenny Aubry³. I vårt land har inte minst Gästrin⁴ och Klackenbergs⁵ berikat diskussionen, den förre genom en teoretisk begreppsanalys, den senare genom en på stockholmskt spädbarnsmaterial företagen undersök-

¹ John Bowlby: *Modern och barnets själsliga hälsa*, Natur och Kultur, Stockholm 1954. (Litteraturförteckning i originalupplagan: *Maternal Care and Mental Health*, World Health Organization, Geneva, 1951.)

² Hilda Lewis: *Deprived Children*, Oxford University Press 1954.

³ Jenny Aubry: *La carence de soins maternels*, Paris, 1955.

⁴ Jan Gästrin: *Modersgestaltens betydelse för barnet, Samtid och framtid*, nr 9, 1954.

⁵ Gunnar Klackenbergs: *Studies in Maternal Deprivation in Infants' Homes*, Acta Paediatrica Vol. 45, 1956.

ning, som bland annat visade hur en god emotionell och mental atmosfär på ett spädbarnshem med tillgång till tillräcklig personal kan begränsa skadeverkningar av denna art.

Nu som tidigare framstår det såsom oerhört viktigt att i tidigt skede av barnens liv söka spåra företeelser, som kan tänkas grundlägga framtida missanpassning och att med olika medel och metoder söka förebygga och neutralisera dessa och deras verkningar. En sådan diagnostiserande, behandlande och rådgivande verksamhet är av såväl medicinsk som psykologisk, pedagogisk och social karaktär.

Förutom en förebyggande verksamhet har inom den psykiska barn- och ungdomsvården emellertid alltmera framträtt ett starkt behov av diagnostik och behandling av de psykiskt sjuka barnen och ungdomarna. Vårdplatser på barn- och ungdomspsykiatriska avdelningar har därvid också mer och mer tätt sig som en ofrånkomlig nödvändighet såväl när det gäller den differentialdiagnos, vilken många gånger är ett primärt krav inför en adekvat terapi, som i samband med många former av modern behandling. Endokrinologiska undersökningsmetoder såväl som elektroencefalografi har vid sidan om övriga kliniska undersökningsmetoder av medicinsk laboratoriekaraktär blivit mer och mer oundgängliga hjälpmedel. I korthet skall här anges vilka huvudtyper vi idag rör oss med i samband med anpassningssvårigheter och beteenderubbningar hos barn och ungdomar.

Sinnessjukdomar i form av schizofreni och manisk depressiv psykos är i barn- och ungdomsåren visserligen inte särskilt vanliga sjukdomstillstånd. Att upptäcka och rätt behandla dem är dock om också besvärligt och svårt utomordentligt viktigt, inte minst när symtomen mer eller mindre får prägel av asocialitet. En behandling av dessa tillstånd kräver så mycket sakkunskap av speciell natur och företer många gånger ett vårdbehov av sådan art, att endast barn- och ungdomspsykiatriska sjukhusavdelningar kan möta detsamma. Forskningsresultaten inom barnpsykiatri har också i hög grad berikat diskussionen om psykosernas orsaker och behandling. Hit hörande problem har bland annat belysts av Gunnarson¹, Ahnsjö², Börjeson och Nylander³.

I det kliniska arbetet är det vidare väsentligt att fastställa förekomsten av eventuella organiska hjärnskador och deras orsaker. Någon gång kan till exempel en hjärntumör dölja sig bakom de psykiska symtomen. I en relativt hög frekvens möter vi följd tillstånd efter skallskador eller hjärn- och hjärnhinneinflammationer. I vårt land har från barnpsykiatriskt håll

¹ Siv Gunnarson: Dementia Infantilis Heller, Acta Paediatr. Vol. XXXVIII, 1949.

² Sven Ahnsjö: Schizofreniproblemet i barneåldern jämte studier över det »schizofreniforma syndromet». Svenska Läkartidningen, 1605, 1954.

³ Mats Börjeson och Ingvar Nylander: Översikt rörande frågan om chock- och insulinconabehandling samt psykocirurgi i barneåldern, Nordisk Psykiatrisk Medlemsblad, Hefte III, 1956.

speciellt intresse ägnats dessa tillstånd av Annell¹, Nylander² och Uddenberg³. Ett större arbete av Ragnar Müller, Ingvar Nylander, Lennart Widén, Lars-Erik Larsson och Marianne Frankenhaeuser rörande hjärninflammationernas följd tillstånd föreligger i tryckfärdigt skick. I denna sistnämnda undersökning påpekas, att sambandet mellan psykiska sjukdomstillstånd och beteenderubbningar samt genomgångna icke-bakteriella hjärn- och hjärnhinneinflammationer icke kan anses vara klarlagt så länge man icke analyserat faktorer, som oberoende härav kan ha betydelse för följd sjukdomen. Endast i en undersökning av Nilsby⁴ publiceras ett tillfredsställande kontrollmaterial. Denne författare hade dock endast undersökt följd tillstånd hos barn med lätta primära rubbningar, varav hälften var i åldern under 1 år. Bestämda följd symtom var i detta material vanliga. I Müllers m. fl. undersökning har resultat redovisats beträffande följd tillstånden av lättare primära icke-bakteriella hjärn- och hjärnhinneinflammationer hos 238 äldre barn och vuxna 2—10 år efter insjuknandet. Hos 106 patienter uppträdde vid insjuknandet nya symtom eller förvärrades redan befintliga sådana på sådant sätt, att ett samband måste accepteras, medan kliniska följd symtom av långvarig och bestående karaktär varit ovanliga. De, som förekommit, hade med mycket få undantag varit lindriga och ej medfört något handicap för patienten.

Vid en annan grupp av anpassningssvårigheter har vi att göra med utvecklingshämningar, där konstitutionella faktorer och i varierande grad miljöfaktorer utgör orsaksmomenten. Medan man tidigare endast räknade med arv och fysiska skador som anledning till utvecklingshämningen är man numera inställd på även miljöfaktorernas roll i dessa sammanhang. Att särskilja de miljöbetingade utvecklingshämningarna från övriga, likaväl som att skilja den allmänna psykiska efterblivenheten från en partiell dylik, är av utomordentlig praktisk betydelse och tillhör många gånger en av de mera delikata uppgifterna inom verksamhetsfältet. Till de partiella utvecklingshämningarna hör bland annat de speciella läs- och skrivsvårigheterna, som — även om de är konstitutionellt betingade⁵ — avsevärt kan förvärras och därför också förbättras via emotionella faktorer. De motoriska utvecklingshämningarna utgör ett annat specialkapitel bland de partiella utvecklingshämningarna. I många av dessa fall är det ofrånkomligt att utföra utredningar, som kräver dels olika ingående medicinska specialist-

¹ Anna-Lisa Annell: Pertussis in Infancy as a Cause of Behavior Disorders in Children. Acta Societatis Medicorum Upsaliensis. Suppl. I, 1953.

² Ingvar Nylander: Barnpsykiatriska synpunkter på encephalitens prognos. Nord. Med. 54, 1317, 1955.

³ Gunborg Uddenberg: Diagnostic Studies in Prematures. Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica. Suppl. 104, 1955.

⁴ Ivar Nilsby: Non-bacterial meningo-encephalitis in children. Acta Paediatrica Vol. 43, Suppl. 95, 1954.

⁵ Bertil Hallgren: Specific Dyslexia (Cong. Wordblindness) A Clinical and Genetic Study. Stockholm 1950.

undersökningar, dels undersökningar av mycket speciell psykologisk, men också av pedagogisk och social natur. De intellektuellt utvecklingshämmandes problem har på ett från tidigare tankegångar avvikande sätt belysts av Ramer¹ i en undersökning av 626 hjälpklassbarn från Stockholms folkskolor åren 1905—1917, vilka jämförts med 179 kontrollfall. Av arbetet har framgått, att dessa hjälpklassmässiga barn, som alltså fått en för dem anpassad skolgång, icke nämnvärt skilde sig från vanliga barn beträffande risken för kriminalitet, alkoholism och lösdriveri, medan behovet av ekonomiskt understöd var större hos dem än hos kontrollfallen.

Vid övriga anpassningssvårigheter och beteenderubbningar, där vi sålunda står inför intellektuellt normalt utvecklade barn och ungdomar och inte kan påvisa någon här tidigare nämnd faktor ställs vi också inför mera speciella diagnostiska och även terapeutiska problem. I princip kan vi nu särskilja fyra olika grupper.

Till den första gruppen brukar vi hänföra vissa mognadsstörningar eller »tillväxtrubbningar». Dessa fall kan vara ganska lätta att diagnostisera och utmärker sig genom den diskrepans, som föreligger mellan den kroppsliga och den intellektuella respektive den känslö- och viljemässiga utvecklingen av personligheten. Hos en 12-åring kan vi sålunda möta en 16—17-årigs kroppsstatus parad med en intellektuell kapacitet på 11—12-åringens nivå och en känslomässig mognad motsvarande 7—8-årsåldern. Komplikationsmöjligheterna ger sig själva.

Den andra gruppen skulle man kunna kalla »okomplicerade miljöskador». Missanpassningen kan i dessa fall hänföras till mera påtagliga miljöfaktorer: barnen och ungdomarna kommer ofta från av olika anledningar ofullständiga hem (utom äktenskap födda barn, barn till döda, gamla eller sjuka föräldrar, skilsmässobarn etc.) och deras utveckling kan gynnsamt påverkas — ej sällan i förvånande utsträckning — i samband med miljöförändringar. I dessa fall synes barnets *tidiga* personlighetsutveckling ha följt i det hela normala banor. Missanpassningssymtomen kan ibland betraktas som en biologiskt sett sund reaktion på en påtaglig stress- eller bristsituation. Som exempel kan nämnas trots och affektutbrott inför en tvångsneurotisk fostrares orimliga krav, stöld på grund av hunger, svår retlighet på grund av otillräcklig sömn m. m. I andra fall kan missanpassningen (t. ex. vissa former av opålitlighet, lögnaktighet och dylikt) hänföras till ett inlärande av felaktiga vanor genom fostrare, till vilka barnen står i ett ordinärt förtroendeförhållande.

Den tredje gruppen kan kallas neurotiska störningar. Ordet *neuros* har tyvärr icke en klart definierad och allmänt accepterad betydelse. Uttrycket brukar vanligen inom barnpsykiatri användas om psykogena (på psykisk väg uppkomna) störningar i de fall personlighetsutvecklingen är lätt eller

¹ Torsten Ramer: The Prognosis of mentally retarded children. Acta Psychiatrica et Neurologica. Suppl. XLI, 1946.

på sin höjd måttligt störd under inverkan av inre konflikter. Ofta är de senare sedan länge »upplagrade», och till väsentlig del omedvetna. Inom varje människa finns anlag till inre konflikter, liksom till förmåga att bearbeta dessa, och alla dessa anlag kan variera från individ till individ. Anlagen kan sedan på ett mycket varierande och komplicerat sätt påverkas av miljöinflytelser, och sjukdomsbildande sådana kan likaväl vara i verksamhet i en socialt och ekonomiskt välutrustad miljö, som i andra miljöer. Genom att så stor del av konflikterna blivit bortträngda till det omedvetna blir beteendet inom denna grupp av fall ofta mycket svårbegripligt både för barnet eller den unge själv och för omgivningen. Det blir också svårare att påverka, ty först måste, ofta på olika vägar, åstadkommas att de psykiska konflikterna blir bättre medvetna; de måste »ses i ögonen» för att kunna effektivt bearbetas. Vi finner i denna grupp, liksom vid de tidigare, alla typer av anpassningsproblem med kroppsliga och/eller psykiska symtom med eller utan komplikationen asocialitet. Tillstånden kan ta sig de mest växlande uttryck, under vissa omständigheter till och med antaga psykotisk natur, vilket innebär att barnets eller den unges verklighetsuppfattning och kontaktförmåga blivit höggradigt störda. Som exempel på neurotiska störningar kan nämnas tvångsmässiga snatterier, där barnet föga eller inte alls självt använder det stulna, och en »hållningslöshet» eller »dubbelnatur», som visar sig i ett växlande mellan vagabondering och troskyldiga löften att upphöra därmed.

Mellan de ovannämnda tre grupperna finnes givetvis blandformer av olika slag.

Gemensamt för dessa tre grupper är i första hand den goda prognosen vid adekvat behandling. Inom den första gruppen gäller det en under utvecklingsåren stödjande terapi. Inom den andra gruppen utgör behandlingen i huvudsak som nämnts miljösanering eller miljöpåverkan. Vid fall tillhörande den sista gruppen söker vi vid våra undersökningar av barnet och dess omgivning att leta oss fram till orsaksmekanismerna och lyckas i stor utsträckning åstadkomma förbättringar genom att angripa problem via en kombination av olika åtgärder och behandlingsformer av medicinsk, psykologisk och social natur. Fall inom denna grupp har hittills utgjort det väsentligaste arbetsfältet för den intensivare psykoterapin.

Ibland står vi också inför en fjärde grupp, som väsentligt skiljer sig från de föregående. Det är den grupp av barn, som i motsats till de övriga utmärker sig genom oförmåga till djupare känslokontakt med sin omgivning, sina obetydliga eller eventuellt helt saknade ångest- och skuldreaktioner inför sitt impuls- och driftsmässiga handlande och där symtomen praktiskt taget alltid är av asocialitetsnatur. På denna grupp finnes ett flertal benämningar. I litteraturen möter vi uttrycken narcissistiska karaktärer, antisociala karaktärer, triebhafte Charaktere, emotionless character, dissocial children och det i Sverige numera ofta använda primary character

disorders. Det beträffande denna grupp förr ofta använda uttrycket psykopati är visserligen både allmänt känt och kort, men har så ofta missbrukats i allmänt fördömande syfte, att man undviker det inom barnpsykiatrin.

Orsakssammanhangen är i dessa fall osäkra. Många anser medfödda konstitutionella faktorer eller tidigare hjärnskador avgörande, andra anser att namnet tidig karaktärsstörning är motiverat, då de uppfattar orsaken till tillståndet såsom en tidig störning i relationen mellan moder och barn. Även om vi inte med säkerhet kan avgöra orsakssammanhangen, är det ofrånkomligt att man i ett flertal undersökningar ansett sig kunna påvisa, att en aldrig uppnådd känslomässig kontakt mellan ett barn och dess vårdare kunnat resultera i utarmning av känslolivet och gynna uppkomsten av en patologisk antisocial personlighet.

Många barn, som tillhör de tidigare nämnda tre grupperna, kan primärt te sig som tillhörande denna fjärde grupp. Givetvis har vi också blandformer. Ofta kan man blott genom ett behandlingsförsök få större klarhet i diagnosen och därmed i prognosen. Vi försöker att med till buds stående medel, bland annat speciellt utformad psykoterapi, få fram den kontakt, som inte ser ut att finnas, och söker skapa förutsättningar för en ny gemenskap. De fall, där en rådgivningsbyrås eller kliniks resurser slår slint, när det gäller att få igång en behandlingssituation, blir ofta institutionsfall. Långtidsbehandlingen kan där bestå dels av psykoterapi, individuell eller i grupp, dels av så kallad klimatterapi, det vill säga en behandling, som i möjligaste mån bygger på tolerans och förståelse för barnets reaktioner och som därigenom kan ge den rätta känslolösluften.

Lönar sig psykisk barna- och ungdomsvård?

Någon undersökning, som på ett tillfredsställande sätt klart och otvetydigt bevisar värdet av genomgången behandling inom den psykiska barna- och ungdomsvården finns inte. På grund av den mångfald faktorer, som oberoende av behandlingen gör sig gällande under utvecklingsåren, och de svårigheter, som ligger i en i många fall ofrånkomlig subjektiv bedömning av resultaten, måste dylika undersökningar betraktas som synnerligen svåra att genomföra. Försök i denna riktning har emellertid gjorts.

I tidigare nämnt arbete av Nycander (se not sid. 16) har sålunda redovisats resultaten av en undersökning av 308 barn med anpassningssvårigheter, som undersökts 1—9 år efter genomgången behandling vid Ericastiftelsens läkepedagogiska institut. Han fann efter personlig undersökning symtomfrihet i 51 % och förbättring i 34 %, under det att barnen i 15 % var oförbättrade. I sistnämnda grupp ingick en stor del av de intellektuellt underutvecklade.

Jonsson och Kälvesten¹ har genom intervjuer med föräldrar och lärare

¹ Gustav Jonsson och Anna-Lisa Kälvesten: Efter Barnbyn, Stadskollegiets utlåtande och memorial, bihang, nr 1952/52.

följt 107 barn och ungdomar, som utskrivits från behandlingshemmet, Barnbyn Skå. Bland annat undersöktes anpassningen till skolan. Vid intagningen på nämnda behandlingshem uppvisade 80 % av barnen skolskolk. Mellan 1 och 4 år efter utskrivningen fann man, att anpassningen i skolan enligt läraromdöme förbättrats så att ca 75 % klarade sig bra eller utmärkt, 10 % klarade sig dåligt och i resten av fallen var situationen tveksam.

Reinius¹ har publicerat en liknande undersökning. År 1954 intervjuades de 120 barns föräldrar, som 1952 själva anmält sina barn till Solna rådgivningsbyrå. Föräldrarna uppgav vid efterundersökningen om barnen, att 87 % förbättrats: i 60 % av fallen ansågs behandlingen ha varit till nytta för detta resultat. I 73 % ansåg sig föräldrarna själva ha fått hjälp. I 16 fall hade barn och föräldrar åtnjutit intensivare behandling, och i samtliga dessa fall hade föräldrarna ansett sig ha haft nytta av kontakten med byrån.

Även om undersökaren strävar efter största möjliga objektivitet, till exempel genom att lika noga söka efter skada som nytta av vidtagna åtgärder, kan man givetvis inte med säkerhet fastslå i vad mån människors önskan att vara till lags inverkar så, att de vid intervjuer lämnar svar, som de tror väntas av dem. Därför kan undersökningar som de sist refererade icke tillmätas säkert bevisvärde. Bortsett därifrån kvarstår alltid frågan, om en förbättring kan tillskrivas exempelvis behandlingssituationen eller om den är ett uttryck för ett spontant skeende, det vill säga sammanhänger med den normala utvecklings- och mognadsprocessen. I ovannämnda undersökningar är emellertid antalet förbättrade relativt sett så stort, att det är sannolikt att behandlingsinsatserna verkligen varit till nytta.

De åtgärder, som vidtages, är i regel av såväl medicinsk, psykologisk och pedagogisk som social natur. Det är svårt att bedöma, vilken eller vilka faktorer av sådan art, som inverkat på behandlingsresultatet. Det måste vara en uppgift för framtida forskning att klarlägga vilka vägar, som här bäst leder till målet.

Oberoende av vad man inom den psykiska barna- och ungdomsvården kan uträtta på längre sikt, kvarstår det faktum, att man inom detta område ställs inför människor i nöd och svåra lidanden. Detta gäller inte endast speciella grupper i samhället, till exempel enstaka ärftligt belastade eller svårbotade sjuka, utan stora grupper med ångestladdade anpassningsproblem, som måste hjälpas att komma över svåra bekymmer och finna en lösning på situationen.

Erfarenheten har lärt, att i all mentalsjukvård spelar den omständigheten en betydande roll, att psykiska sjukdomar inte väcker samma förståelse som de kroppsliga. Många människor har svårt att inse, att psykiskt sjuka — och därmed menar vi här även alla neurotiker — verkligen lider och ofta lider svårt. Det syns inte alltid »utanpå», därför att man lärt sig

¹ Erik Reinius: Får man någon hjälp på rådgivningsbyrån? Tidskrift för barnavård och ungdomsskydd; 1956:3.

dölja sin sjukdom. Detta gör man fortfarande i stor utsträckning, därför att det ännu finns mycket kvar av den gamla inställningen, att det antingen är något skamligt eller något bagatellartat med psykisk ohälsa. Sådana kvarlevande fördomar av olika slag ger svårigheter inte bara åt de psykiskt sjuka utan också åt deras anhöriga; understundom har dessa senare det svårast.

Att i olika former bereda människor med barn saklig hjälp till självhjälp inför dylika svårigheter är en av den psykiska barna- och ungdomsvårdens centrala uppgifter. Vetskapen om de stora otillfredsställda behoven på detta område är enligt vår mening tillfyllest för att motivera en utbyggnad av den psykiska barna- och ungdomsvården.

Målsättning

Inom den psykiska barna- och ungdomsvården har man ingen annan målsättning för sitt arbete än den, varje ansvarskännande person kan acceptera. Den vill sålunda bidra till att åt unga människor skänka så goda förutsättningar för en gynnsam personlighetsutveckling, som omständigheterna kan medge. Därvid söker den anknytning till såväl gammal erfarenhet som modern vetenskap. Så t. ex. bygger den i sin syn på uppfostran på de erfarenheter, som från olika håll och under långa tider samlats och praktiskt-pedagogiskt fått uttryck i etikens regler om ömsesidighet, kärlek och sanningssträvan. Den står samtidigt under påverkan av den livliga utveckling, som de relativt unga vetenskaperna psykiatri, psykologi och sociologi befinner sig i. Genom det systematiskt genomförda teamarbetet (se närmare kap. 6) mellan barnpsykiatriker, barnpsykologer, socionomer och pedagoger m. fl. får den psykiska barna- och ungdomsvården möjlighet att sammansmälta erfarenheter och synpunkter från alla de här nämnda områdena och strävar därvid efter allt större realism och effektivitet.

Den psykiska barna- och ungdomsvårdens representanter har emellertid ofta beskyllts för att genom sina metoder undergräva disciplinen. Från åtskilliga håll har även gjorts gällande, att man ensidigt tagit parti för barnen och underblåst en så kallad »fri uppfostran». Även om det för ett par decennier sedan fanns tendenser i denna riktning bland barnpsykiatriker och barnpsykologer, torde ansvariga läkare eller psykologer inte längre omfatta en dylik ensidighet. Det är visserligen riktigt, att man i princip tror på andra former av disciplin än den auktoritära, i vilken många av vår tids föräldrar växt upp och fostrats. En modern uppfostran kräver inte bara en verklighetstrogen inställning till överheten utan också och inte minst lyhördhet och respekt för egna och andras känslor och upplevelser samt för sanningskravet, vilket innebär att man även på uppfostrans område vill tillämpa de demokratiska huvudlinjerna i samhällsutvecklingen. Samhällsutveckling

och uppfostran står i en betydelsefull växelverkan med varandra. Det är därför nödvändigt, att från representanter för andra sidor av samhällslivet hänsyn toges till uppfostran och dess mentalhygieniska aspekter. Därvid är den väsentliga synpunkten, att splittringstendenserna motverkas, vilket i princip sker genom att man i sina värderingar utgår från en helhetssyn på livet och inte låter ideella eller materiella delvärden få dominera. Detta önskemål innebär givetvis inte, att den psykiska barna- och ungdomsvården för sin egen skull gör anspråk på medinflytande i samhällsutvecklingen utan endast att den energiskt och oförtrutet måste få tala om, att den under sitt arbete får se många svåra och farliga situationer som uttryck för att samhällets psykiska hälsa hotas, och även får erfarenhet om botemedel här- emot. Den vill också allt efter sin förmåga medverka till ett förebyggande av andlig ohälsa inte bara på kort utan också på längre sikt och till sist för- ena sig med mentalhygienens allmänna strävanden och söka bidra till att skapa ett bättre samhälle.

För att på rätt sätt möjliggöra ett såväl förebyggande som diagnostiskt och terapeutiskt arbete med barn, som uppvisar eller hotas av anpassningssvårigheter, är det väsentligt, att alla, som har med barns vård och uppfostran att göra, får en mentalhygieniskt inriktad inställning. Det är en uppgift för mödravårdscentraler och barnavårdscentraler, förskolor, skolor och yrkes- utbildningsinstitutioner av alla slag att tillgodose mentalhygienens krav. Barnavårds- och ungdomsnämndernas arbete måste också helt vara inrik- tat på såväl förebyggande mentalhygieniskt arbete som på behandling. Den psykiska barna- och ungdomsvården bör i en framtid bli så utbyggd, att den kan stå alla samhällets barna- och ungdomsvårdande organ till tjänst i de situationer detta kräves.

KAPITEL 3

Allmän psykisk hälsovård bland barn och ungdom

Inledning

Redan i ungdomsvårdskommitténs betänkande framhölls, att ett rationellt system för en effektiv förebyggande barna- och ungdomsvård borde innefatta en ändamålsenlig och kontinuerlig socialmedicinsk och mentalhygienisk hälsokontroll av de unga från och med spädbarnsåren till slutet av ungdomsåren. Vidare framhölls betydelsen av en effektiv samverkan mellan å ena sidan pediatrikt, psykiatriskt och psykologiskt skolade läkarkrafter samt å andra sidan socialarbetare, pedagoger och sjuksköterskor. Insikterna i de orsakssammanhang, som betingar uppkomsten av anpassningssvårigheter och utgör bakgrunden till gryende asocialitet, ansågs dock överhuvudtaget vara bristfälliga och otillräckliga.

Under det sista årtiondet har den kroppsliga förebyggande hälsovården bland barn och ungdom utvecklats genom utbyggnad av barnavårdscentraller och skolhälsovård. Bristerna inom den mentala vården är dock fortfarande stora, ehuru behovet av förebyggande mentalhygieniska åtgärder blivit allt större. Med hjälp av de landvinningar, som gjorts inom psykologin och psykiatrin, har den samhälleliga barnavården i våra dagar fått tillgång till en fördjupad kunskap om sambandet mellan den unges levnadshistoria och hans psykiska utveckling och anpassningsförmåga som vuxen. På ett mycket tidigt skede i barnets liv kan man iakttaga företeelser, som kan varsla om framtida missanpassning eller vara uttryck för en begynnande psykisk felutveckling. Olika undersökningar angående ungdomsasocialitet och beteenderubbningar bland barn och ungdom har bland annat visat, att många av dem, som på grund av vanart blivit föremål för barnavårdsnämnds ingripande, redan flera år dessförinnan företett psykiska egenheter.

Ansvaret för barnens fostran vilar av hävd på föräldrarna, men dessas uppgift har under de sista decennierna blivit allt mer krävande. Det är svårt att vara barn och det är svårt att vara vuxen i en tid, då samhället så oerhört snabbt ändrat social struktur och samhällsordningen bidragit till en försvagning av hemmet som uppfostrings- och fritidsmiljö och lett till en upplösning av hemmet som arbetsgemenskap. Den allmänna utvecklingen har gått mot uppluckring av auktoritetstro och nedärvda normer för fostran och liv. Föräldrar och barn står understundom osäkra och des-

orienterade i tillvaron, och de rättesnören, som ges, är många och skiftande. De ökande ungdomskullarna och därmed växande ungdomsproblemen har givit upphov till en opinion med krav på att samhället skall ge föräldrarna bistånd genom en ökad allmänt stödande verksamhet.

Skolans roll som mentalhygienisk faktor kan icke här nog understrykas. Genomförandet av den 9-åriga enhetsskolan har ställt skolan inför nya uppgifter och nya problem. Även om den grundläggande personlighetsdanningen sker i hemmet, spelar skolan en stor roll för den unges personlighetsutveckling, då skolans planmässiga och målbestämda verksamhet formar den unges vanor och livsföring under ett stort antal år.

I direktiven för 1940 års skolutredning fastslogs som allmän princip för utredningsarbetet, att skolans yttersta mål inte är kunskapsmeddelelse utan fostran i ordets vidaste och djupaste mening, och 1946 års skolkommision, som 1948 framlade sitt betänkande (SOU 1948: 27), delade denna grunduppfattning. Man fastslog även i detta senare betänkande, att en förutsättning för att skolan skulle lyckas i sin fostrargärning var, att den hade en ingående kunskap »om lärjungarnas kroppsliga och själsliga förutsättningar, om deras individuella utvecklingsgång, om aktivitetshämmande och aktivitetsfrämjande företeelser i deras psyke och livsföring samt kännedom om deras hemförhållanden och miljö i övrigt». Man framhöll vidare, att huvudansvaret för den mentala omvårdnaden om eleverna åvilade den enskilde läraren och att lärarutbildningen borde anpassas därefter genom att ge utökade kunskaper i uppväxtårens psykologi och sociologi. För att öka skolans möjligheter att bedöma och avhjälpa beteenderubbningar, läs- och skrivsvårigheter och andra avvikelser från det normala och avskilja lärjungar till särundervisning skulle lärarna ha möjlighet att få sakkunnig hjälp av väl utbildade skolpsykologer, och man drog upp riktlinjer för dessas utbildning och framtida arbetsområde.

Det synes vara befogat att här lämna en översikt över den mentalhygieniska verksamheten vid mödravårdscentraler, barnavårdscentraler¹ och inom skolväsendet samt över barnavårdsnämndernas förebyggande verksamhet.

Mentalhygienisk verksamhet vid mödravårds- och barnavårdscentraler m. m.

Enligt av medicinalstyrelsen utfärdad normalinstruktion omfattar den förebyggande mödra- och barnavårdens arbetsområde inte endast kroppslig hälsovård utan har även viktiga mentalhygieniska uppgifter. Barnets vård börjar redan i moderlivet, och genom mödravårdscentralernas arbete kan många komplikationer under graviditeten förhindras eller behandlas, komplikationsrisker under förlossningen motarbetas och vissa risker för sjukdomar och skador hos nyfödda förebyggas. Den medicinska förlossnings-

¹ Härmed avser vi även mödravårdsstationer och barnavårdsstationer samt mödravårdsfilialer och barnavårdsfilialer.

vården står på en mycket hög nivå, och på många håll har man under de senaste åren alltmer beaktat även rent psykiska faktorer genom att man under moderns och barnets vistelse på barnbördsanstalten försöker uppehålla en mer intim kontakt dem emellan. Omkring 75 % av de blivande mödrarna kontrolleras nu på mödravårdscentral och omkring 97 % av alla barn föds på barnbördsanstalt. Enligt instruktionen bör läkaren vid undersökningen av den blivande modern beakta även de psykologiska aspekterna på havandeskapet, och barnmorskan bör vara uppmärksam på den blivande moderns emotionella tillstånd.

Sedan budgetåret 1952/53 har statsbidrag beviljats för anordnande av särskilda mottagningar vid barnavårdscentralerna för rådgivning beträffande barn, som företer »uppfostringssvårigheter eller neurolabila symtom» och som icke synes vara i behov av hänvisning till den psykiska barna- och ungdomsvårdens organ. Vid dessa specialmottagningar kan endast ett fåtal patienter behandlas vid varje mottagningstillfälle. Full frihet föreligger för läkaren vid barnavårdscentralen att själv bestämma, om han vill anordna sådana mottagningar eller ej. Mottagningar kan också anordnas för föräldrar i form av upplysnings- och diskussionsmöten rörande uppfostringsfrågor och dylikt.

En viktig roll i barnavårdscentralernas förebyggande arbete spelar sjuksköterskan, som genom sina hembesök gör sig förtrogen med barnets hemförhållanden och som enligt instruktionen skall ge råd för barnens allmänna fysiska och psykiska vård och hygien samt därjämte kontrollera att givna föreskrifter rätt uppfattas och följes. Om uppfostringssvårigheter konstateras eller symtom på anpassningssvårigheter yppar sig hos barnet, skall det kallas till läkarkontroll.

Även om en utbyggnad av den statsunderstödda psykiska barna- och ungdomsvården kommer till stånd blir det ändå inte möjligt att inom ramen för denna hinna med allt erforderligt arbete av profylaktisk natur. Den förebyggande barnavården vid barnavårdscentralerna bör därför enligt vår mening utgöra en mentalhygienisk basorganisation i samhället. Läkarna vid dessa intar en nyckelposition när det gäller den förebyggande verksamheten, därigenom att de är mödrarnas naturliga rådgivare och om de är lyhörda för alla sådana symtom, som varslar om funktionella rubbningar eller missförhållanden, till exempel en tidig kontaktstörning mellan moder och barn, kan kanske problemen lösas medan de ännu är obetydliga, med andra ord innan de medfört mera allvarliga psykiska störningar.

Läkarna vid barnavårdscentralerna bör därför i framtiden ges större möjligheter än vad nu är för handen att ägna sig åt att förebygga uppfostringsfel och psykisk ohälsa dels genom att ge råd och upplysning i samband med enklare nervösa störningar och vanliga fostringssvårigheter, dels ock genom att skapa en så positiv kontakt mellan läkaren och modern, att den senare känner sig mötas av förståelse och sympati och därigenom törs

komma fram med sina problem. Särskilt viktigt är detta för de osäkra mödrarna.

Genom detta arbete skulle den mer kostnadskrävande psykiska barna- och ungdomsvården avlastas fallen med de enklare uppfostringssvårigheterna och endast de mer komplicerade fallen av missanpassningar och mentala störningar behöva handläggas där.

Erfarenheten under de senaste fem åren har visat, att det varit svårt att få igång ifrågavarande mottagningar, beroende på läkarnas stora arbetsbörda och på osäkerhet, hur verksamheten bör bedrivas. År 1955 fanns sådana mottagningar anordnade vid ett 15-tal barnavårdscentraler i landet.

Medicinalstyrelsen har i olika sammanhang framhållit önskvärdheten av, att barnavårdscentralernas läkare bibringas bättre insikter om den stora betydelse, som en ökad förståelse för de mindre barnens psyke och reaktionssätt har när det gäller förebyggande av nervösa rubbningar. Under de senaste åren har sålunda nämnda styrelse i sina petita begärt anslag för anordnande av fortbildningskurser i barnpsykologi och barnpsykiatri för läkare vid barnavårdscentraler. Enligt medicinalstyrelsens anslagsäskanden för budgetåret 1957/58 kan en sådan fortbildningskurs lämpligen hållas under tre dagar och innefatta föreläsningar, diskussioner och besök vid barnavårdscentraler m. m. Föreläsningarna bör omfatta cirka tre timmar allmän information och organisation, cirka tre timmar av vardera barnpsykologi och barnpsykiatri, en timme av vardera hörsel- och synvård, varjämte en timme bör ägnas åt sambandet mellan hälsovård för förskolebarn och för skolbarn. Besök avses skola äga rum bland annat på mottagningar för uppfostringsfrågor. Även i motioner till 1955 och 1957 års riksdagar har framställningar gjorts om anslag för ifrågavarande ändamål. I statsutskottets utlåtanden över dessa motioner uttalades vid bägge tillfällena, att behovet av ifrågavarande kurs inte syntes så trängande, att medel för ändamålet borde anvisas.

För egen del vill vi dock starkt understryka, att det föreligger ett stort behov av ifrågavarande kursverksamhet och vi anser dessutom, att kursen bör bli av längre varaktighet. Vi kan ej förvänta, att osäkerheten om hur verksamheten bör bedrivas skall minska, om inte läkarna får fördjupade kunskaper inom denna del av det förebyggande mentalhygieniska arbetet och därigenom ett ökat intresse att ta sig an uppfostringsproblem. Med hänsyn härtill föreslår vi, att medel beviljas så att kurser av denna art snarast kan komma till stånd.

För sköterskorna vid barnavårdscentralerna finns sedan början av 1950-talet en viss möjlighet till fortbildning, då vid Karolinska sjukhuset årligen anordnats en kurs på en månad, i vilken ingår ämnena barnpsykologi och barnpsykiatri. Undervisningen i dessa ämnen har försiggått dels i form av vanliga föreläsningar, dels ock i form av mer seminariebetonade gruppdiskussioner rörande speciella barnpsykiatriska problem.

Enligt ovannämnda normalinstruktion skall barnavårdscentralerna samverka med bland annat den psykiska barnavården och med barnavårdsnämnderna. Samarbetet med den psykiska barnavården sker i allmänhet genom remisser, men på vissa håll har ett mera intensivt samarbete kunnat åstadkommas. I Stockholm har man sålunda försökt att intressera barnläkare och sköterskor vid barnavårdscentralerna för mentalhygieniskt arbete och få dem uppmärksamma på den insats de kan göra på detta område. Läkarna vid barnavårdscentralerna har också själva varit angelägna om detta samarbete. Som första etapp hölls en barnpsykologisk föreläsningsserie för läkare och sköterskor, och år 1953 började man med diskussionscirklar med barnpsykiatriker och barnläkare som deltagare. För att få ett mera kontinuerligt samarbete med barnavårdscentralerna har i Stockholm också inrättats en psykologtjänst med tjänstgöring vid barnavårdscentralerna. Arbetet har i första hand lagts upp som en konsultverksamhet åt personalen, det vill säga psykologen ger råd och upplysning i allmänna barnpsykologiska frågeställningar eller i samband med handläggning av enskilda fall. Denne psykolog leder vidare diskussionscirklar med sköterskor och mödrar, gör hembesök efter anmodan av läkarna och hänvisar de mer komplicerade fallen till den psykiska barn- och ungdomsvårdens organ.

På andra håll har man ordnat samarbetet med den psykiska barnavården på så sätt, att barnpsykiatrikern direkt deltagit i arbetet på barnavårdscentralerna och där lett mödracirklar i uppfostringsfrågor, haft enskilda samtal med mödrarna m. m.

Av socialvårdsförbundet ordnas även demonstrationskurser i barnavård för blivande mödrar, vilka hålles av ambulerande barnavårdslärarinnor, barnavårdscentralssköterskor och distriktssköterskor. I medelstora och större städer anordnas fasta kurser vid barnavårdscentralerna.

På senare år har genom svenska socialvårdsförbundet och svenska föreningen för psykisk hälsovård ett flertal värdefulla småskrifter och broschyrer utarbetats, vilka i regel kostnadsfritt kunnat ställas till förfogande och utdelas vid mödravårds- och barnavårdscentralerna.

Samtliga ovan angivna grenar av mentalhygienisk verksamhet anser vi vara synnerligen värdefulla. En vidare utveckling av desamma bör främjas, exempelvis genom beviljande av ökade anslag för de olika ändamålen.

Vid den typ av institutioner för halvöppen barnavård, som kallas *förskolor* (barntädgårdar), har man velat skapa miniatyrsamhällen, där barnen framförallt skall kunna få social fostran som komplement till hemuppfost-
 ran. I detta lilla samhälle bör finnas både äldre och yngre barn, så att de äldre får känna ansvar för de yngre och de yngre lära av de äldre. Barnen får där ofta en ersättning för forna tiders stora syskonkullar och får så småningom lära sig växa in i en grupp. Barn från trångbodda familjer kan få utlopp för sitt aktivitetsbehov på ett sätt som små lägenheter icke medger. Det är i regel inte heller möjligt för ett enskilt hem att ha tillgång till allt

det konstruktiva lek- och arbetsmaterial, som finns på institutioner av detta slag. Det visar sig att barn, som gått i förskola, ofta har lättare att anpassa sig i den vanliga skolan. Förskolepedagogen har goda möjligheter att genom sina observationer av barnen bedöma om dessa är skolmogna eller ej och kan genom sitt förarbete underlätta övergången till skolan. Nyttan för ett förskolebarn att på detta sätt ett par timmar dagligen få lämna hemmiljön och komma tillsammans med andra barn för lek och sysselsättning under ledning av pedagogiskt utbildad personal har under de senaste åren insetts av allt fler föräldrar. Efterfrågan på förskoleplatser har därför blivit allt större. Möjligheterna att få till stånd ett större antal dylika platser har diskuterats i flera betänkanden.¹

I detta sammanhang vill vi även påpeka den betydelse *hemvårdarinne-kåren* har och än mer borde kunna få. I många fall tvingas föräldrarna att vid till exempel moderns sjukdom eller trötthetstillstånd placera barnen utanför hemmet, trots att det varit lyckligare för barnen att ha fått stanna i sin vanliga miljö. Ett dylikt ingripande skulle många gånger vara onödigt om hemmet finge den hjälp, som hemvårdarinnan kan ge. Det är vår förhoppning, att den utbyggnad, som påbörjats av ifrågavarande verksamhet, skall kunna äga rum i en allt snabbare takt och hemvårdarinneyrket göras mer begärligt. Familjeberedningen² har framlagt vissa förslag härom, vilka ävenledes varit föremål för riksdagens ställningstagande.

Skolpsykologisk verksamhet

Från skolöverstyrelsens anslagsäskanden för budgetåret 1957/58 är följande redogörelse för den skolpsykologiska verksamheten hämtad. Under avsnittet Organisationens framtida utformning har redogörelsen kompletterats med vissa uppgifter, som vi erhållit från en av överstyrelsens skolpsykologer, filosofie licentiaten Sven-Eric Henricson.

Allmänt angående skolpsykologernas arbete.

Inom överstyrelsen finnes för närvarande anställda två skolpsykologer. Forskningsuppgifter och undersökningar i direkt anslutning till försöken med enhetsskola har kommit att inta en framskjuten ställning bland arbetsuppgifterna för dessa.

De frågor inom försöksverksamheten med enhetsskola, som överstyrelsen sökt att systematiskt bearbeta, har huvudsakligen varit sådana, som aktualiserats vid utprovningen av de för enhetsskolan föreslagna tim- och kursplanerna och vid den fortlöpande omgestaltningen av dessa planer. Således har elevernas kunskaper i vissa ämnen, främst i modersmålet, matematik och i de främmande språken, undersökts. Vidare har man sökt följa elevernas inställning till skolämnena och olika arbetsformer i skolan och i viss mån även det sociala samspelet i en del av enhetsskolans klasser. Av vikt har också varit att få kännedom om lärarnas

¹ Daghem och förskolor (SOU 1950:50) och Samhället och barnfamiljerna (SOU 1955:29).

² P. M. rörande hemhjälp (stencilerat betänkande).

och de lokala skolledarernas erfarenheter av försöksarbetet. Det principiellt fria ämnes- och linjevallet på enhetsskolans högstadium har föranlett undersökningar av den faktiska fördelningen av eleverna med hänsyn till bland annat kön, socialgrupp och allmänintellektuell status. Därjämte har överstyrelsen sökt tillmötesgå de från flera håll redan före försöksverksamhetens början framförda önskemålen om jämförelser av enhetsskolan med andra skoltyper, närmast i syfte att erhålla en empirisk grund för betygsjämförelser.

Överstyrelsen avser att genomföra en sådan fördelning av arbetsuppgifterna mellan de båda psykologtjänsterna, att den ena tjänsten huvudsakligen kommer att omfatta forskning och undersökningar med speciell inriktning på enhetsskolans arbetsformer och organisatoriska utformning. Den andra tjänsten synes mera böra inriktas på den centrala ledningen av den skolpsykologiska verksamheten ute på fältet. Den centrala skolpsykologiska verksamheten synes vidare böra omfatta koordinering av förekommande psykologisk-pedagogisk forskningsverksamhet vid lärarhögskolor och de särskilda försöksskolor, som kan komma att inrättas bland annat genom att samordna nämnda forskningsverksamhet med de aktuella problem, inför vilka skolpsykologerna ställes under det praktiska arbetet ute på fältet.

Lokal skolpsykologisk verksamhet har under det senaste decenniet växt fram genom kommunala initiativ. I enlighet med uttalanden i proposition 1950:70 har statlig medverkan skett genom att lärare, som vid sidan av sin undervisning fullgör skolpsykologiska uppgifter, medgivits nedsättning i undervisningsskyldigheten i regel 4, i vissa fall 6 veckotimmar, vilket medfört kostnader för statsverket. Sådan lokal skolpsykologisk verksamhet har läsåret 1955/56 varit organiserad i sammanlagt 10 skoldistrikt.

En kommunal heltidstjänst som skolpsykolog, vars innehavare är filosofie licentiat och lärare, har varit inrättad i Göteborg sedan 1951. I samma distrikt har ytterligare en heltidsanställd psykolog anställts från den 1 januari 1955. I Lund har under våren 1956 inrättats en kommunal heltidstjänst. Statsbidrag utgår ej till kostnaderna för dessa tjänster.

I vissa distrikt utan organiserad skolpsykologverksamhet i egentlig mening fullgöres motsvarande uppgifter av andra befattningshavare. I Stockholm handhas sålunda uppgifterna dels av två för mentalhygien anställda läkare, dels av två specialklassöverlärare, dels ock av tillfälligt arbetande testare och kuratorer.

Organiserad regional verksamhet förekommer för närvarande ej i vårt land. I viss utsträckning tjänstgör emellertid de kommunalt anställda psykologerna som rådgivare åt myndigheter och lärare i granndistrikt.

En granskning av den lokalt inriktade skolpsykologverksamheten visar, att denna i hög grad koncentrerats på elever med särskilda skolsvårigheter. Genom exempelvis skolmognadsundersökningar söker man skaffa sig ett preliminärt underlag för råd till föräldrar och lärare rörande den första skolgången. Genom kompletterad undersökning i tveksamma fall avgöres, huruvida uppskov, placering i särskild mognadsklass eller annan särskild åtgärd bör tillrättas. Prövningar och uttagningar av barn med läs- och skrivsvårigheter synes utgöra en annan viktig del av de nu verksamma skolpsykologernas arbete. Om speciell undervisning kan sättas in för dessa barn, kan i åtskilliga fall en avgjord förbättring i barnets läs- och skrivefärdigheter åstadkommas; i samband därmed förbättras emellertid ofta barnets hela psykiska tillstånd. Överhuvudtaget har de nu verksamma skolpsykologerna i vårt land i särskilt hög grad kommit att arbeta med specialklassernas (exempelvis hjälpklasser, läsklasser och observationsklasser) barn och deras speciella problem. Utgångspunkt för arbetet synes ej sällan ha

varit behovet att omhänderta hjälpklassbarnen. Socialutredningar verkställes genom hembesök, undersökning av skolförhållanden samt genom samtal med föräldrar, lärare och skolläkare vid anmälda fall av missanpassning eller beteendrubbningsar. Samarbete förekommer därvid med vederbörande centraler för den psykiska barnvården.

Av det föregående framgår, att verksamheten hittills i stor utsträckning varit inriktad på förebyggande undersökningar och åtgärder. I länder med mera utvecklade skolpsykologisk verksamhet syftar man numera allmänt till förebyggande åtgärder och omhändertagande av alla elever, och verksamheten har givits en alltmer normalpsykologisk inriktning.

Organisationens framtida utformning.

Behovet av psykologisk expertis i skolan har med åren blivit alltmer kännbart. Till överstyrelsen förmedlas detta behov genom såväl myndigheter som enskilda och kom senast till ett mera allmänt uttryck i remissvaren rörande psykologutredningens betänkande.¹ Det pedagogiska och organisatoriska reformarbetet inom skolan liksom skolplikens utsträckning till allt fler åldersgrupper kan förutses ställa ökade krav på rådgivning samt överhuvud insatser, som ligger inom psykologernas ämnessfär.

Den skolpsykologiska verksamhet, som på kommunalt initiativ tillkommit, synes ha vuxit fram ur behovet av ett fackmässigt omhändertagande av i första hand specialklassklientel av olika slag. Undersökningar för uttagning av elever till specialklasser eller särskild specialundervisning ter sig som några av de mest påträngande uppgifterna. I allmänhet förfogar skoldistriktet icke över personal, som kan fullgöra dessa uppgifter. Kompetensen är också synnerligen ojämn. Därtill kommer, att allt större krav ställs på provledarna, ju rikare differentieringsmöjligheter, som tillkommer. Flertalet distrikt hjälper sig nu fram med nödlösningar av olika slag. I andra distrikt — och detta gäller särskilt glesbygderna — anser man sig mer eller mindre sakna möjligheter att ta hand om de elevgrupper, varom här är fråga. Ju mer distriktets behov av skolpsykologiska insatser ökar, desto mer ohållbara blir rådande förhållanden. Behovet av en kompetent skolpsykologisk organisation aktualiseras i den mån beslutet vid 1956 års riksdag om specialklasser och särskild specialundervisning effektueras.

I detta läge förefaller det vara av synnerlig vikt, att skoldistriktet beredes den hjälp, som många av dem sedan länge känt behov av, genom att de får möjlighet till kontakt med en kvalificerad statlig skolpsykologorganisation. Det torde också vara betydelsefullt att taga vara på de lokala initiativ och det personliga intresse, som nu finns på många håll. En ändamålsenlig och väl avvägd utbyggnad av denna verksamhetsform försvåras, om med åtgärderna får anstå alltför länge.

Åtgärder bör sålunda övervägas för att tillgodose det behov av en utbyggd skolpsykologorganisation, som utvecklingen inom skolans område framtvingat. Tidpunkten synes också lämplig, då utbildningsfrågorna klarlagts genom psykologutredningens betänkande.

Åtskilliga skäl talar emellertid för att förslag till en definitiv organisation icke omedelbart bör framläggas. Genomförandet av de nya länskolnämnderna bör sålunda först avvaktas. Möjligheterna till samordning av verksamheten med dessa nämnder bör därefter prövas. Det torde vara lämpligt, att verksamheten först praktiskt prövas, innan organisationen definitivt slås fast. Å andra sidan är det nödvändigt, att åtminstone denna begränsade försöksanordning nu kommer till

¹ SOU 1955:11.

stånd, om icke organisationens definitiva genomförande skall avsevärt fördröjas till skada för skolväsendet och skolreformens genomförande.

Som en försöksanordning föreslår överstyrelsen, att tre regionala skolpsykologtjänster inrättas. Dessa tjänster synes enligt licentiat Henricson lämpligen böra placeras vid länskolnämnderna. Man utgår från att regionalt verksam skolpsykolog i kompetenshänseende skall tillhöra den av psykologutredningen angivna kategorien självständigt verksamma, vetenskapligt skolade psykologer med filosofie licentiatexamen. Därjämte är viss lärarutbildning och lärarerfarenhet angelägna. En regional skolpsykolog avses bli konsulterande expert i psykologiska frågor för skoldistriktet. Noggranna regler bör ej binda verksamheten från början, utan denna bör få utvecklas relativt fritt. Som regel torde emellertid komma att gälla, att skolpsykologen åtminstone till att börja med får vara beredd att aktivt delta i organiserandet av skolmognadsprövningar, uttagningar till hjälpklass, diagnostiserandet av läs- och skrivsvårigheter, att han får engagera sig i bedömningen av dylika och andra prov, genomförda av medhjälpare ute i distriktet, och att han även får vara beredd att söka lösa de problem, som i särskilda fall uppstår i denna verksamhet. Likaså torde den regionale experten böra kontinuerligt följa vissa till specialundervisning hänvisade elever, söka iaktta och eventuellt mäta resultaten och föreslå åtgärder därefter.

En viktig grupp av arbetsuppgifter bör vara att stimulera distriktet att ta sig an de utvecklingshämmande barnen och att anställa lokala skolpsykologer och medhjälpare.

Barn med beteenderubbningar kommer att utgöra en del av skolpsykologens klientel och omhändertagas i samarbete med läkare, främst skolläkare och barnpsykiatriker.

Vid ämnesval för elever på enhetsskolans högstadium och senare vid linjeval och även i den yrkesvägledande verksamheten torde psykologiska experter av avsedd art kunna tillhandahålla begåvningsstest eller i vissa fall utföra anlagsprövningar.

En uppgift för den skolpsykologiska experten blir vidare att genom medverkan vid föräldramöten, lärarsammankomster, i press och eljest sprida upplysning i uppfostringsfrågor.

Slutligen torde en regional skolpsykolog böra medverka i den pedagogiskpsykologiska försöks- och forskningsverksamhet, som avses bedrivas i lärarhögskolor och särskilda försöksskolor, särskilt vid utarbetandet av nya metoder på det skolpsykologiska arbetsområdet.

Den lokala skolpsykologverksamheten kan tänkas utvecklas längs två huvudlinjer, beroende på bland annat distriktets storlek. För större distrikt kommer sannolikt tjänster, närmast jämförbara med ovan berörda regionala tjänster, att behövas. Sådana tjänster torde även fortsättningsvis (finns för närvarande i Göteborg och Lund som redan nämnts) få tillkomma på kommunala initiativ. För dessa tjänster bör krävas samma kompetens som för de regionala, det vill säga filosofie licentiatexamen.

De egentliga lokala tjänsterna i direkt anknytning till skolorna skulle kunna rekryteras med psykologer, som har mindre teoretisk utbildning. Här måste lärarutbildning och erfarenhet omfatta hjälp- eller specialklasser. Vidare bör tillkomma olika former av teoretisk psykologisk-pedagogisk utbildning av ungefär samma omfattning, som för närvarande ingår i 2-betygskurserna i nämnda ämnen men utbildningen bör vara speciellt tillrättalagd för ifrågavarande arbetsuppgifter. Praktik inom den psykiska barna- och ungdomsvården bör tillmätas stor bety-

delse och samarbetet med denna vårddisciplin bör utgöra en viktig del av verksamheten.

För att bereda ökade möjligheter för skolans eget omhändertagande av mindre komplicerade fall av anpassningssvårigheter och därigenom avlasta den psykiska barna- och ungdomsvårdens organisation är det vidare synnerligen angeläget, att större möjligheter än vad nu är fallet bör tillskapas att meddela därför lämpade lärare nedsättning av tjänstgöringsskyldigheten. För närvarande gäller (med utgångspunkt från 30 veckotimmar) att skolöverstyrelsen kan meddela högst 8 timmars nedsättning, varav för 4 kan erhållas statsbidrag.

Till denna redogörelse må fogas den kommentaren, att det tyvärr torde komma att dröja mycket lång tid, innan skolans psykologiska verksamhet kunnat utvidgas över hela vårt land enligt ovan angivna planer och verkligen fungerar på ett tillfredsställande sätt. Vi är därför av den uppfattningen, att en psykisk barna- och ungdomsvård, utbyggd enligt vårt förslag, i många fall måste betjäna även skolan och skolans psykologisk-pedagogiska verksamhet. Inte minst med anledning härav har i vårt förslag till organisation upptagits den personalkategori, som i fortsättningen kommer att benämnas *pedagogkonsulter*. Även efter den önskvärda fullständiga utbyggnaden av såväl skolpsykologisk verksamhet som psykisk barna- och ungdomsvård torde ett intimt samarbete bli nödvändigt och barnpsykiatrisk expertis behöva ställas till skolhälsovårdens förfogande.

I detta sammanhang synes det oss lämpligt att i korthet beskriva den mentalhygieniska verksamheten i Stockholms stads skolor. I Stockholm har sedan länge funnits en barnpsykiatriker som läkare för specialklasserna. Verksamheten har blivit alltmer omfattande, särskilt sedan det för omkring tio år sedan inrättades en tjänst som överläkare på heltid. Bland annat kan nämnas, att medan läsåret 1943—44 cirka 1,3 % av det totala barnantalet i skolorna undersöktes vid verksamheten, var motsvarande siffra under läsåret 1955/56 cirka 4 %. Personalen inom ifrågavarande organisation är nu 1 överläkare, 1 biträdande läkare, 2 överlärare för specialklasserna samt ett 30-tal specialutbildade lärare, som utför intelligenstestningar samt läs- och skrivprov. De sociala uppgifterna skötes väsentligen av skolskötterskorna, som ofta har specialutbildning. Överläkaren har föreslagit en utvidgning av verksamheten såväl i kvantitativt som i kvalitativt hänseende. Erfarenheterna av densamma visar, att den har påtagliga fördelar, bland annat därigenom, att en samlad, enhetlig och samtidigt snabb bedömning kan ske både ifråga om kroppsliga och psykiska defekter och funktionsrubbningsar etc. Det visar sig också i åtskilliga fall, att föräldrar framställer krav på ett *medicinskt* ställningstagande inför barnens placering i specialklasser och dylikt. Liknande erfarenheter har också vunnits i Värmlands och Stockholms län.

I den mån mentalhygienisk verksamhet av denna art anordnas i skolorna och denna får samma karaktär som den psykiska barna- och ung-

domsvården, bör hinder inte möta att anordna en sådan med statsbidrag enligt de bestämmelser, som gäller för den psykiska barna- och ungdomsvården. I det följande kommer bland annat personal- och organisationsfrågorna inom denna att upptagas till behandling. Redan här vill vi nämna, att det karaktäristiska för den psykiska barna- och ungdomsvården enligt vår uppfattning är, att i arbetsgruppen ingår förutom läkare och pedagogkonsulter även psykologer och barnpsykologiska kuratorer. Det är givetvis inte nödvändigt, att proportionerna mellan dessa olika specialister överallt är densamma.

Den sociala barna- och ungdomsvårdens förebyggande arbete

Enligt 2 § 2 mom. i nu gällande barnavårdslag har barnavårdsnämnd att »verka för förbättrad barna- och ungdomsvård och i sådant syfte, i den mån förhållandena därtill föranleda, söka främja tillkomsten och utvecklingen av barnavårdsanstalter ävensom andra åtgärder till barns och ungdoms välfärd». Genom denna bestämmelse har på barnavårdsnämnden lagts ansvaret för kommunens barna- och ungdomsvård i dess helhet, men lagens knapphändiga och allmänt hållna föreskrifter samt avsaknaden av närmare anvisningar har icke verkat främjande på den lokala initiativlusten. Särskilt nämnderna i mindre städer och landsortskommuner har länge stått tveksamma. På många håll har man dock visat en stor aktivitet och genom en mångfald kollektiva anordningar har föräldrars och andra fostrares arbete underlättats.

Bland de åtgärder, som vidtagits, kan nämnas upplysningsverksamhet i form av kurser för blivande mödrar, föreläsningar för övervakare och föräldrar i barn- och ungdomspsykologi, utbildning av ungdomsledare, inrättandet av olika slag av anstalter för halvöppen barnavård, såsom daghem, förskolor och eftermiddagshem, sommarhemsplacering av barn, barnkoloniverksamhet och parkverksamhet för barn. I en del större städer har man också öppnat inackorderingshem för flickor och pojkar, som saknar hem.

Man har också insett behovet av stöd och stimulans åt de positiva krafter, som finnes inom ideella föreningar och organisationer av olika slag. I vissa större kommuner har samarbete etablerats med ungdomsverksamheten, och man har medverkat vid bildandet av så kallade ungdomsråd, vilka fungerar som samarbetsorgan för ortens ungdomsorganisationer. Ungdomsproblemen står ju ofta i nära samband med ungdomens fritidsproblem, och avsaknaden av fritidssysselsättningar kan bidra till spritmissbruk, osunda nöjesvanor och ett asocialt levnadssätt. För att förebygga detta har många barnavårdsnämnder i samverkan med enskilda organisationer understött och organiserat klubbverksamhet, tagit initiativ till ordnandet av idrotts- och badplatser, studiecirklar och hobbyverksamhet av olika

slag. Man har inrättat ungdomsgårdar, som ger ungdomen tillfälle att träffas på fritiden till en stimulerande och varierande fritidssysselsättning. En nyhet i de större städerna har varit den barnteaterverksamhet, som håller på att byggas ut. Man försöker även nå den föreningslösa ungdomen, och på sina håll planerar man att bygga speedway- och terrängbanor samt ordna med motorkurser för den motorintresserade ungdomen.

På vissa håll har barnavårdsnämnderna varit så framsynta, att de bevakat möjligheterna att medverka vid planeringen av nya bostadsområden. Barn daghem, lekskolor, ungdomsgårdar, lokaler för föreningsliv och hobbyverksamhet m. m. har härigenom inte blivit bortglömda.

Storstaden skapar särskilda problem. Mycket tyder på att det är svårare för ungdomen att anpassa sig efter samhällets normer, när miljön ger så stora möjligheter till anonymitet. Samhällets sociala kontroll blir föga effektiv och kontakten med de asociala ungdomarna eller de ungdomar, som befinner sig i närheten av riskzonen, kommer för sent. För att motverka olika asocialitetsbildande företeelser, till exempel pojkkprostitutionen, och för att fjärma ungdomarna från de asociala och kriminella härdarna startade Stockholms stads barnavårdsnämnd hösten 1951 en sektion för uppsökande kurativ verksamhet. Arbetsgruppen — som kallas »utesektionen» eller »nattpatrullen» — utgör en avdelning av nämndens ungdomsbyrå. Sektionen består av 2 manliga och 2 kvinnliga socialarbetare. Dessa spårar upp och kontaktar den ungdom, som saknar fast arbete och bostad och som sysslolös driver omkring på stadens gator. Verksamheten är huvudsakligen förlagd till kvälls- och nattimmarna. Man uppsöker ungdomen direkt på deras samlingsplatser och tillhåll, på gator, i parker, i vänthallar, på danssalonger och caféer, inom hamnområden och på förtöjda och upplagda båtar. Arbetet är mycket krävande och fordrar erfarna och mogna socialarbetare, som har god psykologisk och social utbildning. De ungdomar man når kontakt med är ofta psykiskt och fysiskt nedgångna, och de har tidigare varit föremål för samhällets tvångsingripanden. Deras uppväxttid har präglats av otrygghet, tristess och hemlöshet.

Ofta erfordras djupgående hjälpåtgärder, ibland kan det räcka med mera tillfällig hjälp och ett gott råd. Många är först av allt i behov av mat och sömn, och sektionen har till sitt förfogande sängplatser på ett härbärke. Man söker också kontakt med föräldrar, övervakare, skyddskonsulenter med flera och gör en utredning om den unges förhållanden, som sedan resulterar i åtgärder av något slag, exempelvis medel till hemresa, placering på ungdomshem, överlämnande till barnavårdsnämnden för omhändertagande. Antalet personkontakter har under åren varierat mellan 900—1 200 per år, därav 10—20 % flickor.

I direkt anslutning till sektionens expedition finns sedan november 1955 en rehabiliteringscentral, där man under kvällar och helgdagar bedriver en viss form av ungdomsgårdsverksamhet för sektionens klientel i form av

intima och personliga hemmakvällar, då man samlas till diskussioner, hobbyarbeten, föredrag m. m. Rehabiliteringscentralen och ungdomsgårdsverksamheten går under benämningen Ungdoms-Slussen och dess målsättning är att slussa ut klientelet i det normala samhällslivet. Ungdoms-Slussen är öppen som ren rehabiliteringscentral under förmiddagarna samtidigt som utesektionens expedition hålles öppen. Till verksamheten är knuten en heltidsanställd värdinna och timavlönade fritidsledare för kvälls- och helgverksamheten. Vårdinnan har bland annat till uppgift att fostra ungdomarna och försöka påverka dem att hålla sig rena och snygga så att deras möjligheter att få arbete och bostad blir större. Rehabiliteringscentralen har nämligen tillgång till dusch-, rak- och skoputsningsrum, ett tvättrum med tvättcentrifug, elektrisk fläkt och strykjärn, verkstadsrum och syrum. Man har också samlingsrum med bibliotek och tidningar, pentry och telefonhytt. Genom denna hjälp till självhjälp försöker man att aktivera ungdomarna och ge dem möjlighet till en personlig rehabilitering.

Sektionens arbete har lett till en viss social sanering och blivit en aktiv faktor emot ungdomsasocialiteten. Sedan våren 1954 finns en motsvarande verksamhet i Göteborg och sedan år 1955 även i Solna.

Bestämmelser om de åtgärder av förebyggande art, som barnavårdsnämnden i allmänhet har att vidtaga, innan den omhändertager någon för skyddsuppfostran, finnes i barnavårdslagens 23 §. Innan sådant omhändertagande äger rum, skall man ha prövat möjligheterna att på annat sätt komma tillrätta med vederbörande. De anvisningar, som lagen ger, är förmaning till föräldrarna, varning till barnet, föreskrift att anlita någon till stöd för hemuppfostran inrättad anstalt, till exempel daghem, barnträdgård, barnavårdscentral m. m., anvisande av lämplig bestämd sysselsättning, anskaffande av arbete till ungdom mellan 18—21 år och övervakning. Verksamhet av mer rådgivande och hjälpande art regleras sålunda inte i lagen, men det har blivit praxis, att barnavårdsnämnderna alltmer ingriper med stöd och råd, även om skäl för ett omhändertagande enligt 22 § ännu ej föreligger. Man förmedlar kontakt med den barnpsykiatriska rådgivningsverksamheten, ordnar miljöbyte i lämpligt fosterhem, ger hjälp till yrkesutbildning och så vidare.

Hela den offentliga barnavårdslagstiftningen har ju nyligen varit föremål för översyn av särskilt tillsatta sakkunniga, 1950 års barnavårdskommitté.¹ Den allmänna förebyggande barnavården har diskuterats i kapitel 5 i nämnda kommittés betänkande. Man föreslår där bland annat, att den förebyggande vården göres till föremål för väsentligt ökad uppmärksamhet i en ny barnavårdslagstiftning och understryker betydelsen av att barnavårdsnämnderna skapar anordningar, som är till hjälp och stöd för den uppväxande ungdomen.

¹ SOU 1956:61.

Sammanfattning

I detta kapitel har lämnats en redogörelse för den mentalhygieniska verksamheten vid mödravårds- och barnavårdscentraler, den skolpsykologiska verksamheten och den sociala barna- och ungdomsvårdens förebyggande arbete. Alla dessa områden är synnerligen viktiga ur såväl förebyggande som allmän mentalhygienisk synpunkt. En utveckling i en snabbare takt än vad hittills kunnat ske är därför önskvärd. Vi vill särskilt understryka vikten av att fortbildningskurser i barnpsykologi och barnpsykiatri för läkare vid barnavårdscentraler kommer till stånd i överensstämmelse med medicinalstyrelsens förslag till sådana kurser.

KAPITEL 4

Den psykiska barna- och ungdomsvårdens nuvarande resurser och utformning

Verksamhetens organisation

Ungdomsvårdskommitténs år 1944 avgivna förslag syftade som tidigare nämnts till vidtagande av åtgärder för uppbyggande av en frivillig psykisk barna- och ungdomsvård under en övergångsperiod av tre år med möjlighet att därunder inom tämligen vida gränser utveckla organisationen och lämpa densamma efter lokala behov och resurser. Ehuru mera än tio år förflutit, sedan nämnda förslag tillkom, har verksamheten endast fått en begränsad omfattning. Enligt kungörelsen den 22 juni 1945 anordnad *psykisk barna- och ungdomsvård förekommer sålunda för närvarande endast inom tio landstingsområden och i två städer*, som ej deltager i lands- ting, nämligen i Stockholms, Uppsala, Jönköpings, Kristianstads, Malmöhus, Älvsborgs, Värmlands, Örebro, Västerbottens och Norrbottens län samt i Stockholm och Göteborg. Utanför ramen av nämnda kungörelse finnes emellertid barn- och/eller ungdomspsykiatrisk verksamhet organiserad på en del platser i landet, såsom vid de barnpsykiatriska avdelningarna vid Karolinska sjukhuset, Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus, Akademiska sjukhuset i Uppsala och Malmöhus läns sjukvårdsinrättningar i Lund samt vid Ericastiftelsen. Rådgivningsbyrån vid Kronprinsessan Lovisas barn- sjukhus är i formellt hänseende en filial inom den av Stockholms stad orga- niserade verksamheten, medan den slutna barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten är fristående, direkt underställd styrelsen för nämnda insti- tution.

I en redogörelse för det praktiska utfallet av bestämmelserna i stats- bidragskungörelsen må först konstateras, att icke några huvudmän utnytt- jat medgivandet i kungörelsens 1 § att gemensamt anordna psykisk barna- och ungdomsvård. Sett mot bakgrunden av den bristsituation ifråga om läkare och övrig personal, som vi sedan många år tillbaka befinner oss i, kan detta förhållande synas anmärkningsvärt. Erfarenheterna från exem- pelvis vården av de psykiskt efterblivna visar ju, att man i vissa fall funnit samarbetsavtal innebära en praktisk lösning av liknande organisations- frågor. När det gäller psykisk barna- och ungdomsvård förstår man dock, att en sådan ordning ansetts mindre lämplig att genomföra, enär det län,

inom vilket den barnpsykiatriska avdelningen är belägen, kan förutses komma i förmånsställning.

Ledningen av verksamheten skall enligt gällande bestämmelser tillkomma, inom landstingsområde vederbörande hälso- och sjukvårdsberedning eller, då särskild hälsovårdsberedning och särskild sjukvårdsberedning finnes, dessa beredningar gemensamt, samt inom stad, som ej deltagar i landsting, sjukhusmyndighet, skolmyndighet eller barnavårdsmyndighet. Efter medicinalstyrelsens godkännande må dock ledningen av verksamheten av huvudmannen uppdragas åt annat organ än vad nu sagts.

Enligt uppgifter, som vi erhållit från landstingen och de landstingsfria städerna, utövas ledningen inom landstingen av sjukvårdsstyrelse i fyra fall, av hälso- och sjukvårdsberedning i två fall och av lasarettsdirektion, vårdhemsdirektion, särskild styrelse för psykisk hälso- och sjukvård eller förvaltningsutskott i de övriga fyra områdena samt i Stockholms stad av barnavårdsnämnden och i Göteborgs stad av sjukhusdirektionen.

De *vårdplatser*, som enligt statsbidragskungörelsen skall stå till *verksamhetens förfogande*, är i allmänhet förlagda inom lasarettsområde, i flera fall i anslutning till medicinska barnavdelningar. Detta framgår av följande tabell 2, där uppgifter även lämnas om antalet vårdplatser den 15 november 1956, beläggningen vid samma tidpunkt och antalet under år 1955 vårdade barn och ungdomar.

Stockholms, Uppsala och Västerbottens läns landsting samt Stockholms stad har icke några egna för ändamålet speciellt avdelade vårdplatser. Behovet av vårdplatser för verksamheten i dessa områden tillgodoses i första hand vid de tidigare nämnda barnpsykiatriska avdelningarna i Stockholm och Uppsala.

Som framgår av tabellen står i hela landet sammanlagt 134 vårdplatser till förfogande för ifrågavarande verksamhet. På grund av de starkt begränsade vårdresurserna måste en del mindre vårdbehövande fall avvisas. Antalet på *väntelistor uppförda barn och ungdomar* är som regel stort som följande siffror, avseende förhållandena den 15 november 1956, utvisar: i Jönköpings län 77, i Älvsborgs län 20, i Värmlands län 98, i Örebro län 22, vid Karolinska sjukhuset 36, vid Akademiska sjukhuset i Uppsala 82, i Göteborg 27, vid Malmöhus läns sjukvårdsinrättningar i Lund 70 samt vid Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus 22 eller sammanlagt 454, det vill säga drygt 3 gånger så många fall som hela antalet tillgängliga vårdplatser i landet. Det bör dock framhållas, att siffrorna kan variera starkt under ett år, så till exempel uppgår antalet på väntelista uppförda fall vid sistnämnda sjukhus understundom till 70—80.

I detta sammanhang kan nämnas, att patienternas intagning på avdelningarna oftast sker på initiativ av rådgivningsbyråernas läkare. I sådana fall, där den psykiska barna- och ungdomsvården ej disponerar särskild vårdavdelning vid lasarett utan endast ett visst antal vårdplatser å medi-

Tabell 2. Antal vårdplatser m. m. inom psykisk barn- och ungdomsvård

Huvudman	Vårdplatserna är anslutna till	Antal vård- pl. 15/11-56		Beläggning 15/11-56		Antal under år 1955 vårdade barn och ungdomar		Genomsnitt- lig vårdtid 1955, ut- tryckt i dagar		
		15/11	-56	14 år	15 år—	s:a	14 år		15 år—	s:a
Jönköpings läns landsting	lasarettet, Jönköping	9		1	9	avd. öppn. 1955		—		
Kristianstads läns landsting	fristående byggn. utanför lasarettet, Kristianstad	12		2	11	avd. öppn. 1956		—		
Älvsborgs läns landsting										
a) Borås	lasarettet (barnavd.), Borås	5		3	4	73	1	74		
b) Vänersborg	lasarettet, Vänersborg	8		6	7	61	6	67		
Värmlands läns landsting	lasarettet, Karlstad	12		3	11	174	80	254		
Örebro läns landsting	lasarettet (barnavd.), Örebro	10		7	2	avd. öppn. 1956		16		
Norrbottnens läns landsting	lasarettet (barnavd.), Boden	4		2	—	avd. öppn. 1956		—		
Göteborgs stad	stadens barnsjukhus (fristående byggnad)	18		10	7	95	41	136		
	Summa	78	53	17	70	403	128	531		
Barnpsykiatriska avdelningar vid undervisningsjukhus:										
Karolinska sjukhuset	pediatrisk klinik	14	10	1	11	112	7	119		
Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus	pediatrisk klinik	12 ¹	11	2	13	146	10	156		
Akademiska sjukhuset, Uppsala	psykiatrisk klinik	20 ²	9	6	15	150	68	218		
Malmöhus läns landstings sjukvårdsinrättningar, Lund	psykiatrisk klinik	10	10	—	10	52	14	66		
	Summa	56	40	9	49	460	99	559 ¹		
	Summa summarum	134	93	26	119	863	227	1 090		

¹ Fr. o. m. hösten 1957 20 vårdplatser.² På grund av klientfels svårskötthet kan sällan samtliga vårdplatser beläggas.

Ann. Då Stockholms, Uppsala och Västerbottens läns landsting samt Stockholms stad icke har några egna vårdplatser har nämnda huvudmän ej medtagits i tabellen.

cinsk vårdavdelning, är enligt medicinalstyrelsens tillämpningsföreskrifter till statsbidragskungörelsen den läkare, som förestår sistnämnda avdelning, ansvarig för vård och behandling av samtliga å avdelningen intagna barn, under det att den barnpsykiatriska läkaren intager extra läkares ställning. Det förutsättes därvid, att genom överenskommelse dessa läkare emellan barnpsykiatern erhåller full självständighet rörande intagning och utskrivning samt undersökning och vård av de patienter, som vårdas på de till den psykiska barna- och ungdomsvårdens förfogande ställda platserna. Den nu beskrivna ordningen har varit och är alltjämt att betrakta som ett provisorium.

De barn, som vårdas i slutna vård, är i flertalet fall mantalsskrivna inom huvudmannens landstingsområde eller stad. Antalet utomlänspatienter är emellertid relativt stort — cirka 10 procent av hela klientelet — vilket förhållande torde bero på att det inom flera områden ej förekommer någon organiserad verksamhet. De barnpsykiatriska avdelningarna vid vissa universitetskliniker intar givetvis i detta hänseende en särställning.

Som regel består *de barnpsykiatriska avdelningarnas lokaler* av följande enheter: patientrum, dagrum, matrum, kök, toalett- och tvättrum, badrum, förråd och sköljrum samt arbetsrum för läkare, psykologassistenter, kuratorer och sköterskor jämte expeditioner för skrivpersonal. Endast i mycket liten utsträckning har lokalerna inrättats för sitt nuvarande ändamål. Oftast är det fråga om provisoriska arrangemang, varför den allmänna standarden måste betecknas som tämligen låg.

Personalen inom den psykiska barna- och ungdomsvården, i den mån denna avser läkare, psykologer och kuratorer, är som regel gemensam för den slutna och den öppna vården. Den del av dessa befattningshavares arbetstid, som belöper på slutna respektive öppna vård, kan därför svårigen fixeras. Nedanstående tabell 3 omfattar det totala antalet dylika befattningshavare inom hela verksamheten jämte vårdpersonal för den slutna vården. Skrivpersonal har ej medtagits. Uppgifterna avser förhållandena i slutet av december månad 1956.

Det totala antalet befattningshavare inom den psykiska barna- och ungdomsvården uppgår som tabellen utvisar till ca 280, därav bland annat 47 läkare, 45 psykologer och barnpsykoterapeuter samt 46 kuratorer.

Verksamheten har huvudsakligen varit inriktad på bedrivande av öppen vård, anordnad vid centraler och filialstationer. Filialstationer finnes i Stockholms, Kristianstads, Värmlands, Örebro och Västerbottens län och skötes helt eller delvis av personalen vid centralen för respektive område.

Även i Stockholms stad talar man om en central och fyra filialer, men dessa senare har egen personaluppsättning och är även i övrigt mer att anse som självständigt arbetande centraler. I det följande betraktas de som sådana.

Som framgår av tabell 4 är centralerna i allmänhet anslutna till verksam-

Tabell 3. Antal befattningshavare av olika slag inom psykisk barn- och ungdomsvård

Huvudman	Speciell personal för diagnostik och behandling					Vårdpersonal å barn- och ungdoms-avdelningar				
	läkare	psykologer	barnpsyko-terapeuter	pedagog-assistenten (deltidsanst.)	kuratorer	Sjuksköterskor		barnsköter-skor o. sjuv-bitr.	förskollärare (barnträd-gårdslära-ri-nor)	elever och praktikanter
						hel-tids-anst.	deltids-anst.			
Stockholms läns landst. ¹	3 ²	1	2	4	4					
Uppsala » » ¹	2 ³	1		1	1					
Jönköpings » »	2		1	2	2 ³	2	1	6	1	1—2
Malmöhus » »	2	2			1	3	1	6	1	1
Kristianstads » »	1	1			1	3	1	6	1	
Älvsborgs » »										
a) Borås ⁵	1 ³	2		1	1					
b) Vänersborg.....	2 ³			2	2	1 ⁴		5	2	1
Värmlands läns landst.	2	1		6	2	3		6	1	2
Örebro » » ⁵	2	1		2	2	3		8	1	1
Västerbottens » » ¹	1 ⁶	1		4						
Norrbottnens » » ⁷	1	1			1					
Stockholms stad ¹ (exkl. Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus)	7	8	6		16					
Socialläk.exp.	2	2								
Nybodahemmet och barnhemsläk.exp. ...	2	2			1					
Göteborgs stad.....	7	3	1		4	9		8	1	
Karolinska sjukhuset ⁸ ...	2	1			1	3	2	3	1	4—6
Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus.....	3	3			4	3	1	4	1	3
Akademiska sjukhuset, Uppsala.....	3	1		1	1	4	1	1	1	2—4
Ericastiftelsen i Stock-holm ⁹	2	1	3		2					
Summa	47	32	13	23	46	34	7	53	11	15—20

¹ Enbart öppen mottagning.² Därav 1 arvodist (8 tim./vecka)³ Därav 1 deltidanställd.⁴ F. n. besatt med barnhemsföreståndarinna.⁵ Vårdavdelningens personal delas med med. barnavdelningen.⁶ Deltidsanställd.⁷ Vårdavdelningarnas personal kan ej angivas, då avdelningen ännu ej öppnats.⁸ Öppen mottagning finnes ej.⁹ Läkare- och psykoterapeutpersonalen tjänstgör delvis vid seminariet.

hetens vårdplatser. Uppgift rörande antalet under år 1955 mottagna barn och ungdomar vid centralerna och filialstationerna, det vill säga inom hela den öppna verksamheten, återfinnes även i tabellen.

Centralernas lokaler består som regel av mottagningsrum för läkare med eller utan mindre undersökningsrum för kroppsundersökning, laborationer etc., rum för psykologer med utrustning för terapi och testningar av olika slag samt rum för barnpsykologiska kuratorer och pedagogassistenter jämte utrymmen för expeditioner och väntrum. För filialstationerna utnytt-

Tabell 4. Centralernas belägenhet och antal mottagna barn

Huvudman	Centralernas placering	Antal under år 1955 mottagna barn och ungdomar vid centraler och filialer ¹
Stockholms läns landsting	fristående, Solna	658
Uppsala » »	Akademiska sjukhusets barnklinik, Uppsala..	576
Jönköpings » »	sjukhusavd., lasarettet Jönköping.	492
Kristianstads » »	fristående, Kristianstad	²
Malmöhus » »	sjukhusavd., Lund.	275
Värmlands » »	sjukhusavd., lasarettet, Karlstad.	724
Örebro » »	sjukhusavd., lasarettet, Örebro.	³
Västerbottens » »	lasarettet, Umeå.	524
Norrbottnens » »	Garnissonssjukhuset, Boden	²
Älvsborgs » »		
a) Borås	fristående, Borås	296
b) Vänersborg	sjukhusavd., lasarettet, Vänersborg.	307 ⁴
Stockholms stad (excl. social-läk.-exp., Nybodahemmet och barnhemsläk.-exp.)	fristående	2 719
Göteborgs stad	⁵	1 732
Ericastiftelsen i Stockholm	fristående	160
	Summa	8 463

¹ På grund av olika redovisningssätt kan antalet återbesök ej lämnas.

² Ingen verksamhet år 1955.

³ Verksamheten startade den 1 november 1955.

⁴ Avser nyanmälda fall.

⁵ Några filialer finnes ej men centralen arbetar på tre enheter: barnsjukhusets konsultmottagning, barnavårdsnämndens mottagning och mottagningen för folkskolbarn.

jas som regel andra sjuk- eller socialvårdande organs lokaliteter eller skollokaler.

Genomsnittligt i en tredjedel av fallen — dock med betydande variationer vid olika centraler — har *initiativet till undersökningarna* tagits av föräldrar eller andra anhöriga till patienterna. Skolläkare, skolsköterskor, eller lärare är en annan huvudgrupp initiativtagare, varjämte barnavårdsnämnder, sjukhusläkare och privatpraktiserande läkare svarar för en stor del av anmalingarna.

Som regel är tidsbeställda mottagningar anordnade. För de akut vårdbehövande fallen försöker man ordna med förtur (se s. 82). Väntetiden är i allmänhet 8—12 veckor, vilket givetvis är ogynnsamt.

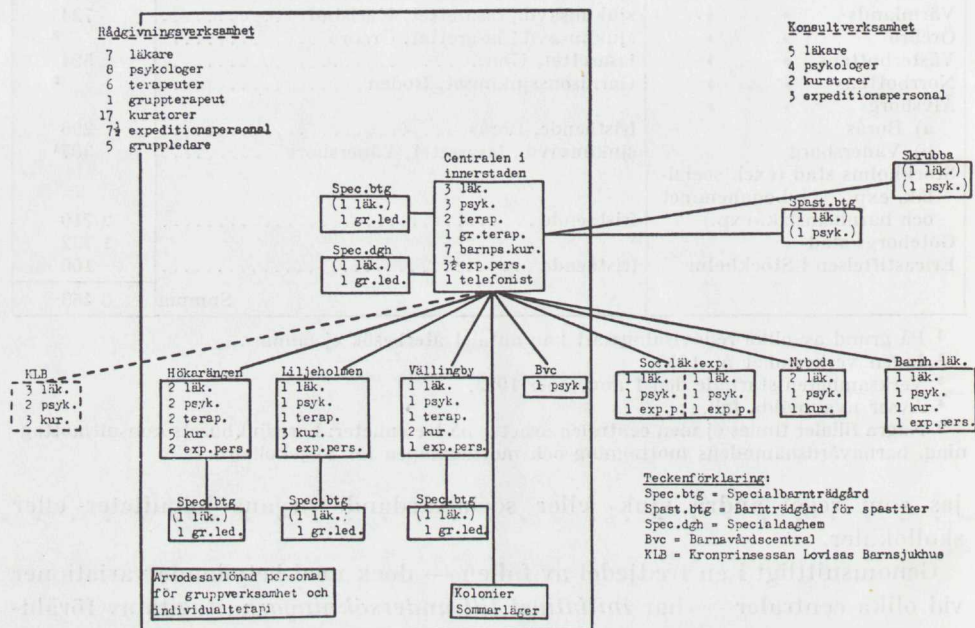
Av tabell 5 framgår å vilka platser *filialmottagningar* finnes anordnade. Dessa mottagningar hålles öppna endast vissa bestämda tider i månaden.

Tabell 5. Befintliga filialstationer

Stockholms läns landsting	Huddinge, Södertälje, Norrtälje, Rimbo och Nacka.
Kristianstads » »	Ängelholm och Simrishamn.
Värmlands » »	Kristinehamn, Säffle, Filipstad, Arvika och Hagfors.
Örebro » »	Karlskoga, Lindsberg, Nora och Hällefors.
Västerbottens » »	Skellefteå, Lycksele och Vilhelmina.

I kapitel 1 har redan framhållits, att den rådgivningsverksamhet i uppfostringsfrågor, som alltsedan 1930-talets början funnits i Stockholms stad, tjänade som en av förebilderna i ungdomsvårdskommitténs förslag till en statsunderstödd psykisk barna- och ungdomsvård i landet. *Verksamheten i Stockholm* har också utvecklats snabbare än på andra håll, då det där varit mindre svårt att erhålla specialutbildade läkare. Vi har med hänsyn härtill ansett det vara på sin plats att lämna en något mera ingående skildring av organisationen i huvudstaden. Här nedan ges en schematisk bild av denna organisation, avseende förhållandena den 1 januari 1957.

Stockholms stads organisation för psykisk barna- och ungdomsvård.



Några vid de egna sjukhusen avdelade vårdplatser för den psykiska barna- och ungdomsvården har, som ovan framhållits, staden ej. För detta ändamål står från och med hösten 1957 14 platser till förfogande vid de barn- och ungdomspsykiatriska avdelningarna å Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus och 5 platser vid Karolinska sjukhusets barnpsykiatriska avdelning. Observation enligt bestämmelserna i 18 § barnvårdslagen av barn i åldern 1—15 år sker emellertid förutom å nyssnämnda vårdplatser även vid Nybodahemmet, vilket är ett i barnhemsplanen för Stockholm intaget upptagningshem.

Av de fem centralerna i staden är en förlagd å Kungsholmen, en vid Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus, en å Liljeholmen, en i Hökarängen samt en i Vällingby. Under år 1955 mottagna barn samt personalstyrkan samma år vid centralerna framgår av tabell 6.

Tabell 6. Antal mottagna patienter och antal befattningshavare av olika slag inom Stockholms stads psykiska barn- och ungdomsvård

Centraler	År 1955 mottagna barn och ungdomar	Läkare	Psyko- loger	Barn- psyko- tera- peuter	Kura- torer
Kungsholmen.....	896	3	4 ¹	2	7
Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus..	495	3 ²	3 ³		4 ³
Liljeholmen.....	455	1	1	1	3
Hökarängen.....	655	2	2	2	4
Vällingby ⁴	218	1	1	1	2
Summa	2 719	10	11	6	20

¹ 1 av dessa tjänstgör vid barnavårdscentralerna i Stockholm.

² ³/₃ av tjänstgöringstiden ägnas åt den slutna vården.

³ därav 1 (—1 ¹/₂) för den slutna vården.

⁴ öppnades den 1 mars 1955.

Den första centralen för psykisk barn- och ungdomsvård i Stockholm betjänade tidigare under några timmar i veckan barnavårdsnämndens ungdomsbyrå. Då detta visade sig bli otillräckligt på grund av anhopningen av sociala utredningsärenden och andra barnavårdsnämndsfall av olika slag tillkom en socialläkarmottagning. Denna är från 1 januari 1951 inlemmad i den psykiska barn- och ungdomsvården som en filial. Vid densamma finns för närvarande två läkare och två psykologer, som tjänar som konsulter i sådana ärenden, där i första hand barnavårdsnämndens familje- och ungdomsbyråer, men även andra avdelningar inom nämnden anser sig behöva psykiatrisk expertis för sitt ställningstagande. I många fall blir verksamheten av övervägande rättspsykiatrisk natur.

Numera har centralerna övertagit vårdnadsmålsärendena från socialläkarmottagningen.

Även vid barnhemmen inom Stockholms stad finns konsultverksamhet anordnad. En barnhemsläkareexpedition med läkare, psykolog och barnpsykologisk kurator svarar för samarbetet mellan barnavårdsnämnden och dess barnhem.

Av centralernas klientel härrörde år 1955 i genomsnitt 15 % från socialgrupp I, 32 % från socialgrupp II och 53 % från socialgrupp III. (Fördelningen i socialgrupper av gifta män i Stockholm var år 1955 enligt uppgift från Stockholms stads statistiska kontor, i socialgrupp I 14 %, i socialgrupp II 43 % och i socialgrupp III 43 %.)

Samarbete med andra barn- och ungdomsvårdande organ m. m.

Som regel existerar det ett intimt *samarbete mellan den psykiska barn- och ungdomsvårdens organ och barnhemmen* inom respektive upptagningsområden.

För *Stockholms* vidkommande sker som redan nämnts samarbetet direkt med *Nyboda hemmet och därjämte med övriga barnhem via barnhemsläkar-expeditionen*. I detta sammanhang bör också nämnas, att för barn i förskoleåldern med anpassningssvårigheter driver *Stockholms* stads barnavårdsnämnd specialbarntädgårdar, vilka är anknutna till den psykiska barna- och ungdomsvården på så sätt, att rådfrågningsbyråernas läkare arbetar som konsulter vid barntädgårdarna. Personalen vid barntädgårdarna deltar också i konferenser inom rådgivningsverksamheten. Vissa typer av barn med beteenderubbningar, som ej lämpar sig för ambulantly behandling, intages på *Barnbyn Skå*, som är ett av medicinalstyrelsen godkänt hem för psykopatiska och nervösa barn (»psykopatbarnhem»).

Bland barnhemmen i *Stockholms län* intar *Heimdalsgården* i *Djursholm* en särställning, enär ett provisoriskt observations- och behandlingshem anordnats därstädes. Hemmets personal har utökats och är för närvarande av relativt stor omfattning. Läkare och barnpsykiater från centralen besöker hemmet två gånger i veckan. För samtliga barnhem inom länets område finnes anställd en barnpsykiologisk kurator.

Inom *Värmlands län* har *Lappnäs barnhem* vid *Fryken* 1 mil norr om *Sunne* visat sig vara speciellt väl lämpat för långtidsbehandling av matvägrare, patienter med sömnrubbningar och lättare beteenderubbningar av olika slag. Sammanlagt 12 barn i åldern 1—7 år kan tagas emot vid detta hem.

Överläkaren vid *Karolinska sjukhusets* barnpsykiatriska avdelning är jämväl läkare vid *Mellansjö skolhem*. Samarbetet mellan dessa båda institutioner tillgår bland annat så att barn, som anmälts för intagning till *Mellansjö*, först tages in på barnpsykiatriska avdelningen för utredning, där sådan ej utförts på annan barnpsykiatrisk avdelning. Även *Mellansjö skolhem* är ett av medicinalstyrelsen godkänt hem för psykopatiska och nervösa barn.

Göteborgs stad har två behandlingshem, som båda är godkända som hem för psykopatiska och nervösa barn. *Mjörnhemmet*, som besöks varje vecka av ett team från rådgivningsbyrån, är avsett för barn under skolåldern. *Skärsbo skolhem* vid *Alingsås* är avsett för pojkar i skolåldern.

Mikaelgården, Solbergahemmet med flera privata anstalter i Järna rubriceras däremot som hem för lättskötta sinnessjuka barn, men de ger även långtidsbehandling åt barn med andra störningar, vanligen på remiss från den psykiska barna- och ungdomsvården.

Den psykiska barna- och ungdomsvårdens möjligheter att utnyttja särskilda barnhem eller andra institutioner för längre tids psykioterapi eller annan behandling av barn är emellertid alltför starkt begränsade, och det föreligger ett mycket stort behov av sådana. Till denna fråga återkommer vi i kapitel 10.

Av betydande omfattning är samarbetet mellan den psykiska barna- och ungdomsvården och skolorna.

Någon särskild organisation för detta samarbete existerar dock inte. Gången är ofta den, att läraren via överläraren och efter kontakt med skol-läkaren remitterar vederbörande elev till rådgivningsbyrån. Dessförinnan har dock i regel föräldrarnas samtycke till åtgärden inhämtats. I en del fall vänder sig föräldrarna också direkt till rådgivningsbyrån för att få skolsvårigheterna utredda. Det är självfallet, att rådgivningsbyrån sedan handlägger dessa ärenden i samråd med såväl lärare som föräldrar. Lärarna meddelar ofta sina iakttagelser rörande barnet genom att ifylla ett frågeformulär. Många gånger kompletteras frågeformuläret sedan genom telefonsamtal med vederbörande lärare. Icke så sällan och speciellt i landsorten uppsöker lärarna rådgivningsbyråns personal och diskuterar fallet med såväl dem som med föräldrarna. Överhuvudtaget strävar man efter att vid behandling av ett barn med skolsvårigheter skapa en så intim samverkan mellan rådgivningsbyråns personal, föräldrarna och barnets lärare som möjligt.

Enligt av medicinalstyrelsen upprättad normalplan är läkarna inom den psykiska barna- och ungdomsvården skyldiga att bedriva *upplysningsverksamhet* inom det område, för vilket verksamheten uppbyggts. Föredrag för allmänheten, barnavårdsnämndernas personal etc. hålles också alltsomoftast, förutom av läkarna även av psykologer och kuratorer. En dylik verksamhet är givetvis av allra största betydelse. I detta sammanhang må erinras om den i föregående kapitel omnämnda mentalhygieniska upplysningsverksamhet, som bedrivs vid barnavårdscentralerna på en del platser i landet.

Den *konsultverksamhet*, som bedrivs av den psykiska barna- och ungdomsvårdens personal, är av stor omfattning. Läkarna inom verksamhetens slutna del utövar konsultverksamhet bland annat på sjukhusens övriga avdelningar, i första hand på de pediatrika avdelningarna. I flera fall göres därvid inte endast diagnostiska utredningar utan individualterapi insättes därjämte. Vidare kan nämnas, att läkarna ofta är engagerade inom vården av de psykiskt efterblivna, antingen som anstaltsläkare eller som centralstyrelsernas läkare, och ibland vid andra institutioner, såsom ungdomsvårdsskolor. Privatpraktik förekommer i mycket ringa utsträckning.

Slutligen må erinras om föreskriften i statsbidragskungörelsen, att *undersökning och behandling skall vara avgiftsfri*. I utanför kungörelsens ram ordnade verksamheter, såsom vid Ericastiftelsen i Stockholm, är undersökning och behandling avgiftsbelagd.

Medicinalstyrelsen förordnar som tidigare nämnts *läkare* sedan vederbörande lokala organ, som handhar verksamhetens ledning, beretts tillfälle att yttra sig. För att kunna erhålla tjänst såsom läkare fordras, att vederbörande äger utbildning i pediatrik och psykiatri samt speciell erfarenhet

i barnpsykiatri eller eljest förvärvat för verksamheten ägnad specialutbildning.

Assistenter, varmed avses psykologer och barnpsykoterapeuter, pedagog-assistenter och barnpsykologiska kuratorer, *förordnas av vederbörande lokala organ*, sedan chefsläkaren beretts tillfälle att yttra sig. Innan sådan tjänst tillsättes skall emellertid medicinalstyrelsen ha verkställt prövning av de sökandes behörighet för tjänsten ifråga. Några generella behörighetsbestämmelser har ej utfärdats av medicinalstyrelsen men provisoriska normer tillämpas för närvarande (s. 99 o. följ.).

Enligt statsbidragskungörelsen skall medicinalstyrelsen, då ärende avser förordnande av läkare eller avgivande av yttrande över sökandes behörighet att inneha assistenttjänst, samråda med socialstyrelsen och skolöverstyrelsen. En viss del av de anställda — uppskattningsvis en fjärdedel av samtliga assistenter — har ej ansetts uppfylla de provisoriska villkoren för behörighetsförklaring. Vid centralerna i Stockholm uppfylles dock dessa villkor av samtliga assistenter.

Bristen på framförallt läkare men även på annan kvalificerad personal har utgjort det största *hindret mot verksamhetens utbyggnad*. I ett område, nämligen Jämtlands län, har en igångsatt verksamhet sålunda måst läggas ned på grund av bristen på läkare. Inom många andra områden har beslut fattats om att organisera en verksamhet, men besluten har av samma orsak ej kunnat realiseras.

Sammanfattning

I detta kapitel har lämnats en redogörelse för hur den psykiska barn- och ungdomsvården utformats efter tillkomsten av 1945 års statsbidragskungörelse. Sålunda redovisas det antal vårdplatser, som står till verksamhetens förfogande, personalens omfattning, hur samarbetet är ordnat med barnhemmen och andra institutioner m. m. Enär verksamheten i Stockholm utvecklats i en snabbare takt än annorstädes i landet, lämnas en mera ingående skildring av organisationen i huvudstaden.

KAPITEL 5

Av huvudmännen anförda kritiska synpunkter på nuvarande organisation och önskemål för framtiden

Innan förslag framlägges till riktlinjer för organisationens framtida utformning har vi ansett det vara av stort värde att få del av de erfarenheter, som de lokala huvudmännen erhållit av det genom 1945 års kungörelse tillskapade provisoriet. I slutet av år 1956 utsändes därför till landstingen och de landstingsfria städerna samt till Karolinska sjukhuset, Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus och Ericastiftelsen en skrivelse med begäran om kritiska synpunkter på nuvarande organisation och om uppgift på de önskemål, som enligt huvudmännens mening borde bli tillgodosedda vid en omorganisation av verksamheten. För att vi skulle få ett så allsidigt material som möjligt till vårt förfogande hemställde vi, att vederbörande chefsläkare eller annan hos respektive huvudman anställd barnpsykiatriskt utbildad läkare i samråd med anställda psykologer och kuratorer skulle beredas tillfälle att medverka vid avlämnandet av uppgifterna. Förutom kritiska synpunkter samt önskemål rörande lokaler, personalens utbildning, arbetsförhållanden och behörighetsvillkor, borde svar lämnas på den principiella frågan hur en barnpsykiatrisk lasarettsavdelning lämpligen borde vara förlagd inom ett sjukhus- eller lasarettsområde. Av de huvudmän, som för närvarande icke har någon organiserad psykisk barn- och ungdomsvård, begärdes upplysning, huruvida diskussioner förts i syfte att få igång en verksamhet av ifrågavarande slag och vad anledningen varit till att verksamheten ej påbörjats eller eventuellt nedlagts. I det följande lämnas en sammanfattning av de svar, som ingivits på vår enkätskrivelse. Ifråga om lokaler har det befunnits lämpligt att lämna en redogörelse här för i kapitel 8, som behandlar lokalfrågorna i deras helhet.

Stockholms läns landstings förvaltningsutskott anser nu gällande behörighetsvillkor för assistentpersonalen vara i stort sett riktiga. Som en olägenhet anföres emellertid, att tillsynsmyndighetens bedömning av kompetensen tar lång tid och därjämte förefaller onödigt krånglig. Liksom för psykologassistent bör för pedagogassistent krävas akademiskt betyg (AB) i pedagogik eller psykologi. Vidare framhålles i överensstämmelse med psykologutredningens förslag, att det förutom psykologassistenter bör finnas filosofie licentiater i psykologi med kompetens att självständigt be-

döma testmetoder etc. För att locka verkligt dugande befattningshavare till verksamheten bör befordringstjänster inrättas, bland annat som chefskurator, 1:e kurator och 1:e barnpsykoterapeut. Man understryker vidare nödvändigheten av att större möjligheter för att ge handledning åt praktikanter kommer till stånd, särskilt sådana som vill ägna sig åt den psykiska barna- och ungdomsvården, men även åt befattningshavare inom de många arbetsområden, som gränsar till denna.

En ytterligare specialisering inom teamet kommer sannolikt att bli nödvändig, framhålles det vidare. För att sköta den så viktiga upplysningsverksamheten skulle sålunda kanske behövas en befattningshavare med grundlig utbildning i sociologi och socialpsykologi. För all personal bör det finnas större möjligheter till vidareutbildning, dels genom litteratur, dels ock genom mindre och större konferenser inom och utom landstingets egen verksamhet.

Vad beträffar behörighetsvillkoren för läkare i ansvarig ställning anser förvaltningsutskottet, att läkarförbundets specialistbestämmelser bör gälla.

För att ernå bättre differentieringsmöjligheter ifråga om klientelets vård är det erforderligt med ytterligare ett eller två små hem för observation och behandling. Dessa bör helst drivas i den psykiska barna- och ungdomsvårdens egen regi och benämnas sjukhem. Vidare uttryckes önskemål om inrättande av en förskola — eventuellt också av daghem — för observation och behandling av byråernas klientel, om anordnande av en sommarkoloni för barn, driven i samarbete med rådgivningsbyråerna, samt om tillgång till »familjevårdshem—fosterhem», för vissa svårare fall.

Skolornas egen psykologiska verksamhet bör enligt förvaltningutskottets mening ordnas så att såväl undersökning som behandling av barn med skolvårigheter — delvis eller i enklare fall helt — kan ske i skolans egen regi. Vidare bör skolorna få större möjligheter att hjälpa barn med läs- och skrivsvårigheter m. m.

En förbättring av eftervården bör vidare komma till stånd bland annat genom att socialvårdens personal — såväl socionomer som förtroendemän, övervakare etc. — bibringas en bättre förståelse för den psykiska barna- och ungdomsvården.

De största olägenheterna för närvarande inom organisationen anser förvaltningsutskottet vara bristen på utbildad personal och avsaknaden av definitiva bestämmelser. Vidare framhålles, att statsbidraget fått ett avsevärt decimerat realvärde genom penningvärdeförsämringen, att tillsynen är ordnad på ett onödigt komplicerat sätt samt att medicinalstyrelsens normalinstruktion är i behov av revision. Vid en omarbetning av denna bör sjukvårdsuppgifterna betonas mera.

Att tjänsten som inspektör för den psykiska barna- och ungdomsvården sammanslogs med inspektoratet för de psykiskt efterblivna var ju, framhåller förvaltningsutskottet, tänkt som ett provisorium. De omfattande ar-

betsuppgifter, som uppstått i samband med tillkomsten av den nya lagen för vissa psykiskt efterblivna, har emellertid bidragit till att den psykiska barna- och ungdomsvården måst sättas i efterhand.

Slutligen framhåller förvaltningsutskottet, att en barnpsykiatrisk lasarettsavdelning bör förläggas fristående inom lasarettsområde med god kontakt särskilt med den pediatrika avdelningen.

Uppsala läns landsting har överlämnat av vederbörande chefsläkare av-givet svar på enkätkrivelsen. I detta framhålles, att sjukvårdsavdelningen inom den psykiska barna- och ungdomsvården om möjligt bör ligga såsom en fristående avdelning skild från övriga kliniker. Klientelet är, framhåller man, av sådan typ att det lätt blir störande för andra grupper av vårdade, och vidare måste man införa restriktioner för barnen om de är förlagda i samma byggnad som somatiskt sjuka, vilket gör att vården inte kan bedrivas rationellt. I anslutning till vårdavdelningen bör den öppna mottagningen vara anordnad för att underlätta samarbetet mellan avdelningen och polikliniken. Sammanfattningsvis kan alltså önskemålet uttryckas så att en friliggande byggnad eller en särskild flygelbyggnad bör upplåtas, som inrymmer såväl vårdavdelning som central.

I fråga om den specialutbildade personalen framhålles, att denna som hittills bör bestå av en arbetsgrupp under läkarens ledning och i övrigt omfatta kurator, psykologassistent och pedagogassistent. Beträffande läkarna och deras utbildning är det naturligtvis på ett sätt önskvärt att samtliga läkare har fullständig barnpsykiatrisk utbildning. Detta är emellertid under nuvarande förhållanden ogenomförbart; man kan för övrigt fråga sig hur de underordnade läkarna skall få sin specialistkompetens, om man fordrar att de redan som underläkare skall ha fullständig utbildning. Det synes därför lämpligt, att endast den ansvarige läkaren skall ha fullständig kompetens och att denna skall prövas av medicinalstyrelsen. Med fullständig kompetens avses därvid läkarförbundets bestämmelser om specialitetsrätt för barnålderns psykiska sjukdomar. Det är emellertid givetvis önskvärt, att de underordnade läkarna redan då de börjar vid den barnpsykiatriska avdelningen eller vid rådgivningsbyrån har någon utbildning i psykiatri eller pediatrik, men detta bör icke uppsättas som något absolut villkor. Dessa läkare bör kunna förordnas av den lokala myndigheten.

Uppgiftslämnaren uttrycker önskemålet om att kuratorerna skall kunna delgivas en något gedignare utbildning i mentalhygien än den som nu bringas dem. Som det varit under senare år har endast ett fåtal kurser i mentalhygien för socionomer varit anordnade och härigenom har en brist på formellt kvalificerad personal uppstått. Specialkurser inom detta område borde anordnas regelbundet, varigenom man skulle få ett större urval av kuratorer, som har den för detta område lämpade utbildningen. I stort sett anses dock, att kuratorerna har en lämplig utbildning.

Beträffande psykologassistenterna är emellertid förhållandet, framhåller

man, mera komplicerat. När de nuvarande bestämmelserna tillkom gällde det enligt praxis, att psykologassistenten skulle ha ett yrke, som innefattade arbete med barn, såsom till exempel lärare, barnträdgårdslärlarinna eller liknande och därutöver specialutbildning vid exempelvis Ericastiftelsen. Sedan dess har emellertid en ändrad ordning inträtt, vilken tagit sig uttryck i psykologutredningens betänkande och de kompetenskrav, som därvid uppställts. Dessa krav innefattar, att psykologassistenterna skall ha akademisk examen med minst två betyg i psykologi samt därutöver praktisk utbildning i barnpsykologi. Enligt uppgiftslämnarens mening kan det diskuteras om det i praktiken är nödvändigt, att samtliga psykologer har denna höga teoretiska utbildning. Det kan ifrågasättas, om det ej är tillfyllest med en psykolog med en dylik högkvalificerad teoretisk utbildning vid varje barnpsykiatrisk vårdavdelning och vid varje rådgivningscentral.

Uppgiftslämnaren anser, att pedagogassistenterna bör vara deltidsanställda. De bör behålla sitt yrkesarbete, i annat fall skulle de efter ett par år tappa kontakten med det levande skolarbetet. De bör sålunda vara lärare med specialutbildning, då en stor del av dem kan hjälpa till med barn med speciella läs- och skrivsvårigheter och andra inlärningssvårigheter och ge råd och anvisningar åt kolleger, som inte har specialutbildning på detta område.

Som en väsentlig olägenhet inom den psykiska barn- och ungdomsvårdens nuvarande organisation anses bristen på behandlingshem vara. I första hand bör till varje barnpsykiatrisk avdelning anslutas ett dylikt hem, beläget så nära vårdavdelningen, att läkarna vid denna kan sköta detsamma. Här skulle barn med grava neurotiska rubbningar eller med psykotiska symtom kunna behållas under ett halvt till ett år, sedan de undergått medicinsk behandling och undersökning på avdelningen men ävenledes sådana fall skulle kunna vårdas där, som kräver intagning på vårdavdelningen i perioder men däremellan kan komma i åtnjutande av en friare behandling och vård än man kan ge på sjukhus.

Utöver nämnda behandlingshem uttryckes önskemål om att vi för landet i dess helhet får ett antal hem för nervösa barn av liknande typ, som finnes för psykopatiska och nervösa barn. Dessa hem bör differentieras alltefter det klientel, som beräknas komma att vårdas där. Så till exempel behöver man hem för normalbegåvade barn med grava neurotiska eller psykotiska rubbningar, andra hem för barn med motsvarande symtom men med en svag grundbegåvning. Vidare skulle det behövas hem för barn med utpräglade läs- och skrivsvårigheter och med svåra neurotiska pålagringssymtom. Vidare hem för barn med lätta asociala drag etc. Sannolikt vore det önskvärt, att ha ett relativt stort antal små hem, som vart och ett representerade en särskild typ. I diskussionen har det framförts förslag om att anordna ett hem för psykopatiska och nervösa barn inom varje län. Detta synes enligt uppgiftslämnarens mening vara mindre lyckligt, då man i så fall på

ett och samma hem skulle få barn med mycket blandade rubbningar och symtom. Dessutom föreligger det ett stort behov av mentalsjukhusliknande avdelningar för barn med gravare psykotiska rubbningar. Dessa torde lämpligen böra förläggas som annexavdelningar till större mentalsjukhus.

— *Jönköpings läns landstings förvaltningsutskott* är också av den mening, att kravet på specialutbildning för läkarna bör begränsas till chefsläkarna. Man anser vidare det vara önskvärt med ett enklare förfaringssätt vid anställande av pedagogassistenter. Behörigheten bör sålunda icke gälla en viss tjänst utan kunna hänföras till vilken pedagogassistenttjänst som helst inom verksamheten.

— I fråga om den centrala tillsynen framhålles, att det inom medicinalstyrelsen bör finnas en inspektör, som enbart ägnar sig åt den psykiska barna- och ungdomsvården.

Vad beträffar frågan om placeringen av en barnpsykiatrisk avdelning anser man, att en sådan bör ligga inom lasarettssområdet men fristående från pediatrik, psykiatrik och varje annan avdelning. Omkring avdelningen bör finnas ett stort område för barnens lekar och sysselsättningar.

— Slutligen kan nämnas, att även i detta yttrande har önskemål framförts om speciella barnhem eller andra institutioner för längre tids psyko-terapeutisk behandling av barn.

— *Kristianstads läns landstings styrelse för psykisk hälso- och sjukvård* anser, att psykologassistenterna och barnpsykoterapeuterna bör ha samma utbildning. Samtidigt bör beteckningen psykologassistent och barnpsykoterapeut ändras till barnpsykolog. Det praktiska handlaget, intresset och eventuellt könet bör sedan avgöra arbetsfördelningen. I frågan om barnpsykologernas utbildning föreslår styrelsen bland annat, att dessa bör ha avlagt fil. kand.-examen med tre betyg i psykologi och övriga tre betyg i ämnena pedagogik, sociologi och eventuellt statistik.

— Större möjligheter bör enligt styrelsens mening tillskapas för de hjälpklasslärare, som vill söka anställning som pedagogassistenter, att genomgå hjälpklasslärarkurs. Endast cirka en tredjedel av landets hjälpklasslärare lär ha genomgått sådan kurs.

— Man anser det vidare principiellt riktigt, att den barnpsykiatriska verksamheten inlemmas i centrallasarettets organisation, och att barnpsykiatern får lasarettsläkares ställning. Beteckningen psykisk barna- och ungdomsvård bör ändras till barnpsykiatrisk verksamhet eller klinik och beteckningen rådgivningsbyrå för uppfostringsfrågor till barnpsykiatrisk mottagning. Ledningen av verksamheten bör därjämte, vad gäller barnpsykiatri utanför landstingsfria städer, ej kunna läggas under skol- eller barnavårdsmyndighet. Den barnpsykiatriska avdelningen borde kompletteras med ett »B-sjukhus» för långtidsterapi.

— Med anledning av tillkomsten av den obligatoriska sjukförsäkringen anser styrelsen att det bör tagas upp till diskussion om inte patienterna med

undantag för dem, som hänvisas av någon myndighet, borde erlägga avgift per prestation. Den sista fjärdedelen av kostnaden kunde eventuellt efter behovsprövning återfås från landsting eller barnavårdsnämnd.

Direktionen för Malmöhus läns sjukvårdsinrättningar i Lund anser, att den barnpsykiatriska lasarettavdelningen bör vara helt fristående. Skall den byggnadsmässigt anknytas någonstans bör detta enligt direktionens mening ske till den psykiatriska avdelningen. De problem, som möter i det barnpsykiatriska arbetet, är helt och hållet av psykiatrisk natur och det är säkerligen av vikt, att kontakten med vuxenpsykiatri uppehålls till bådas nytta vid konferenser och dylikt.

I frågan om läkarnas utbildning anser direktionen, att det torde erfordras läkare både med och utan barnpsykiatrisk specialutbildning. De underläkare, som tjänstgör inom verksamheten, bör lämpligen sysselsättas både på polikliniken och på avdelningen.

Älvsborgs läns landstings sjukvårdsstyrelse har överlämnat två svar på enkätskrivelsen, nämligen ett från var och en av chefsläkarna vid centralerna i Borås och Vänersborg.

Chefsläkaren vid rådgivningsbyrån i förstnämnda stad anser, att en barnpsykiatrisk lasarettavdelning bör förläggas i en fristående paviljong vid lasarettet med kulvertanslutning till lasarettets övriga delar. Bristen på specialutbildade befattningshavare, framförallt på psykoterapeuter och psykologassistenter, utgör enligt hans mening en av de väsentligaste olägenheterna med den nuvarande organisationen. Därjämte saknas övergångsbestämmelser i fråga om behörighetskraven.

Chefsläkaren vid centralen i Vänersborg anser, att chefsläkartjänsterna bör vara inrättade som lasarettslkartjänster. Därjämte understrykes behovet av sjuksköterskeutbildad personal vid sjukavdelningen, vilken personal kan ha ansvar för medicindispensering, injektioner och sterilkokning. Dessa arbeten får nu delvis ombesörjas av läkaren. Då man icke lyckats få tag på någon lämpligt utbildad sjuksköterska, är för närvarande en barnhemsföreståndarinna närmast ansvarig för vårdavdelningen i Vänersborg. Chefsläkaren anser att det bör utredas, vilken utbildning den ledande personalen på en barnpsykiatrisk avdelning bör ha. Det är angeläget, att denna fråga löses så snart som möjligt och därmed stöd ges åt de lokala myndigheterna vid tillsättande av personal.

Vidare påtalar chefsläkaren de små möjligheter till psykoterapi, som nu finnes. Det föreligger behov av att anställa en psykoterapeut, men en sådan befattningshavare kan knappast utnyttjas helt om det inte finns psykoterapihem i någon form. Det bästa vore kanske, om ett par familjer åtog sig att emottaga barnen under terapitiden, i stil med vad som tillämpas i Oslo av doktor Nic Waal. Denna fråga bör ytterligare utredas; psykoterapin är ju viktig om man verkligen skall utföra ett förebyggande, hälsovårdande arbete. För närvarande går den mesta tiden åt att lösa de akuta,

ohållbara situationerna, men man bör ju sträva efter mera aktivt förebyggande verksamhet.

I frågan om den barnpsykiatriska avdelningens placering framhålles slutligen, att denna bör vara fristående men i nära anslutning till den pediatrika avdelningen och även nära den psykiatriska avdelningen med hänsyn till ungdomarna.

Chefsläkaren vid Värmlands läns landstings psykiska barn- och ungdomsvård är av den meningen, att samtliga läkare inom verksamheten bör ha specialistutbildning.

En väsentlig olägenhet anser han det vara, att nuvarande knapphet på personal ej tillåter läkarna och andra befattningshavare att ägna sig åt förebyggande mentalhygienisk verksamhet i den omfattning, som vore önskvärd. Så gott som all arbetstid måste nämligen ägnas åt påtagligt sjukdomshotade eller redan sjuka barn och ungdomar.

Läkare, kuratorer och vårdplatser räcker sedan länge ej till för de många och krävande arbetsuppgifterna, framhåller chefsläkaren vidare. Enär man för närvarande ibland ej kan räkna med mer än en eller två läkare, varav den ene med största sannolikhet icke från början har specialutbildning, är arbetsområdet för stort och mångskiftande. Arbetet bör kanske uppdelas på olika verksamhetsgrenar, var och en med en chef: en psykiatriker för barn- och ungdomspsykiatrisk lasarettsavdelning med mottagning, en för landstingsområdets barn- och ungdomsanstalter samt en för skolorna. Ett starkt behov av en ungdomspsykiatrisk avdelning med samma karaktär som en psykiatrisk klinik, föreligger också.

Som ett annat trängande önskemål framhålles behovet av en särskild utrednings- och omhändertagningsavdelning för barnavårdsnämndernas ibland mycket svårt mentalt störda, desorganiserade, svårbemästrade så kallade asociala ungdomar. Nämnderna önskar medverkan till att lösa deras behandlingsproblem. Det innebär vissa risker och nästan oöverkomliga svårigheter att ha dessa ungdomar tillsammans med småbarn och ömtåliga lätt mentalt störda ungdomar. Erfarenheten har visat, att i regel endast en sådan yngling eller flicka åt gången kan vara intagen på avdelningen. Hur väsentlig och betydelsefull uppgiften kan vara att sjukvårdsmässigt ta hand om dessa ungdomar visar det faktum, att några veckors observation på avdelningen i många fall kan leda till att till exempel fosterhem och icke ungdomsvårdsskola kan rekommenderas, fastän situationen primärt var katastrofartad och pekade på behov av omedelbar intagning på ungdomsvårdsskola.

Vid barnpsykiatriska avdelningen i Karlstad kan av ekonomiska, tekniska och personella skäl ej givas el- och insulinbehandling. Möjligheter till dylik behandling bör enligt chefsläkaren i dylik situation stå till buds på vuxenpsykiatrisk avdelning, behandlingsavdelning eller som fallet är på några platser i England på behandlingsavdelning å ett mentalsjukhus.

Det torde icke råda någon tvekan om, framhåller chefsläkaren, att barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet i ett län sannolikt kommer att befinna sig i tillväxt tills patientantalet siffermässigt kommit i paritet med antalet kroppssjuka barn och ungdomar. Den medicinska och psykiatriska vetenskapen rörande störningar och sjukdomar i dessa åldrar befinner sig i utveckling. Samtidigt berikar också andra forskningsgrenar våra kunskaper om barn och ungdomar. Man kan därför allvarligt ifrågasätta om det är lämpligt att lägga ansvaret för allt barn- och ungdomspsykiatriskt arbete i ett län på en så kallad chefsläkare. Både ansvaret och arbetsbördan kommer förvisso att öka år från år. Chefsläkaren framhåller, att sedan Karlstads folkskolor fått sin skolpsykolog, har dessa skolors patienter minskat till endast ett fåtal per termin. En utbyggnad av skolpsykologverksamheten kan sålunda komma att betyda en minskning av arbetsuppgifterna inom den rent barnpsykiatriska verksamheten.

Erfarenheten talar vidare för att kuratorinstitutionen inom den psykiska barna- och ungdomsvården bör vara väl utbyggd. Samarbetet mellan kuratorn och läkaren underlättar avsevärt utrednings- och behandlingsarbetet och medverkar även till att den bild man får av patienten och dennes miljö blir rikare, mer adekvat och därför i vissa fall lättare att bedöma. I verksamheten i Karlstad torde tre—fyra kuratorer kunna fullt sysselsättas med utredningsarbete samt med klarläggande och därmed läkande samtal med barn, målsmän och med andra, som har med barn och ungdom att göra. Som det nu är tages läkarens tid i anspråk även för upptagande av anamneser med övervägande sociala detaljer. Kuratorns arbetsdag är nu liksom läkarens mer än 8 timmar lång.

Samtidigt som filialverksamheten av många olika skäl kan anses vara till gagn för länet, är den i nuvarande dagsläge på grund av bristen på lämpligt utbildade läkare oerhört betungande. Endast läkare med barnpsykiatrisk erfarenhet kan utföra resorna till filialstationerna. Erfarenheterna från verksamheten i Karlstad tyder på, att en läkare med barnpsykiatrisk erfarenhet ständigt bör finnas i tjänst på vårdavdelningen. Endast ytterst sällan kan avdelningen lämnas utan läkare en hel dag för eventuella besök på filialstationer ute i länet. En barnpsykiatrisk avdelning behöver — icke minst med hänsyn till aktiva och störande halv vuxna patienter — jourhavande läkare. Den läkare, som sättes att leda arbetet, bör enligt dessa erfarenheter därför heller icke under alla förhållanden kunna åläggas att företaga resor till filialmottagningar. Inte ens konsultverksamhet på barnavårdsanstalter bör kunna åläggas.

I principfrågan var en barnpsykiatrisk lasarettsavdelning lämpligen bör placeras framhålls, att denna bör vara helt fristående men belägen så att ett intimt samarbete kan bedrivas med pediatrik, medicinsk och psykiatrisk lasarettsavdelning. Att observera är att en barnpsykiatrisk avdel-

ning är ålagd att mottaga patienter upp till 21 års ålder. (Jämför i övrigt särskild bilaga rörande verksamheten i Värmlands län.)

Örebro läns landstings sjukvårdsstyrelse anser, att den psykiska barn- och ungdomsvården bör inlemmas i centrallasarettens organisation, och ha samma uppbyggnad som övriga medicinska specialiteter.

Verksamheten inom ifrågakvarande landstingsområde har pågått i endast ett år men behovet av en utökning av resurserna är redan nu påtagligt och trängande om organisationen någorlunda skall kunna motsvara de krav, som ställes från allmänhetens, läkarnas, barnavårdsnämndernas och skolornas sida. Verksamheten karaktäriseras nu framförallt av diagnostik och försök till korttidsbehandling, medan möjligheterna till långtidspsykoterapi och dylikt är ytterst bristfälliga. Ett till verksamheten direktknutet behandlingshem, beläget å samma ort som centralen men utanför lasarettensområdet är enligt sjukvårdsstyrelsens mening ett av de mest trängande önskemålen. Det största hindret för en utvidgning av verksamheten är emellertid den bristande tillgången på utbildad personal. Intensifierade utbildningsmöjligheter är sålunda nödvändiga. För den anställda personalen (läkare och assistenter) bör fortbildningskurser regelbundet anordnas vid universitetsklinikerna. Frånvaron av möjligheter till vidareutbildning känns särskilt betungande i landsorten och motverkar rekryteringen. Beträffande läkarna anser sjukvårdsstyrelsen, att specialistutbildning synes önskvärd, men efter en utökning av personalstyrkan torde en tjänst kunna avsättas som utbildningstjänst. Sannolikt får man räkna med en avsevärd utvidgning av denna verksamhet i framtiden, varvid en uppdelning i till exempel barnpsykiatri, ungdomspsykiatri och skolpsykiatri kan bli önskvärd. Biträdande överläkartjänster för de olika grenarna kunde tillgodose behovet av självständig handläggning av fallen.

Sjukvårdsstyrelsen framhåller slutligen, att en barnpsykiatrisk lasarettavdelning bör vara helt fristående men belägen i nära anslutning till pediatrik och psykiatrisk avdelning.

Västerbottens läns landstings förvaltningsutskott anser, att namnfrågan på vissa befattningshavare inom verksamheten bör tagas under omprövning. Beteckningen assistent synes sålunda icke rimma med de relativt självständiga arbetsuppgifter, som utföres av pedagogassistenter. Dessa är ansvariga för pedagogiska primärundersökningar i skolorna och därav följande åtgärder. Även av deras lönegradsplacering framgår, att myndigheterna ställer stora krav på deras utbildning och erfarenhet.

I likhet med flertalet andra uppgiftslämnare anser man, att personalbristen är den väsentligaste hämskon mot verksamhetens vidare utveckling. Dessutom finner förvaltningsutskottet tjänstgöringsförhållandena för den skolpsykologiska verksamheten ej rationellt utformade, så länge pedagogassistenternas undervisningsskyldighet ej nedsättes till 5 timmar per vecka.

Fortsatt och utbyggt differentieringsarbete i skolorna samt inrättande av specialklasser skulle enligt förvaltningsutskottets mening komma att betyda avlastning och god hjälp för den medicinsk-psykiatriska arbetslinjen.

I utbildningsfrågan påpekas vikten av att fortbildningskurser för specialklasslärare anordnas även i Norrland.

Inom Västerbottens län överväger de pedagogisk-psykologiska uppgifterna, och för Umeåcentralens del är därför behovet av psykologassistent mer påkallat än behovet av den kuratorstjänst, som för närvarande uppehålls med vikarie. Då dessutom vårdavdelning saknas, accentueras påtagligt kravet på självständigt psykologarbete.

Befattningen som läkare inom Västerbottens län är ej besatt med kompetent innehavare. Såsom ett provisorium finnes emellertid en konsulterande psykiatriker. Man understryker behovet av specialutbildad läkararbetskraft.

Inom *Norrbottnens läns landstingsområde* bedrivs verksamheten som lasaretsbarnpsykiatri. I slutet av år 1956 medgav nämligen Kungl. Maj:t inrättande av en lasaretsläkartjänst för ifrågavarande ändamål. En olägenhet med verksamhetens nuvarande utformning anser man det vara, att det absolut fordras mentalhygienisk kurs för kuratorerna. Detta kompetenskrav borde kunna uppluckras.

I likhet med flertalet övriga uppgiftslämnare anser man, att en barnpsykiatrisk lasaretsavdelning i princip bör vara fristående, dock med goda möjligheter till samarbete med såväl barnavdelning som vuxenpsykiatri och övriga avdelningar vid lasarettet. En lasaretsavdelning i barnpsykiatri bör på intet sätt avvika från principerna vad gäller andra avdelningar.

I svarsskrivelsen från *Göteborgs stads sjukhusdirektion* framhålls bland annat, att det bör finnas en barnpsykiatrisk avdelning vid varje lasarett, som har pediatrik avdelning eller, om särskilt barnsjukhus finnes, vid varje barnsjukhus såsom en parallellklinik till medicin och kirurgi. Den bör vara belägen så att ömsesidiga störningar ej förekommer och avdelningen behöver ett särskilt område för barnens utevistelse. Därför bör en barnpsykiatrisk klinik läggas i anslutning till lasarett eller barnsjukhus men på en särskild del av sjukhusområdet. Det anförda bygger på ett uttalande av chefsläkaren inom verksamheten i Göteborg; direktionen instämmer i stora delar i detta uttalande men anför för egen del att det icke utan vidare står klart, att avdelningen skall ha helt avskilt läge utan kan lämpligen förläggas i en flygelbyggnad. Den bör ej förenas med psykiatrisk avdelning för vuxna, därest det med hänsyn till befolkningsunderlaget är möjligt att uppföra en självständig barnpsykiatrisk avdelning.

Med utgångspunkt från gällande statsbidragskungörelse framhåller direktionen, att man år 1945 hade ofullständiga informationer och delvis felaktiga uppfattningar om barnpsykiatrisk verksamhet, dess metoder och möjligheter. Man överbetonade de sociala aspekterna på bekostnad av de

rent medicinska och psykiatriska. Man trodde, att barnpsykiatri framförallt skulle röra sig om miljödiagnostik och miljösanering och kunde då inte överblicka de psykiska sammanhangen i fråga om hjärnskador av olika slag, konstitutionella faktorer och neurotisering. Den psykiska barnvården hade säkerligen kunnat utbyggas i större utsträckning om organisationen följt reglerna för vanlig sjukvård.

Direktionen erinrar om de bristfälliga resurser, som samhället har till sitt förfogande när det gäller att effektuera de behandlingsförslag, som är resultatet av rådgivningsbyråernas och vårdavdelningarnas verksamhet. Det saknas exempelvis kvalificerade fosterhem-enskilda hem, som kan taga emot barn för viss tid. Olika slag av behandlingshem saknas också.

Läkarna bör enligt direktionen ha specialistkompetens och underläkarna vid vårdavdelningen bör under sin utbildning tjänstgöra även på rådgivningsbyrån. Chefsläkaren betonar den starka »förslitningen» av sjuksköterskorna vid arbetet på avdelningarna.

Stockholms stads barnvårdsnämnd erinrar i sitt yttrande om att den psykiska barna- och ungdomsvården i Stockholm växt fram ur en inom barnvårdsnämnden år 1933 påbörjad mentalhygienisk verksamhet. Det har senare ansetts naturligt, att verksamheten skulle knytas till barnvårdsnämnden, vilket också skedde i samband med en år 1950 genomförd omorganisation. Vid detta tillfälle förordades även, att den inom skolhälsovårdens ram bedrivna mentalhygieniska verksamheten skulle inordnas i planen för den psykiska barna- och ungdomsvården. Detta visade sig sedermera ej lämpligt och utvecklingen har därför lett till att den mentalhygieniska verksamheten i skolorna utbyggts som en fristående organisation, som ej organisatoriskt tillhör den psykiska barna- och ungdomsvården. Enligt nu vunna erfarenheter, framhåller barnvårdsnämnden, torde det stå klart, att stora svårigheter föreligger att i en stad av Stockholms storlek samla all psykisk barna- och ungdomsvård i en organisation.

I Stockholm ingår den psykiska barna- och ungdomsvården som ett viktigt led i barnvårdsnämndens verksamhet. Utöver den mycket betydelsefulla, allmänt förebyggande verksamheten bland barn och ungdom, som icke i övrigt har någon kontakt med barnvårdsnämndens organ, fullgör den psykiska barna- och ungdomsvården synnerligen viktiga uppgifter för nämndens del. Sålunda, framhåller barnvårdsnämnden, utför socialläkarna samt vissa i organisationen för den psykiska barna- och ungdomsvården ingående barnhemsläkare konsulterande verksamhet med avseende på barnvårdsnämndens klientel.

I frågan om de olägenheter, som vidlåder nuvarande organisation, hänvisar barnvårdsnämnden till en framställning, som nämnden avgav till medicinalstyrelsen den 13 april 1955. I denna framfördes vissa synpunkter på administrativ förenkling i fråga om tillsättning av läkartjänster, behörig-

hetsförklaring av assistenter samt beviljande av ledighet och förordnande av vikarier för båda dessa personalgrupper.

Vad beträffar statsbidragskungörelsen påpekas vidare, att statsbidraget, som utgår för läkare och assistenter, är oförändrat sedan år 1945, ehuru kostnaderna för verksamheten avsevärt stegrats bland annat till följd av penningvärdets försämring.

Barnvårdsnämnden framhåller slutligen, att chefsläkaren inom verksamheten i Stockholm särskilt velat framhålla utbildningsfrågans betydelse för en utvidgning av verksamheten. Denne har sålunda understrukit, att det med nuvarande utbildningsmöjligheter torde vara svårt att få fram tillräckligt antal såväl läkare som psykologer, terapeuter och kuratorer samt att det är av särskild vikt att den praktiska fackutbildningen gives erforderligt utrymme, exempelvis genom inrättande av särskilda utbildningstjänster.

I en vid nämndens svarsskrivelse fogad bilaga framhålles bland annat, att specialutbildade läkare visserligen är önskvärda på samtliga läkartjänster, speciellt när det som här gäller poliklinisk verksamhet, men med den ringa rekrytering som föreligger till barnpsykiaterbanan är detta önskemål något som för närvarande ej kan realiseras, ej ens i en storstad som Stockholm. Det vore därför värdefullt, om underläkartjänster ordnades inom rådgivningsverksamheten, minst ettåriga utbildningstjänster. De ännu ej färdigspecialiserade borde då ej genast sättas i full tjänstgöring med patienter utan få tid att orientera sig i fråga om arbetets uppläggning, handledning i samtalsteknik, psykologiska observationer och behandlingsmetoder samt få kontroll på sina fall av de mer erfarna i teamet. Det framhålles också, att mera psykologi är önskvärd i läkarutbildningen och vidare möjlighet till utbildning i fråga om psykoterapi av olika slag. För närvarande har kunskaperna i dessa ämnen i regel inhämtats på eget initiativ av de intresserade. Utbildningstjänster bör även inrättas för psykologer, kuratorer och psykoterapeuter. För kuratorernas vidkommande önskas utvidgning av den mentalhygieniska utbildningen. De fasta kuratorerna har på eget initiativ och ofta med stora ekonomiska uppoffringar skaffat den vidareutbildning, som arbetet kräver. Detta tillsammans med många års praktisk erfarenhet samt intensiva teamdiskussioner har gjort dem till en värdefull arbetskraft i arbetet med föräldrarna. De barnpsykologiska kuratorernas arbete sammanfaller till mycket stor del med familjerådgivarnas¹. Deras utbildning står inte på minsta sätt de senares efter, och dessutom krävs av dem djupgående barnpsykologiska kunskaper för att föräldrarna skall kunna hjälpas till rätta. De förtjänar därför väl att jämte familjerådgivarna betraktas som en speciell kategori inom kuratorsgruppen och att avlönas åtminstone i paritet med familjerådgivarna. En bearbetning av

¹ Härmed avses familjerådgivarna vid Stockholms stads familjerådgivningsbyrå.

familjesituationen är i flertalet av de fall, som söker hjälp vid rådgivningsbyråerna, helt ofrånkomlig om man skall få några väsentliga och bestående resultat.

Överläkaren vid *Karolinska sjukhusets barnkliniks barnpsykiatriska avdelning* har i sitt svar, ställt till direktionen för nämnda sjukhus, bland annat framhållit, att det föreligger önskemål om inrättande av en barnpsykiatrisk poliklinik vid barnkliniken i direkt anslutning till den barnmedicinska polikliniken. Ungefär 50 % av samtliga fall, som söker på medicinska polikliniken, faller inom den så kallade lilla barnpsykiatrin, det vill säga psykosomatiska fall, uppfostringssvårigheter och nervösa symtom av allehanda slag. Dessutom har barnavårdsnämnderna i de län, där någon barnpsykiatrisk verksamhet ej finnes anordnad, ingen möjlighet att få ett barn psykiatriskt undersökt; vid landets rikssjukhus borde denna möjlighet inte saknas.

Som en av de väsentligaste olägenheterna inom den psykiska barn- och ungdomsvårdens nuvarande organisation framhålles bristen på kompetenta barnpsykiatriker vara. Därjämte föreligger brist på kliniskt utbildade psykologer med sjukhusvana.

Vidare framhålles, att den ekonomiska särställning, som den psykiska barnvården erhållit, eventuellt bör slopas, sedan den obligatoriska sjukförsäkringen genomförts.

I frågan om lämplig placering av en barnpsykiatrisk lasarettavdelning framhålles, att man endast fått positiva erfarenheter vid *Karolinska sjukhuset* av att en barnpsykiatrisk avdelning förlägges inom en pediatrik klinik. Men även andra alternativ är tänkbara. En barnpsykiatrisk avdelning inom en pediatrik klinik kommer säkerligen att få ett annat klientel än den barnpsykiatriska avdelning, som är förlagd till en psykiatrisk klinik. Barnsjukhuset är en mer neutral plats för de flesta föräldrar. Då barnpsykiatriska avdelningen vid *Karolinska sjukhuset* har 250 konsultfall per år från barnkliniken, visar ju detta, att behovet är stort från pediatrikernas sida att ha en barnpsykiatrisk avdelning i sin närhet. Sannolikt skulle endast c:a 50 fall — det vill säga de mest svårbearbetade fallen — remitterats till barnpsykiatriska avdelningen årligen, om den varit inhyst i en psykiatrisk klinik. I alla övriga fall, där man kan göra stor nytta vid en konsultation, men där föräldrarna sannolikt aldrig skulle taga eget initiativ till barnpsykiatrisk konsultation, utför den barnpsykiatriska avdelningen en viss profylaktisk verksamhet av rätt stor betydelse. Relationen mor—barn kan på ett helt annat sätt observeras och diskuteras i samarbete med pediatrika kolleger på en barnklinik än på en vuxen-psykiatrisk klinik.

Styrelsen för Kronprinsessan Lovisas vårdanstalt har som eget yttrande överlämnat ett av förste underläkaren E. Nylander i samråd med vid sjukhusets barnpsykiatriska avdelning och rådgivningsbyrå anställda psykolo-

ger och kuratorer avgivet utlåtande i ärendet. I detta framhålls, att en barnpsykiatrisk avdelning bör vara helt fristående men ligga i nära anslutning till i första hand pediatrik avdelning.

En olägenhet med nuvarande bestämmelser angives vara, att statsbidrag inte utgår till de läkare, psykologer, kuratorer, sjuksköterskor och annan personal, som arbetar i slutna barnpsykiatrisk vård.

Man anser, att endast chefsläkaren som regel bör förordnas av Kungl. Maj:t. Läkare i underordnad befattning bör förordnas av annan myndighet, eventuellt av medicinalstyrelsen eller också av lokalt organ efter medicinalstyrelsens hörande på samma sätt som nu gäller beträffande psykologer och kuratorer. Vidare anser man, att frågor rörande samråd mellan medicinal- och skolöverstyrelserna bör regleras i sådana former att handläggning av ärenden icke i onödan förlänges. Lokalstyrelsen bör få vidgade möjligheter att förordna såväl läkare som övrig personal under ordinarie befattningshavarens semester och annan tjänstledighet, förslagsvis upp till ett år. Därjämte bör behörighetsförhållandena bli föremål för översyn och möjligheter öppnas för dispensförfarande.

Även i detta utlåtande understrykes, att bristen på utbildade läkare motverkar en utbyggnad av verksamheten i landet. För att råda bot på detta förhållande kräves ökat antal utbildningstjänster vid undervisningssjukhusen i Stockholm, Göteborg, Uppsala och Lund.

Önskemål uttalas om, att psykologutredningens förslag om psykologisk utbildning bör realiseras. Vidare bör större möjligheter beredas socionomer att genomgå mentalhygienisk kurs. Denna utbildningsform bör utbyggas på ett ändamålsenligt sätt.

Barnpsykiatriska avdelningar bör planeras inom landstingsområdena och i städerna utanför landsting, och lasarettsläkartjänster bör inrättas så snart kompetenta sökande kan förväntas.

Styrelsen för Ericastiftelsen framhåller i sitt yttrande, att det behövs en väsentligt förbättrad teoretisk utbildning för läkarna inom den psykiska barnvården i barnpsykiatri och speciellt i barnpsykoterapi för att de, dels själva skall kunna bedriva psykoterapi, vilket utan tvekan är huvudbehandlingsmetoden inom detta gebit, dels skall kunna i verklig mening leda och övervaka det arbete, som bedrivs av särskilt utbildade barnpsykoterapeuter, vilka endast bör tilldelas speciella uppgifter inom detta stora område. Större uppmärksamhet bör vidare ägnas åt utbildning av gruppterapeuter och sedan dylika välkvalificerade terapeuter erhållits, åt gruppterapi åt såväl barn som ungdom. Denna terapi är ju, framhåller styrelsen, ett mycket viktigt komplement till individualterapi. Styrelsen anser, att specialutbildade läkarkrafter oundgängligen är nödvändiga för alla tjänster inom den psykiska barn- och ungdomsvården. Barnpsykiaterkårens rekrytering torde till och med i hög grad vara avhängig just av en sådan utbildning. Läkare utan specialutbildning har ofta svårt att förstå de högst speciella

uppgifter, som åvilar dem inom detta gebit: vittgående insikter i sociala förhållanden och i familjelivets dynamik ävensom i psykoterapi och läkepedagogik. Med tanke på ungdomsproblemens ökade omfattning framhålles det vidare, att vi behöver utbildade ungdomsterapeuter. De särskilda problem, som här förekommer, kan ej utan vidare lösas av sådana terapeuter, som huvudsakligen utbildats i lekterapi, det må gälla läkare eller psykologer. I frågan, huruvida en barnpsykiatrisk lasarettavdelning lämpligen bör vara förlagd i anslutning till pediatrik avdelning vid lasarett eller till psykiatrisk lasarettavdelning eller fristående, framhålles i utlåtandet, att alla tre vägarna torde böra prövas. Det beror säkerligen i hög grad på chefsläkaren, huruvida övervägande barn med hjärnsador, psykosor och centralmotoriska rubbningar vårdas på avdelningen, barn med psykosomatiska rubbningar eller barn och ungdomar med emotionella konflikter och i behov av psykoterapi. Om det psykosomatiska intresset står i centrum bör lasarettavdelningen helst ligga i anslutning till pediatrika avdelningen, om det psykiatriska intresset står i centrum, till den psykiatriska avdelningen, och en fristående avdelning kanske vore bäst för att upprätthålla allsidigheten i intressena. Samarbete måste emellertid ske lika mycket med den pediatrika avdelningen som med den psykiatriska avdelningen.

Inom *Södermanlands län* finnes icke anordnad någon psykisk barn- och ungdomsvård enligt kungörelsen den 22 juni 1945. Däremot har inom ramen för den förebyggande mödra- och barnvården vid de båda pediatrika avdelningarna inom nämnda län anordnats särskilda mottagningar för rådgivning beträffande barn, som företer uppfostringssvårigheter eller neurolabila symtom. Inrättandet av en barnpsykiatrisk avdelning har för några år sedan övervägts. Svårigheterna att förvärva kompetent läkare har emellertid gjort att några åtgärder icke kunnat vidtagas.

Inom *Östergötlands län* finnes planer på att upprätta en barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet. Denna beräknades kunna igångsättas under våren 1956 men någon läkare har ännu icke erhållits till tjänsten som barnpsykiatriker.

Även inom *Göteborgs och Bohus län* har diskussioner förts i syfte att få igång en verksamhet av ifrågavarande slag.

I *Hälsingborgs stad* har en särskild av stadsfullmäktige tillsatt kommitté avgivit utredning och förslag till en barn- och ungdomspsykiatrisk organisation. På grund av olika omständigheter förkastades emellertid förslaget av stadsfullmäktiges majoritet.

Gävle stads hälsovårdsnämnd framhåller i sitt yttrande, att i generalplanen för Gävle lasarett är upptagen en barnpsykiatrisk avdelning. De många andra ombyggnads- och nybyggnadsprojekten vid lasarettet har emellertid icke ännu möjliggjort byggandet av nämnda avdelning. *Gävleborgs läns landsting* har år 1952 fattat beslut om att organisera en barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet. Främst på grund av svårigheten att an-

skaffa lämplig läkare men även på grund av vissa lokalsvårigheter har emellertid verksamheten icke ännu kunnat igångsättas.

Även *Kopparbergs läns landsting* har uttalat sig för inrättandet av en tjänst som barnpsykiatriker. Någon mera ingående diskussion om organisationens uppläggning har emellertid inte förts. Det föreligger svårigheter att lösa lokalfrågan. Man anser, att läkaren bör ha sina lokaler vid central-lasarettet.

För en barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet finnes inom *Västmanlands län* provisoriska lokaler vid centrallasarettet i Västerås. Någon plan för verksamheten har emellertid ännu icke upprättats.

Som nämnts i föregående kapitel fanns tidigare i *Jämtlands län* en barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet anordnad. Bristen på läkare har emellertid lett till att verksamheten måst nedläggas.

År 1952 beslöt *Västernorrlands läns landsting* att organisera en psykisk barna- och ungdomsvård inom området. På grund av olika orsaker har emellertid beslutet ännu icke kunnat förverkligas. Verksamheten beräknas emellertid komma att ledas från en barnpsykiatrisk avdelning i anslutning till lasarettet i Sundsvall. En vårdavdelning med c:a 12 platser beräknas kunna anordnas i en särskild byggnad därstädes. Avdelningen torde ej kunna vara färdig för sitt ändamål förrän tidigast hösten 1957. Enligt planerna skall verksamheten intimt samarbeta med den pediatriiska avdelningen.

Inom *Skaraborgs läns landstingsområde* har den hittillsvarande bristen på psykiatriska läkarkrafter utgjort ett hinder mot anordnande av en i och för sig önskvärd psykiatrisk rådgivningsverksamhet för såväl barn som vuxna.

År 1946 ingicks ett avtal mellan Göteborgs och Bohus läns landsting och *Hallands läns landsting* rörande en gemensam organisation för psykisk barna- och ungdomsvård. Verksamheten skulle bedrivas vid en central rådgivningsbyrå för uppfostringsfrågor med filialer på olika orter inom landstingsområdena. Detta avtal har emellertid sedermera aldrig kunnat bringas i verkställighet. Sjukvårdsstyrelsen inom sistnämnda landsting har emellertid sin uppmärksamhet riktad på ifrågavarande vårdgren och avser att så snart läkarkrafter står till förfogande upprätta en organisation för psykisk barna- och ungdomsvård.

Även *Blekinge läns landsting* har tidigare fattat principbeslut om att anordna en psykisk barna- och ungdomsvård. Liksom inom många andra områden har emellertid beslutet icke kunnat realiseras, främst beroende på att man inte kunnat få läkare.

Kronobergs läns landsting har redan år 1948 lämnat förvaltningsutskottet i uppdrag att vid tidpunkt, som utskottet finner lämplig, utreda frågan om inrättande av en central för psykisk barna- och ungdomsvård vid lasarettet i Växjö. År 1951 har förvaltningsutskottet tillsatt en delegation, som skulle verkställa ifrågavarande utredning. Delegationen har emellertid med hän-

syn till bristen på för ändamålet utbildade läkare ännu icke kunnat framlägga något förslag i ärendet.

I samband med överläggningar år 1956 mellan förvaltningsutskotten i Kronobergs läns, Kalmar läns södra, Blekinge läns och Kristianstads läns landstingskommuner rörande aktuella gemensamma frågor, har jämväl frågan om den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten blivit föremål för diskussion. Härvid har i första hand diskuterats ett samarbete mellan Kronobergs läns, Kalmar läns södra och Blekinge läns landstingskommuner med en sluten avdelning, förlagd till Växjö, samt med läkarmottagningar på olika orter inom verksamhetsområdet. Om detta område blir för stort, har i andra hand förts på tal en sådan uppdelning, att Kronobergs läns och Kalmar läns södra landstingskommuner skulle bilda ett område samt att Kristianstads läns och Blekinge läns landstingskommuner för sin del skulle samgå.

Att tänka sig, att det skulle vara möjligt få någon specialist till Gotland med dess avskilda läge, missgynnade dyrortsplacering och relativt höga skatter, torde vara verklighetsfrämmande, framhålles det i svarsskrivelsen från *Gotlands läns landsting*. Härtill kommer att landstingets ansträngda ekonomi med största sannolikhet ej kommer att tillåta inrättande av en barn- och ungdomspsykiatrisk specialavdelning. Man torde också kunna ifrågasätta, huruvida upptagningsområdets storlek ger möjlighet att tillfredsställande utnyttja en specialist på detta område. Under överskådlig framtid får man därför räkna med att ifrågavarande klientel liksom hittills utredes genom barnavdelningens försorg och under utnyttjande av expertis från S:t Olofs sjukhus. Möjligen kan man som ett alternativ räkna med att landstinget någon gång i framtiden kan komma att anställa en psykiatriker för öppen vård inom landstingsområdet, vilken tanke framkommit under diskussion om bästa möjligheten att ordna en tillfredsställande öppen vård. Det vore då naturligt, att denne psykiatriker även inträdde som konsult åt barnavdelningen. På längre sikt — om och när tillgången på utbildade barnpsykiatriker tillåter en tillfredsställande utbyggnad av vårdområdet inom fastlandslänen — kan det tänkas, att en överenskommelse kan nås med något närliggande fastlandslän om upplåtelse för landstingets räkning av några vårdplatser på psykiatrisk barnavdelning i annat landstingsområde.

Slutligen kan nämnas, att *sjukhusdirektionen i Malmö* år 1952 avgav förslag till stadsfullmäktige om inrättande av en befattning som barnpsykiatriker. Förslaget har emellertid ännu ej behandlats av fullmäktige. Vid Malmö stads folkskolor finns emellertid en psykisk rådgivningsbyrå för ungdom med en psykiatriskt utbildad läkare som föreståndare.

Sammanfattning

Ovan anförda synpunkter kan sammanfattas på följande sätt.

En enhällig uppfattning tillkännagives ifråga om behovet av barn- och ungdomspsykiatriska lasarettavdelningar. Vidare framföres önskemål om

särskilda hem för observation och behandling av barn och ungdomar samt om mentalsjukhusliknande avdelningar för vissa psykotiska barn och ungdomar.

Det största hindret mot en utbyggnad av den psykiska barna- och ungdomsvården har uppgivits vara knappheten på utbildad personal. För undanröjande av detta hinder bör, framhåller man bl. a., särskilda utbildningstjänster för läkare och psykologer m. fl. inrättas inom verksamheten. Vidare kan i detta sammanhang nämnas, att man anser det vara en brist, att psykologutredningens betänkande ännu ej blivit föremål för statsmakternas ställningstagande. För såväl psykologer som kuratorer skulle rekryteringen kunna främjas genom inrättande av befordringstjänster. Vidare bör ges ökade möjligheter för handledning åt praktikanter.

Beteckningen assistent på psykologer, kuratorer och pedagoger bör vid en omskrivning av kungörelsen utbytas mot mera adekvata benämningar.

Behovet av åtminstone en rikspoliklinik för den psykiska barna- och ungdomsvården understrykes från vissa håll med skärpa. Under övergångstiden, intill dess den psykiska barna- och ungdomsvården blivit utbyggd, skulle en sådan poliklinik få särskilt stor betydelse för de områden inom vilka en organiserad barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet ej finnes anordnad.

Slutligen framhålles, att statsbidraget varit oförändrat alltsedan tillkomsten av gällande kungörelse, varför en uppräknig av detsamma är befogad.

KAPITEL 6

Personalens utbildning och arbetsuppgifter

Allmänna synpunkter

En grundläggande tankegång i 1944 års betänkande var, att man ej borde låsa den psykiska barna- och ungdomsvården vid alltför fasta direktiv; man borde i stället låta utvecklingen ske i så fria former som möjligt och i den takt, som behoven krävde och resurserna medgav.

Det huvudsakliga arbetet med diagnostisering och behandling avsåg man, att läkaren skulle utföra med bistånd av en eller flera assistenter. En deltidсанställd lärare med erfarenhet av intelligenstestning skulle utföra testningar, vidare skulle en socialarbetare ta upp anamnes och tillsammans med läkaren diskutera fallets handläggning. Socialarbetaren skulle vidare övervaka att lämnade råd och instruktioner följdes.

Utvecklingen under det sista årtiondet har fortskridit olikartat i olika delar av landet. Utbyggnaden har i huvudstaden och inom ett par andra områden skett i relativt rask takt, medan den på andra håll fått en mera provisorisk karaktär eller helt uteblivit. Mot bakgrunden av de knappt tillräckliga resurser i fråga om kvalificerad personal, som förefunnits, kan denna ojämnhet i utbyggnaden synas vara orättvis, men har ej enbart varit av ondo. Genom den mera intensiva utvecklingen inom några områden har nämligen värdefulla erfarenheter kunnat vinnas, väl ägnade att läggas till grund för en fortsatt planering.

Helt allmänt torde man kunna påstå, att uppfattningen om ifrågavarande verksamhet under de gångna åren genomgått en stor förändring. Erfarenheten har bland annat medfört kunskap om att bestående resultat sällan ernås genom att enbart meddela råd i uppfostringsfrågor. Endast i vissa konkreta situationer kan saklig upplysning och direkta råd leda till omedelbara resultat. Barnens problem sammanhänger oftast så intimt med föräldrarnas egna, att hela familjesituationen som regel måste bearbetas för att en ändring till det bättre skall kunna komma till stånd. Det är därför givetvis viktigt, att hänsyn tas till föräldrarna och att de åtgärder, som vidtages, sker i samförstånd med dessa och inte påtvingas dem, om detta inte blir nödvändigt för barnens skull, vilket kan förekomma. Inte så sällan är föräldrarna i början oförstående och negativt inställda. Ansträngningarna måste då inriktas på att göra dem mera samarbetsvilliga. Slutmålet för varje behandling är att åstadkomma bättre mänskliga relationer och att ge större möj-

ligheter för barn och ungdomar att växa upp till harmoniska och sociala individer.

Som regel är det inte möjligt för en befattningshavare eller en personalkategori att besitta all den sakkunskap, som är erforderlig för att komma till rätta med de mångskiftande problem, som man har att ta ställning till inom den psykiska barna- och ungdomsvården. Den snabba utvecklingen inom psykiatris, psykologins, pedagogikens och sociologins områden har lärt oss nödvändigheten av att arbeta i team, där var och en har en speciell utbildning, berikar diskussionerna kring de olika fallen och ger sitt bidrag till problemens lösning. Ett fullständigt team består inom den psykiska barna- och ungdomsvården av barnpsykiatriskt skolade läkare, psykologer av olika slag, barnpsykologiska kuratorer samt eventuellt pedagogkonsulter. Inom en barn- och ungdomspsykiatrisk avdelning spelar därjämte de olika kategorierna av vårdpersonal en på liknande sätt betydelsefull roll. En redogörelse för dessa personalkategoriernas utbildning, arbetsuppgifter m. m. lämnas i det följande.

Läkare

Den barnpsykiatriska specialistutbildningen, det vill säga de av Sveriges läkarförbunds fullmäktige fastställda bestämmelserna för rättigheten att annonsera »barnaålderns psykiska och nervösa sjukdomar», omfattar krav på 5 års utbildning utöver legitimation som läkare. De fem årens utbildning skall vara fördelad på följande sätt:

2 års barnpsykiatrisk verksamhet, innefattande tjänstgöring vid barnpsykiatrisk institution eller social barnvårdsinstitution, där barnpsykiatrisk verksamhet bedrivs. Av speciella skäl har de allmänna bestämmelser, som nödvändiggör tjänstgöring i underordnad ställning, tills vidare icke gällt barnpsykiatrin.

1 års tjänstgöring vid psykiatriskt sjukhus eller psykiatrisk avdelning och 1 års tjänstgöring vid medicinsk barnavdelning.

Återstående tjänstgöring må kunna fullgöras helt eller delvis enligt ovanstående eller vid medicinsk avdelning, vid neurologisk eller därmed i utbildningshänseende jämställd medicinsk avdelning eller, intill $\frac{1}{2}$ år, genom tjänstgöring som tjänsteläkare i öppen vård, som vikarie för sådan läkare eller som extra läkare i tjänsteläkardistrikt.

Härutöver gäller vissa allmänna bestämmelser av i detta sammanhang mindre vikt.

Enligt vår uppfattning bör varje under eget ansvar verksam barnpsykiatriker äga en utbildning, som minst svarar mot dessa krav. Beträffande krav på speciell psykoterapeutisk utbildning varierar uppfattningarna på sådant sätt att några normer icke lämpligen kan föreslås.

Undantaget från de allmänna bestämmelserna rörande tjänstgöring i underordnad ställning synes oss numera icke nödvändig.

Beträffande utbildningen i ämnet barnpsykiatri må här följande anföras. Denna inhämtas numera till mycket stor del under tjänstgöring som underläkare vid de barnpsykiatriska avdelningarna, framförallt vid undervisningssjukhusen, men även under tjänstgöring vid fristående centraler. Dessa båda utbildningsformer ersätter ej helt varandra då såväl klientel som arbetsmetoder kan växla, speciellt där öppen mottagning ej är ansluten till de barnpsykiatriska avdelningarna. Det vore därför men också med hänsyn till behovet av ökade utbildningsmöjligheter önskvärt, om det vid vissa större centraler inrättades särskilda utbildningstjänster (1-årstjänster) för läkare med möjlighet till omförordnanden en eller två gånger.

Läkaren är huvudansvarig för all verksamhet inom den psykiska barn- och ungdomsvården, men i det samarbete som sker mellan honom och andra personalkategorier, såsom psykologer, barnpsykologiska kuratorer, pedagogkonsulter och vårdpersonal har dessa givetvis allt efter sin kompetens ett eget ansvar.

I första hand har läkaren att svara för de rent medicinska aspekterna rörande varje fall och varje problem. Detta innebär bland annat, att han har att komplettera varje utredning genom sådana samtal med barn, ungdomar och anhöriga att sjukhistorien blir ur medicinsk synpunkt tillfredsställande. Det gäller då inte bara frågan om kroppslig hälsa och ohälsa utan också om en analys av problemen ur barn- och ungdomspsykiatrisk synpunkt. Samtalen kommer då att föras in på medicinskt viktiga frågor och på sådana ömtåliga ämnen, som många klienter endast synes kunna och vilja avhandla inför läkaren.

En av de viktigaste arbetsuppgifterna för läkaren är sedan att genom den medicinska undersökningen i alla dess former i första hand utesluta kroppsliga sjukdomar respektive värdera en eventuell dylik sjukdoms samband med patientens psykiska status. Grundliga somatiska undersökningar och behandlingar utgör därför en oundgänglig del av varje barnpsykiatrisk verksamhet.

Läkarens allmänna utbildning har givit honom träning i biologiskt tänkande, vilket har sin särskilda betydelse inför den uppgift, som består i att sammanfoga allt det material, som lämnats av psykologer, kuratorer och andra medarbetare, till en helhetsbild. Han har sedan att efter samråd med övrig personal besluta om ärendets fortsatta handläggning och allt efter omständigheterna antingen själv övertaga den fortsatta medicinska eller psykologiska behandlingen av barn, föräldrar eller anhöriga eller överlämna uppgifter av olika slag till andra medlemmar av teamet. Under alla förhållanden har han att följa ärendets fortsatta handläggning och ansvara för att behandlingen sker enligt givna intentioner.

En icke ringa del av läkarens arbetstid åtgår för utfärdande av utlåtanden av olika slag till myndigheter, inremitterande läkare m. m. samt av intyg, som krävs i samband med barnens placering på institutioner etc.

Härtill kommer vidare hans ansvar för att personalen hålles à jour med utvecklingen på området och att den ges möjlighet därtill genom konferenser, litteraturstudier, fortsättningskurser etc. Han har också att direkt och indirekt ansvara för instruktion och handledning av de barn- och ungdomspsykiatriska avdelningarnas vårdpersonal.

Därjämte har läkaren givetvis rent administrativa uppgifter och är huvudmannens närmaste kontaktman.¹

En närmare specifikation av läkarens arbetsuppgifter har vi i detta sammanhang icke ansett oss behöva lämna, då dessa dels kan anses vara mera allmänt kända, och dels svåriligen kan beskrivas på grund av sin starkt differentierade karaktär. Övriga personalkategoriernas arbetsuppgifter synes däremot vara betydligt mindre kända, varför vi ansett oss böra mera i detalj skildra dessa. Därvid belyses ävenledes i viss mån läkarens arbetsuppgifter.

Psykologer

Psykologernas uppgifter inom den psykiska barna- och ungdomsvården är av tre slag, nämligen diagnostiska testningar och observationer, barn- och ungdomsterapi samt upplysningsverksamhet. Utbildningsförhållandena har gjort, att mycket få om ens någon av de nu verksamma psykologerna behärskar både förekommande testmetoder och olika former av barn- och ungdomspsykoterapi. Det är därför och även i övrigt fördelaktigt att, i likhet med vad som göres i psykologutredningens betänkande, skilja på de båda linjerna, diagnostiskt och terapeutiskt arbete, ehuru det är nödvändigt att utövarna inom båda dessa arbetsfält är förtrogna med varandras områden. Någon skarp gräns mellan de båda kategoriernas arbetsuppgifter finns inte.

Den utbildning, som universitet och högskolor meddelat i psykologi, har varit föga inriktad på klinisk psykologi och därmed på praktiskt psykologiskt arbete. Den har emellertid givit en viss i och för sig nödvändig teoretisk grund. Det är att beklaga, att statsmakterna ännu inte tagit ställning till psykologutredningens betänkande. Den psykiska barna- och ungdomsvården har härigenom tyvärr ej kunnat tillgodogöra sig den enligt vår mening värdefulla utbildningsplan, som framlagts i detta.

Den psykiska barna- och ungdomsvården utgör ett för psykologiskt arbete väl lämpat område, och de uppgifter, som numera anförtros åt däri verksamma psykologer, har fått en annan karaktär och blivit mera krävande än

¹ Socialläkarverksamheten vid barnavårdsnämnden i Stockholm har fått en i viss mån särpräglad karaktär genom att så många mindre samarbetsvilliga klienter kommit att hänvisas dit. I stor utsträckning tages socialläkarens tid i anspråk för ärenden, där barnavårdsnämnden ifrågasatt omhändertaganden. Särskilt på ungdomsbyrån har verksamheten blivit i hög grad utåtriktad. Ungdomar karakteriserade av sysslöshet, kringdrivande, spritmissbruk eller andra beteenderubningar uppsökes aktivt, varefter försök göres att få dem att övergå till en mera ordnad livsföring. På andra håll har sådana arbetsuppgifter kommit att åvila de vanliga rådgivningsbyråerna.

vad man tänkte sig i mitten å 1940-talet. För att kunna fullgöra sina uppgifter har psykologerna på eget initiativ och drivna av intresse för arbetet kompletterat sin bristfälliga grundutbildning på väsentliga områden. De vägar, som härvid valts, har helt naturligt varierat. Till en början fanns inga bestämda behörighetskrav. Lärare av olika slag med kunnighet i inteligenstestning utförde då som regel undersökningar av denna art. Många av dessa lärare har sedan utökat sitt kunnande genom praktisk erfarenhet, genom olika kurser eller genom privat undervisning. Formellt fyller dessa personer inte de krav, som numera ställs för anställning som psykolog inom den psykiska barna- och ungdomsvården, men de har uppnått stor skicklighet inom sitt mer begränsade område.

Så småningom har formella krav för anställning uppställts, och under de senaste åren har provisoriska behörighetsbestämmelser tillämpats. Förutom akademiska betyg i psykologi har enligt dessa krävts bland annat »kurser i specialtestning» respektive psykoterapeutisk utbildning samt praktik. Eftersom högskolorna icke anordnat »kurser i specialtestning» i tillräcklig utsträckning, har psykologerna fått inhämta dessa kunskaper varhelst de kunnat skaffa sig möjlighet därtill. Många har efter en akademisk examen eller enbart tentamen i ämnet psykologi genomgått Ericastiftelsens lägre kurs. Andra har genomgått privat anordnade kurser och genom självstudier och studiecirkel skaffat sig de för ett utvidgat psykologiskt kliniskt arbete nödvändiga kunskaperna i neurolära och klinisk psykologi i allmänhet. En del har genom studier i utlandet dragit nytta av den mer avancerade utbildning, som där mångenstädes finnes anordnad. På så sätt har uppstått en mycket ojämn nivå och även en alltför stor specialisering. Psykologer med god grundutbildning i allmän psykologi och specialkurser i de olika metoder, som används, samt lång praktisk erfarenhet i förening med fortsatta studier i normal- och abnormpsykologi har varit handledare åt de mindre tränade.

Det är orimligt att tänka sig, att det även i fortsättningen skall lämnas åt personalen att på olika vägar själv skaffa sig de kunskaper arbetet fordrar och som utbildningsanstalterna egentligen borde ge.

Det är vidare nödvändigt, att psykologerna i lönehänseende får en sådan ställning, att önskad standard kan upprätthållas. Behov av psykologer på två olika nivåer av kunskaper och erfarenheter har uppstått inom verksamheten, och båda dessa finns också företrädna där: en lägre, som motsvarar minimikrav för anställning (>fil. kand.-nivå») och en med högre kvalifikationer i fråga om såväl teori som praktik (>fil. lic.-nivå»). Innan utbildningen av psykologer omlagts enligt de linjer psykologutredningen föreslagit, och denna utbildning bedrivits så länge, att studerande förts fram till examen, är det knappast lämpligt att låta behörighetskraven endast omfatta vissa bestämda examina. Under lång tid framåt bör sökandena bedömas efter individuella meriter, och det är nödvändigt att sådana övergångsbestämmel-

ser tillskapas, som möjliggör en dylik bedömning. I analogi med vad nu sagts bör de, som under en följd av år fördjupat sina kunskaper och ofta fungerat som handledare jämsides med en ordinarie anställning, anses ha uppnått den högre nivån. För denna kategori av psykologer bör inrättas tjänster som 1:e psykologer.

Psykologer i diagnostiskt arbete har varit placerade endast en lönegrad över folkskollärarna. Detta sammanhänger med att det vid verksamhetens början var folkskollärare med speciellt intresse för uppgifter av denna art och med viss kunskap om intelligensundersökningar, som tjänstgjorde som pedagogassistenter. Dessa överfördes sedan på heltidstjänster som psykologassistenter. Lönegraden blev endast obetydligt höjd, trots den betydande merutbildning, som alltifrån verksamhetens början krävts av dem.

Psykologer i terapeutiskt arbete har varit och är allttjämt ännu lägre placerade, ehuru deras arbete på intet sätt är mindre kvalificerat. Detta sammanhänger med att det för dessa icke gick att använda folkskollärarexamen som jämförelsegrund, eftersom de ofta rekryterades från andra verksamhetsområden.

För psykologer såväl i diagnostiskt som i psykoterapeutiskt arbete är med hänsyn till utbildningskraven och till arten av det arbete, som skall utföras, en högre lönegradsplacering än den nuvarande motiverad. Någon skillnad i lönegradsplacering mellan dessa båda psykologgrupper bör enligt vår bestämda uppfattning ej göras. Det synes oss berättigat att placera 1:e psykologerna två lönegrader högre än de övriga här förekommande psykologerna. För att ytterligare stimulera intresset för fortsatt utbildning inom facket samt även ur forskningssynpunkt vore det enligt vår mening önskvärt om det vid undervisningssjukhusen och vid de större enheterna inom verksamheten även inrättades någon tjänst som chefspsykolog med placering förslagsvis två lönegrader över 1:e psykologerna. Den grundläggande behörigheten jämte filosofie licentiat-examen bör krävas av innehavarna av chefspsykologtjänsterna.

I varje fall intill dess psykologutbildningen reformerats men även där- efter vore det önskvärt med 1-åriga utbildningstjänster vid de avdelningar eller centraler, där handledning kan ges för dem, som jämsides med fortsatta högskolestudier eller efter sin teoretiska utbildning är i behov av handledd praktik. Under denna tid skulle också på ett helt annat sätt än vad tidigare varit möjligt vederbörandes lämplighet kunna prövas.

Psykologer i huvudsakligen diagnostiskt arbete.

Idealet är att de psykologer, som ägnar sig åt diagnostiska uppgifter, kan handhava och utvärdera ett batteri av tests, som består av olika slag av utvecklings- och intelligens-tests, speciella prov vid läs- och skrivsvårigheter och hjärnskador samt några karakterologiska tests. Användandet av en mång-

fald av tests utgör ingalunda i och för sig någon betryggande garanti för att de erhållna resultaten verkligen ger en fullständig bild av vederbörande patient och det är bättre att psykologen använder ett mindre antal tests, som han verkligen kan, än att han sysslar med många sådana som han har mindre erfarenhet av. Under alla förhållanden utgör testresultaten endast hjälpmedel, som alltid måste ställas samman med anamnes och läkarundersökning. Först därefter är det möjligt att ställa en klinisk diagnos och få utgångspunkter för vilka åtgärder och vilken behandling, som i varje enskilt fall är mest lämplig. Så småningom kan man kanske få fram testinstrument, som är säkrare och bättre än de, som nu tillämpas. Det blir dock alltid erfarenhet och grundliga kunskaper, både allmänpsykologiska och speciella, rörande de olika testmetoderna, dessas möjligheter och begränsning, som måste avgöra vad som är brukbart i de olika fallen. Det bästa testinstrument är odugligt, till och med farligt, i oskickliga händer, medan även mindre bra tests kan ge värdefulla upplysningar om testaren är skicklig och känner sin methods brister och förtjänster. Särskilt gäller ifråga om de mest krävande metoderna, att deras användbarhet helt beror på testarens kunnighet och omdömesförmåga. Det är bättre att inte alls använda dessa än att låta dem utföras av personal, som saknar den erforderliga utbildningen och träningen därför. Man kan ej ställa som ett krav att varje psykolog inom den psykiska barna- och ungdomsvården skall kunna använda ett svårare karaktärtest, men väl på att den, som använder det, skall vara kunnig och välutbildad.

Psykologer i huvudsakligen terapeutiskt arbete.

För den andra psykologgruppen, terapeuterna, har det sedan många år funnits anordnad en särskild utbildning vid Ericastiftelsen. Även denna måste emellertid kompletteras med mer praktisk erfarenhet, innan terapeuten kan fylla sin plats i teamet. Ingen utbildningsanstalt kan hinna ge sina elever erfarenhet av så skiftande klientel, som möter i praktisk yrkesverksamhet. Arbetet inom den psykiska barna- och ungdomsvården bjuder på så varierande problem och svårighetsgrader, att terapeuten måste behärska flera olika behandlingsmetoder, från den mer djupgående terapin till en mer pedagogisk och stödjande. Bedömningen av vilken behandlingsmetod, som bör tillämpas i det enskilda fallet, är i regel av den svårighetsgraden, att hela teamets samverkan kräves. Det är ju inte endast barnet det rör sig om, utan hela familjekonstellationen måste tas i betraktande för att man skall kunna avgöra om patienten är så neurotiserad, att han behöver någon speciell form av behandling eller om man kan hoppas, att de naturliga läkningsprocesserna kan vara tillfyllest, om föräldrarna får stöd och upplysning eller om lämplig miljösanering kommer till stånd.

En mera intensiv terapi under längre tid kommer endast ifråga i mycket

begränsat antal fall, då en dylik är beroende av många faktorer, bland annat föräldrarnas möjligheter till samverkan och barnets förutsättningar. Intimt samarbete med läkaren är särskilt nödvändigt i sådana fall; under behandlingen kan mången gång inträffa svårbemästrade situationer, som kräver läkarens medverkan. Naturligtvis är det även i dessa fall nödvändigt, att eventuella somatiska inslag i syntombilden noga kontrolleras av läkaren.

I flertalet fall räcker också en mindre intensiv terapi under kortare eller längre tid. Den är vanligen tillfyllest, då det är fråga om ännu inte så fixerade beteendemönster. En tids hjälp gör det sålunda i dessa fall möjligt för patienten att snart nog klara sig själv. Dessutom ges korttidsterapi många gånger, då en svår, akut ångest måste dämpas och lugnas för att patienten skall kunna bruka de resurser han själv har.

Här har hittills avsetts *individualterapi* men även *gruppterapi* har en given plats inom den psykiska barna- och ungdomsvården. Vid Stockholms och Göteborgs centraler har man de senaste åren med goda erfarenheter prövat sistnämnda form av terapi. För somliga barn och ungdomar passar gruppbehandling bäst, för andra är individualbehandling att föredra. Många gånger synes det vara synnerligen fördelaktigt, om man har möjlighet att kombinera så att barnen jämsides med gruppterapi periodvis även kan få individuell behandling.

För terapeuten själv är arbetet i dess olika former påfrestande. Det anses därför av många barnpsykiatriker och psykologer önskvärt, att terapeuten genomgått läranalys. De anser nämligen, att en sådan dels ger kunskaper om psykologiska mekanismer och reaktionsmönster, dels möjligen också ger ett »arbetsskydd», när vederbörande på detta sätt fått sina egna problem ventilerade, problem som kanske inte skulle vara besvärande i ett annat yrke men som oundgängligen provoceras i det terapeutiska arbetet. Nyttan av sådan läranalys ifrågasättes emellertid av andra. Under alla förhållanden krävs grundliga kunskaper om olika psykoterapeutiska arbetsmetoder, inhämtade inte endast ur litteraturen utan också genom praktisk erfarenhet. Vilka metoder man än studerar, är det väsentligt att få kännedom om samspillet mellan människor och särskilt om den roll man själv spelar i sina relationer till patienterna. I viss mån gäller alla dessa synpunkter också beträffande de psykologer, som arbetar med personlighetstestning.

Såväl psykologer som andra personalkategorier deltar även i *upplysningsarbete*. Egentligen innebär nästan allt arbete inom psykisk barna- och ungdomsvård en form av upplysningsverksamhet. Mera direkt förekommer sådan till exempel i form av orientering om verksamhetens mål och medel för bland annat lärare, sköterskor, barnavårdsmän och personal vid barnavårdscentraler. En annan form av upplysningsverksamhet är den som kan bedrivas i form av diskussionscirklar för föräldrar. Diskussioner om ett barns naturliga utveckling och behov kan då ge den hjälp, som föräldrarna eventuellt behöver för att förstå och komma tillrätta med svårigheter.

Barnpsykologiska kuratorer

Liksom för psykologerna finnes för de barnpsykologiska kuratorerna ännu icke någon mera fullständigt tillrättalagd utbildning. De mentalhygieniska kurserna vid socialinstitutet i Stockholm (4 1/2 månader) ger visserligen värdefull kunskap och handledning men bedöms allmänt (även av kursledningen) som otillräckliga. Familjerådgivningskommittén föreslår i sitt betänkande¹ en omläggning av denna utbildning. Även kuratorerna har hitintills på eget initiativ måst komplettera sina mentalhygieniska kunskaper. De, som har den gedignaste utbildningen och längsta erfarenheten, tjänstgör som handledare för nyanställda och praktikanter. Många av de barnpsykologiska kuratorerna har redan nu en utbildning, som motsvarar den som familjerådgivningskommittén föreslår för familjerådgivarna, och de båda gruppernas arbetsuppgifter är ju också på många sätt likartade. Kuratorerna inom den psykiska barna- och ungdomsvården är sålunda egentligen att betrakta som likställda med familjerådgivare och bör därför i lönehänseende vara jämställda med dessa, vilka familjerådgivningskommittén föreslår i lönegrad A 17. Vid avdelning eller fristående central med många kuratorer är det lämpligt att det för en eller flera av de bäst meriterade inrättas tjänster som 1:e kurator med högre lönegradsplacering.

Att testning och psykologiska observationer av barnen bör utföras av därför specialutbildad psykolog med grundlig praktisk erfarenhet börjar nu anses självklart, likaså att psykoterapi skall utövas av läkare eller psykolog med speciell utbildning härför. Det råder däremot ganska olika uppfattning och tillämpas olika praxis beträffande kuratorernas arbetsuppgifter. I detta sammanhang kan också framhållas, att arbetsuppgifterna för den psykiska barna- och ungdomsvårdens personal överhuvudtaget företer stora olikheter inom en storstad och inom ett landstingsområde. Arbetsuppgifterna blir också olika vid en byrå med ett fullt utbyggt team och vid en byrå, bestående av en läkare och en kurator, eventuellt med tillfällig testhjälp.

Så småningom, då den psykiska barna- och ungdomsvården blir utbyggd över hela landet, torde många av de nuvarande olikheterna försvinna, men det ligger i sakens natur, att det alltid kommer att finnas skillnader mellan storstad och landsbygd med den senares geografiskt sett mer omfattande arbetsområde.

Kuratorn har i regel första kontakten med föräldrarna. Detta sker antingen i form av *ett förberedande samtal* (»intake») eller i form av *en första upptagning av sjukhistorien* (anamnesen). Man har funnit, att det så kallade »intakesystemet» har en stor uppgift att fylla. Långa väntetider förekommer som regel inom varje enhet av verksamheten (jämför kapitel 4, sid. 45 o. 49). Det är därför av värde, att klienterna inom ett par veckor efter

¹ SOU 1957: 33.

anmälan åtminstone får någon personlig kontakt med avdelningen eller rådgivningsbyrån. Efter konferens mellan chefsläkaren, vederbörande kurator och en psykolog avgöres, huruvida patienten kan emottagas eller bör hänvisas till annan institution, om fallet är brådskande så att förtur är nödvändig, vilka undersökningar, som i första hand bör göras m. m.

Kuratoren har att skapa sådan kontakt med föräldrarna att dessa, då fallet kan tas upp till fortsatt undersökning, i förtroende belyser sina problem med barnet. Klienten måste dessutom vid denna första kontakt erhålla någon form av stöd i väntan på sin tur och som regel upplysning om hur barnet på bästa sätt skall förberedas för besöket.

Vid anamnesupptagningen strävar man efter att erhålla en så realistisk bild som möjligt av barnet och av de krafter i dess nuvarande och tidigare livssituation, som format dess personlighet och lett fram till svårigheterna. För att möjliggöra en »familjediagnos» gäller det att söka urskilja, vad som är patologiskt eller friskt i barnets och föräldrarnas reaktioner. Anamnesupptagningen får aldrig vara ett stereotypt insamlande av fakta utan måste vara inriktad på att ge en dynamisk bild av klienten, hans familj och de inbördes relationerna. Det samtal vid vilket anamnesen upptages kan ofta också ha ett positivt terapeutiskt värde i och för sig.

Föräldrarna söker hjälp för svårigheter med barnet men har själva ofta redan från början en viss uppfattning om ett samband mellan dessa symtom och familjemedlemmarnas inbördes relationer. Modern ifrågasätter ofta, om inte hennes trötthet eller nervositet, faderns alkoholism, häftighet eller stränghet, disharmonin mellan makarna etc. utgör bakgrunden till barnets anpassningssvårigheter. Många är vid första besöket fyllda av oro, ångest, skuld känslor och fruktan att de misslyckats som föräldrar. Andra har ringa eller ingen insikt om att de själva kan ha någon del i utvecklingen av barnets symtom. I båda fallen gäller det för kuratorn att balansera situationen så att en grund lägges för fortsatt samarbete med föräldrarna och en kontakt knytes, i vilken klienten får kraft att arbeta vidare med problemen.

Kurators fortsatta arbete med föräldrarna efter första kontakten följer schematiskt sett tre olika vägar: *en första*, där yttre miljöåtgärder dominerar, *en andra*, där det blir en sporadisk, mer stödjande kontakt med fallet och *en tredje*, där man håller en mer intensiv, regelbunden sådan, parallellt med terapi av barnet. I allt detta arbete har utvecklats en speciell metodik, som med en internationellt använd term benämnes *social casework*. Det karaktäristiska för denna arbetsform är det dynamiska betraktelsesättet, respekten för klienten och hans känslor, åsikter och egna strävanden att lösa sina svårigheter samt försök att stärka hans positiva resurser och få fram hans egen medverkan, vidare att fördjupa hans insikt i fråga om problemen via en känslomässig bearbetning snarare än ett intellektuellt resonerande. Kuratorn ger genom sin positivt lyssnande hållning klienten

tillfälle att spontant ventilera sina känslor och svårigheter i den takt som är naturlig för honom. Det krävs därvid, att kuratorn behåller en tolerant, så långt som möjligt objektiv inställning till klienterna, så att dessa aldrig upplever, att det ställs större krav på dem än de förmår möta men så att vägen hålles öppen för fortsatt samarbete på det plan, som var och en kan acceptera och tillgodogöra sig.

Det karaktäristiska för social casework är vidare, att samtidigt som klienten på detta sätt så småningom vinner större klarhet och förståelse för sin egen situation och därigenom blir mera beredd för de förändringar av denna, som kan vara nödvändiga att åvägabringa, vidtar kuratorn olika praktiska åtgärder, som kan vara ägnade att lätta det yttre trycket. För föräldrarnas del kan det i detta sammanhang gälla ekonomisk sanering med upprustning av hemmet (t. ex. med hjälp av socialvården), anskaffande av hjälp i hemmet, bostadsbyte, omskolning och annan sysselsättning, påbörjande av behandling för alkoholism, stöd vid lösande av konflikter med andra människor jämte ordnande av otaliga praktiska angelägenheter, som vederbörande tills vidare inte har kraft att ta itu med själv. Särskilt viktigt är därvid det inbördes förhållandet mellan föräldrarna.

Denna syntes av tålmodigt lyssnande och aktiv hjälpsamhet, när stunden är mogen härför, är liksom psykoterapeutens arbete krävande och påfrestande för kuratorn. Det kräver inlevelse, praktisk människokänedom, takt och värme. Ideligen händer, att det mödosamt uppbyggda förtroendet till kuratorn sättes på prov, inte sällan blir det nödvändigt att börja från början igen. Inte minst viktigt är det, att klienten inte göres beroende av kuratorn; när behandlingen är slut måste vederbörande ha lärt sig att stå på egna ben.

Visserligen är det barnet, som i första hand är patienten inom den psykiska barna- och ungdomsvården, men ju mindre barnet är, ju nödvändigare är det att familjen tas med i behandlingen. Att behandla isolerade symtom leder sällan till någon förbättring, om hela den situation, i vilken symtomen uppkommit, kvarstår oförändrad. Barn är ytterst känsliga barometrar för misshälligheter mellan föräldrarna, och allteftersom den psykiska barna- och ungdomsvården får ökade resurser i fråga om personal och erfarenhet, går arbetet mer och mer över till att bli ett slags familjerådgivning enligt caseworkprinciper.

Flertalet fall kan för närvarande endast ägnas den mer sporadiska kontakten. Denna kan utsträckas över kortare eller längre tid, kanske flera år och kännetecknas i regel av att föräldrarna kommer för samtal, då de känner behov av att lasta av sig sina akuta bekymmer inför någon, som de har förtroende för. Ibland är det kuratorn, som tar kontakt för att höra hur det går. Ett stödande samtal eller en klokt meddelad upplysning kan i såväl akuta situationer som vid mer långvariga svårigheter bryta många farliga cirklar och ge en hjälp, som inte bara är för stunden. Det gäller att

så småningom öka föräldrarnas förståelse för barnens och sina egna problem så att de i sin tur kan ge barnen den hjälp dessa behöver för att nå bättre anpassning. Både barnpsykologiska kunskaper och annan rådgivning eller upplysning måste, som tidigare påpekats, bibringas i den takt, vederbörande kan smälta.

Naturligtvis är övergången mellan de olika formerna för kontakt med föräldrarna och barnen flytande, men endast ett ringa fåtal kan ges en mer intensiv behandling i form av regelbundna samtal under längre tid. Detta sker, då de samlade undersökningsresultaten visar, att barnet är så neurotiserat, att det måste ha sakkunnig hjälp för att åter fungera normalt och att föräldrarna bedöms som både villiga och kapabla att tillgodogöra sig den erbjudna hjälpen. Parallellt med att barnet går hos en terapeut — en psykolog eller en läkare — vanligen en å två gånger i veckan, kommer en av föräldrarna eller båda för regelbundna samtal. Oftast är det kuratorn och läkaren, som delar dessa föräldrasamtal så att de har en förälder var, men det förekommer också att någon av dem talar med båda föräldrarna. På sina håll praktiseras att både barn och föräldrar regelbundet går hos samma person. Mycket av det som aktualiseras via barnets terapi, spelas också ut i hemmet och ställer föräldrarna inför kravet på en känslomässig omställning, en modifiering av tidigare, alltför stränga eller på olika sätt komplexbundna attityder mot barnet eller varandra. Man möter ofta föräldrar, som omedvetet lever ut sina egna behov via barnets symtom eller i besvikelse över vad barnet icke presterar. Genom samtalen kan kuratorn eller läkaren då hjälpa dem att lätta på en del ångest och oro, som kommer fram i samband med vad som händer i barnterapin, och att se sambandet med egna tidigare erfarenheter litet klarare. Detta arbete är mycket krävande för alla parter, såväl för klienter som för personal, fordrar skicklighet och samarbetsförmåga och tar mycken tid. Också inom teamet krävs i dylika fall intimt samarbete mellan dem, som har hand om de olika klienterna, så att föräldrasamtalen i stort sett verkligen går parallellt med barnets terapi och blir den hjälp till förståelse och omställning, som de är avsedda att vara.

För närvarande torde det huvudsakligen vara vid de största centralerna i landet, som denna behandlingsform kan ges. Det är dock ett starkt önskemål, att varje län får möjlighet att åtminstone i någon utsträckning använda detta arbetssätt. När ett barn och dess föräldrar går i behandling, får teamet under läkeprocessen ovärderliga kunskaper om hur de olika familjemedlemmarna påverkar varandra. Dessa fördjupade kunskaper om familjebanden och möjligheterna att påverka dessa i konstruktiv riktning är till stor hjälp för arbetet i dess helhet.

En annan del av kuratorns arbete är *praktisk-administrativ*, att vara förbindelselänk mellan teamets olika medlemmar, det vill säga ansvara för samordningen så att det dagliga arbetet fungerar, att föra journaler, att »hålla i ärendena» även utåt och sköta kontakten med andra institutioner

och enskilda. Om det behövs och i mån av tid gör kuratorn även hembesök, vilket i länen kan medföra långa resor och en hel del organisationsarbete.

Naturligtvis innebär kuratorns arbete *andra sociala uppgifter* av den mest skiftande karaktär. Sociala utredningar, samarbete med olika sociala organ, med skolor etc., hör till ordningen för dagen. Även i en storstad — där man har tillgång till flera kliniker för sjukhusfallen, där barnavårdsnämnden direkt tar hand om polisanmälda barn och ungdomar och där det finns speciella abortbyråer — förekommer alltslags socialt arbete vid en psykisk barna- och ungdomsvårdscentral, ehuru givetvis i mindre uträkning än i ett län, där den psykiska barna- och ungdomsvården blir så gott som den enda hjälpinstansen.

Till sist vill vi här särskilt behandla det svåra problem, som uppstår då klienterna är ovilliga till samarbete. Det kan gälla såväl föräldrarna som barnen eller ungdomarna. Speciellt inom den ovan beskrivna fjärde gruppen bland klientelet (sid. 25) är problem av detta slag ganska vanliga. Trots svårigheterna är det viktigt att sådana direkt negativt inställda fall inte lämnas åt sitt öde; ofta är det fråga om särskilt svårt skadade barn eller ungdomar, vilka är i stort behov av hjälp. Tillvägagångssättet i sådana fall kan inte schematiseras. I regel är det kuratorn, som först får försöka; ibland måste andra medlemmar av teamet, i första hand läkaren, gripa in. Det visar sig understundom skäligen enkelt att få ett gott samarbete till stånd. Om föräldrarna inte infinner sig på mottagningen på den utsatta tiden eller genast förklarar sig ovilliga till ett besök — sedan t. ex. skolan ansett, att den psykiska barna- och ungdomsvården måste ta itu med fallet — får kuratorn göra hembesök och diskutera igenom frågan, vilket kan vara tillfyllest för att skapa förståelse hos vederbörande. I svårare fall kan krävas mycket arbete: svårigheterna kan vara så stora, att det visar sig omöjligt att skapa förutsättningar för mera ingående behandling enligt gängse mönster, även om det i och för sig skulle vara behövt.

Att för den skull avskrika sådana ofta höggradigt hjälpbehövande fall är inte tillfredsställande, inte heller är enbart placering utom hemmet alltid det bästa, även om man stundom inte lyckas finna andra utvägar. Särskilt framträder en brist på adekvata metoder att behandla dem, som inte själva är medvetna om sitt hjälpbehov. De behandlingsformer, i vilka utbildning ges i vårt land, ger i regel icke avsett resultat, och det framstår som högeligen påkallat att söka nya vägar att komma tillrätta med detta klientel. Försök, som gjorts av personer med speciell fallenhet för behandling av ungdomar, synes visa, att behandling i grupp kan vara en framkomlig väg. Dylig behandling är tänkbar både inom och utom en institution, men kräver givetvis speciell erfarenhet och utbildning av sina utövare. I Stockholm kommer sådana fall ofta till barnavårdsnämndens socialläkare, men även centralerna försöker sig på dem med växlande framgång. I flertalet av dessa fall torde det samtidigt med den personliga behandlingen krävas hjälp-

åtgärder av en art och i en omfattning, som man vid centralerna inte har resurser till. Att klara dessa ungdomar medan de bor kvar i sina många gånger för dem likgiltiga eller rent av fientliga miljöer är ofta utsiktslöst. Miljöbyte i förening med personlig behandling av kanske mer pedagogisk art vore sannolikt idealet. För det äldre klientelet blir den viktigaste uppgiften ofta att skapa positiva attityder till arbetet (jmf. Takman¹).

Pedagogkonsulter och skolpsykologer

Med uttrycket pedagogkonsulter har vi här avsett sådana medarbetare inom den psykiska barna- och ungdomsvården, som i viss mån kan sägas motsvara skolpsykologerna inom den skolpsykologiska verksamheten, dock utan samma krav på utbildning, som ställs på de senare.

Pedagogkonsulternas uppgift är i huvudsak att vara en förmedlande länk mellan skolan och den psykiska barna- och ungdomsvården och att till den senare knyta lärarerfarenhet. Understundom har de också att meddela speciell undervisning, till exempel åt barn med komplicerade skolsvårigheter. I den mån den psykiska barna- och ungdomsvården även får ta sig an skolpsykologiska uppgifter har pedagogkonsulterna att medverka vid differentieringsarbete, det vill säga vid omplaceringar inom skolan, hjälpklassplaceringar etc.

I åtskilliga län svarar de nuvarande pedagogassistenterna — det vill säga de lärare vi vill kalla pedagogkonsulter — för filialerna ute i länen och förbereder läkarnas och de barnpsykologiska kuratorernas resor dit.

Vi finner det lämpligt att pedagogkonsulterna även i fortsättningen är praktiskt verksamma lärare med deltidstjänstgöring inom verksamheten. Enligt 2 § 3 mom. kungörelsen den 30 juni 1948 med tilläggsbestämmelser till avlöningsreglementet för folkskolan kan skolöverstyrelsen medge dem nedsättning av undervisningsskyldigheten, dock lägst till hälften av den gängse. På detta sätt har 11—15 timmar per vecka av dessa lärares ordinarie arbetstid kommit den psykiska barna- och ungdomsvården tillgodo. Därutöver har pedagogassistenterna tjänstgjort ett växlande antal veckotimmar inom verksamheten och har därför uppburit särskilt arvode. Som framgår av kapitel 5 har från ett landsting föreslagits, att ifrågavarande lärares undervisningsskyldighet borde nedsättas till 5 timmar per vecka. Efter att ha penetrerat detta problem i samråd med skolöverstyrelsen, har vi funnit detsamma i sitt allmänna sammanhang så svårlöst, att vi för närvarande icke funnit oss böra föreslå någon ändring beträffande möjligheterna till nedsättning av undervisningsskyldigheten.

Den utbildning, som pedagogassistenterna nu äger och som ligger till grund för nu gällande behörighetskrav, anser vi under rådande förhållan-

¹ John Takman: Om det neurotiska ungdomsklientelet och dess behov av arbets- och miljöterapi. Sociala Meddelanden 1952:12.

den och med hänsyn till de uppgifter de har och kommer att få vara tillräcklig även för de framtida pedagogkonsulterna. Vid de större enheterna torde det dock ofta vara lämpligt, att en skolpsykolog knytes till den psykiska barna- och ungdomsvården. Denne bör i så fall ha samma utbildning, som skolöverstyrelsen kräver av de lokala skolpsykologerna (jämför kapitel 3).

Avdelningspersonal

I det föregående har redogjorts för de befattningshavare, för vilka huvudmännen uppbär och även framdeles avses skola uppbära särskilt statsbidrag. I det följande vill vi lämna några uppgifter beträffande vissa andra personalkategorier.

När det gäller vårdpersonalen vid de barn- och ungdomspsykiatriska avdelningarna har inga direktiv givits beträffande vare sig vilka kategorier av tjänsteinnehavare, som skall finnas, eller deras antal, utbildning och anställningsförhållanden. Detta synes ha medfört svårigheter och osäkerhet i samband med planering av de barn- och ungdomspsykiatriska vårdavdelningarna, då landstingen saknat varje erfarenhet från detta verksamhetsområde.

Självklart är att kroppssjukvårdens normer ej kan överföras på barnpsykiatrins område. Personalens arbetsbörda är av helt annan art än inom kroppssjukvården och är fysiskt men framförallt psykiskt mera pressande. All erfarenhet visar, att personalstyrkan i stort sett måste uppgå till ett antal, som motsvarar antalet vårdplatser. De barn- och ungdomspsykiatriska klinikerna visar vidare ett behov av följande personalkategorier: sjuksköterskor, förskolelärare samt manlig och kvinnlig vårdpersonal, bestående av barnsköterskor och sjukvårdsbiträden samt assistenter och eventuella praktikanter.

Sjuksköterskor

Som föreståndarinna för avdelning och ersättare härför kräves en sjuksköterska, speciellt på grund av de olikartade medicinska undersöknings- och behandlingsmetoder, som numera allmänt tillämpas. Vederbörandes arbetsuppgifter är emellertid på många sätt säregna, inte minst genom det ansvar hon skall ha för klienteletts rätta allmänpsykologiska behandling. Hon måste också ha rätt förståelse för föräldrar och andra uppfostrare, som på dessa avdelningar i regel utan inskränkningar får besöka barnen. Hennes uppgifter blir sålunda inte bara av allmän-medicinsk utan framförallt av mentalhygienisk art. Med hänsyn härtill bör hennes utbildning utöver sjuksköterskeexamen bestå i specialutbildning i barnsjukdomar och social barnavård samt erfarenhet från såväl psykiatriskt som barnpsykiatriskt arbetsfält. Som väsentlig merit och önskvärd sådan för varje översköterska

å avdelning av denna art bör gälla Ericastiftelsens 1-åriga kurs eller en utbildning, som motsvarar den, som ges åt de elever i sjuksköterskeskolorna, vilka ämnar ägna sig åt mentalsjukvård (den centrala högre kursen vid Ulleråkers sjukhus). Ett önskemål för framtiden är att större hänsyn inom sjuksköterskeutbildningen tages till behovet av utbildning för uppgifter inom psykisk barna- och ungdomsvård. Under sin utbildning borde de också erbjudas större möjligheter till specialisering i hithörande ämne.

En betydande olägenhet, som icke överallt kompenseras, utgör bestämmelsen om att sjuksköterskelönen regleras efter avdelningens sängplatsantal. Avdelningens natur ger den nödvändiga begränsningen i antalet vårdplatser men medför inte mindre pressande arbetsuppgifter för översköterskan. Tvärtom har erfarenheten visat rekryteringssvårigheter på grund av arbetets komplicerade natur.

För den öppna mottagningen vid barnpsykiatrisk lasarettavdelning behövs också sjuksköterskeassistans, till exempel för att ombesörja provtagningar och assistera vid olika undersökningar. Det har visat sig ändamålsenligt att med hänsyn till klienteletts art begagna sig av avdelningens egen personal för dessa uppgifter.

Förskolelärare (barntädgårdslärarinnor)

Varje barnpsykiatrisk avdelning har ett ofrånkomligt behov av en förskolelärare. Då grundutbildningen för denna personalgrupp tar sikte på normala barns sysselsättning och behandling bör förskoleläraren inför sina nya uppgifter ha en kompletterande utbildning, till exempel Ericastiftelsens 1-åriga kurs samt någon praktisk erfarenhet av skolbarn. Vederbörandes löneställning bör motsvara arbetsuppgifter och kompetens.

Lärarpersonal

Vid de barnpsykiatriska avdelningarna bör finnas möjligheter för skolbarnen att erhålla enskild undervisning, vilket i regel torde kunna ske genom samordning med lasarettens medicinska barnavdelningar.

För de ungdomspsykiatriska avdelningarna bör slöjdlärare och eventuellt slöjdlärlarinna eller annan lämplig pedagog på eftermiddagar och kvällar ansvara för ungdomarnas lämpliga sysselsättning respektive för deras hobbyarbeten.

Övrig manlig och kvinnlig avdelningspersonal

Varje mindre barn bör ha sin bestämda barnsköterska, som svarar för dess vård och som i möjligaste mån kan fungera som mamma. Barnsköterskeutbildningen, som mest tar sikte på de späda barnen, vilka knappast förekommer på de barnpsykiatriska avdelningarna, är ej lämpad för denna

personalkategoriernas uppgifter. I framtiden är det önskvärt, att specialutbildning för sjukvårdspersonal av denna typ kommer till stånd i likhet med vad som är fallet med mentalsjukhusens personal. För närvarande torde dock personalen i första hand böra rekryteras med hänsyn till personlig lämplighet men bör ha erfarenhet från daghem eller annan institutionsvård. Genom den kvalificerade personalen bör de få sin fortsatta utbildning under arbetet — bland annat genom regelbundet anordnade konferenser — både av läkarna och kanske också av psykologerna eller andra lämpliga befattningshavare.

I viss utsträckning, framförallt för de högre åldrarna och ungdomsavdelningarna, behövs manliga assistenter. För dessa finnes för närvarande icke någon lämplig utbildning men vissa möjligheter att förvärva praktisk erfarenhet finnes vid till exempel ungdomsvårdsskolorna samt vid ungdomsgårdar och dylikt. Utbildningen torde i stort sett även för dessa böra ske som ovan skisserats för barnsköterskorna.

Den nödvändiga manliga personalen kan också bestå av de studerande, som söker praktik för inträde vid till exempel socialinstituten, respektive de yngre psykologie studerande, som avser att utbilda sig till kliniska psykologer, skolpsykologer etc. Även för blivande lärare torde en viss tid som assistent vid barn- och ungdomspsykiatriska avdelningar vara värdefull och dessa kan å andra sidan bli en god hjälp i vårdarbetet.

Kansli- och kontorspersonal

Varje barn- och ungdomspsykiatrisk avdelning liksom de öppna mottagningarna har ett stort behov av kansli- och kontorsbiträden för utskrivning av journaler, daganteckningar, utlåtanden etc. Journalregistreringar, arkiveringar, sortering av olika uppgifter, telefonpassning, lämnande av upplysningar är andra viktiga delar av verksamheten, för vars skötsel det är motiverat att anställa mera kvalificerade befattningshavare såsom kontorister och högre. För att spara övrig personal för viktigare uppgifter är det av betydelse, att sekreterarpersonalen utväljes med sådan omsorg, att den bl. a. kan på lämpligt sätt handha den första telefonkontakten med klientelet. Denna personalgrupp bör också i kvantitativt hänseende bli tillräckligt tilltagen. Att expeditioner och arbetsrum är utrustade med skrivmaskiner och diktafoner i tillräcklig omfattning är också nödvändigt.

I en särskild bilaga till detta betänkande har — för att ge en fylligare bild av hur arbetet inom den psykiska barna- och ungdomsvården kan försiggå ute i länen — lämnats en arbetsbeskrivning (bilaga A), som vi erhållit från Värmlands läns landstings psykiska barna- och ungdomsvård. Denna beskrivning torde även ge vissa upplysningar om samarbetet mellan läkare, psykologer, pedagoger, kuratorer och andra medarbetare inom verksamheten.

Sammanfattning

I detta kapitel har lämnats synpunkter på personalens inom den psykiska barna- och ungdomsvården utbildning och arbetsuppgifter. Inledningsvis framhålles bland annat, att den snabba utvecklingen inom psykiatrins, psykologins, pedagogikens och sociologins områden lärt oss nödvändigheten av att samarbeta i team, bestående av barnpsykiatriskt skolade läkare, psykologer i huvudsakligen diagnostiskt och i huvudsakligen terapeutiskt arbete, barnpsykologiska kuratorer samt eventuellt pedagogkonsulter.

För tillgodoseende av det stora utbildningsbehovet av läkare bör inom den psykiska barna- och ungdomsvården flera underläkaretjänster inrättas och vi anser att det vore önskvärt om det vid vissa enheter även inrättades särskilda utbildningstjänster (1-årstjänster) för läkare.

Vad beträffar utbildningen av psykologer finner vi det beklagligt, att statsmakterna ännu icke tagit ställning till psykologutredningens betänkande, vilket förhållande haft till följd, att den psykiska barna- och ungdomsvården ej kunnat tillgodogöra sig den enligt vårt mening värdefulla utbildningsplan, som framlagts i detta. Även i fråga om de barnpsykologiska kuratorerna påtalar vi de bristfälliga utbildningsmöjligheterna. Visserligen ger de mentalhygieniska kurserna vid socialinstitutet i Stockholm värdefull kunskap och handledning, men dessa kurser bedöms allmänt som otillräckliga. Vi erinrar därvid om den omläggning av utbildningen för kuratorerna, som familjerådgivningskommittén föreslagit i sitt betänkande och vilken även den psykiska barna- och ungdomsvården skulle kunna tillgodogöra sig.

Beträffande pedagogkonsulterna finner vi det lämpligt, att dessa även i fortsättningen är praktiskt verksamma lärare med deltidstjänstgöring inom den psykiska barna- och ungdomsvården. Vi har ej funnit oss kunna föreslå en ytterligare nedsättning av tjänstgöringstiden för dessa inom skolorna.

I slutet av kapitlet lämnas vissa synpunkter på avdelningspersonalens — det vill säga sjuksköterskor, förskolelärare, barnsköterskor, sjukvårdsbiträden samt assistenter och eventuella praktikanter m. fl. — utbildning och arbetsuppgifter. Därvid framhålles bland annat, att all erfarenhet visar, att vårdpersonalen i stort sett måste uppgå till det antal, som motsvarar antalet vårdplatser.

KAPITEL 7

Organisatoriska förslag

Principiella synpunkter

När det gäller att föreslå en organisationsplan för den framtida psykiska barna- och ungdomsvården har vi att beakta synpunkter av skilda slag. Den psykiska barna- och ungdomsvården är ett typiskt exempel på en social-medicinsk verksamhet, som dels måste tjäna som sjukvårdsorgan och dels måste bistå samhällets barnavårdande organ med psykiatrisk, psykologisk och social sakkunskap. Detta ger möjlighet till ett fruktbärande och berikande samarbete för alla berörda verksamhetsgrenar. Det har alltså gällt för oss att söka en organisationsform, som kan tillfredsställa socialvårdens behov och samtidigt skapa möjlighet till en sjukvårdsmässig planering av verksamheten.

I ungdomsvårdskommitténs betänkande dominerade de sociala aspekterna på bekostnad av de medicinskt-psykiatriska. Senare års erfarenheter har emellertid lärt oss, att behandlingen av missanpassade barn och ungdomar vanligen är mycket svårare och mer tids- och arbetskrävande än man tidigare varit medveten om. Samtidigt har vi också funnit nya vägar att uppnå positiva resultat. Vi måste dock erkänna, att detta inte gäller alla psykiska störningar hos barn och ungdomar och särskilt inte hos den mest samhällsbesvärliga gruppen med problem av ytterst komplicerad natur. Delvis sammanhänger detta med, att vi har metoder att påverka de föräldrar, som befinner sig i störda relationer till sina barn, men vi har icke tillnärmelsevis samma möjligheter att påverka det samhälle, som den sistnämnda typen av barn och ungdomar är i konflikt med. Vidare kan vi nu på ett bättre sätt än tidigare överblicka, vilka olika psykiska sjukdomstillstånd, som vi har att göra med inom verksamheten. Vi står sålunda ofta inför neuroser, psykoser och liknande tillstånd, där subjektivt lidande spelar en dominerande roll.

Givetvis måste även i fortsättningen verksamhetens sociala sidor i hög grad beaktas, men erfarenheten har givit oss den uppfattningen, att den psykiska barna- och ungdomsvården till sin innersta karaktär är en sjukvårdande verksamhet. Med hänsyn härtill måste den utbyggnad av verksamheten, som det gäller att planera för under de närmaste decennierna, framförallt ta sikte på de medicinskt-psykiatriska aspekterna. Detta sker väsentligen genom att inrätta lasaretsavdelningar och centraler för psykisk

barna- och ungdomsvård inom varje landstingskommun och inom de större landstingsfria städerna. När vi föreslår detta, har vi bland annat också beaktat nödvändigheten av att jämställa läkarna inom denna vårdgren med dem inom övriga specialiteter och att därigenom stödja rekryteringen.

På detta sätt kommer också enligt vår mening socialvården att på längre sikt bäst gagnas. Man kan visserligen icke beräkna, att barnpsykiatrins insatser på det sociala området skall kunna öka i väsentlig utsträckning förrän en allmän utbyggnad av den psykiska barna- och ungdomsvården kommit till stånd och dess verksamhet konsoliderats. Som hittills och successivt i allt mer ökad omfattning kommer socialvården att kunna betjänas genom konsultverksamhet och remissförfarande.

Frågan om huvudmannaskap m. m.

Enligt den nu gällande statsbidragskungörelsen har huvudmannaskapet för den psykiska barna- och ungdomsvården anförtrotts åt landstingen och de landstingsfria städerna. Vi finner icke någon anledning att föreslå ändring i detta hänseende och förutsätter, att den psykiska barna- och ungdomsvården, sådan den nu är organiserad, övergår i den nya organisationsformen. Då man under åtskilliga år framåt måste räkna med en brist på kvalificerad personal, särskilt på barnpsykiatriskt utbildade läkare, anser vi, att den psykiska barna- och ungdomsvården även tills vidare måste bygga på frivillighet från huvudmännens sida.

Frågan om vem som bör bli huvudman för de särskilda mentalsjukhus för barn och ungdomar, som vi i kapitel 9 föreslår skall uppföras, återkommer vi till i nämnda kapitel.

Ledningen av verksamheten skall enligt kungörelsen tillkomma, inom landstingsområde vederbörande hälso- och sjukvårdsberedning eller, då särskild hälsovårdsberedning och särskild sjukvårdsberedning finnes, dessa beredningar gemensamt samt inom stad, som ej deltagar i landsting, sjukhusmyndighet, skolmyndighet eller barnavårdsmyndighet. Efter medicinalstyrelsens godkännande må dock ledningen kunna uppdragas åt annat organ än något av de nu angivna.

Ej heller i nu berörda hänseende anser vi någon ändring i sak vara påkallad. Med hänsyn till vad inledningsvis anförts rörande verksamhetens sjukvårdsmässiga karaktär kan det synas inkonsekvent att låta verksamhetens ledning kunna även framdeles åvila skolmyndighet och barnavårdsmyndighet. Av praktiska skäl har vi emellertid, speciellt med hänsyn till storstäderna, funnit oss böra bibehålla denna möjlighet. Likaså av praktiska skäl måste det också vara möjligt att exempelvis i det fall, då en stiftelse eller myndighet driver barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet av speciellt slag, t. ex. barnpsykiatrisk sjukhusavdelning, överlåta ledningen av denna verksamhet åt respektive styrelse eller myndighet, dock under den

förutsättningen, att verksamheten ingår som en del i den av huvudmannen i övrigt anordnade psykiska barna- och ungdomsvården inom ett område och medicinalstyrelsen kunnat godkänna ett sådant arrangemang vid fastställande av planen för hela verksamheten inom berörda område.

Våra förslag kommer att nödvändiggöra utformning av ny statsbidragskungörelse jämte nya tillämpningsföreskrifter med normalinstruktion och normalplan. Förslag till ny kungörelse återfinnes i kapitel 12. Det bör ankomma på medicinalstyrelsen att utfärda tillämpningsföreskrifterna. Till ledning för styrelsens arbete härmed framlägger vi emellertid i nyssnämnda kapitel förslag även till ny normalinstruktion och normalplan.

I våra förslag har vi bemödat oss om att söka ernå så stora förenklingar som möjligt såväl för de lokala organen som för de centrala statliga myndigheterna. Denna princip synes böra vara vägledande även vid utfärdandet av tillämpningsföreskrifterna. Huvudmannen bör sålunda bli berättigad att uppbära statsbidrag till avlöningskostnaderna för läkare, psykologer etc. även om respektive tjänster under förslagsvis högst fem månader av kalenderåret uppehållits av icke behörighetsförklarad vikarie.

Allmän organisationsplan

Inom varje område, där psykisk barna- och ungdomsvård anordnas, anser vi, att det finns behov av såväl barn- och ungdomspsykiatrisk sjukhusavdelning med en i anslutning därtill anordnad öppen mottagning som av en eller flera fristående centraler och filialer. Den öppna vården måste alltid handlägga flertalet fall, som söker hjälp, och huvudparten av det förebyggande arbetet måste också utföras vid fristående centraler och andra öppna mottagningar. För utredning och behandling av många fall, som söker den öppna vårdens organ, är det emellertid enligt såväl in- som utländsk erfarenhet oundgängligen nödvändigt att därutöver ha tillgång till en välutrustad och under kvalificerad ledning stående lasarettsavdelning.

I fråga om det relativa behovet av lasarettsavdelningar contra fristående centraler torde dock en viss skillnad föreligga mellan de stora städerna och övriga sjukvårdsområden. I storstäderna med omgivning är det nämligen som regel möjligt att vid behov låta patienten komma tillbaka till respektive öppen mottagning erforderligt antal gånger, medan det ute i länen — där det ofta gäller patienter, som rest lång väg — många gånger bedömes nödvändigt, att för observation eller behandling ta in även sådana patienter på avdelningen, som eljest kunde skötas polikliniskt. Inom ett landstingsområde bör därför enligt vår mening i första hand anordnas lasarettsavdelningar med därtill anslutna öppna mottagningar, varefter systemet med fristående centraler och filialer bör byggas ut i så rask takt, som omständigheterna medger. I de största städerna kommer givetvis tyngdpunkten i verksamheten att ligga på fristående centraler. Med hänsyn till vad nu

anförts bör det inte alltid krävas, att varje huvudman redan från början skall ha till sitt förfogande en egen barn- och ungdomspsykiatrisk lasarett-avdelning, utan det bör finnas möjlighet för en huvudman att träffa avtal om disposition av visst antal platser vid av annan huvudman inrättad avdelning eller för två eller flera huvudmän att inrätta gemensam barn- och ungdomspsykiatrisk lasarett-avdelning.

Med *fristående central* avser vi en öppen mottagning, försedd med en eller flera egna läkare, psykologer och kuratorer, det vill säga med ett fullständigt team. De nuvarande filialstationerna i Stockholm kommer enligt denna begreppsbestämning att bli fristående centraler.

En utbyggnad av systemet med *filialer* är enligt vår mening önskvärd. Särskilt inom de till ytan större landstingsområdena har dessa en betydelsefull uppgift att fylla genom att föräldrar eller andra anförvanter i många fall på närmare avstånd än till lasarettet kan söka erforderlig hjälp. Filialerna, som avses i huvudsak skola betjänas av de öppna mottagningarnas vid sjukhusen och de fristående centralernas personal, kan givetvis inte beräknas få tillgång till samma utrustning som övriga enheter inom verksamheten, men det har visat sig att man genom dessa får kontakt med en hel del fall, som är i stort vårdbehov men som kanske inte skulle nått hjälporganet om filialen ej hade funnits. För utförande av mera krävande undersökningar måste man räkna med att vederbörande patient inremitteras till lasarett-avdelningen eller till den fristående centralen.

Som framgår av kapitel 5 har flertalet huvudmän framfört önskemål om att större möjligheter än vad som nu är för handen bör föreligga för observation och behandling av barn och ungdomar. Lasarett-avdelningens huvuduppgift blir utredning och korttidsbehandling men bör endast i sådana fall, då oundgängliga behov härav föreligger, tagas i anspråk för längre tids observation och behandling. Med anledning härav och för att i övrigt uppnå bättre differentieringsmöjligheter bör *särskilda hem för långtidsobservation och behandling* inrättas.

Det må påpekas, att även de arbetsuppgifter, som kommit att åvila socialläkarna vid barnavårdsnämnden i Stockholm, skall kunna skötas av de öppna mottagningarna vid lasarett respektive de fristående centralerna. I den mån sådana arbetsuppgifter blir av mera omfattande karaktär bör särskilda befattningar kunna inrättas. Att göra läkare med sådana arbetsuppgifter och speciella arbetsmetoder till en integrerande del av arbetsteamet i den öppna vården skulle vara av betydande fördel; även dessa läkare behöver dessutom i sitt arbete intimt samarbete med barn- och ungdomspsykiatriska lasarett-avdelningar.

En betydelsefull fråga i detta sammanhang är också den, huruvida den psykiska barna- och ungdomsvårdens organ inom ett område skall vara tillgängliga för personer, bosatta inom annat område. Särskilt för befolkningen inom områden utan egen verksamhet skulle en sådan rättighet givet-

vis vara värdefull men även vid en fullständig utbyggnad av verksamheten i de fall, då vederbörande klient har närmare till en central inom angränsande landstingsområde än till centralen inom sitt eget område. Vi anser oss emellertid ej kunna framlägga förslag om införande av särskilda föreskrifter beträffande frihet från eller bundenhet av »bostadsband». Detta spörsmål bör lösas genom överenskommelser mellan de olika huvudmännen. Dagens situation aktualiserar emellertid i hög grad frågan om en för hela landets befolkning öppen mottagningsmöjlighet vid *rikssjukhus*. Här till återkommer vi i slutet av kapitel 11.

Genom beslut den 7 juni 1956 har Kungl. Maj:t uppdragit åt mentalsjukvårdsdelegationen att i samråd med statens kommitté för sinnessjukvårdens utbyggande utreda det av statsutskottet i dess utlåtande nr 128/1956 berörda spörsmålet om inrättande av *särskilda vårdplatser för sinnessjuka barn*. I kapitel 9 redovisas den utredning som gjorts med anledning härav och de förslag, som vi på grundval av nämnda utredning framlägger.

Central och lokal tillsyn

Enligt nu gällande statsbidragskungörelse skall den psykiska barna- och ungdomsvården stå under överinseende av medicinalstyrelsen och under lokal tillsyn av vederbörande förste provinsialläkare respektive med denne jämställd förste stadsläkare. Där verksamhet anordnats för två eller flera sjukvårdsområden, bestämmer medicinalstyrelsen vem som skall handhava den lokala tillsynen.

Som tidigare framhållits skall som regel en barn- och ungdomspsykiatrisk lasarettavdelning ingå i organisationen för ett landstings psykiska barna- och ungdomsvård. Vad beträffar denna del av verksamheten bör ifråga om tillsynen gälla vad som därom är stadgat för lasarett. I övrigt föreslår vi icke någon ändring av den nuvarande ordningen.

En utbyggnad av den psykiska barna- och ungdomsvården kommer givetvis att medföra ökade arbetsuppgifter för medicinalstyrelsen, inom vilken myndighet sådana ärenden varom här är fråga handläggas av den överinspektör, som därjämte bland annat bereder och föredrager ärenden rörande vården av vissa psykiskt efterblivna. Redan den arbetsbörda, som för närvarande åvilar denne, är av den omfattningen, att inrättande av en befattning som *specialföredragande i ärenden rörande psykisk barna- och ungdomsvård* är väl motiverad. För att utbyggnaden i fortsättningen skall kunna ske under aktiv medverkan av medicinalstyrelsen anser vi det nödvändigt, att det från och med budgetåret 1958/59 inrättas en sådan befattning. Denne specialföredragandes arbetstid torde böra fastställas till i genomsnitt 3 timmar per dag, inberäknat tid för inspektioner. Genom inrättande av en deltidsbefattning blir det möjligt för innehavaren att bibehålla kontakten med det praktiska arbetet inom området. Arvodet till

honom bör utgå med samma belopp som till övriga specialföredragande med nyssnämnda arbetstid.

Så småningom kanske det emellertid visar sig nödvändigt att inrätta en heltidstjänst antingen enbart för ifrågavarande arbetsuppgifter eller i förening med andra uppgifter inom något närliggande område av styrelsens verksamhet. Denna fråga bör kunna prövas i ett annat sammanhang.

Behörighetsvillkor och anställningsförfarande

Läkare.

I kapitel 4 har bland annat framhållits, att det av läkarna inom den psykiska barna- och ungdomsvården för närvarande fordras speciell utbildning i pediatrik och psykiatri samt speciell erfarenhet i barnpsykiatri eller eljest förvärvad för verksamheten ägnad specialutbildning.

Det förutsättes sålunda, att samtliga läkare skall ha omförd kompetens. Enligt vår mening bör emellertid kravet om viss kompetens begränsas till lasarettsläkare, biträdande lasarettsläkare och samtliga läkare vid fristående mottagningar, dock med undantag för nedan angivna extra läkare. Några synpunkter på önskvärd utbildning för dessa under eget ansvar verk samma barnpsykiatriker har framförts i kapitel 6 (sid. 74).

För de underordnade läkarna vid lasarettens slutna och öppna vård bör emellertid enligt vår uppfattning ej uppställas andra behörighetsvillkor än som gäller för underläkare inom andra discipliner, d. v. s. att vara legitimerad läkare.

Av lasarettsläkare, biträdande lasarettsläkare och samtliga läkare (utom extra läkare) vid fristående mottagningar bör tills vidare av nedan angivna skäl krävas två års utbildning i barnpsykiatri jämte sex månaders utbildning i allmän psykiatri och sex månaders utbildning i pediatrik. Vid uppgörandet av detta förslag har vi beträffande specialutbildningens omfattning sett oss nödsakade följa de normer, som gäller för lasarettsläkare i allmänhet. Enligt vår mening hade det varit önskvärt om utbildningskraven kunnat fastställas till åtminstone två års utbildning i barnpsykiatri, ett års utbildning i allmän psykiatri och ett års utbildning i pediatrik, varigenom bättre överensstämmelse nåtts med gällande specialistbestämmelser. Vid en kommande översyn av behörighetsvillkoren för lasarettsläkare bör en dylik utvidgning av specialutbildningstidens omfattning uppmärksammas.

Hittillsvarande praxis har ej gjort det möjligt att anställa underläkare enbart för arbete i öppen vård. För att möjliggöra en snabbare utbildningstakt föreslår vi emellertid inrättandet av 1-årstjänster (extra läkare) vid de större centralerna. För dessa tjänster skulle full specialutbildning ej behöva krävas. Som anförts å sid. 75 vore det även för läkarnas allsidiga utbildning önskvärt, om sådana tjänster tillskapades. I första hand bör detta ske inom områden, där ett rikt utvecklat system av fristående centraler finnes.

I fråga om inrättande och tillsättning av tjänster såsom lasarettsläkare, biträdande lasarettsläkare, lasarettssunderläkare och extra läkare bör i övrigt gälla samma föreskrifter som inom andra discipliner, det vill säga som regel bestämmelser meddelade i sjukhuslag och sjukhusstadga.

Läkare, som förestår fristående central med därtill eventuellt anknutna filialer, har sådant ansvar och sådana arbetsuppgifter, att han bör i olika hänseenden jämsställas med lasarettsläkare och benämnas överläkare. Härav följer, att dessa tjänster bör tillsättas på samma sätt som lasarettsläkartjänster, det vill säga av Kungl. Maj:t. Finnes inom ett område förutom lasarettssavdelning flera centraler kan det visa sig lämpligt att någon av överläkarna som chefsläkare får svara för samordningen av den öppna vården inom området.

Vad beträffar tjänster som biträdande läkare vid fristående öppna mottagningar föreslår vi, att dessa skall tillsättas av det lokala organ, som handhar ledningen av verksamheten.

Övriga befattningshavare.

Den i nu gällande kungörelse angivna benämningen assistent bör enligt vår mening utgå. I stället bör användas följande benämningar, nämligen *psykolog* för alla hittillsvarande assistenter med diagnostiskt eller psykoterapeutiskt arbete, *barnpsykiatrisk kurator* i stället för socialassistent (hittills vanligen benämnd barnpsykologisk kurator), samt *pedagogkonsult* i stället för pedagogassistent. Härigenom ernås dels att i benämningarna ges en antydning om likheter och olikheter i befattningshavarnas arbetsuppgifter, dels att skillnaden i utbildning markeras mellan dessa personalkategorier och assistent- eller kuratorsgrupper utanför den psykiska barna- och ungdomsvården. Ifråga om tillsättning av sådana tjänster föreslår vi icke någon ändring, det vill säga de bör även framdeles tillsättas av det lokala organet.

Beträffande berörda befattningshavare gäller för närvarande, att de skall ha behörighetsförklarats av medicinalstyrelsen efter samråd med socialstyrelsen och skolöverstyrelsen. Ur administrativ synpunkt har detta förfaringssätt visat sig alltför omständligt och tidskrävande. Varje ansökningsärende måste nämligen passera samtliga myndigheter, vilket kan medföra en försening av den slutliga handläggningen av ärendena upp till halvår. Som av det följande framgår föreslår vi därför, att behörighetsförklaring för de olika personalkategorierna för framtiden uppdelas på olika myndigheter. Därjämte föreslår vi, att behörighetsförklaring i motsats till vad nu är fallet ej enbart skall gälla viss tjänst utan kunna bli generell, det vill säga avse varje motsvarande tjänst inom verksamheten. Intyg om behörighet bör ävenledes kunna meddelas av respektive myndighet utan att vederbörande anmält sig som sökande till viss tjänst inom den psykiska barna- och ungdomsvården. För befattningshavare redan meddelad behörighet

för viss tjänst bör givetvis ej bli föremål för omprövning, sedan de nya behörighetsvillkoren trätt i kraft.

Här nedan angivna kompetenskrav utgör ett försök att sammansmälta uttalanden och önskemål angående psykologers och barnpsykiatriska kurators arbete inom den psykiska barna- och ungdomsvården med de faktiska utbildningsmöjligheter, som nu står till buds. För att underlätta rekryteringen under de allra närmaste åren, därest behovet av personal skulle visa sig större än det antal, som uppfyller de angivna kraven, förutsätter vi, att dispens bör kunna ges åt personer, som genom sitt arbete på fältet visat sig speciellt lämpade för detta, även om någon punkt i behörighetskraven icke skulle vara uppfylld. I så fall skulle behörigheten ej vara generell utan som hittills varit fallet endast gälla viss tjänst.

I huvudsak synes våra förslag till behörighetsvillkor böra kunna accepteras och utgöra tillräcklig ledning för de studerande, som avser att ägna sig åt psykisk barna- och ungdomsvård. En viss tvekan har rått, huruvida man bör kräva fil. kand.-examen som grundutbildning för psykologer med huvudsakligen terapeutiskt arbete, detta med tanke på deras i övrigt mycket dyrbara utbildning. Vi har emellertid ansett oss där böra följa psykologutredningens linje om gemensam grund för båda psykologgrupperna. Det har också rått tvekan, huruvida inte i fil. kand.-examen två betyg i det delade ämnet pedagogik borde räknas som likvärdiga med två betyg i psykologi intill dess psykologutbildningen erbjuder en för kliniska psykologer speciellt inriktad linje.

Det vore givetvis önskvärt, om man kunde komma ifrån behörighetsförklaringarna. Intill dess utbildningsförhållandena för psykologer och kuratorer stabiliserats, har det dock syntts oss nödvändigt att bibehålla desamma.

Psykologer.

Vårt förslag till behörighetsvillkor framgår av schemat å nästa sida.

Behörighetsvillkoren för psykologer bör enligt vår mening fastställas av medicinalstyrelsen efter samråd med skolöverstyrelsen. Samma ordning bör tillämpas även då fråga är om ändring av eller tillägg till behörighetsvillkoren.

Vad beträffar behörighetsförklaringen i varje enskilt fall föreslår vi, att medicinalstyrelsen skall fatta beslut därom utan att vara nödsakad att samråda med annan myndighet. Självklart är, att sådant samråd ändock bör komma till stånd med skolöverstyrelsen, om så anses önskvärt med hänsyn till arten av ifrågavarande ärende.

För bland annat beredning och föredragning av ärenden rörande behörighetsförklaring för psykologer samt för att lämna råd och anvisningar till inom verksamheten anställda psykologer föreslår vi, att en *deltidsbefattning som psykolog* inrättas inom medicinalstyrelsen. En dylik befattning är under alla omständigheter väl motiverad, då starkt behov av densamma

Behörighetsvillkor

	Nu gällande	Vårt förslag
a) Psykologer i huvudsakligen diagnostiskt arbete.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tentamen i psykologi (eller odelade ämnet pedagogik) vid högskola resp. universitet med minst betyget AB. 2. Ericastiftelsens 1-åriga kurs eller motsvarande utbildning. 3. Kurser i olika former av specialtestning. 4. Praktik från psykisk barn- och ungdomsvård och angränsande områden. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fil. kand. — examen med minst två betyg i ämnet psykologi* samt de fyra övriga betygen i ämnena pedagogik, praktisk filosofi, sociologi eller statistik. 2. Dokumenterade kunskaper i olika former av testning. 3. Någon form av handledd praktisk utbildning inom psykisk barn- och ungdomsvård eller vid Ericastiftelsens 1-åriga kurs. 4. Praktik från psykisk barn- och ungdomsvård.
b) Psykologer i huvudsakligen terapeutiskt arbete.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tentamen i psykologi (eller odelade ämnet pedagogik) vid universitet eller högskola med minst betyget AB. 2. Ericastiftelsens 2-åriga kurs eller motsvarande utbildning. 3. Ytterligare kunskap inom djuppsykologin. (Läranalys eller på annat sätt förvärvat motsvarande kunskap.) 4. Praktik. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fil. kand. — examen med minst två betyg i ämnet psykologi* samt de fyra övriga betygen i ämnena pedagogik, praktisk filosofi, sociologi eller statistik. 2. Ericastiftelsens högre kurs eller motsvarande utbildning, förvärvat inom psykisk barn- och ungdomsvård. 3. Ytterligare kunskap och erfarenhet inom djuppsykologin. 4. Praktik från psykisk barn- och ungdomsvård.

* Före år 1955 fullgjord tentamen i det odelade ämnet pedagogik med samma betyg räknas som likvärdig i merithänseende.

föreligger även beträffande andra uppgifter, exempelvis för handläggning av vissa ärenden inom vården av de psykiskt efterblivna och epileptiker-vården. Innehavaren av befattningen skall vara teoretiskt väl kvalificerad, helst fil. lic. i psykologi, men skall dessutom äga omfattande praktisk erfarenhet.

Barnpsykiatriska kuratorer.

Vårt förslag till behörighetsvillkor framgår av schemat å nästa sida.

Behörighetsvillkoren för barnpsykiatriska kuratorer samt ändring av eller tillägg till dessa villkor föreslår vi, att medicinalstyrelsen skall fastställa efter samråd med socialstyrelsen.

Familjerådgivningskommittén föreslår i sitt betänkande, att en byrådirektörstjänst, avsedd för en socialt utbildad befattningshavare, inrättas inom medicinalstyrelsen. Åt innehavaren av denna tjänst skulle uppdragas att

Behörighetsvillkor

Nu gällande	Vårt förslag
1. Diplom från Socialinstitutet (socio-nomexamen = DSI)	1. Socionomexamen.
2. Mentalhygieniska kursen vid samma institut eller motsvarande utbildning resp. erfarenhet.	2. Praktik från kommunalt arbete under minst ett år, därav minst sex månader som självständig socialvårdare.
3. Praktik och erfarenhet från kommunalt arbete som självständig socialvårdare (c:a ett år efter DSI).	3. Mentalhygienisk kurs vid socialinstitut eller motsvarande utbildning resp. erfarenhet.

vara föredragande i ärenden rörande allmän familjerådgivning, och att å medicinalstyrelsens vägnar handhava den allmänna tillsynen över och ledningen av nämnda verksamhet. Därjämte skulle ifrågavarande befattningshavare tilldelas uppgiften att utöva tillsyn över samtliga sjukhuskuratorer. Innehavaren av nämnda befattning skulle ha avlagt examen vid socialinstituts sociala linje och ha genomgått dess mentalhygieniska kurs eller äga däremot svarande på annat sätt förvärvat utbildning. Innehavaren skulle därutöver ha en grundlig praktisk erfarenhet, vunnen under mångårigt arbete vid familjerådgivningsbyrå eller annan del av det mentalhygieniska fältet samt ha ådagalagt administrativ kunnighet.

Enligt vår mening vore det lämpligt att uppdraga åt ovannämnda befattningshavare att jämväl vara föredragande i ärenden rörande fastställelse av behörighetsvillkor och behörighetsförklaring i varje enskilt fall med avseende på de barnpsykiatriska kuratorerna. Vi vill därför livligt tillstyrka familjerådgivningskommitténs förslag till inrättande av en dylik tjänst.

I avvaktan på statsmakternas ställningstagande i frågan om inrättande av tjänsten har vi emellertid funnit oss böra föreslå, att behörighetsförklaring i varje enskilt fall skall meddelas av socialstyrelsen utan att samråd ovillkorligen skall äga rum med annan myndighet. Meddelande rörande utfärdad behörighet skall av socialstyrelsen därvid översändas till medicinalstyrelsen.

Pedagogkonsulter.

Behörighetsvillkor

Nu gällande	Vårt förslag
1. Lärarutbildning.	1. Lärarutbildning.
2. Hjälpklasslärarkurs (18 veckor) eller Ericastiftelsens 1-åriga kurs eller motsvarande utbildning.	2. <i>Antingen</i> hjälpklasslärarkurs (18 veckor) <i>eller</i> särskollärarkurs <i>eller</i> Ericastiftelsens 1-åriga kurs <i>eller</i> motsvarande utbildning.
3. Praktik.	3. Lärartjänstgöring.

Under en övergångsperiod intill dess den skolpsykologiska verksamheten blivit utbyggd måste av all erfarenhet att döma inom den psykiska barna- och ungdomsvårdens organisation finnas tillgång till pedagogkonsulter med

samma arbetsuppgifter, som för närvarande åvilar de så kallade pedagog-assistenterna. Det är dock möjligt, att även efter en fullständig sådan utbyggnad detta blir fallet. Vi räknar därför med ett behov av även denna personalkategori. Vi föreslår, att medicinalstyrelsen efter samråd med skolöverstyrelsen skall fastställa behörighetsvillkoren för dessa. I de enskilda fallen bör behörighetsförklaring därefter meddelas av skolöverstyrelsen utan att samråd ovillkorligen skall ha ägt rum med annan myndighet. Meddelande rörande utfärdad behörighet skall av skolöverstyrelsen översändas till medicinalstyrelsen.

Avgiftsfri mottagning

I 6 § i den nu gällande statsbidragskungörelsen stadgas, att statsbidrag utgår allenast under förutsättning, att undersökning, rådgivning och behandling vid central och filialstation lämnas avgiftsfritt. I detta hänseende föreslår vi, att avgiftsfrihet skall tillämpas vid alla de öppna mottagningar, som upptagits i planen för verksamhetens ordnande.¹ Ett avgiftssystem skulle visserligen icke numera efter införandet av den obligatoriska sjukförsäkringen i allmänhet bli så betungande för barnens och ungdomarnas anhöriga. I många fall, ej minst de allvarigare, skulle det dock bli både betungande och olämpligt. Det rör sig på detta område nämligen inte bara om läkarbesök utan därjämte om tidsödande observationer och behandlingar av andra personalkategorier. Därtill kommer att inte enbart patienter utan även anhöriga och andra personer kan ingå i observations- och behandlingssystemet. Vad läkarna i inkomsthänseende går miste om vid tillämpning av avgiftsfrihet inom den öppna vården bör kompenseras genom lönetillägg. Vid de barnpsykiatriska lasaretsavdelningarna medför ett ordinärt avgiftssystem emellertid inga olägenheter, då sjukkassan svarar för avgifterna, då patienten är intagen på sjukhus. För den slutna vården föreslår vi därför icke någon avgiftsfrihet.

Vi anser, att all öppen verksamhet av denna art bör vara avgiftsfri, sålunda till exempel även den av Ericastiftelsen i Stockholm drivna öppna mottagningen. Så skulle kunna bli fallet om denna inordnades som en fristående central i planen för Stockholms stads psykiska barna- och ungdomsvård. Denna fråga bör upptagas till prövning vid förhandlingar mellan staten, Stockholms stad och Ericastiftelsen.

Statsbidragsfrågan

Som tidigare nämnts utgår alltsedan tillkomsten av den nu gällande kungörelsen statsbidrag till avlöningskostnaderna för läkare och assistenter med ett årligt belopp, motsvarande hälften av de verkliga kostnaderna, för läkare

¹ Härmed avses ej de öppna mottagningar som lasaretsläkarna eventuellt kan komma att bedriva privat vid lasarett i likhet med vad som gäller inom andra vårdiscipliner.

dock högst 6 000 kronor och för assistent högst 3 000 kronor. För läkares och assistents resor till i planen upptagna mottagningar vid filialstationer utgår vidare statsbidrag inom Norrbottens, Västerbottens och Jämtlands län med 70 procent, inom Västernorrlands, Gävleborgs, Kopparbergs och Värmlands län med 60 procent samt inom riket i övrigt med 50 procent av de sammanlagda rese- och traktamentskostnaderna.

Av medicinalstyrelsen utanordnade bidrag för verksamhetsåren 1954 och 1955 framgår av följande sammanställning.

Bidrag till	1954			1955		
	läkare	assistenter	resor	läkare	assistenter	resor
Sthlms stad	77 799	95 601	—	75 635	90 902	—
Sthlms läns landsting	12 000	19 173	1 756	12 000	19 500	1 871
Uppsala läns lands- ting	6 000	2 250	—	6 000	4 188	—
Jönköpings läns landsting	6 000	5 655	539	—	—	—
Malmöhus läns lands- ting	1 000	500	—	6 000	1 000	—
Göteborgs stad	22 000	11 452	1 201	30 000	19 000	1 106
Värmlands läns landsting	12 000	7 500	3 843	12 000	6 375	2 894
Örebro läns landsting	—	—	—	1 000	500	—
Västerbottens läns landsting	1 800	11 640	6 082	4 050	12 331	7 434
	138 599	153 771	13 421	146 685	153 796	13 305
	305 791			313 786		

De nuvarande bestämmelserna har tolkats så, att statsbidraget begränsats till läkare och assistenter i öppen vård. Någon sådan begränsning bör enligt vår mening ej föreligga för framtiden. Statsbidraget bör utgå till läkare, psykologer, barnpsykiatriska kuratorer och pedagogkonsulter antingen de tjänstgör inom öppen eller sluten vård.

I den mån mentalhygienisk verksamhet anordnas i skolorna och denna får samma karaktär som den psykiska barna- och ungdomsvården, bör hinder inte möta att anordna en sådan med statsbidrag enligt de bestämmelser, som gäller för den psykiska barna- och ungdomsvården.

Vad beträffar storleken av statsbidraget till avlöningskostnader har vi stannat inför att föreslå en sådan höjning av detsamma, som väl svarar emot en beräknad genomsnittlig höjning av lönerna under tiden från den 1 juli 1945. Vårt förslag innebär sålunda, att bidraget skall utgå med hälften av de verkliga avlöningskostnaderna per år, dock högst 15 000 kronor för läkare och högst 8 000 kronor för psykolog, barnpsykiatrisk kurator och pedagogkonsult. Det hade givetvis varit önskvärt att få till stånd en indexreglerad bidragsform, exempelvis genom att utesluta maximeringsbestäm- melsen. Inom landstingen och de landstingsfria städerna tillämpas emeller-

tid ej helt enhetliga normer för inplacering av berörda befattningshavare i lönegrader, och vi har på grund härav ej velat frångå maximeringsregeln.

Den 6 juni 1957 har Kungl. Maj:t bemyndigat statsrådet och chefen för inrikesdepartementet att tillkalla sakkunniga för utredning av frågan om de ekonomiska villkoren för överförande av huvudmannaskapet för sinnessjukvården till landstingen och städerna utanför landsting m. m. I direktiven för denna utredning framhålles bland annat, att om huvudmannaskapet för all mentalsjukvård skall åvila kroppssjukvårdens huvudmän, synes det vara angeläget att de statsbidrag, som då skall utgå för den del av mentalsjukvården, som för närvarande omhänderhas av staten, samordnas med de bidrag, som nu utgår för de grenar av mentalsjukvården, för vilka ansvaret redan åvilar landstingen. Frågan om ett sammanförande av de nu utgående bidragen till mentalsjukvård med de nya bidragen för den egentliga sinnessjukvården bör därför prövas av utredningen, framhålles det vidare.

Man kan sålunda utgå ifrån, att även statsbidraget till den psykiska barna- och ungdomsvården kommer att bli föremål för denna nya utrednings övertväganden. Av oss framlagt förslag rörande statsbidragets storlek och utformning kommer därför att få karaktären av ett provisorium.

Några bestämmelser om statsbidrag till uppförande eller inrättande av barn- och ungdomspsykiatriska lasarettavdelningar finns för närvarande inte. Enligt vår mening bör emellertid ett bidragssystem tillskapas även för detta ändamål efter i stort sett samma riktlinjer, som nu gäller beträffande psykiatriska lasarettavdelningar, dock med det tillägget, att byggnadsbidraget beträffande barn- och ungdomspsykiatriska lasarettavdelningar bör kunna utgå även till städerna Stockholm, Göteborg, Malmö, Uppsala och Lund.¹

Med hänsyn till att även frågan om byggnadsbidragen kommer att bli föremål för den ekonomiska utredningens ställningstagande har vi icke ansett skäl föreligga att här framlägga förslag om bestämmelser för statsbidrag till uppförande eller inrättande av barn- och ungdomspsykiatriska lasarettavdelningar.

Vid bifall till vårt förslag kommer ett enhetligt statsbidragssystem att tillskapas för driften av öppen och slutna barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet. Alternativt skulle man kunna tänka sig att för den slutna delen införa ett liknande bidragssystem, som för närvarande tillämpas i fråga om driften av psykiatriska lasarettavdelningar (S. F. S. 1946:422), det vill säga ett statsbidrag med tre kronor per dag och patient. Vårt förslag kan emellertid förväntas medföra ett något högre statsbidrag till huvudmännen än vad genomförandet av nämnda alternativ skulle kunna innebära med

¹ Enligt kungörelsen den 21 juni 1946 (nr 421) angående statsbidrag till uppförande eller inrättande av psykiatriska avdelningar vid eller i anslutning till lasarett är städerna Stockholm, Göteborg, Malmö, Uppsala och Lund tills vidare undantagna från kungörelsens tillämpningsområde. Frågan, huruvida kungörelsen bör ändras på denna punkt, har icke varit föremål för våra övertväganden.

hänsyn till det ringa platsantalet vid de barn- och ungdomspsykiatriska avdelningarna. Med hänsyn till att en barn- och ungdomspsykiatrisk avdelning kräver en högre personaltäthet än en vuxenpsykiatrisk avdelning anser vi skäl föreligga för tillämpning av den något gynnsammare bidragsnormen.

Slutligen föreslår vi, att nuvarande bestämmelser angående statsbidrag för läkares, psykologers, barnpsykiatriska kuratorers och pedagogkonsulters resor bland annat till och från filialer bibehålles oförändrade.

Kostnadsberäkning

Statsbidraget utbetalas för närvarande kalenderårsvis på grund av att landstingens och de landstingsfria städernas budgetår sammanfaller med kalenderåret. Med hänsyn härtill föreslår vi, att den nya kungörelsen träder i kraft den 1 januari 1959. Då statsbidraget utbetalas i efterskott kommer de nya bestämmelserna att påverka anslagsberäkningen först för budgetåret 1959/60. Anslaget för nästkommande budgetår synes därför enligt vår mening kunna fastställas med samma belopp som för innevarande budgetår eller 400 000 kronor.

För att ge en föreställning om de ekonomiska konsekvenserna av de nya bestämmelserna har vi verkställt en approximativ kostnadsberäkning för ett helt kalenderår efter kungörelsens ikraftträdande.

Av ett anslag å 400 000 kronor kan 45 procent eller 180 000 kronor beräknas komma att utbetalas som bidrag till avlöningar åt läkare, 50 procent eller 200 000 kronor som bidrag till avlöning åt psykologer, barnpsykiatriska kuratorer och pedagogkonsulter samt 5 procent eller 20 000 kronor som bidrag till täckande av resekostnader. Vid bifall till våra förslag skulle bidraget till läkarlöner behöva uppräknas till 500 000 kronor, bidraget till löner åt psykologer, kuratorer och pedagogkonsulter till 560 000 kronor, varjämte bidraget till resekostnader kan beräknas i stort sett oförändrat, det vill säga 20 000 kronor. En höjning av det totala anslaget från 400 000 kronor till 1 080 000 kronor kommer sålunda att bli erforderlig.

Som framhållits kommer även det av oss föreslagna statsbidragssystemet att få karaktären av ett provisorium i avvaktan på resultatet av ovan omnämnda ekonomiska utredning. Med hänsyn härtill har vi ej verkställt någon beräkning av kostnaderna för en fullständigt utbyggd barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet i landet.

KAPITEL 8

Lokaler för vårdavdelningar och öppna mottagningar

I vår tidigare omnämnda enkät tillfrågades samtliga landsting och landstingsfria städer liksom övriga institutioner vid vilka barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet bedrivs om de nu befintliga lokalernas beskaffenhet. Förutom en redogörelse för dessa lämnades skisser över desamma och samtidigt redogjordes för eventuella förslag till nya sådana. På vissa punkter har de insända uppgifterna kompletterats.

På detta sätt har vi, som framhållits i kapitel 4, kunnat konstatera, att de nuvarande lokalerna ofta är provisoriska och att de som regel får anses vara bristfälliga. Vi har ansett det vara lämpligt att här skärskåda lokalproblemen mera i detalj. Med hänsyn till de önskemål, som kommer att framföras i kapitel 11, finner vi därvid skäl föreligga att först skildra förhållandena och behoven vid den barn- och ungdomspsykiatriska verksamhet, där läkarutbildning försiggår eller avses komma till stånd från och med den 1 juli 1958, och därefter vid den övriga verksamheten av sluten och öppen karaktär. Vidare har vi i anslutning härtill velat ge uttryck för vår hittills vunna erfarenhet i form av några typexempel på ritningar till barn- och ungdomspsykiatriska avdelningar och öppna mottagningar.

Lokalsituationen på platser, där läkarutbildning bedrivs eller skall bedrivas

Den barnpsykiatriska avdelningen vid *Karolinska sjukhuset* är belägen inom sjukhusets barnklinik. Avdelningen omfattar 14 vårdplatser. Den består av fem patientrum, tre rum för läkare, undersökningsrum, två psykologrum, ett kuratorsrum, sysselsättningsrum, matsal, översköterskerum, kök, väntrum, badrum samt kanslilokaler m. m. Avdelningen förfogar dessutom över ett hobbyrum och ett rum för lekmaterial med brännugn.

Avdelningen är visserligen uppförd för sitt nuvarande ändamål, men utan att barnpsykiatrisk expertis beretts tillfälle att delta vid planeringen av densamma. En väsentlig brist är att lokaler för öppen mottagning saknas och inte ingått i planen när avdelningen tillkom. För närvarande kamoufleras en viss öppen mottagning genom att psykiatriska fall remitteras från barnmedicinska polikliniken som konsultfall. Sådana fall kan dock mottagas endast i mycket liten utsträckning på grund av personalbristen. Avdelningens överläkare framhåller vidare i enkäten, att cirka 50 procent av alla fall,

som söker på den medicinska polikliniken, utgöres av barn med »nervösa symtom» av allehanda slag. Barnavårdsnämnderna i de län, där ännu ej någon barnpsykiatrisk verksamhet finns organiserad, har nu nästan ingen möjlighet att få ett barn psykiatriskt undersökt. Överläkaren har därför framfört önskemål bland annat om att en verklig barnpsykiatrisk poliklinik anordnas och menar att vid landets rikssjukhus borde denna möjlighet inte saknas. Genom att den barnmedicinska polikliniken delvis är överdimensionerad torde åtminstone provisoriska lokaler kunna anordnas för detta ändamål.

Kronprinsessan Lovisas vårdanstalts barn- och ungdomspsykiatriska avdelningar och öppna mottagning är provisoriskt inrymda dels i sjukhusbyggnaden, dels i en fristående barack på sjukhusområdet. En före detta barnavdelning har omändrats till barnpsykiatrisk avdelning och omfattar 2 rum för 1—2 patienter, 1 rum för 5 patienter och 1 rum för 4 patienter jämte dagrum, »bråkrum», sjuksköterske- och samtalsrum. Vidare finns ett bad- och undersökningsrum, kök, toalett- och sköljrum samt ett mindre förrådsrum. Den fristående baracken har inretts till ungdomsavdelning och omfattar 5 rum för 1—2 patienter, dagrum, hobbyrum, kök, sköterske- och undersökningsrum samt toaletterum och förrådsrum. I en vindsvåning förfogar verksamheten över 5 rum jämte väntrum och i en souterrängvåning över 5 rum och väntrum samt i baracken över 4 rum och väntrum (för läkare, psykologer, kuratorer och kontorspersonal).

Från styrelsens sida har lokalernas provisoriska karaktär understrukits och man har framhållit betydelsen av att den planerade överflyttningen till nybyggnader vid Sabbatsbergs sjukhus snarast kommer till stånd.

Akademiska sjukhuset i Uppsala har inom psykiatriska kliniken inrymt lokaler för barnpsykiatrisk avdelning och för öppen mottagning. Avdelningen består av en barnavdelning för barn under 15 år med 14 vårdplatser samt 6 vårdplatser för pojkar och flickor i åldern 15—20 år. Sistnämnda platser är belägna inom vårdavdelningen, som i övrigt är belagd med vuxna kvinnor och män. Barnavdelningen omfattar 6 sovrum, 2 dagrum, matrum, kök, expedition, toaletter m. m.

För den slutna verksamheten står för övrigt följande lokaler till förfogande: 2 rum för läkare, 1 psykologrum, 1 kuratorsrum samt 1 litet testningsrum.

Rådgivningsbyrån, som är förlagd inom den pediatrika kliniken, består av 2 rum för läkare, 1 rum för barnpsykolog, 1 kuratorsrum, 1 rum för pedagogassistent, 2 samtalsrum, 1 rum för mottagningsköterska samt expedition, väntrum m. m.

Malmöhus läns landsting har sin sjukhusavdelning inrymd i anslutning till psykiatriska kliniken i Lund, där 11 vårdplatser disponeras inom en avdelning, som egentligen är avsedd för vuxna patienter. Avdelningen består av 3 rum avsedda för vardera 1 patient och 2 rum för vardera 4 patienter.

ter, gemensam läkare- och sköterskeexpedition, behandlingsrum, lektrum, vävrum, dagrum, matsal, 3 rum för psykologer, därav 1 med sandlåda.

Rådgivningsbyrån innehåller 1 läkarexpedition, 1 kuratorsexpedition och 1 väntrum.

Anslag har beviljats för uppförande av såväl ny vårdavdelning som ny rådgivningsbyrå.

I *Göteborg* är den psykiska barna- och ungdomsvårdens sjukhusavdelning inrymd i en fristående byggnad (före detta Frölundaborgs barnhem). Organisatoriskt är den anknuten till stadens barnsjukhus.

Barnavdelningen innehåller 7 patientrum för 1 å 3 patienter, 2 leksalar, 1 sköterskeexpedition, vaktrum och 2 badrum.

Ungdomsavdelningen för flickor (för pojkar saknas dylik) innehåller 5 patientrum för 1 patient i vart och ett, 1 dagrum, 1 hobbyisal, 1 sköterskeexpedition och 1 badrum.

Om några år räknar man med att kunna flytta in i nya lokaler i ett planerat barnsjukhus.

Som omnämnts i kapitel 4 arbetar rådgivningsbyrån på tre enheter, nämligen barnsjukhusets konsultmottagning, barnavårdsnämndens mottagning och mottagningen för folkskolebarn. Förstnämnda mottagning innehåller 3 läkarexpeditioner, 3 kuratorsexpeditioner, 3 psykologexpeditioner och 1 testrum. Denna mottagning kommer att få nya lokaler inom det planerade barnsjukhuset. Barnavårdsnämndens mottagning är inrymd i direkt anslutning till nämndens nya lokaler i det så kallade Mässhallsbygget vid Korsvägen. Den består av 2 läkarexpeditioner, 2 psykologexpeditioner och 2 kuratorsexpeditioner jämte biutrymmen. Mottagningen för folkskolebarn är inrymd i barnsjukhusets konsultmottagning.

Lokalsituationen i övrigt

Av *Stockholms stads* fyra fristående centraler är en belägen i innerstaden och tre i ytterområdena, nämligen å Liljeholmen och i Hökarängen för de södra förorterna samt i Vällingby för de västra. De tre sistnämnda har tillkommit allteftersom behovet har ökat och stadsbebyggelsen växt ut. Den ursprungliga centralen fungerar som samlingsplats för gemensamma konferenser och är även den, som samordnar verksamheten.

Centralen i innerstaden flyttade sommaren 1956 till nya lokaler vid *Kungsholmsgatan*, ett före detta sjukhem för barn, vilket delvis ombyggs för att lämpa sig för sitt nya ändamål. Där inryms, förutom rum för 3 läkare med gemensamt undersökningsrum, 6 psykologrum, varav 2 med tillhörande »slaskrum», 7 rum för barnpsykologiska kuratorer, 3 rum för kontorspersonal, 1 väntrum, 1 konferensrum, 1 hall, 1 gruppterapirum samt 2 praktikantrum. Vidare finns 1 personalrum, kök och matrum som personalen har gemensamt med den förskola för hörselskadade barn, som finns i huset, samt garderober, toaletter, städskrubbar, materialrum och arkiv.

Liljeholmscentralen, som tillkom år 1950, är inhyst i Brännkyrka församlingshus. Lokalerna är otillräckliga för sitt ändamål redan nu och någon möjlighet att bygga ut med ännu ett team finns ej. Lokalerna består av 1 läkarrum, 2 psykologrum, 3 kuratorsrum, 1 kontor, 1 väntrum, 1 toalett samt hall med avbalkning för ytterkläder.

Hökarängscentralen har varit i gång sedan 1953 och är uppförd som rådgivningsbyrå. Den är inrättad för två team med därför erforderliga utrymmen: 2 läkarrum med gemensamt undersökningsrum, 4 psykologrum, varav 2 med »slaskrum», 4 kuratorsrum, 2 praktikantrum, 1 konferensrum, 1 gruppterapirum, 1 väntrum, 1 kontor och extra skrivrum. Dessutom finns garderober, toaletter m. m.

Vällingbycentralen, som är den nyaste av Stockholms centraler, tillkom år 1955 och är även den byggd för sitt ändamål. Den är avsedd för 2 team, av vilka ett varit i funktion alltsedan centralens tillkomst. Det andra beräknas ej komma i verksamhet under den allra närmaste tiden. I de rum, som är avsedda för team nr 2, är tillfälligt inrymd en barnträdgård. De lokaler, som nu användes, består av 1 läkarrum med undersökningsrum, 2 psykologrum, varav 1 med »slaskrum», 3 kuratorsrum, 1 kontor, 1 väntrum, 1 hobbyrum, 2 praktikantrum samt garderober, toaletter m. m. Dessutom finns en till centralen knuten specialbarnträdgård, bestående av 1 rum, 1 expedition, 1 »slaskrum», garderob och toalett.

Barnavårdsnämndens socialläkarbyrå består av 2 läkarrum med gemensamt undersökningsrum, 2 psykologrum, 1 expedition och 1 väntrum.

Rådgivningsbyrån i *Stockholms län* är belägen i ett affärshus i Råsunda. Vid lokalernas utformning har barnpsykiatrikern beretts tillfälle att delta, men husets form är ej lämplig för en rådgivningsbyrå. Så har till exempel väntrummet fått endast indirekt belysning. Övriga lokaler ligger anordnade kring detta väntrum. Det finns 2 rum för läkare, 3 rum för kuratorer, 2 rum för psykologer samt 1 rum för pedagogassistent. Därjämte en expedition och 2 mycket små skrivrum. I övrigt finns ett kapprum med toaletter, lunchrum med pentry samt ett litet förråd. Ungefär sedan nyår 1957 disponerar centralen även 2 rum jämte 1 litet väntrum i Landstingshuset i Solna, någon kilometer från centralen i Råsunda. Trots detta är lokalerna knappast tillräckliga.

Filialen i Huddinge är inrymd i läkarstationen, nära järnvägsstationen. Verksamheten disponerar där 2 små och 1 medelstort rum, vilket senare är inrett som psykologrum. Läkarstationens väntrum får användas.

För filialen i Nacka disponeras i en äldre fastighet 2 små rum i souter-rängvåningen. Det mindre och inre är inrett för psykologiska undersökningar och eventuell terapi. Vid mottagningarna disponeras också 1 väntrum och ytterligare 1 rum.

I Södertälje och Rimbo får skolläkarmottagningen användas för filialverksamhetens läkarmottagning, och pedagogassistenten disponerar delvis ett rum i skolan.

På lasarettet i Norrtälje disponeras vid verksamhetens mottagningar kuratorsrummet med därtill anslutet väntrum samt ett litet biblioteksrum.

Barnpsykiatriska avdelningen vid centrallasarettet i *Jönköping* består av 4 rum för vardera 2 patienter, 1 rum för 1 patient, sköterskerum, hobbyrum, dagrum, omklädningsrum för personal, badrum, 2 toaletter, sköljrum och förråd m. m.

Rådgivningsbyrån är belägen i direkt anslutning till vårdavdelningen och består av 2 rum för läkare, 2 rum för pedagogassistent (testningsrum), 2 kuratorsrum, 2 observationsrum, 1 omklädningsrum för personal, 2 toaletter, arkiv m. m.

Den psykiska barna- och ungdomsvårdens sjukhusavdelning i *Kristianstad* — belägen cirka 6 km utanför staden — är inrymd i en huvudbyggnad och en annexbyggnad med mottagningslokaler. Huvudbyggnaden inrymmer 1 rum för 4 patienter, 1 rum för 2 patienter och 6 rum för vardera 1 patient. Vidare finnes där sköterskeexpedition, arbetsterapirum, kök, matsal och samlingsrum m. m. I den andra byggnaden finns 1 läkare- och konferensrum, 1 rum för psykolog, sandlåderum och personalrum jämte omklädningsrum.

Rådgivningsbyrån, som är inrymd i en våning i staden, består av 1 rum för läkare, 1 psykologrum, 1 kuratorsrum, 1 undersökningsrum, 1 observations- och terapirum med sandlåda, skrivbiträdesrum, omklädningsrum, arkiv m. m.

I *Borås* disponerar den psykiska barna- och ungdomsvården 5 vårdplatser vid centrallasarettets barnavdelning. Dessa är inte särskilt avdelade utan beläggningen sker efter tillgången på lämpliga platser. Man planerar emellertid att uppföra en fristående barnpsykiatrisk avdelning samt platser för ungdomar.

Rådgivningsbyrån består av 1 rum för läkare, 1 kuratorsrum, 1 expedition samt kök, hall och väntrum. Dessa tre sistnämnda lokaler användes som testningsrum m. m.

Sjukhusavdelningen i *Vänersborg* är inrymd i en fristående byggnad inom lasarettsområdet. Den består av 6 rum för sammanlagt 8 å 10 patienter, expedition, lektrum, badrum m. m. Inom avdelningen finns dessutom en skolsal.

Rådgivningsbyrån är inrymd i samma byggnad som sjukhusavdelningen och består av 2 rum för läkare, 1 rum för psykolog, 2 rum för kuratorer, väntrum, expedition, arkiv m. m.

Barn- och ungdomspsykiatriska avdelningen i *Karlstad* är inrymd i en äldre, men nyrenoverad byggnad inom lasarettsområdet. Inom byggnaden finns dessutom mottagningsavdelning för vuxenpsykiatri och lokaler för centraldispensär. Byggnaden ligger i en stor park, som lämnar goda lek- och idrottsutrymmen för patienterna. För närvarande pågår i parken ett omfattande anläggningsarbete, som bland annat kommer att ge barnen en

fristående lekpaviljong för slöjd och annan sysselsättning under den varma årstidens regndagar.

I mottagningsavdelningen finns följande lokaler: 2 läkarrum, 1 undersökningsrum, 2 kuratorsrum, 1 skrivrum med arkiv, 1 rum för psykologen-pedagogen, 1 laboratorium för enkla medicinska laborationer, 1 kapprum för personalen med toalett samt 1 väntrum med toalett.

Vårdavdelningen är belägen i två våningar och omfattar följande lokaler.

I den avdelning, som är belägen på samma plan som mottagningsavdelningen finnes 3 sovrum, av vilka 1 ger plats för 5 barn i förskoleåldern, 1 för 4 pojkar i skolåldern och upp till 21 år och 1 för 3 flickor i skolåldern och upp till 21 år. Dessa rum skiljes av ett korridorutrymme, som är så stort tilltaget att det ofta användes som läs- och lekrum på kvällarna. I ena ändan av korridoren finns en stor och rymlig balkong. I anslutning till korridoren finns också 2 toaletter, 1 badrum och 1 rum för småtvätt.

I bottenvåningen disponeras utrymmet på följande sätt.

Ett stort kök, som samtidigt fungerar som matsal för patienterna. I köket finns en alkov, som tjänar som stryk- och sömnadsrum. Dessutom finns isoleringsrum, sköterskeexpedition och personalrum med toalett.

Lek- och sysselsättningsavdelningen omfattar 3 rum, varav det ena disponeras av barnträdgårdslärarinnan, där hon kan ta hand om och sysselsätta särskilt ömtåliga barn. Till lekrummet är anslutna 1 toalett, 1 avdelningsförråd och 1 förråd för slöjdmaterial och leksaker.

I källaren har personalen bad- och duschmöjligheter och där finns också 1 materialrum, 1 arkiv för journaler samt 1 torkrum.

För närvarande föreligger en allvarlig brist på ytterligare rum för bland annat läkare, kuratorer, psykologer och praktikanter.

Örebro läns landstings sjukhusavdelning är provisoriskt inrymd i lasarettets medicinska barnavdelning och omfattar 10 vårdplatser. Dessa platser är tyvärr ej avskilda från övriga platser på avdelningen, vilket försvårar det diagnostiska och terapeutiska arbetet i mycket hög grad och omöjliggör omhändertagandet av alltför störande patienter. För närvarande disponeras 1 rum för 4 patienter, 1 rum för 2 patienter och 2 rum för vardera 1 patient. Bilokalerna är gemensamma med övriga platser inom avdelningen.

Rådgivningscentralen är belägen i anslutning till sjukhusavdelningen och består av 2 rum för läkare, 2 undersökningsrum, 1 rum för psykolog, 1 rum för kurator, 1 observationsrum, 1 personalrum, sköterskeexpedition samt rum för skrivpersonal och väntrum.

Inom *Västerbottens län* planerar man att vid lasarettet i Umeå inrätta en barn- och ungdomspsykiatrisk lasarettavdelning. För närvarande har man där inte några egna vårdplatser till sitt förfogande.

Rådgivningscentralen är belägen inom lasarettområdet i Umeå och består av 1 rum för läkare jämte undersökningsrum, 1 psykologrum, 1 rum för pedagogassistent, lekrum, väntrum, expedition, laboratorium m. m.

I *Norrbottens län* är en barn- och ungdomspsykiatrisk lasarettavdelning

under uppförande vid centralasarettet i Boden. För närvarande disponeras 4 vårdplatser på den medicinska barnavdelningen.

Rådgivningsbyrån kommer också att inrymmas inom den planerade lasarettssavdelningen men disponerar för närvarande provisoriska lokaler i en äldre fristående byggnad i närheten av lasarettets huvudbyggnad.

Ericastiftelsen innehar en fastighet, Odengatan 9, Stockholm, vilken inrymmer förutom rådgivningscentral och behandlingsavdelning även undervisningslokaler samt ekonomilokaler och ett rum för en slöjdgrupp. Till rådgivningscentralen hör 1 läkarrum, 1 psykologrum och 2 kuratorsrum. Till behandlingsavdelningen hör 5 terapirum med lekmateriel, sandlåda och annan inredning.

Även om lokalfrågan på ett par orter i landet kunnat lösas på ett tillfredsställande sätt, torde den nu lämnade redogörelsen utvisa, att situationen som regel får anses vara mindre gynnsam, framförallt beroende på att sådana lokaler måst tagas i anspråk, som ej uppförts för sitt nuvarande ändamål.

I det följande skall vi söka ge en bild av hur barn- och ungdomspsykiatriska avdelningar och lokaler för öppna mottagningar bör anordnas. Även om vi här återger vissa typritningar är det inte vår avsikt att därmed binda utvecklingen utan vi vill endast ge en antydning om vissa konkreta möjligheter.

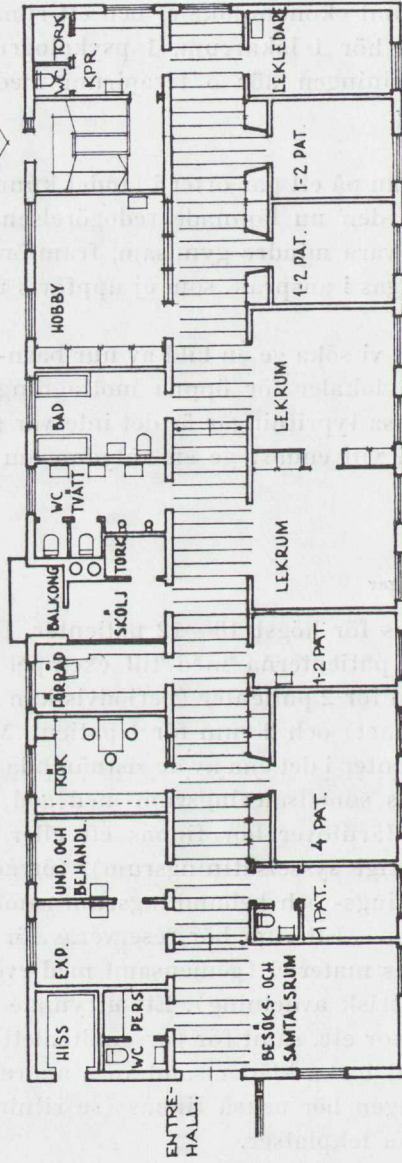
Barnpsykiatriska avdelningar

Dessa bör beräknas för högst 10—12 patienter. De bör medgiva en olikartad fördelning av patienterna med till exempel 1 större rum för upp till 4 patienter, 2 rum för 2 patienter (periodvis kan kanske endast 1 patient vistas i vardera rummet) och 2 rum för 1 patient. Möjlighet bör finnas, att kunna placera 2 patienter i det ena av de sistnämnda rummen men det andra bör lämpligen ordnas som isoleringsrum med god ljudisolering och eventuellt egen toalett. Härutöver bör finnas ett eller två dagrum (lektrum), hobbyrum, kök (viktigt sysselsättningsrum), förråd, bad- och toaletterum, sköljrum, undersöknings- och behandlingsrum samt samtals- och sjuksköterskerum (expedition). Ett rum bör reserveras för förskoleläraren — lekledaren — och dennes materiel (gemensamt med eventuell ytterligare barn- eller ungdomspsykiatrisk avdelning). Ett utrymme reserveras för personalens gångkläder, väskor etc. samt för personaltoalett. Vid kapprummet skall finnas möjligheter att torka kläder samt vara anordnat ett W. C. Möjlighet att uppdelning bör också finnas (se ritningen). Rikligt utrymme bör också beräknas för lekplatser.

Typritning I innebär ett förslag till en barnpsykiatrisk avdelning. Den är liksom följande typritningar II—IV för delegationens räkning utförd av arkitekterna SAR Ivar och Anders Tengbom, Stockholm.

TYPRITNING ÖVER BARNPSYK. VÅRDAVDELNING.

UTGÅNG TILL LEKPLATS FÖR BARN.



SKALA 1:200

Typritning I

Ungdomspsykiatriska avdelningar

Dessa bör beräknas för 6—9 patienter, fördelade på 6 rum med i 3 rum plats för 1—2 patienter och i 3 rum plats för 1 patient. Minst 2 av enkelrummen bör inredas som isoleringsrum; för detta klientel är det lämpligt att dessa rum har eget toaletterum med W. C. I övrigt skall här ingå samma biutrymmen, som angivits för den barnpsykiatriska avdelningen.

Typritning II visar en tänkbar plan för en ungdomspsykiatrisk avdelning. I typritningen har varje patientrum försetts med eget toaletterum med W. C., medan de två badrummen (två med hänsyn till möjligheten att dela avdelningen) är tänkta utan W. C. Detta alternativ, som innebär stora fördelar, har av arkitekterna uppgivits icke medföra någon avgörande kostnadsökning.

Öppna mottagningar

Vid dessa skall finnas mottagningsrum och väntrum. De förra skall bestå av rum för läkare, psykologer, barnpsykiatriska kuratorer och eventuella pedagogkonsulter samt för expeditionspersonal. Till läkarrummen skall finnas anslutna särskilda undersökningsrum, vilka ibland kan vara gemensamma för 2 läkare. Vanligen bör mer än ett väntrum finnas. Vidare bör här finnas ett mindre rutinlaboratorium samt diverse lokaler, som bibliotek och konferensrum, kaffe- och vilrum för personal samt toaletter för patienter och personal. Slutligen behövs arkiv samt rum för hobbyverksamhet, grupperapi m. m., dessa rum kan placeras i souterrängvåning.

En fristående central bör, i den mån nybyggnader kommer ifråga, i regel omfatta utrymme för två barnpsykiatriska team.

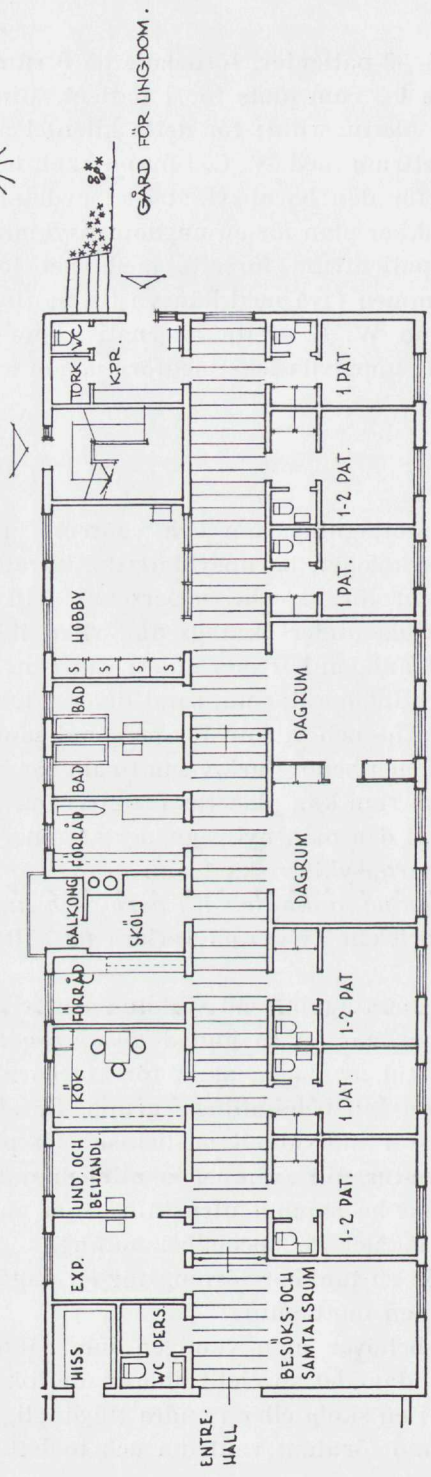
Beträffande *öppen mottagning, anknuten till barn- och ungdomspsykiatrisk vårdavdelning*, kan storleken av denna variera på sätt som närmare framgår av kapitel 11.

I anslutning till en öppen mottagning vid sjukhus och fristående centraler bör i större tätorter anordnas en så kallad *dagobservationsavdelning*. Under kortare eller längre tid av dagen skall förskolebarn och skolbarn här mottagas för observation och behandling i grupp. Dessutom skall avdelningen kunna utnyttjas för individuell medicinsk och psykologisk behandling av mera speciell natur, till exempel insulinbehandling av ungdomar. I stort sett skall denna ha samma utrustning som en barnträdgård men därjämte skall finnas lokaler för specialbehandling.

Typritning III åskådliggör en tänkbar lösning för en dagobservationsavdelning i anslutning till öppen mottagning.

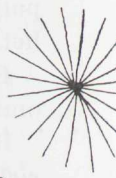
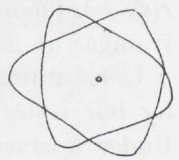
För en *filialmottagning* behöver man vanligen inte räkna med någon speciell byggnad eller för ändamålet speciellt anordnade lokaler. En sådan kan inrymmas till exempel i en skola eller i andra tillgängliga lokaler. Som regel behövs endast 2—3 rum förutom väntrum och toalett.

TYPRITNING ÖVER VÅRDDELNING FÖR UNGDOM.

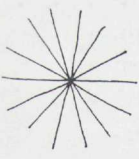


GÅRD FÖR UNGDOM.

Typritning II



SKALA 1:200



Det kan vara lämpligt att vid vissa filialer ha mera stationära lokaler, som medger möjligheter till lekobservationer och eventuell lekterapi. För sådan filial är eventuellt en barnpsykiatrisk kurator anställd, och läkaren och psykologen kommer resande från en central.

Olika kombinationer av ovanstående enheter

1. *Barn- och ungdomspsykiatriska avdelningar med öppen mottagning och dagobservationsavdelning.*

För en storstad kan det vara lämpligt med en kombination av 2 barnavdelningar, 1 ungdomsavdelning samt 1 öppen mottagning med dagobservationsavdelning i anslutning härtill. Vid ett stockholms sjukhus (Sachska barnsjukhuset) har man preliminärt planerat för en sådan anläggning.

Principritningen över den öppna mottagningen vid nämnda sjukhus återges här (ritning IV). Ritningen omfattar samtliga expeditionslokaler för läkare, psykologer och barnpsykiatriska kuratorer samt för kanslipersonalen men inte souterrängvåningens utrymmen, omfattande hobby- och bråkrum samt förråd och arkivlokaler m. m.

2. *Barn- och ungdomspsykiatrisk avdelning med öppen mottagning.*

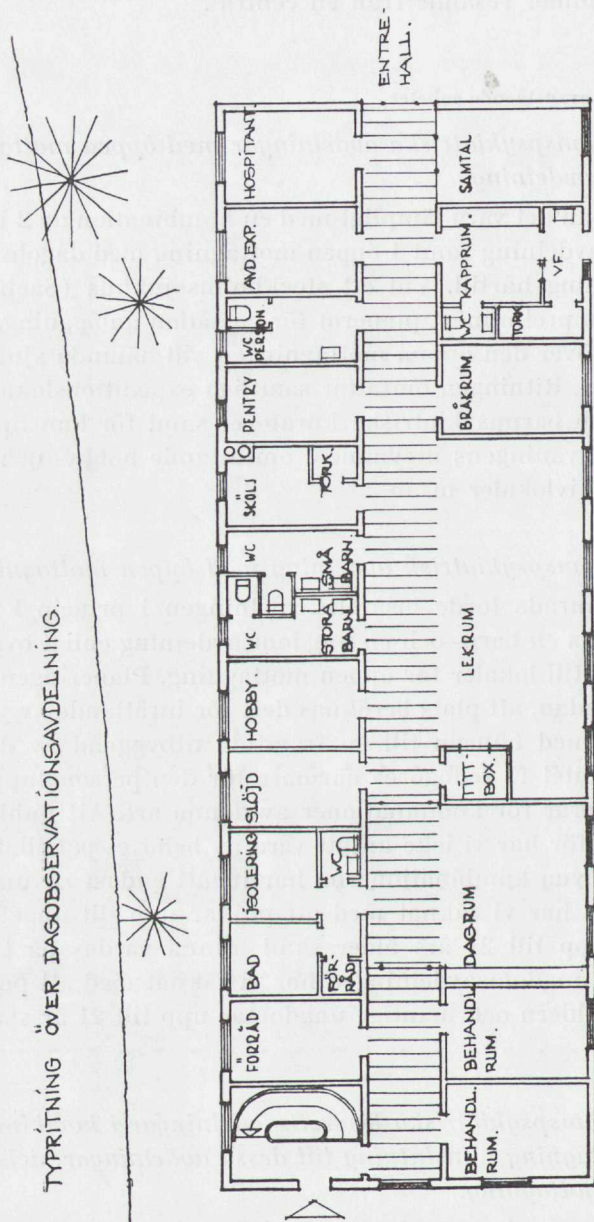
I ett landstingsområde torde lasarettsavdelningen i princip komma att till en början omfatta *en* barn- och *en* ungdomsavdelning enligt ovanstående och i anslutning därtill lokaler för öppen mottagning. Planeringen bör dock från början göras sådan, att plats beräknas dels för inrättande av ytterligare en avdelning, dels med hänsyn till en framtida utbyggnad av den öppna mottagningen. I kapitel 11 redogöres närmare för den personaluppsättning, som vi rekommenderar för kombinationer av denna art. Att publicera särskild typritning härför har vi icke ansett vara av behovet påkallat.

I de båda ovan givna kombinationerna har ingått endast *en* ungdomsavdelning. I dessa fall har vi räknat med att pojkar upp till ungefär 14 års ålder och flickor upp till 21 års ålder skall kunna vårdas på barnavdelningen (-arna). På ungdomsavdelningen har vi räknat med att pojkar från ungefär 10—12 årsåldern och manliga ungdomar upp till 21 år skall kunna vårdas.

3. *Barn- och ungdomspsykiatriska lasarettsavdelningar i kombination dels med öppen mottagning i anslutning till dessa avdelningar, dels med fristående öppen mottagning.*

En kombination av angiven art har preliminärt planerats för Stockholms län. Härvid har den till lasarettsavdelningen anknutna öppna mottagningen avsetts i huvudsak skola ombesörja eftervården av avdelningsklientelet. För att ge exempel på ytterligare kombinationsmöjligheter återges den princip-

TYPRITNING ÖVER DAGOBSERVATIONSAVDELNING.



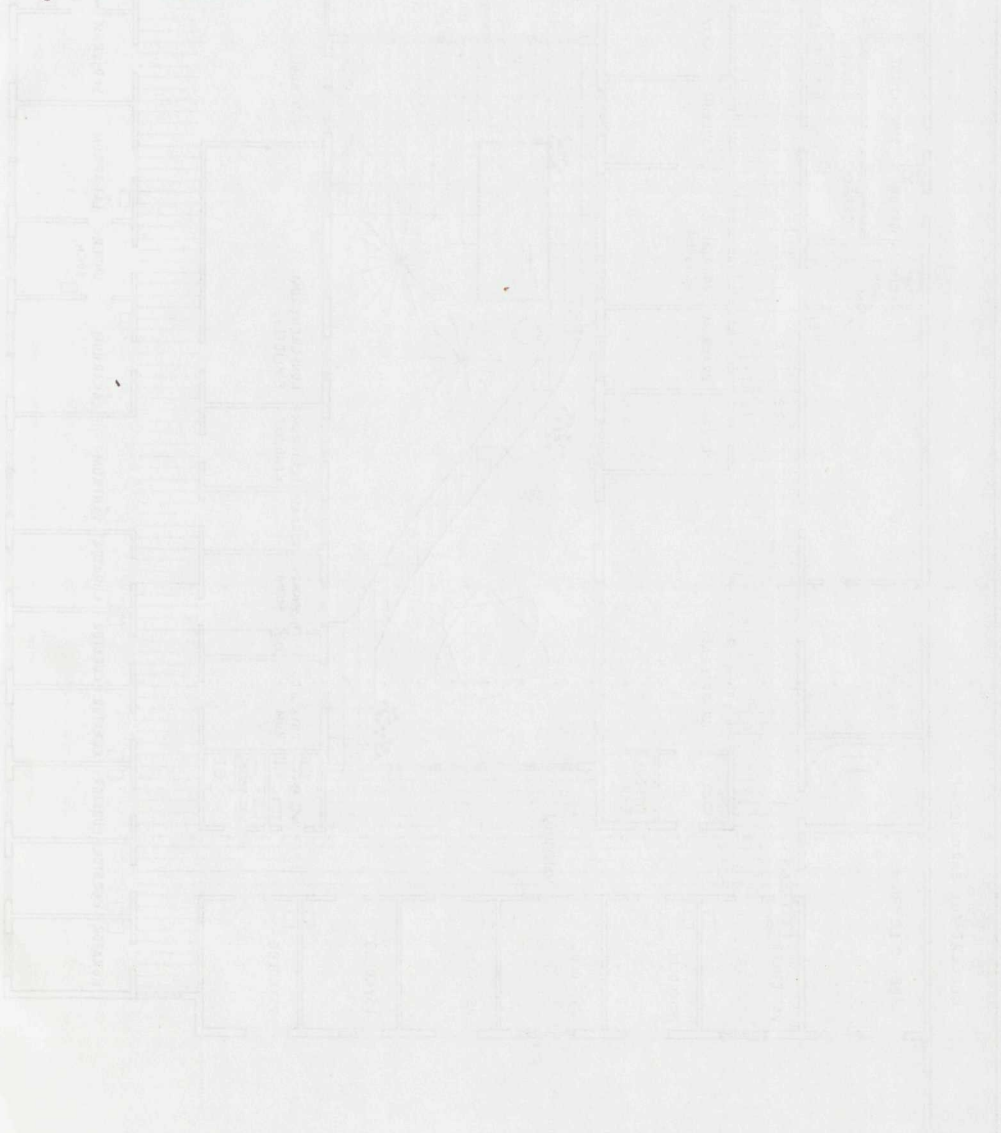
SKALA 1:200

Typritning III

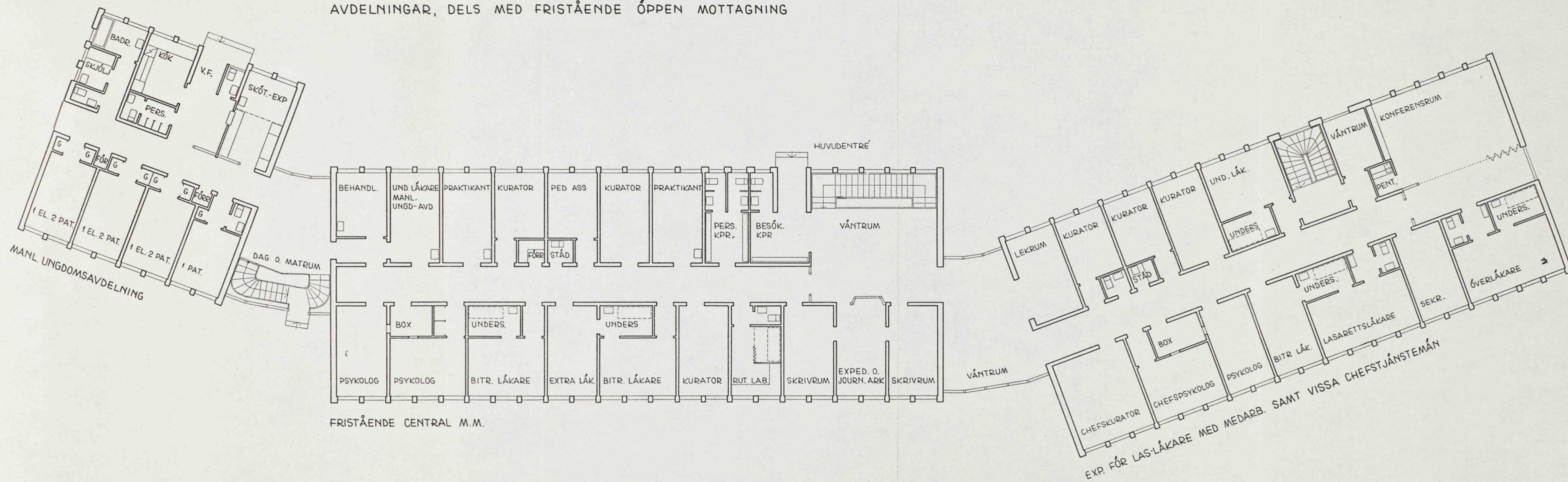
TILL LEKPLATS

ritning, som därvid uppgjorts av arkitekterna SAR Folke Lövström och C.-E. Sandberg (ritningar V a—c). Även i denna kombination är vårdplatserna för äldre flickor visserligen förlagda i omedelbar anslutning till barnavdelningen, men samlade i en särskild liten avdelning med viss självständighet och möjlighet till bättre avgränsning från barnavdelningen.

Flera detaljer i principritningen, särskilt beträffande de öppna mottagningarna, är påverkade av speciella förhållanden i Stockholms län. Där beräknas — utöver anläggningen vid lasarettet — behövas minst 1 fristående central och 4—5 filialer. Man har bland annat tänkt sig en viss centralisering av ungdomsklientelet till de öppna mottagningarna inom här återgivna kombination.



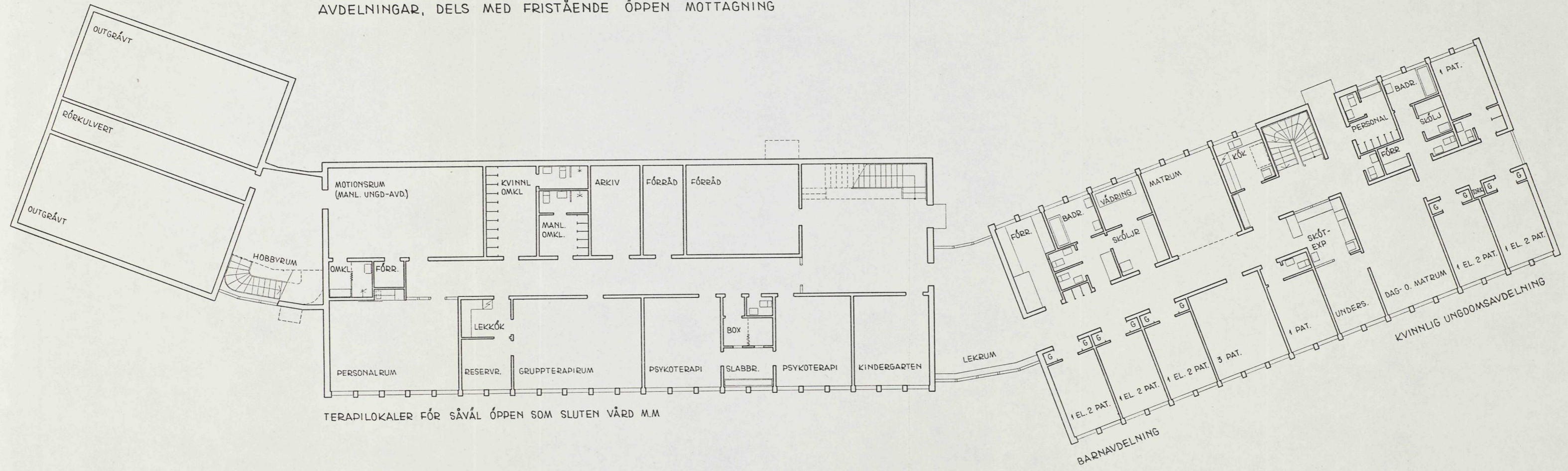
PRINCIPRITNING RÖRANDE BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRISK LASARETTSAVDELNING, DELS MED ÖPPEN MOTTAGNING I ANSLUTNING TILL DESSA AVDELNINGAR, DELS MED FRISTÅENDE ÖPPEN MOTTAGNING



Skala 1 : 200

Ritning V a

PRINCIPRITNING RÖRANDE BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRISK LASARETTSAVDELNING, DELS MED ÖPPEN MOTTAGNING I ANSLUTNING TILL DESSA AVDELNINGAR, DELS MED FRISTÅENDE ÖPPEN MOTTAGNING

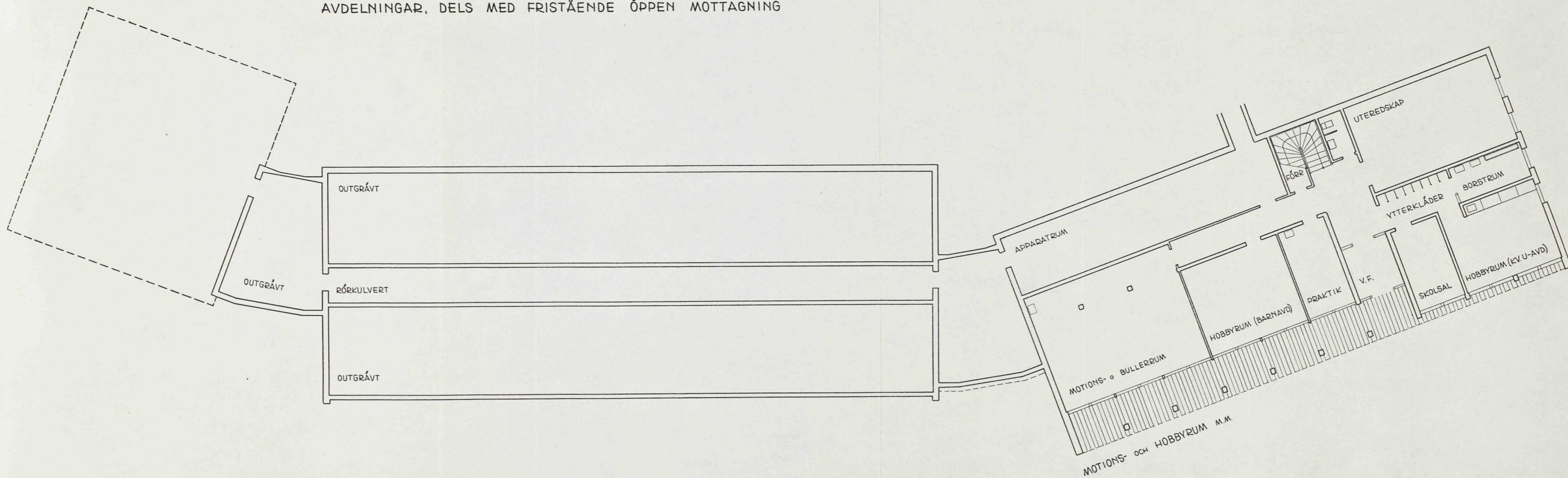


TERAPILOKALER FÖR SÅVÅL ÖPPEN SOM SLUTEN VÅRD M.M

Skala 1:200

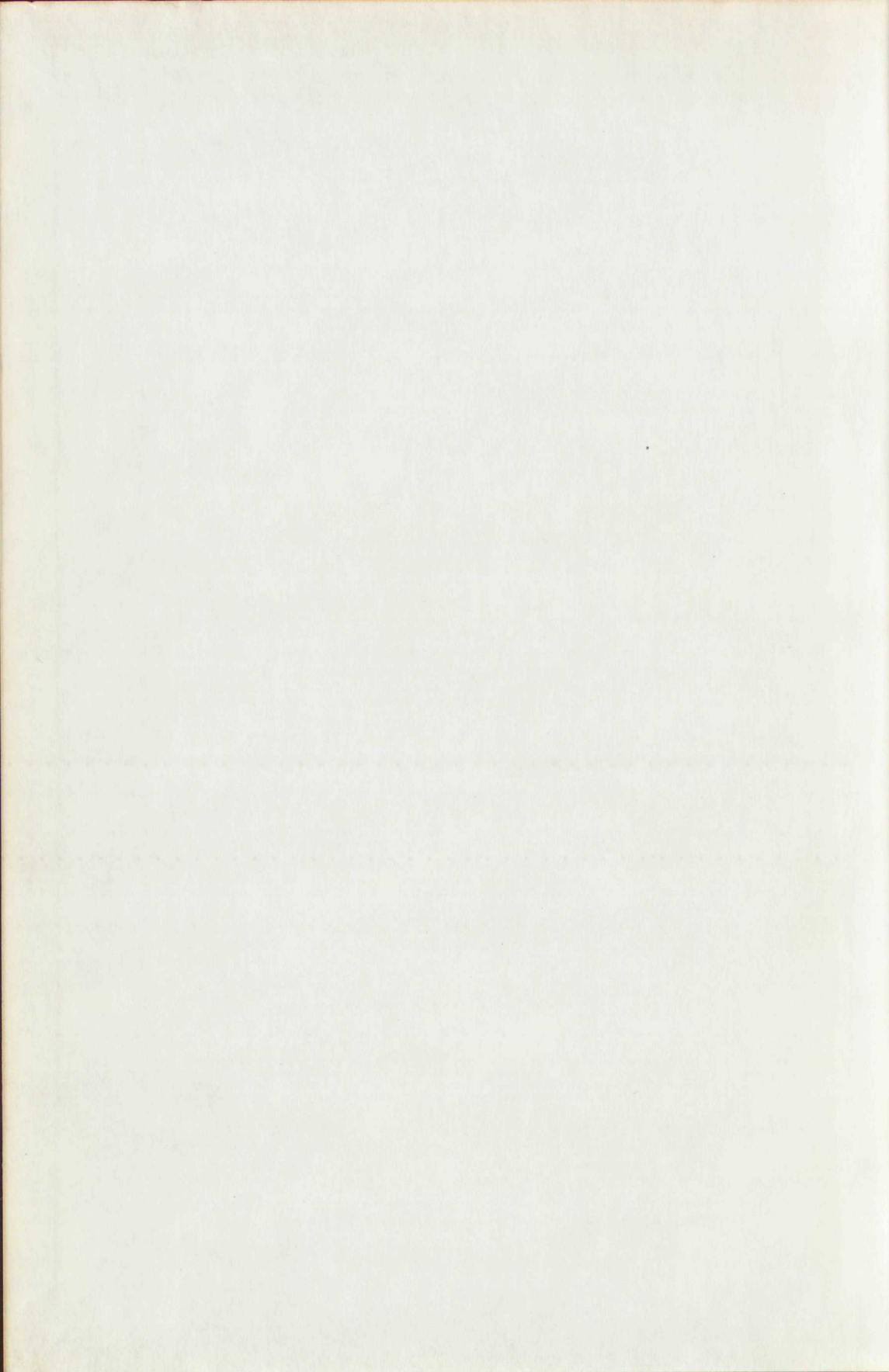
Ritning V b

PRINCIPRITNING RÖRANDE BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRISK LASARETTSAVDELNING, DELS MED ÖPPEN MOTTAGNING I ANSLUTNING TILL DESSA AVDELNINGAR, DELS MED FRISTÅENDE ÖPPEN MOTTAGNING



Skala 1:200

Ritning V c



KAPITEL 9

Mentalsjukhus för barn och ungdomar

are utredningar m. m.

ågon mera ingående kunskap om förekomsten av sinnessjukdomar hos barn hade man inte förr. Visserligen ställdes alltsomoftast diagnosen schizofreni, och man kände till att barn kunde få hysteriska och andra övergående psykoser, men först genom den moderna barnpsykiatrin har barnpsykoserna fått en större aktualitet. Man har bland annat vunnit klarhet om att problemen är av mera betydande storleksordning än man tidigare kunde inse.

Även icke heller som vårdproblem betraktat har barnpsykoserna tidigare ägnats den större uppmärksamhet. En del av de psykiskt sjuka barnen har vårdat på anstalter för psykiskt efterblivna, och först då symtomen varit av en starkt stormande eller uppseendeväckande slag har mentalsjukhusens resurser anlitats. I många fall har de sinnessjuka barnen vårdats i sina hem, och de ofta berett föräldrar och andra vårdare stora bekymmer och svårigheter.

I de fall, då de psykiskt sjuka barnen måst tagas in på mentalsjukhus, är de som regel blivit föremål för stor personlig omsorg från såväl läkare som sjukvårdspersonalens sida. De tillgängliga behandlingsresurserna har också använts i all den utsträckning, som varit möjlig. Några för denna kategori patienter särskilt avpassade vårdresurser har emellertid icke funnits. Barnen har sålunda vårdats på de vanliga avdelningarna och blandats med sjukhusens övriga klientel. Då sjukdomssymtomen varit av mera allvarig karaktär, har barnen måst vistas på s. k. oroliga eller halvroliga avdelningar. Barn med psykoser blir under sjukdomens inverkan ofta mycket störande och påfrestande. De har därför ibland utgjort en irritationsfaktor på äldre eller av andra anledningar särskilt känsliga och irriterbara avdelningar.

Även icke heller då det gäller ungdomar i eller strax efter puberteten kan mentalsjukvården sägas ha eller ha haft för dessa patienter lämpade vårdresurser. Visserligen har de blivit föremål för personlig omsorg på samma sätt som barnen, och de har fått den behandling, som sjukhusen med hänsyn till sina resurser kunnat ge. De har emellertid måst vårdas tillsammans med andra kategorier patienter, ibland på avdelningar med svårt långvarigt sjuka. För ungdomar med schizofrena symtom torde kon-

takten med svårare sjuka patienter med likartade symtom ur psykologisk synpunkt vara synnerligen ogynnsam. Med den stora plasticitet ifråga om beteende, som finns just i dessa åldersgrupper, föreligger betydande risk för försämring av sjukdomssymtomen i en sådan ogynnsam miljö. Många ungdomar har dessutom, bland annat på grund av sin livlighet, inverkat störande på äldre patienter. Först då ungdomarna blivit något äldre, har de någorlunda hyggligt kunnat smälta in i miljön på mentalsjukhusen.

Även om problemet hittills varit av relativt ringa omfattning kvantitativt sett, har det i de enskilda fallen medfört betydande svårigheter. Man har i det längsta dragit sig för intagning av barn eller ungdomar på mentalsjukhusen, och när detta slutligen har blivit trängande nödvändigt, har symtomen ofta varit så svåra och sjukdomen så långt framskriden, att behandlingsmöjligheterna höggradigt reducerats. Önskemål om att anordna särskilda sjukhus eller sjukavdelningar för sinnessjuka barn och ungdomar har därför redan på ett relativt tidigt stadium framförts. Redan år 1939 föreslog sålunda medicinalstyrelsen och byggnadsstyrelsen i samband med framläggande av en plan för ett nytt sinnessjukhus i Västerås, att en särskild sjukavdelning för sinnessjuka barn borde anordnas vid detta sjukhus. Västeråssjukhuset kom emellertid inte till utförande.

I sitt betänkande angående reviderad generalplan för sinnessjukvården framhöll statens kommitté för sinnessjukvårdens utbyggande, att ett 30-tal barn i åldrarna upp till 13 år vårdades på de statliga mentalsjukhusen vid slutet av år 1954. De sjukdomsformer, som förekom bland detta klientel, utgjordes huvudsakligen av schizofrenier och post-encephalitiska tillstånd. Barnen måste vårdas på avdelningar tillsammans med vuxna patienter, ofta avtrubbade eller på annat sätt påtagligt förändrade. Den vård, som kunde beredas barnen, fann kommittén därför icke vara tillfredsställande. Kommittén föreslog, att liksom för tuberkulosfallen borde inrättas särskilda vårdplatser inom mentalsjukvårdens ram, där psykiskt sjuka och vårdbehövande barn från hela landet kunde emottagas. Sådana vårdplatser torde enligt kommitténs mening kunna förläggas till Ulleråkers sjukhus.

Vid behandlingen av den reviderade generalplanen vid 1956 års riksdag upptogs ifrågavarande spörsmål till behandling bland annat i två motioner, nämligen i första kammaren av herrar Huss och Sunne (I: 523) och i andra kammaren av fröken Höjer med flera (II: 684). Statsutskottet framhöll i sitt utlåtande över dessa motioner, att det borde övervägas dels om icke vårdplatserna för de psykiskt sjuka barnen borde förläggas i anslutning till de barnpsykiatriska klinikerna, varigenom bland annat besök av anhöriga skulle komma att underlättas, dels ock om icke särskilda vårdplatser borde anordnas även för ungdomar i 16—21 års ålder.

Kungl. Maj:t har sedermera genom beslut den 7 juni 1956 uppdragit åt mentalsjukvårdsdelegationen att i samråd med statens kommitté för sinnessjukvårdens utbyggande verkställa utredning av ifrågavarande spörsmål.

Platsbehovet

För fullgörandet av sitt uppdrag har mentalsjukvårdsdelegationen ansett det erforderligt att verkställa en kompletterande utredning rörande platsbehovet för såväl barn som ungdomar med psykiska sjukdomar. Vi har nämligen i våra förberedande diskussioner kommit till den uppfattningen, att ett stort antal psykiskt sjuka barn och ungdomar är omhändertagna på annat sätt än på de statliga mentalsjukhusen, till exempel på enskilda vårdhem för sinnessjuka barn, på vårdhem eller andra sjukvårdsinrättningar för psykiskt efterblivna samt på hem för psykopatiska och nervösa barn. Som ovan framhållits kunde det vidare tänkas, att många dragit sig för att söka vårdplats för psykiskt sjuka barn och ungdomar på mentalsjukhusen i vetskap om att vårdförhållandena där för dessa kategorier icke vore tillfredsställande. Slutligen har vi erfarit, att en del vårdbehövande barn och ungdomar omhändertagits i sina hem, trots att de rätteligen borde — inte minst med hänsyn till behandlingsmöjligheterna — ha erhållit sjukhusvård.

Ehuru inrättandet av särskilda vårdplatser för barn för oss framstått som den mest angelägna uppgiften, har vi emellertid ansett oss samtidigt böra utreda platsbehovet för ungdomar upp till 21 års ålder. För utredningen rörande platsbehovet har denna åldersgräns valts särskilt med hänsyn till att den i princip utgör den övre gränsen för verksamhetsområdet för barnpsykiatri och samhällets barn- och ungdomsvård. Vi har icke ansett oss från början böra förutsätta, att vårdplatserna för barn och ungdomar med nödvändighet behöfve anordnas inom skilda byggnadskomplex.

Vi utgick sålunda ifrån, att vårdplatsbehovet borde utredas så fullständigt som möjligt. Vidare ansåg vi, att det skulle vara av betydande såväl praktiskt som vetenskapligt intresse att få klarlagt, hur platsbehovet fördelade sig på till exempel åldersgrupper, sjukdomsdiagnoser, sjukdomstid och nuvarande vårdformer. Vi önskade också få svar på frågan rörande klientelens fördelning på lämpliga av oss definierade framtida vårdformer. Vi konstruerade därför ett frågeformulär av utseende, som framgår av bilaga B. Formuläret utsändes till samtliga statliga och större kommunala mentalsjukhus, till sjukhusen för psykiskt efterblivna, till de psykiatriska och barnpsykiatriska klinikerna och lasarettavdelningarna, till enskilda vårdhem för sinnessjuka barn, till hemmen för psykopatiska och nervösa barn, till centralerna för den statsunderstödda psykiska barn- och ungdomsvården, till centralstyrelserna för undervisning och vård av psykiskt efterblivna, till epileptikeranstalterna samt till socialstyrelsens skolbyrå (som inhämtade uppgifter från ungdomsvårdsskolorna), tillsammans ett 100-tal sjukhus och institutioner. Samtidigt med frågeformuläret sändes en skrivelse, vari bland annat framhölls, att uppgift icke endast önskades om de barn och ungdomar, som för närvarande vore föremål för vård eller

omhändertagande, utan också om sådana, som vederbörande uppgiftslämnare eventuellt i övrigt ägde kännedom om.

Genom denna undersökning ansåg vi oss kunna få en mera fullständig kartläggning av vårdplatsbehovet än som tidigare stått till förfogande. Det bör påpekas, att undersökningen icke kan ge svar på frågan rörande frekvensen av psykiska sjukdomstillstånd hos barn och ungdomar, icke heller rörande insjukningsrisken. Härför erfordras undersökningar enligt annan metodik. Undersökningen kan emellertid ge ett praktiskt användbart svar på frågan rörande platsbehov och vårdformer för denna kategori av psykiskt sjuka barn och ungdomar.

För att undvika sådan felregistrering, som berodde på att ett och samma fall rapporterades från mer än en uppgiftslämnare, ansåg vi det nödvändigt, att varje formulär försågs med särskild rubrik för namnuppgift. Sedan formulären inkommit till delegationens kansli, sammanfördes samtliga uppgifter om en och samma person med ledning av namnuppgifterna. I den mån dessa icke längre erfordrades, avskildes de från frågeformulären. I vissa fall, där uppgifterna ansågs ofullständiga eller där den vidare bearbetningen gav anledning till tveksamhet, införskaffades journaler eller andra handlingar.

För att erhålla en någorlunda enhetlig bedömning av diagnoser, sjukdomstider, lämpliga definitiva vårdformer m. m. ansåg vi det nödvändigt, att de inkomna formulären närmare granskades ur medicinsk synpunkt. Vi ansåg det otänkbart att anlita en mera förfinad diagnostik men bedömde det såsom möjligt att göra en uppdelning av fallen i vissa diagnostiska huvudgrupper. Vidare ansåg vi det möjligt att med ledning av lämnade uppgifter bedöma vilken framtida vårdform, som i det enskilda fallet kunde vara lämplig. De inkomna frågeformulären granskades ur nu angivna synpunkter av delegationens experter Ahnsjö och Reinius samt av ledamoten Åmark.

Före granskningen av frågeformulären genomgick bedömarna gemensamt frågeställningarna, och med ledning därav definierades närmare de olika indelningsgrunderna för materialet. Vidare diskuterades principerna för den diagnostiska grupperingen och fallens fördelning på lämpliga framtida vårdformer. Tveksamma fall diskuterades under arbetets gång och bedömdes gemensamt. Även om bedömningen icke blivit lika enhetlig som om en enda person hade verkställt bearbetningen, torde dock genom det skildrade tillvägagångssättet alltför stora diskrepanser ha undvikits och vissa fördelar också ha uppnåtts.

Den statistiska bearbetningen av materialet har utförts dels på delegationens kansli samt dels av statistiska centralbyråns utredningsinstitut under ledning av byrådirektör Gunnar Jacobsson.

Hela det inkomna materialet utgöres, såsom närmare framgår av tabell 7, av 746 individer, därav 401 manliga och 345 kvinnliga. Av tabellen fram-

går vidare, att antalet barn under 15 år uppgår till 125 pojkar och 58 flickor. Såsom i andra barnpsykiatriska material överväger sålunda pojkarna. I ungdomsgruppen 15—21 år har en utjämning skett. Här finnes nämligen i materialet 276 pojkar och 287 flickor.

Materialet har uppdelats på åldersgrupper på sätt som framgår av nämnda tabell. Undersökningen räknades som avslutad den 31 december 1956. Personer, födda tidigare än år 1936, har icke medtagits i undersökningsmaterialet. Till gruppen barn under 15 år har de hänförts, som är födda 1942 eller senare. Det framgår av tabellen bland annat, att endast ett mycket litet antal fall i åldrarna upp till 5 år registrerats. I åldrarna 5—10 år är antalet fall ej heller särskilt stort men tilltar därefter successivt i de följande åldersgrupperna.

Tabell 7. Åldersgrupper och nuvarande vårdform

Födelseår	Mental-sjukhus		Psykiatriska kliniker och lasarettssavdelningar		Barnpsykiatriska kliniker och liknande		Hem för psykopat. och nervösa barn och ungdomar		Enskilda vårdhem för sinnessjuka barn och ungdomar		Statl. sjukhus för psyk. efterblivna		Landsningsvårdhem för psyk. efterblivna		Enskilda vårdhem för psyk. efterblivna		I hemmet		Övriga		Summa		
	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m
1952—56	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	2	—	1	1	3	3	
1947—51	—	—	—	—	3	—	—	—	15	7	—	—	4	1	—	1	17	2	—	—	39	11	
1942—46	4	4	—	—	2	1	2	—	26	7	—	—	5	3	—	—	36	24	8	5	83	44	
Summa	4	4	—	—	5	1	2	—	41	16	—	—	9	4	—	1	55	26	9	6	125	58	
1939—41	38	26	1	—	2	1	—	1	9	—	—	1	1	1	—	2	33	45	5	16	89	93	
1936—38	84	77	1	4	2	—	—	—	2	—	1	—	1	1	—	1	90	99	6	12	187	194	
Summa	122	103	2	4	4	1	—	1	11	—	1	1	2	2	—	3	123	144	11	28	276	287	
Summa Summarum	126	107	2	4	9	2	2	1	52	16	1	1	11	6	—	4	178	170	20	34	401	345	

I tabellen har också gjorts en uppdelning efter den nuvarande vårdformen, varvid sjukhus, vårdhem och andra vårdorgan sammanförts till vissa huvudgrupper. Det framgår, att det på mentalsjukhusen för närvarande endast vårdas 4 pojkar och 4 flickor i åldrarna 10—15 år, medan inga barn i yngre åldersgrupper är omhändertagna på sådana sjukhus. Antalet ungdomar i åldrarna 15—21 år är däremot på dessa sjukhus stort, 122 pojkar och 103 flickor. Det framgår vidare, att huvudparten av barnen är omhändertagna antingen på enskilda vårdhem för sinnessjuka barn eller i sina hem (41 pojkar och 16 flickor respektive 55 pojkar och 26 flickor). När det gäller kategorin ungdomar är huvudparten omhändertagna på mentalsjukhus eller i sina hem. Här kan nämnas, att till enskilda vårdhem för

sinnessjuka barn och ungdomar hör huvudsakligen de så kallade läkepedagogiska instituten, det vill säga Mikaelgården, Saltå arbetsskola, Solbergahemmet och Mora Park, samtliga belägna i Järna utanför Södertälje och med ett sammanlagt platsantal av 113. Hem för psykopatiska och nervösa barn är: Barnbyn Skå, Nyhems skolhem, Mellansjö skolhem, Mjörnhemmet, Råbylundshemmet samt Skårsbo barnhem.¹

I tabell 8 har gjorts en sammanställning av totala antalet barn och ungdomar i landet, födda 1936—1956, samt deras fördelning på vissa geografiska områden. Samtidigt har fördelningen av fallen i vårt material på respektive områden införts i tabellen. Det framgår, att frekvensen av psykiskt sjuka barn och ungdomar i hela landet, sådan den avspeglar sig genom de till oss rapporterade fallen, uppgår till 0,33 ‰. Frekvensen synes emellertid vara något olika inom olika områden, vilket framgår vid en av oss företagen uppdelning av materialet länsvis. Det lägsta platsbehovet uppvisar sådana län, där barnpsykiatrisk verksamhet helt saknas. Vid den av oss

Tabell 8. Den relativa förekomsten av psykoser och psykosliknande tillstånd hos barn och ungdomar

		Antal barn och ungdomar den 1 januari 1956, födda 1936—1956	Antal psykiskt sjuka barn och ungdomar den 31 december 1956, födda 1936—1956	Dito i behov av vård å mentalsjukhus för barn och ungdomar
Område	I.....	338 629	142 = 0,42 ‰	61 = 0,18 ‰
»	II.....	580 371	241 = 0,42 ‰	68 = 0,12 ‰
»	III.....	530 678	131 = 0,25 ‰	37 = 0,07 ‰
»	IV.....	505 334	133 = 0,26 ‰	38 = 0,08 ‰
»	V.....	337 100	99 = 0,29 ‰	34 = 0,10 ‰
Totalt		2 292 112	746 = 0,33 ‰	238 = 0,10 ‰

Område I = Stockholms stad och Stockholms län.
 » II = Uppsala, Södermanlands, Östergötlands, Gotlands, Örebro, Västmanlands, Kopparbergs och Gävleborgs län.
 » III = Jönköpings, Kronobergs, Kalmar, Blekinge, Kristianstads och Malmöhus län.
 » IV = Hallands, Göteborgs och Bohus, Älvsborgs, Skaraborgs och Värmlands län.
 » V = Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län.

företagna undersökningen synes man därför, liksom vid de flesta undersökningar av liknande slag, vara beroende av effektiviteten av de organ, som anlitas vid uppspårandet av fallen. Som av tabell 8 framgår synes också fördelningen av de till oss rapporterade fallen vara något olika inom olika av oss avgränsade geografiska områden av landet. Frekvensen varierar sålunda mellan 0,25 ‰ och 0,42 ‰. Man har därför anledning att räkna med, att de här framräknade frekvenserna utgör minimisiffror.

Vi har vidare fått kännedom om, att åtskilliga uppgiftslämnare icke medtagit samtliga av dem kända fall. Detta gäller kanske särskilt överläkarna på mentalsjukhusen, som på grund av tidsbrist endast ansett sig kunna

¹ Se sid. 143.

medtagna de fall, som vid tidpunkten för enkäten vårdades på sjukhuset eller stod antecknade som försöksutskrivna. Det är därför sannolikt, att det även av denna orsak inom vissa områden av landet finns ytterligare ett antal vårdbehövande barn och ungdomar. Vi har också anledning att räkna med en betydande osäkerhet i bedömningen av vårdbehovet. I och med ökande behandlingsresurser torde sålunda allt flera fall komma att inräknas i kategorin vårdbehövande.

De framräknade frekvenserna återspeglar det nu aktuella vårdbehovet. Genom en intensifierad behandling av sjukhusklientelet kan vårdplatsbehovet visserligen efter någon tid komma att minska. Å andra sidan torde som ovan nämnts nya vårdbehov uppstå, d. v. s. det latent vårdbehovet kommer i dagen. Det har nämligen hittills alltid visat sig, att nystartade psykiatriska och mentalhygieniska verksamheter efter någon tid blivit överhopade med arbetsuppgifter och att de tillgängliga vårdplatserna varit för få.

Diagnoser

Det av oss använda diagnostiska schemat upptar sammanlagt 8 olika rubriker, vilket närmare framgår av tabell 9. Till gruppen »Oligofrenia»,

Tabell 9. Åldersgrupper och diagnoser

Födelseår	Oligofrenia		Organisk hjärnskada		Schizofrenia, schiz.-liknande psykos		Man.-depr. psykos		Epilepsia		Annann psykos		Psykopathia		Neuros		Summa		
	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	
1952—56.....	—	—	—	—	3	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	3
1947—51.....	1	2	7	3	21	3	—	—	—	—	4	2	—	—	6	1	39	11	
1942—46.....	2	3	17	8	35	16	2	—	—	5	10	9	2	1	15	2	83	44	
Summa	3	5	24	11	59	21	2	—	—	6	14	11	2	1	21	3	125	58	
1939—41.....	1	1	9	6	40	33	5	3	5	6	11	18	10	13	8	13	89	93	
1936—38.....	11	9	7	8	94	102	7	11	6	7	17	36	27	15	18	6	187	194	
Summa	12	10	16	14	134	135	12	14	11	13	28	54	37	28	26	19	276	287	
Summa Sumarum	15	15	40	25	193	156	14	14	11	19	42	65	39	29	47	22	401	345	

som egentligen icke skulle tillhöra materialet, har förts sådana fall, där psykisk efterblivenhet utgjort huvudsjukdomen och vårdbehovet varit av relativt tillfällig och kortvarig karaktär och därjämte grundat sig på komplicerande psykotiska episoder. I enstaka fall har vederbörande patients psykiska tillstånd och beteende varit sådant, att fallet icke kunnat be-

mästras inom de vanliga vårdformerna för psykiskt efterblivna eller att särskilda behandlingsbehov förelegat. Till gruppen »Organisk hjärnskada» har förts fall, vilka uppfattats som resttillstånd efter skallskador eller hjärn- och hjärnhinneinflammationer. Grupperna »Schizofrenia, schizofreniliknande psykos» samt »Manisk-depressiv psykos» och »Epilepsia» torde icke behöva närmare kommenteras. Gruppen »Annan psykos» utgöres till större delen av psykogena (av yttre psykiska faktorer framkallade) psykosser samt av intoxicationstillstånd. De psykogena psykoserna är antingen av hysterisk eller av depressiv typ, i senare fallet ibland komplicerade med suicidalförsök. Intoxicationer har i de flesta fall orsakats av alkohol, i enstaka fall av sömnmedelsmissbruk. Diagnosen »Psykopathia» är givetvis svår. Till denna grupp har förts sådana fall, som uppvisat tidiga karaktärsstörningar (jämför kapitel 2). Gruppen »Neuroser» består huvudsakligen av fall med fobier eller andra tvångssymtom. I enstaka fall har även påträffats fall med svåra miljöskador med traumatiserande effekt.

I tabell 9 har fallen fördelats med hänsyn dels till diagnosgrupper och dels till åldersfördelning. Det framgår, att den största diagnosgruppen såväl bland barnen som bland ungdomarna utgöres av schizofreni och schizofreniliknande psykos (349 barn och ungdomar). Diagnosgrupperna »Organisk hjärnskada», »Annan psykos», »Psykopathia» och »Neuros» är också förhållandevis stora med sammanlagt 65, 107, 68 och 69 barn och ungdomar inom respektive grupper.

Ett sjukhus för sinnessjuka barn och ungdomar kan antagas till övervägande del komma att omhänderta fall med långvarigt vårdbehov. Patienter med snabbt övergående sjukdomsformer liksom sjukdomstillstånd av ur vårdsynpunkt lindrig art torde även i framtiden komma att intagas huvudsakligen på barnpsykiatriska kliniker och lasaretsavdelningar samt på vanliga mentalsjukhus. Oligofrenierna får antagas, utom i sällsynta undantagsfall, komma att vårdas inom organisationen för omhändertagande av psykiskt efterblivna. På ett sjukhus för psykiskt sjuka barn och ungdomar torde därför huvuduppgifterna komma att omfatta diagnosgrupperna: schizofreni och schizofreniliknande psykos, organisk hjärnskada, epilepsi samt psykopati. Antalet fall, tillhörande dessa diagnosgrupper, uppgår i vårt material till omkring 500. Emellertid torde en del av dem kunna omhändertagas på annat sätt än på särskilda sjukhus.

I tabell 10 har gjorts en sammanställning av sjukdomsdurationen med fördelning på olika diagnosgrupper. Det framgår bland annat av tabellen, att fallen med organisk hjärnskada, schizofreni och psykopati till stor del fördelar sig på grupperna med långvarig sjukdomsduration (2 år och däröver). Diagnosgrupperna »manisk-depressiv sjukdom» och »annan psykos» innefattar ett relativt stort antal fall med kortvarig sjukdomsduration (0—1 år). För de olika diagnosgrupperna torde därför fordras i viss mån skilda vårdmöjligheter.

Tabell 10. Sjukdomstid och diagnoser

Sjukdomstid	Oligofrenia		Organisk hjärn-skada		Schizofrenia, schiz.-liknande psykos		Man.-depr. psykos		Epilepsia		Annan psykos		Psykopathia		Neuros		Summa	
	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k
0— 1 år.....	—	2	1	—	26	33	5	4	—	2	16	25	1	3	7	7	56	76
1— 2 år.....	1	3	5	2	36	31	5	1	—	1	3	14	1	4	4	5	55	61
2— 5 år.....	3	—	10	8	59	59	3	8	4	4	12	14	6	7	12	2	109	102
5—10 år.....	2	4	14	7	49	24	1	1	6	5	7	7	9	4	13	2	101	54
>10 år.....	7	5	10	6	18	7	—	—	1	7	4	4	18	7	7	3	65	39
Okänt.....	2	1	—	2	5	2	—	—	—	—	—	1	4	4	4	3	15	13
Summa	15	15	40	25	193	156	14	14	11	19	42	65	39	29	47	22	401	345

Nuvarande vårdformer för psykiskt sjuka barn och ungdomar

Fallens fördelning på diagnosgrupper och nuvarande vårdformer framgår närmare av tabell 11. Av intresse är, att schizofrenierna till största delen är omhändertagna på mentalsjukhus eller i sina hem. I intetdera fallet kan de nu förutsättas erhålla den långvariga psykoterapi och rehabiliterande behandling, som ofta är erforderlig för barn och ungdomar, särskilt de yngre, med denna sjukdom. På psykiatriska och barnpsykiatriska kliniker och lasaretsavdelningar torde möjligheter till adekvat långtidsbehandling ej heller föreligga. Endast på de enskilda vårdhemmen för sinnessjuka barn, där man speciellt inriktat sig på personligt omhändertagande och kontaktbehandling, torde vården vara relativt väl anpassad efter fallens behov. Även om mentalsjukhusen i framtiden blir bättre utrustade och erhåller förbättrade resurser ifråga om läkare och annan sjukvårdspersonal, torde det ur psykologisk synpunkt i allmänhet icke vara riktigt att vårda barn och känsliga ungdomar tillsammans med ett äldre klientel. Psykoterapi, arbetsterapi samt särskilt olika gruppterapeutiska aktiviteter måste för det yngre klientelet utformas på ett speciellt sätt. Vidare erfordras skolundervisning och yrkesutbildning för en stor del av klientelet. De psykiatriska och barnpsykiatriska klinikerna och lasaretsavdelningarna torde i framtiden få så många arbetsuppgifter av annan art, att de icke kan bereda den långvariga vård och behandling, som erfordras för psykiskt sjuka barn och ungdomar. Många skäl talar sålunda för att särskilda mentalsjukhus för dessa grupper barn och ungdomar uppföres.

En annan grupp, där omhändertagandet förefaller vara mindre väl organiserat, är psykopatierna. De vårdas för närvarande, såsom framgår av tabellen, antingen på mentalsjukhus eller i sina hem. Även i dessa fall torde speciell psykoterapi, miljöterapi och allmänt rehabiliterande behandlingsprinciper vara önskvärda för att tillfredsställa fallens speciella behov. Det är därför eftersträfvansvärt att tillskapa bättre vårdformer för detta klientel.

Tabell 11. Diagnoser och nuvarande vårdform

	Mental-sjukhus		Psykiatriska kliniker och lasarettsavdelningar		Barnpsykiatriska kliniker och liknande		Hem för psykopat. och nervösa barn och ungdomar		Enskilda vårdhem för sinnessjuka barn		Statl. sjukhus för psyk. efterblivna		Landsningsvårdhem för psyk. efterblivna		Enskilda vårdhem för psyk. efterblivna		I hemmet		Övriga		Summa	
	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k
Oligofrenia ..	6	3	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	2	2	—	—	5	6	—	3	15	15
Organisk hj-skada.....	7	5	—	—	1	—	1	—	16	6	1	—	1	2	—	—	12	7	1	5	40	25
Schizofrenia .	77	65	—	2	5	—	—	—	23	6	—	1	7	1	—	2	77	75	4	4	193	156
Manisk-depr. psykos.....	3	4	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	9	8	—	—	14	14
Epilepsia....	8	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	6	—	6	11	19
Annan psykos	3	12	—	1	2	1	—	1	5	1	—	—	1	—	—	28	41	4	7	42	65	
Psykopathia.	18	10	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	17	10	4	7	39	29
Neuros.....	4	1	2	—	—	1	1	—	6	1	—	—	—	—	—	27	17	7	2	47	22	
Summa	126	107	2	4	9	2	2	1	52	16	1	1	11	6	—	4	178	170	20	34	401	345

Icke heller för gruppen »Neuros» i vårt material torde vårdformerna för närvarande vara tillräckliga, eftersom de fall det här är fråga om som regel är mycket svårartade och symtomen mer eller mindre invalidiserande. Att fallen i gruppen »Annan psykos» till huvudsaklig del vårdas i sina hem torde bero på att sjukdomen varit av snabbt övergående natur och att patienterna därför vid tidpunkten för undersökningens avslutande varit försöksutskrivna eller helt utskrivna. De har ändå medtagits i vår redovisning, eftersom de varit kända av vederbörande vårdorgan. Såsom närmare framgår av det följande har de emellertid icke medtagits vid vår beräkning av det framtida vårdbehovet.

Framtida vårdformer

En vårdorganisation för psykiskt sjuka barn och ungdomar bör enligt vår mening omfatta såväl sjukhus som olika former av sjuk- eller behandlingshem. Den närmare organisationen för sjukhusen beskrives i det följande av detta kapitel, och i kapitel 10 diskuteras preliminärt olika alternativ för anordnande av behandlingshem. Vid bearbetningen av det insamlade materialet har vi försökt att hänföra fallen till de olika vårdformerna och samtidigt gjort en uppdelning med avseende på åldersgrupper. Resultatet redovisas i tabell 12. Det framgår, att 52 pojkar och 26 flickor är i behov av vård på mentalsjukhus för barn, medan motsvarande antal för ungdomarna är 82 pojkar och 80 flickor. Vårdbehov på behandlingshem föreligger för 53 pojkar och 16 flickor tillhörande åldersgrupperna under 15 år samt för 22 pojkar och 20 flickor tillhörande grupperna över 15 år.

Tabell 12. Åldersgrupper och lämplig definitiv vårdform

Födelseår	Sjukhus för sinnessjuka barn och ungdomar		Behandlingshem för sinnessjuka barn och ungdomar		Mentalsjukhus, vanlig avdelning		Vårdhem för vuxna		Hem för psykopat. ungdomar		Övriga		Summa	
	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k
1952—56	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	3	3
1947—51	20	6	11	3	—	—	—	—	—	—	8	2	39	11
1942—46	30	18	42	13	—	—	—	—	—	—	11	13	83	44
Summa	52	26	53	16	—	—	—	—	—	—	20	16	125	58
1939—41	43	36	9	11	2	2	—	—	4	8	31	36	89	93
1936—38	39	44	13	9	57	62	1	2	11	6	66	71	187	194
Summa	82	80	22	20	59	64	1	2	15	14	97	107	276	287
Summa Summarum	134	106	75	36	59	64	1	2	15	14	117	123	401	345

Vid bedömningen av vårdbehovet har vi, som vidare framgår av tabellen, träffat på ett stort antal fall, som även i framtiden lämpligen skulle kunna omhändertagas på vanliga mentalsjukhus, särskilt sedan den nu pågående upprustningen av mentalsjukhusen genomförts. Det är dels sådana fall, där sjukdomen är relativt snabbt övergående och där behandlingsbehovet kan tillgodoses genom de resurser, som mentalsjukhusen förfogar över, dels ock sådana fall, där sjukdomsförloppet redan varit mycket långvarigt, där vederbörande uppnått 18—20-årsåldern och redan under lång tid varit intagen på mentalsjukhus. I sådana fall har vi ansett det vara ur behandlingssynpunkt mera lämpligt, att patienten kvarstannar på den institution, där han eller hon sedan länge vårdats. Härigenom kommer dock möjligen det av oss beräknade platsbehovet att vara något i underkant. Sedan organisationen med särskilda sjukhus för barn och ungdomar varit i funktion en längre tid, kommer nämligen sådana fall säkerligen att i det längsta behållas inom denna vårdorganisation. Vårdplatsbehovet kommer därigenom att öka.

Det är ur många synpunkter svårt att uppdraga en bestående gräns mellan det område, som omfattas av barnpsykiatri, och det som omfattas av vuxenpsykiatri. Barnvårdslagen sträcker sig visserligen till 21 års ålder, men i många fall torde det vara mera motiverat att räkna 19—20-åringar till de vuxnas kategori. Den psykiska barna- och ungdomsvården är redan och kommer i framtiden sannolikt att bli än mer belastad med arbetsuppgifter för det yngre klientelet, och den kan därför icke alltid åtaga sig de äldre ungdomarna. I vissa fall intages dock redan nu 19—20-åringar på de barnpsykiatriska avdelningarna eller behandlas i öppen vård. När ungdomarna uppnått 20—21-årsåldern måste en avveckling av barnpsykiatriens

behandlingsinsatser ske och fallen övertagas av de psykiatriska sjukvårdsresurserna för vuxna. Detta kan understundom stöta på svårlösta problem. Ett intimt samarbete mellan sjukhusen för barn och för vuxna måste alltid äga rum. Här bör också nämnas, att mentalsjukvårdens resurser då det gäller behandlingen av även ungdomar så småningom kommer att förbättras.

Differentieringen av klientelet mellan institutioner för barn och för vuxna kommer dock säkerligen att bli svår. Hänsyn bör härvidlag mera tagas till behandlingsbehovet än till levnadsåldern. Vidare bör behandlingsbehoven bli avgörande för om fallen skall tas emot på en barnpsykiatrisk lasarettsavdelning eller på ett mentalsjukhus för barn och ungdomar. Till mentalsjukhusen för sistnämnda kategori bör i första hand hänvisas fall med långvarigt vårdbehov, där utsikter till förbättring genom t. ex. gruppterapi och andra för detta klientel speciellt lämpade psykoterapeutiska metoder kan tänkas föreligga. Fall med mera kortvarigt behandlingsbehov torde kunna skötas på de barnpsykiatriska lasarettsavdelningarna eller på de vanliga mentalsjukhusen för vuxna. Patienter, som på ett tillfredsställande sätt kan behandlas i öppen vård, skall givetvis icke hänvisas till mentalsjukhusen för barn och ungdomar. För psykiskt sjuka ungdomar i 19—21-årsåldern bör det övervägas, om vård- och behandlingsbehovet icke är så långvarigt, att det med hänsyn till kontinuiteten i behandlingen skulle vara lämpligast med intagning på mentalsjukhus för vuxna.

Under beteckningen »Övriga» har vi innefattat vård i det egna hemmet med eller utan övervakning, placering i fosterhem eller hos anhöriga med eller utan övervakning, familjevård inom den vanliga mentalsjukvårdens ram m. m. Det är tveksamt, om dessa fall egentligen skall inräknas i materialet. I en del av fallen har det sjukdomstillstånd, för vilket de vårdats, redan gått över, och patienten har helt tillfrisknat. I andra fall är tillståndet stationärt och ger icke sådana symtom, att vård utom hemmet erfordras. Vi har dock ansett det lämpligt att redovisa fallen.

I tabell 13 har en redovisning skett med avseende på diagnosgrupper och lämpliga framtida vårdformer. Sjukhusen för barn och ungdomar skulle, såsom närmare framgår av tabellen, som huvudsakligt klientel få fall med diagnoserna schizofreni samt organisk hjärnskada. Även en del fall tillhörande gruppen »Annan psykos» skulle komma att vårdas där. I enstaka fall har psykopatier och neuroser också bedömts såsom lämpliga för denna vårdform. På behandlingshem, motsvarande nuvarande hem för lättskötta sinnessjuka, skulle klientelet också huvudsakligen komma att bestå av psykotiska barn och ungdomar. Såsom lämpliga fall för vård på denna typ av behandlingshem har därjämte vissa svårare former av neuroser samt några fall tillhörande gruppen »Annan psykos» bedömts. Det rör sig här om ett sammanlagt behov av cirka 120 vårdplatser. De fall, som skulle komma att kvarstanna på mentalsjukhusen för vuxna, utgöres till övervägande del av schizofrenier.

Tabell 13. Diagnoser och lämplig definitiv vårdform

Diagnos	Sjukhus för sinnessjuka barn		Sjukhus för sinnessjuka ungdomar		Behandlingshem för sinnessjuka barn		Behandlingshem för sinnessjuka ungdomar		Mental sjukhus, vanlig avdelning		Vårdhem för vuxna		Hem för psykopat. ungdomar		Övriga		Summa	
	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k
Oligofrenia	1	1	—	1	—	—	—	—	4	4	—	—	—	—	10	9	15	15
Organisk hj.skada . . .	11	8	5	6	10	3	3	2	3	3	—	—	—	—	8	3	40	25
Schizofrenia, schizoliktande psykos . . .	30	10	51	50	25	8	10	8	36	34	1	2	1	—	39	44	193	156
Man.-depr. psykos . . .	1	—	4	—	—	—	—	1	2	9	—	—	—	—	7	4	14	14
Epilepsia	—	4	4	3	—	—	—	1	4	4	—	—	—	—	3	7	11	19
Annan psykos	6	3	5	14	6	2	1	6	4	8	—	—	1	—	19	32	42	65
Psykopathia	2	—	6	4	—	1	1	—	6	2	—	—	12	13	12	9	39	29
Neuros	1	—	7	2	12	2	7	2	—	—	—	—	1	1	19	15	47	22
Summa	52	26	82	80	53	16	22	20	59	64	1	2	15	14	117	123	401	345

För att få en uppfattning om behovet av vårdavdelningar av olika karaktär har vi bearbetat materialet på sätt som närmare framgår av tabell 14. Avdelningarna på sjukhus för sinnessjuka barn respektive ungdomar har uppdelats i 3 kategorier. Omkring 45 % av fallen kan vårdas på lugna, olåsta avdelningar, 35 % kräver vård på låsta men lugna avdelningar, medan omkring 20 % av fallen erfordrar vård på låsta avdelningar med särskilda säkerhetsanordningar. Avdelningarna på behandlingshemmen har uppdelats i två kategorier. Vi har utgått ifrån, att mera störande fall icke skall vårdas där. En del fall skulle dock kunna tänkas kräva vård på avdelningar, som åtminstone tidvis är låsta. Som framgår av tabellen skulle endast sammanlagt 8 fall kräva vård på låst avdelning på behandlingshem. Eftersom antalet fall är så litet, torde det vara lämpligast att hänvisa patienter, som kräver sådan vård, till sjukhusen. Behandlingshemmen skulle i så

Tabell 14. Åldersgrupper och lämplig avdelningstyp

Födelseår	Behandlingsavdelning på sjukhus						Vårdavdelning på behandlingshem				Övriga		Summa	
	Lugn/olåst		Lugn/låst		Låst med särskilda säkerhetsanordningar		Lugn/olåst		Lugn/låst					
	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k
1952—56	1	2	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1	3	3
1947—51	11	3	7	2	2	1	10	2	1	1	8	2	39	11
1942—46	21	9	8	3	1	6	39	13	3	—	11	13	83	44
1939—41	15	14	18	17	10	5	7	11	2	—	37	46	89	93
1936—38	16	16	10	19	13	9	12	9	1	—	135	141	187	194
Summa	64	44	43	41	27	21	68	35	7	1	192	203	401	345

fall kunna inrättas enbart för lugna patienter, som kan vårdas på helt öppna avdelningar.

I tabell 15 har materialet uppdelats med avseende på avdelningstyp och diagnosgrupper.

Tabell 15. Lämplig avdelningstyp och diagnoser

	Oligofrenia		Organisk hjärnskada		Schizofrenia och schiz. liknande psykos		Man-depr. psykos		Epilepsia		Annan psykos		Psykopathia		Neuros		Summa	
	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k
<i>Behandlingsavdelning</i>																		
Lugn/olåst	1	1	11	4	37	30	—	—	—	2	5	5	4	—	6	2	64	44
Lugn/låst	—	1	3	8	24	18	2	—	2	2	6	9	4	3	2	—	43	41
Orolig	—	—	2	2	20	12	3	—	2	3	—	3	—	1	—	—	27	21
Summa	1	2	16	14	81	60	5	—	4	7	11	17	8	4	8	2	134	106
<i>Vårdhemsavdelning</i>																		
Lugn/olåst	—	—	12	5	29	16	—	1	—	1	7	7	1	1	19	4	68	35
Lugn/låst	—	—	1	—	6	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	7	1
Summa	—	—	13	5	35	16	—	1	—	1	7	8	1	1	19	4	75	36
<i>Övriga</i>	14	13	11	6	77	80	9	13	7	11	24	40	30	24	20	16	192	203
Summa Summarum	15	15	40	25	193	156	14	14	11	19	42	65	39	29	47	22	401	345

Platsbehovets tillgodoseende

Som ovan nämnts varierar frekvensen av anmälda fall inom olika län och geografiska områden. Av tabell 8 framgår vidare, att frekvensen barn och ungdomar i behov av vård å särskilda mentalsjukhus också växlar inom olika områden. De numerärt största platsbehoven redovisas för Stockholms stad, Stockholms län, Uppsala län samt Göteborgs och Bohus län, inklusive Göteborgs stad. Om de rapporterade fallen skulle anses motsvara det verkliga vårdplatsbehovet för olika områden i landet, skulle det vara lämpligt att koncentrera sjukvårdsmöjligheterna för klientelet till Stockholms- och Göteborgsområdena. Som redan antytts föreligger emellertid en olikhet länen emellan på så sätt, att län med barnpsykiatrisk verksamhet uppvisar ett större platsbehov än län utan sådan verksamhet. Vi har därför kommit till den uppfattningen, att det verkliga platsbehovet snarast motsvarar det, som rapporterna från områdena med barnpsykiatrisk verksamhet utvisar. Det synes därför vara lämpligt att i en definitivt utbyggd vårdorganisation fördela vårdmöjligheterna över landet med hänsyn till befolkningstäthet

m. m. Vi har kommit fram till, att landet då bör uppdelas i 5—6 upptagningsområden med var sitt sjukhus för psykiskt sjuka barn och ungdomar.

Vårdplatsernas förläggning

Som ovan nämnts har statsutskottet i sitt utlåtande över de nämnda motionerna till 1956 års riksdag anfört, att det borde övervägas om icke vårdplatserna för sinnessjuka barn och ungdomar borde förläggas i anslutning till de barnpsykiatriska klinikerna. Då dessa kliniker som regel är anslutna till lasarett och tomtområdena vid lasaretten i regel redan torde vara utnyttjade, har även andra möjligheter i förläggningshänseende måst övervägas.

För att erhålla kännedom om olika uppfattningar i förläggningsfrågan har vi i anslutning till utsändandet av frågeformulären rörande fall med vårdbehov också företagit en enkät rörande vårdplatsernas lämpliga förläggning. Enkäten utsändes till samma instanser som frågeformulären.

En redovisning för hur de svar, som därvid lämnats, fördelar sig på olika organisatoriska möjligheter ges i tabell 16 och 17.

Tabell 16

<i>En sjukavdelning för barn med psykosor och därmed jämförliga sjukdomstillstånd bör vara ansluten till:</i>	<i>Antal uppgiftslämnare</i>
Psykiatrisk klinik vid undervisningssjukhus	3
Annan psykiatrisk lasarettsavdelning	1
Barnpsykiatrisk klinik vid undervisningssjukhus	17
Annan barnpsykiatrisk lasarettsavdelning	4
Antingen barnpsykiatrisk klinik vid undervisningssjukhus eller annan barnpsykiatrisk lasarettsavdelning	28
Mentalsjukhus	3
Sjukhus för psykiskt efterblivna	0
Andra förslag	5

Tabell 17

<i>En avdelning för ungdomar med psykosor och psykosliknande sjukdomstillstånd bör vara ansluten till:</i>	<i>Antal uppgiftslämnare</i>
Psykiatrisk klinik vid undervisningssjukhus	4
Annan psykiatrisk lasarettsavdelning	1
Ungdomspsykiatrisk klinik vid undervisningssjukhus	13
Annan ungdomspsykiatrisk lasarettsavdelning	1
Antingen ungdomspsykiatrisk klinik vid undervisningssjukhus eller annan ungdomspsykiatrisk lasarettsavdelning	17
Mentalsjukhus	16
Sjukhus för psykiskt efterblivna	0
Andra förslag	9

Som framgår av tabell 16 har flertalet uppgiftslämnare ansett, att en sjukavdelning för barn med psykosor och därmed jämförliga sjukdomstillstånd lämpligen bör vara ansluten till barnpsykiatrisk klinik eller lasa-

rettsavdelning. De, som önskat en anknytning till barnpsykiatrisk klinik, har som regel anfört, att en sådan organisation skulle komma att tillgodose forskningens behov. Några uppgiftslämnare har framhållit, att för vissa barnpsykosformer, som har ett störande förlopp, bör vårdplatsmöjligheter förefinnas på mentalsjukhus. De vårdplatser, som förlägges i anslutning till psykiatrisk klinik eller lasaretsavdelning, bör, framhållas det i ett par svar, läggas utanför det egentliga sjukhusområdet men ej längre bort än att samarbete och utbyte av personal mellan dessa vårdplatser och kliniken respektive avdelningen kan ske.

Svaren på frågan om ungdomarnas lämpliga placering har utformats mindre entydigt. Kombinationen ungdomspsykiatrisk klinik vid undervisningssjukhus/annan ungdomspsykiatrisk lasaretsavdelning har visserligen vunnit de flesta rösterna, men en del, som valt detta alternativ, har samtidigt uttalat, att vård på mentalsjukhus även kan ifrågakomma under förutsättning av att dessa upprustas och klientelet differentieras på lämpligt och hänsynsfullt sätt. I ett par fall har framhållits, att ungdomspsykoserna i en mera lättskött form och med beskedliga symtom lämpligen kan tillföras de psykiatriska klinikerna eller avdelningarna.

Uppfattningarna om hur mentalsjukhus för sinnessjuka barn och ungdomar bör anslutas till andra sjukvårdsinrättningar divergerar sålunda. Vi har icke ansett det möjligt att följa de linjer, som erhållit de flesta rösterna, men vill betona, att ett nära samarbete mellan sådana sjukhus och psykiatriska eller barnpsykiatriska kliniker och lasaretsavdelningar synes oss under alla förhållanden böra komma till stånd.

Att sammanbygga sjukhus för sinnessjuka barn och ungdomar med kliniker och lasaretsavdelningar torde enligt vår uppfattning i regel icke vara praktiskt genomförbart eller ens lämpligt. De tomtområden, som i allmänhet står till förfogande vid lasaretten, är som redan nämnts alltför begränsade för en sådan lösning. Härjämte skulle även en icke önskvärd sammanblandning av klientelet komma att ske. Slutligen torde de sinnessjuka barnen och ungdomarna kräva alldeles för speciella anordningar i behandlingsavseende samt för sysselsättning, skolundervisning, yrkesutbildning m. m. för att detta skulle vara möjligt. Där tillräckligt stora marktområden på lasaretten står att erhålla, torde dock ett sjukhus för sinnessjuka barn och ungdomar med fördel kunna förläggas till en avskild del av detta område.

En förläggning av ett sjukhus för sinnessjuka barn och ungdomar till ett mentalsjukhus anses av de flesta uppgiftslämnare såsom mindre lämpligt. Emellertid torde i vissa fall en del av tomtområdet på ett mentalsjukhus kunna avskiljas för en sjukhusanläggning för detta klientel. Om anläggningen får särskild infart och dess karaktär av specialistsjukhus genom eget namn och även på andra sätt markeras, kommer nackdelarna av en lokal-mässig anknytning till mentalsjukhuset, vilka kan förmodas vara av över-

vägande psykologisk art, att motverkas. Sjukhuset för barn och ungdomar kan också genom ändamålsenligt samarbete mellan olika personalkategorier få en närmare anknytning till närmaste barnpsykiatriska klinik eller lasarettssavdelning än till mentalsjukhuset.

Som ovan nämnts och närmare redovisats i tabellerna 12 och 13 föreligger, såvitt vår utredning utvisat, ett sammanlagt platsbehov på sjukhus för omkring 80 barn och 160 ungdomar eller för hela landet och för bägge kategorierna tillsammans 240 platser. Det enligt vår utredning framräknade vårdplatsbehovet överstiger sålunda betydligt det, som framräknats av statens kommitté för sinnessjukvårdens utbyggande. Sistnämnda utredning hade emellertid tagit hänsyn huvudsakligen till det platsbehov, som förelåg för på sjukhus redan omhändertagna barn, och hade icke upptagit några särskilda vårdplatser för ungdomar. Vi har, såsom framgår av det föregående, kommit till den uppfattningen, att ett betydande latent platsbehov föreligger, framförallt inom områden, som helt saknar barnpsykiatrisk verksamhet, och att ett stort antal fall är omhändertagna inom vårdformer, där de icke erhåller tillfredsställande vård och behandling och där de dessutom inverkar ogynnsamt eller störande på annat klientel. Vi anser därför, att en framtida väl utbyggd sjukhusorganisation för sinnessjuka barn och ungdomar bör omfatta omkring 300 vårdplatser.

Vi har ansett det lämpligt, att vårdplatserna fördelas på 5—6 institutioner, förlagda till centra för vissa geografiska områden. Med hänsyn till behovet av nära kontakt med barnpsykiatrisk forskning och undervisning samt med annan medicinsk forskningsverksamhet har vi ansett, att universitetsstäderna borde vara de lämpligaste förläggningsorterna. Med utgångspunkt härifrån har vi konstruerat fem upptagningsområden, vilkas omfattning närmare framgår av tabell 8. Det för område I avsedda sjukhuset bör förläggas till stockholms-trakten, särskilt med hänsyn till de av storstadens förhållanden speciellt betingade behoven. Sjukhuset för område II bör förläggas till Uppsala, för område III till Lund och för område IV till Göteborg. Vi har ansett, att ett sjukhus bör förläggas till Norrland, även om det av oss framräknade vårdplatsbehovet för sjukhuset där är relativt litet. Det bör förläggas till Umeå.

Under hand har vi erhållit kännedom om den av 1956 års regionvårdsutredning planerade regionindelningen för specialistsjukvården i landet. Många skäl talar enligt vår mening för att mentalsjukhusen för barn och ungdomar betraktas som sådan specialistsjukvård, som lämpligen bör anslutas till denna regionplan. Vi har funnit, att den av oss föreslagna planen väl kan anslutas till nämnda regionplan. Detta medför dock, att ytterligare ett sjukhus behöver komma till stånd, nämligen i Linköping. Vidare bör sjukhuset i Umeå göras något mindre än det av oss föreslagna med hänsyn till att regionplanens upptagningsområde för Umeå torde komma att omfatta ett relativt litet invånarantal.

Sjukhusens utformning

Den mest rationella organisationen skulle säkerligen vara att inrätta särskilda sjukhus för barn och särskilda sjukhus för ungdomar. Detta skulle emellertid medföra, att endast två eller tre institutioner för resp. kategori skulle kunna byggas i landet. Härigenom skulle bland annat långa och kostsamma resor för patienter och anhöriga försvåra sjukhusens verksamhet. Med hänsyn till det relativt ringa antalet vårdplatser för respektive kategorier kan sålunda en sådan lösning knappast ifrågakomma. Härtill kommer att det för bägge kategorierna erfordras åtminstone 3 olika typer av vårdavdelningar, nämligen lugna olåsta, lugna låsta samt låsta med särskilda säkerhetsanordningar. Några större olägenheter av att sammanföra barn och ungdomar till samma sjukhusanläggning och samma vårdavdelningar torde enligt vår mening icke föreligga. Enligt vår utredning kommer vårdbehov för barn huvudsakligen att föreligga inom åldersgrupperna 10 år och däröver. Genom att anordna ett tillräckligt antal enkelrum och särskilda lekutrymmen m. m. för barnen, som endast i mycket ringa utsträckning kräver vård på låsta avdelningar med särskilda säkerhetsanordningar, torde därjämte olägenheterna i största utsträckning kunna elimineras. Behandlingsprinciperna blir slutligen i stort sett desamma för barn och för ungdomar.

Om sjukhusorganisationen kommer att omfatta omkring 300 vårdplatser, skulle varje sjukhusanläggning behöva uppföras med omkring 60 vårdplatser. Man bör ha möjlighet att skilja på vårdavdelningar för pojkar och för flickor. När det gäller de yngsta pojkarna kan dessa även vid behov vårdas på flickavdelningarna. Om det för varje kön skall anordnas 3 olika kategorier av vårdavdelningar, skulle det sammanlagt erfordras 6 avdelningar. Härjämte bör en särskild intagnings- och observationsavdelning på omkring 6 vårdplatser anordnas. Då platsbehovet för störande patienter endast omfattar omkring 20 % av totala antalet vårdplatser, skulle de låsta avdelningarna med särskilda säkerhetsanordningar icke behöva bli större än för 6 patienter. De lugna låsta avdelningarna bör omfatta 8—10 vårdplatser och de lugna olåsta avdelningarna 10—12 vårdplatser. Vi har sålunda funnit, att 60 vårdplatser utgör en lämplig storleksordning för ett mentalsjukhus för barn och ungdomar. Vi finner det angeläget att framhålla, att sjukhusen icke bör göras större, detta ur såväl psykologisk som psykoterapeutisk synpunkt. Om det i framtiden inom någon region, exempelvis Stockholms stad och län, visar sig behöfligt med ytterligare vårdplatser, bör i stället för ett större sjukhus två sjukhus av här föreslagen storleksordning anordnas.

Det för Stockholms stad och för Stockholms län avsedda sjukhuset torde svårigen kunna förläggas till något av Stockholms stads nu i bruk varande sjukhus. En lämplig förläggningssort för sjukhuset bör kunna åstadkommas

genom förhandlingar mellan staden och Stockholms läns landsting. Sjukhuset i Umeå bör förläggas till centralasarettets område, där tillräcklig tomtareal enligt vad vi inhämtat står till förfogande. Sjukhuset i Uppsala kan förläggas till Ulleråkers sjukhus område, där möjligheter torde föreligga att erhålla ett avskilt område med egen infart. Beträffande sjukhuset i Göteborg torde förläggningsfrågan närmare böra utredas, medan för Lunds del en lämplig tomt torde kunna erhållas å S:t Lars sjukhus område.

Vi har ansett det angeläget att åtminstone ett sjukhus kommer till stånd med det snaraste. Detta sjukhus måste som upptagningsområde ha hela landet, och det är därför angeläget att det ligger någorlunda mitt i landet. Vidare bör det förläggas till en ort, där tomtområde utan svårighet kan erhållas. Statens kommitté för sinnessjukvårdens utbyggande har, såsom redan nämnts, som sin mening uttalat, att vårdplatser för sinnessjuka barn kan förläggas till Ulleråkers sjukhus. Vi anser, med hänsyn till ovanstående, att det första mentalsjukhuset för barn och ungdomar bör förläggas till Uppsala samt att en avskild förläggningsplats på Ulleråkers sjukhusområde bör söka åstadkommas.

Beträffande turordningen mellan de övriga sjukhusen anser vi, att det område, som enligt vår utredning uppvisar det största vårdplatsbehovet, bör erhålla sjukhuset nr 2. Som framgår av tabell 8 uppgår vårdplatsbehovet inom Stockholms stad och län till 0,18 ‰, medan det för övriga områden ligger omkring 0,10 ‰. Vi föreslår därför, att det andra sjukhuset uppföres i Stockholm eller dess närhet och att de ovannämnda samordningsförhandlingarna mellan staden och länet kommer till stånd utan dröjsmål.

Erfarenheterna från verksamheten vid sjukhuset i Uppsala bör tillgodogöras då det gäller planeringen av de övriga sjukhusen. Med hänsyn till det stora vårdplatsbehovet inom Stockholms stad och Stockholms län bör emellertid sjukhuset för dessa båda områden komma till stånd senast 2—3 år efter tillkomsten av uppsalaskjukhuset.

Vi har vidare ansett det angeläget, att Norrland så snart som möjligt erhåller ett sjukhus. Innan statsmakterna tagit ställning till regionvårdsutredningens förslag är det dock icke möjligt att avgöra hur många vårdplatser umeåsjukhuset bör ha. Det är därför möjligt att det tredje sjukhuset måste förläggas till göteborgstrakten. Detta torde nämligen i vart fall behöva omfatta 60 vårdplatser. Det bör i en första etapp kunna tjäna som upptagnings-sjukhus även för det södra området, intill dess sjukhuset i Lund har tillkommit.

Behandlingsmetoderna för klientelet torde sannolikt komma att inriktas på olika former av psykoterapi och läkepedagogisk behandling. Behov av medikamentell behandling, insulinomabehandling m. m. torde för ett visst antal fall bli aktuellt men torde kunna bedrivas på vårdavdelningarna. Någon särskild insulinbehandlingsavdelning behöver sålunda ej inrättas. Den indi-

viduella psykoterapin kan bedrivas antingen på vårdavdelningarna eller på expeditionslokalerna för olika kategorier av befattningshavare. Särskilda rum erfordras dock för gruppterapi och för rörelseterapi. Vidare krävs samlings-sal med möjligheter till uppförande av psykodrama etc. Vissa lokalbehov för diagnostik torde kunna samordnas med det sjukhus, till vilket anläggningen förlägges. Sålunda torde särskild röntgenavdelning icke behöva anordnas. För laboratorieändamål torde endast en mindre lokal bli erforderlig. Särskild anläggning för elektroencefalografi torde icke bli erforderlig, om sådan finnes att tillgå vid närliggande lasarett eller mentalsjukhus.

Eftersom klientelet till en del kommer att utgöras av barn och ungdomar i skolåldern, måste särskilda undervisningslokaler finnas. För det något äldre ungdomsklientelet erfordras möjligheter till viss yrkesutbildning eller åtminstone yrkesträning. För sysselsättnings- och arbetsterapi erfordras också lokaler, gymnastiksal etc. Terapilokaler och dylikt bör vara förlagda till särskild byggnad. Slutligen måste beaktas, att klientelet har speciella behov av anordningar för utevistelse.

Varje sjukhus bör förestås av en överläkare. Denne bör äga sådan kompetens, som kräves för överläkare vid barnpsykiatrisk avdelning vid lasarett. Lönegradsplaceringen bör motsvara den, som gäller för överläkare vid statens sinnessjukhus eller för barnpsykiatrisk lasarettsläkare.

Stora krav kommer att ställas på intensiteten i behandlingsarbetet. Visserligen kommer huvuddelen av klientelet att utgöras av schizofrenier med långvarigt sjukdomsförlopp, vilket dock inte innebär, att alla behandlingsmöjligheter för dem måste betraktas som uttömda. I den moderna schizofrenibehandlingen betonas alltmer, att psykoterapi utgör en mycket viktig behandlingsmetod, som emellertid är synnerligen tidskrävande. Det anses, att resultatet kan förbättras, om experter från olika områden — det psykiatriska, det sociala, det psykologiska och det pedagogiska — kan samverka vid behandlingen. Sådana psykoterapeutiska metoder som gruppterapi och rörelseterapi har fått en allt större betydelse. Deras rätta handhavande kräver just en sådan samverkan, som ovan har skildrats.

Med hänsyn till de ovan anförda synpunkterna bör varje sjukhus ha två underordnade läkartjänster. Båda läkarna skall delta i den psykoterapeutiska verksamheten. Härtill kommer för deras del de vanliga sjukvårdande uppgifterna av diagnostisk och terapeutisk art samt journalföringen.

Man bör räkna med att härutöver erfordras två psykologtjänster — en för i huvudsak diagnostiskt och en för i huvudsak terapeutiskt arbete — samt två sjukhuskuratorstjänster.

Som ovan nämnts måste skolundervisning och yrkesutbildning jämte yrkesträning ingå i sjukhusarbetet. Man kan räkna med att 15—20 barn och ungdomar av vardera könet blir i behov av undervisning vid varje sjukhus. Härför erfordras två lärartjänster. Ifråga om yrkesträningen kan

man räkna med att denna kan handhavas av arbetsterapeuter med mentalhygienisk skolning, av vilka torde erfordras två på varje sjukhus. Den mera kvalificerade yrkesutbildningen bör bedrivas i samarbete med institutioner härför inom respektive område. Den bör från sjukhusens sida kunna ledas av kuratorerna och arbetsterapeuterna. För laboratoriet kräves en laboratoriesköterska.

Varje vårdavdelning bör förestås av en översköterska. Vårdpersonalen i övrigt bör dimensioneras enligt de principer, som anförts i kapitel 6 rörande vårdpersonal å de barn- och ungdomspsykiatriska avdelningarna.

Vi föreslår, att statens kommitté för sinnessjukvårdens utbyggande erhåller i uppdrag att närmare utreda lokalbehovet å sjukhusen, att utarbeta lokalprogram och ritningar samt att föra erforderliga förhandlingar.

Det klientel, som kommer att belägga ifrågavarande vårdplatser, är av den art att det, intill ett förändrat huvudmannaskap för mentalsjukvården eventuellt kommit till stånd, i regel bör åvila staten att vara huvudman för sjukhusen. Med hänsyn till att Stockholms stad har ansvaret för vården av sinnessjuka, hemmahörande i nämnda stad, bör det emellertid övervägas om ej staden bör bli huvudman för det av oss föreslagna sjukhuset för Stockholms stad och län, varvid avtal med Stockholms län kunde träffas i frågan om dispositionen av vårdplatserna vid sjukhuset. Enligt vår förenämnda undersökning skulle större delen av vårdplatserna komma att beläggas med patienter från staden. Huvudmannaskapsfrågan torde komma att bli föremål för ytterligare överväganden i samband med ställningstagandet till regionplanen för specialistsjukvården. Med hänsyn till att det här är fråga om relativt små sjukhusenheter synes sjukhusen i administrativt hänseende lämpligen kunna underställas direktionerna för närliggande mentalsjukhus för vuxna. Beträffande sjukhuset i Umeå torde dock genom förhandlingar med landstinget ett särskilt avtal rörande administrationen lämpligen böra upprättas.

Sammanfattning och förslag

Vi föreslår, att 5—6 sjukhus för sinnessjuka barn och ungdomar inrättas och förlägges till Stockholms stad eller län samt till städerna Uppsala, Umeå, Göteborg, Lund och eventuellt Linköping. Sjukhuset i Uppsala bör byggas snarast möjligt — planeringsarbetena torde böra bedrivas i sådan takt att det kan tagas i bruk inom en 3-årsperiod. Det kan lämpligen förläggas till Ulleråkers sjukhusområde. Det bör uppdragas åt statens kommitté för sinnessjukvårdens utbyggande att utse lämplig tomtmark, att utarbeta lokalprogram för sjukhuset samt att med ledning härav upprätta ritningar och framlägga förslag till sjukhusets byggande.

Därnäst bör sjukhuset i Stockholms stad eller län och sedan det i Göte-

borg komma till stånd. Om det ej skulle befinnas lämpligt att låta Stockholms stad bli huvudman för förstnämnda sjukhus, bör det uppdragas åt statens kommitté för sinnessjukvårdens utbyggande att upptaga förhandlingar med staden och länet om lämplig förläggningsplats för sjukhuset samt att avgiva förslag till sjukhusets uppförande. Frågan om lämplig förläggningsplats för sjukhusen i Göteborg och Lund bör likaså närmare utredas av statens kommitté för sinnessjukvårdens utbyggande. Beträffande sjukhuset i Umeå bör förhandlingar upptagas med Västerbottens läns landsting angående lämplig förläggning. Även i detta fall bör uppdrag lämnas åt statens kommitté för sinnessjukvårdens utbyggande att föra förhandlingarna samt inkomma med detaljförslag rörande sjukhuset. Med hänsyn till att en fullständig utbyggnad av denna vårdform ur många synpunkter måste betraktas som angelägen borde enligt vår mening samtliga sjukhus tillkomma inom en 10-årsperiod. Andra angelägna investeringsbehov på sjukvårdens område torde emellertid lägga hinder i vägen för en så snabb utbyggnad. Vi vill därför inskränka oss till uttalandet, att mentalsjukhusen för barn och ungdomar bör komma till stånd så snart som det överhuvudtaget är möjligt.

KAPITEL 10

Övriga vårdformer i anslutning till den psykiska barna- och ungdomsvården

I det föregående har vi diskuterat och planlagt den framtida psykiska barna- och ungdomsvården i egentlig mening. Vi räknade då med att det inom varje landstingsområde och inom landstingsfria städer behövs barn- och ungdomspsykiatriska avdelningar och därtill anslutna samt fristående öppna mottagningar. Till dessa öppna mottagningar bör också i den mån det visar sig erforderligt kunna fogas ett filialsystem. Vi har dessutom i det föregående tagit ställning till vilka personalkategorier, som blir nödvändiga inom dessa områden av psykisk barna- och ungdomsvård.

Härutöver har vi i närmast föregående kapitel framlagt förslag om inrättande av särskilda mentalsjukhus för barn och ungdomar.

I detta kapitel skall vi uppehålla oss vid övriga vårdformer för barn och ungdom, som på ett eller annat sätt har anknytning till den psykiska barna- och ungdomsvården.

Inledningsvis kan då konstateras, att varje vårdform inom vilken barn och ungdomar omhändertages för vård och fostran givetvis är av betydelse och intresse för den psykiska barna- och ungdomsvården. Samtidigt måste vi tyvärr från början framhålla, att den personalbrist, som föreligger — särskilt beträffande läkare men även i fråga om andra personalkategorier — måste medföra, att verksamheten under sannolikt lång tid framåt kommer att i huvudsak koncentreras till redan angivna uppgifter. Den psykiska barna- och ungdomsvårdens personal kommer sålunda icke att inom över-skådlig tid räcka till för mer än de mest angelägna uppgifterna utanför det egentliga området. I det följande kommer vi att söka analysera, vilka dessa mest väsentliga uppgifter är och i någon mån också försöka bedöma, hur långt den psykiska barna- och ungdomsvårdens personal kan beräknas kunna tagas i anspråk inom olika vårdområden. Förhållandena måste givetvis bli olika inom olika landsting och landstingsfria städer. Hänsyn måste tas till lokala förhållanden och även till det intresse, som läkare och andra inom den psykiska barna- och ungdomsvården kan ha för den ena eller den andra av de många varierande uppgifter, som kommer ifråga.

Fosterhemmen

Inom den psykiska barna- och ungdomsvården strävar man efter att barn och ungdomar skall få möjlighet att växa upp i sina egna hem. Är detta av

olika anledningar uteslutet försöker man i första hand att få barnen placerade i goda fosterhem. I många situationer är detta just den åtgärd, som behövs för att säkra en normal personlighetsutveckling. När det gäller vissa barn med psykiska störningar framträder emellertid ett starkt behov av speciellt lämpade fosterhem. Det är då fråga om dels sådana barn, som på grund av sina anpassningssvårigheter kanske under en övergångstid skulle skapa för stora bekymmer i ett ordinärt fosterhem, dels ock sådana fall, där det krävs speciellt handlag och speciella kvalifikationer för att föra barnen igenom en brydsam tid. Vidare gäller det de kategorier av psykiskt störda barn, som är i behov av fortlöpande behandling vid en öppen mottagning inom den psykiska barna- och ungdomsvården och som under denna tid ej kan vistas i det egna hemmet utan är mest betjänta av en vistelse i ett annat enskilt hem. Det är sannolikt möjligt, att genom ett intensivare arbete få fram flera hem av denna art och att i större utsträckning än hittills också inrikta sig på att ge dessa hem det stöd i arbetet för och med barnen, som erfordras.

I detta hänseende torde vi i framtiden kunna räkna med ett gott samarbete mellan den psykiska barna- och ungdomsvården och de samhällliga organ, som svarar för anskaffningen av fosterhem.

Den halvöppna barnavården

I kapitel 3 har vi redogjort för de mentalhygieniska uppgifter, som »institutioner för halvöppen barnavård» har.

Under pedagogisk ledning och under samvaro med normala barn strävar man efter att ge även barn med kontaktsvårigheter och dylikt social fosteran före inträdet i småskolan. Redan i remissyttrandena över betänkandet rörande Daghem och förskolor betonades behovet av särskilda *specialbarnstugor* för olika kategorier av barn med anpassningssvårigheter. I de stora städerna har under senare år också tillkommit ett flertal institutioner av denna art. Det gäller inte minst sådana för olika typer av utvecklingsstörda barn, spastiker etc. För dessa barn och deras familjer har detta varit av utomordentligt stort värde, och en fortsatt utveckling i denna riktning är i hög grad önskvärd. En betydande insats har på detta område gjorts av Föreningen för utvecklingsstörda barn. För den psykiska barna- och ungdomsvården vore det en tillgång, om institutioner i form av såväl förskolor och daghem som eftermiddagshem för barn med olika slag av anpassningssvårigheter kunde komma till stånd i större utsträckning, vilket väl dock bara blir möjligt i större städer. Det är givetvis en uppgift för barnavårdsnämnderna att överväga och taga ställning till behoven härav. Vi vill endast understryka den betydelse för den psykiska barna- och ungdomsvården, som ligger i möjligheten att ha dylika institutioner till förfogande som hjälporgan vid behandling av bland annat de angivna kategorierna av barn.

Slutna institutioner för observation och behandling av vissa barn och ungdomar

Frågan om den slutna institutionsvården för barn och ungdomar är en av de allra svåraste vi haft att syssla med. Dels berör den flera olika områden av medicinsk, social och pedagogisk människovård, dels — och framförallt — möter man här många och delvis starkt motsägande uppfattningar om hur sådan vård bäst skall anordnas.

Särskilt beträffande den grupp av anstalter, som för den psykiska barna- och ungdomsvården är av speciellt intresse som organ för långtidsobservation och behandling — hemmen för psykopatiska och nervösa barn — har flera utredningar verkställtts och förslag framlagts utan att enighet kunnat uppnås om lämpligaste organisationsform. Dessa hem har tidigare berörts i kapitel 9. En utförligare redogörelse för dem finns i barnavårdskommitténs betänkande Ny barnavårdslag (SOU 1956: 61) jämte viss historik, särskilt beträffande tillsynsfrågan. Barnavårdskommittén framlägger också ett förslag till frågans lösning genom inrättande av specialbarnhem (se närmare nedan). Redan här må nämnas, att för oss synes detta förslag ge helt otillräckliga resurser för en adekvat differentiering.

Efter många överväganden har vi stannat för att i detta betänkande ej framlägga definitiva förslag till lösning av denna svåra fråga. Det synes oss bland annat nödvändigt att först företa vissa kompletterande utredningar, särskilt för att närmare belysa klienteletets natur på dessa så kallade psykopatbarnhem. Vi har huvudsakligen av två skäl velat framlägga detta betänkande utan att avvakta resultatet av sådana undersökningar: dels synes oss dessa problem ej höra till den psykiska barna- och ungdomsvårdens centrala frågor, vilka alltså kan lösas utan ett definitivt ställningstagande till ifrågakvarande delproblem, dels — och framförallt — är det för den psykiska barna- och ungdomsvårdens vidare utveckling av den största betydelse att de centrala organisationsfrågorna snarast får sin definitiva lösning.

Vi lämnar först en översikt av de observations- och behandlingsmöjligheter, som nu står till buds utöver dem som finnes inom den egentliga psykiska barna- och ungdomsvården.

Som ovan nämnts söker man i första hand hjälpa det psykiskt störda barnet i dess eget hem. Är detta ogörligt blir oftast en fosterhemsplacering det man närmast överväger. Vissa barn synes emellertid vara mest betjänta av vanlig barnhemsplacering. Ett mindre antal remitteras för fortsatt vård till speciella institutioner, exempelvis till hem och skolor för psykiskt efterblivna och för epileptiker, till olika typer av internat etc. En särgrupp av svårt psykiskt störda, ej psykiskt efterblivna, går till hemmen för psykopatiska och nervösa barn respektive till enskilda vårdhem för lättskötta sinnessjuka (Mikaelgården och liknande hem). Andra barn och ungdomar går till ungdomsvårdsskolor och enstaka till mentalsjukhus.

Erfarenheten inom den psykiska barna- och ungdomsvården visar sålunda, att trots alla ansträngningar att återföra de grupper av barn, som här kommer ifråga, till egna hem respektive till fosterhem så kommer det alltid att kvarstå vissa grupper, som av olika anledningar är i behov av längre tids observation eller behandling på institutioner utan att de för den skull är i behov av egentlig sjukhusvård. För en del av dessa är vårdbehovet någorlunda väl tillfredsställt eller kommer att tillfredsställas genom den utbyggnad, som för närvarande pågår (t. ex. vården av vissa psykiskt efterblivna).

För andra grupper, och då speciellt för de neurotiska och psykotiska barnen och ungdomarna samt för vissa grupper av de tidigt karaktärsstörda, är situationen emellertid annorlunda. Nu finnes för dessa endast ett fåtal hem för psykopatiska och nervösa barn samt några enskilda vårdhem för sinnessjuka barn (se sid. 123). Genom vår tidigare omförmälda enkät framkom ett utpräglat önskemål om att det till den psykiska barna- och ungdomsvårdens förfogande borde ställas så kallade behandlingshem, vilka skulle kunna ta emot barn ur dessa grupper. Från några håll anfördes också, vilka typer av hem man i princip tänkte sig. Som ovan nämnts har vissa tidigare utredningar sysslat med frågan om psykopatvården för barn och därmed sammanhängande spörsmål utan att någon definitiv lösning uppnåtts. Det kan vara på sin plats att lämna en kortfattad historik häröver.

De första hemmen för psykopatiska och nervösa barn började sin verksamhet år 1928, och alltsedan år 1937 har statsbidrag utgått till dem (SFS 1937: 303). Enligt gällande kungörelse utgår icke statsbidrag för den, som vid intagningen överskridit 17 års ålder, ej heller för intagen över 21 år. Medicinalstyrelsen är tillsynsmyndighet för dessa institutioner. Socialvårdskommittén (SOU 1944: 34; sid. 203—207) har beträffande ifrågasvarande hem framhållit följande: »Ovan angivna och övriga med psykopatvården för barn sammanhängande spörsmål kunna eller böra icke såvitt kommittén kan finna lösas inom ramen för barnavårdslagstiftningen. Ej heller kan anses lämpligt att dessa hem omfattas av landstingens legala huvudmannaskap, då ett utbyggt anstaltsväsende på detta område icke ens tillnärmelsevis kan antagas få samma omfattning som anstaltsväsendet för barn i övrigt. Detta utgör dock icke hinder för att psykopathemmen betraktas som barnavårdsanstalter och sålunda — även om de ställas under tillsyn i annan ordning — komma in under den i barnavårdslagstiftningen stadgade tillsynen. Enligt kommitténs mening bör frågan om psykopatvården för barn och i samband därmed spörsmålet om psykopathemmens framtida ställning göras till föremål för skyndsamt utredning.»

Den 2 november 1945 uppdrog Kungl. Maj:t åt medicinalstyrelsen och socialstyrelsen att gemensamt verkställa utredning av frågan om anstaltsvården för sinnessjuka, psykopatiska och nervösa barn samt andra i sam-

band med psykopatvården för barn stående spørsmål. Utredningen anförtroddes av nämnda ämbetsverk åt dåvarande inspektören för sinnesslö-vården Anna-Lisa Annell och byråchefen i socialstyrelsen Ali Berggren. Dessa verkställde bland annat en inventering av antalet hithörande barn och kom — med starka reservationer — fram till att omkring 1 000 barn torde vara i behov av vård på läkepedagogiska institutioner, med vilken benämning man avsåg moderniserade anstalter för behandling av psyko-patiska och nervösa barn. Av sådana institutioner borde det finnas två olika slag, nämligen typ I, avsedd för barn och ungdom med allvarligare och mera djupgående rubbningar, som krävde speciell psykoterapi och psykologisk behandling vid synnerligen väl utrustade anstalter, och typ II, avsedda för lättskötta fall, som huvudsakligen krävde lämplig och sak-kunnig fostran i relativt retningsfri miljö. Utredningen räknade med att en knapp tredjedel av platserna borde hänföras till anstalter av typ I. En något så när pålitlig beräkning av platsbehovet för en framtida organisa-tion av vården var emellertid, framhölls det, mycket vanskelig, för att inte säga omöjlig att genomföra. Utredningen ställde därför utarbetandet av en fullständig plan på framtiden och begränsade sitt förslag till åtgärder, dels för en effektivisering av den förebyggande verksamheten genom en utbyggnad av den psykiska barna- och ungdomsvården, dels för tillvara-tagande och utbyggnad av redan tillgängliga vårdresurser.

De föreslagna läkepedagogiska institutionerna av typ I borde enligt ut-redningen planeras så att de närmast motsvarade Mellansjö skolhem, det till statens ungdomsvårdsskoleorganisation hörande Lövstahemmet samt Barnbyn Skå. Läkepedagogiska anstalter av typ II borde närmast motsvara Skårsbo och Råbylunds skolhem.

Med gemensam skrivelse den 19 januari 1948 överlämnade medicinal-styrelsen och socialstyrelsen Annells och Berggrens förslag till Kungl. Maj:t. De båda ämbetsverken var ense om att snara åtgärder borde vidtagas för att trygga fortbeståndet av psykopatbarnhemmen. De var också eniga om, att förslag då inte borde framläggas om utbyggnad av läkepedagogiska institutioner enligt de riktlinjer, som förordats i utredningen. Ämbetsver-ken hade emellertid på vissa punkter skiljaktiga meningar. Främst gällde detta tillsynen av de enskilda psykopathemmen, vilken tillsyn vart och ett av ämbetsverken ansåg höra till sitt eget ansvarsområde. Med anledning av förslaget beslöt riksdagen sedermera viss omläggning av statsbidraget men i övrigt vidtogs inga förändringar.

Principiella synpunkter på denna fråga dryftades även i den utredning angående verksamheten vid Barnbyn Skå, som medicinalstyrelsen och social-styrelsen gemensamt utförde åren 1949—50 på framställning av barnavårds-nämnden i Stockholm. Socialstyrelsen erinrade där om att Barnbyn god-känts såsom barnhem och förklarade sig anse hemmet vara barnavårds-anstalt, vilket innebure att det stod under tillsyn av den lokala barna-

vårdsnämnden, av länsstyrelsen och av socialstyrelsen. Sedan Barnbyn år 1948 godkänts såsom psykopathem kom den att stå även under medicinalstyrelsens tillsyn. Denna styrelse hänvisade till pågående utredning (tillsynskommittén) och framhöll, att den vård, som meddelades vid Barnbyn, föll inom området för modern barnpsykiatrisk verksamhet och sålunda vore att anse som sjukvård. Barnbyn — som av styrelsen kallades för behandlingshem — finge med hänsyn härtill anses utgöra sjukvårdsanstalt, underkastad tillsyn av medicinalstyrelsen och skolöverstyrelsen.

Den här omnämnda tillsynskommittén (riksdagsledamöterna Elmgren och Elmén samt rektor Melin) hade år 1950 tillkallats av chefen för inrikesdepartementet för att utreda frågan om tillsyn över anstalter för vård av sinnesslöa, fallandesjuka, vanföra samt av psykopatiska och nervösa barn. I direktiven framhölls bland annat, att de sistnämnda anstalterna närmast vore att betrakta såsom barnavårdsanstalter (ett begrepp infört genom en år 1945 vidtagen ändring av barnavårdslagen). Kommittén avlämnade sitt betänkande år 1951. Den ansåg övervägande skäl tala för att medicinalstyrelsen — ehuru socialstyrelsen principiellt hade överinseende över barnavårdsanstalter — borde förbli huvudtillsynsmyndighet över psykopatbarnhemmen, enär den hade överinseende över psykopatvården i allmänhet och även över den psykiska barna- och ungdomsvården. Den pedagogiska verksamheten borde som förut inspekteras av skolöverstyrelsen och dess organ, men det vore inte lämpligt att anförtro någon del av tillsynen åt socialstyrelsen, då detta skulle medföra en icke önskvärd dubbeltillsyn. Den lokala tillsynen borde i allmänhet åvila varje psykopathems styrelse.

Socialstyrelsen och medicinalstyrelsen anförde i sina remissvar liknande synpunkter som förut. Riksdagen beslöt i huvudsaklig överensstämmelse med kommitténs förslag (den därav föranledda kungörelsen se SFS 1952: 552).

Hösten 1952 tillsattes åter en sakkunnig (kanslirådet Larnstedt) för att verkställa utredning angående de enskilda psykopatbarnhemmens organisation och ekonomiska förhållanden. I januari 1954 framlade denne utredningsman sitt förslag. Där förordades, att landstingen och de landstingsfria städerna skulle bli huvudmän för vården av vissa barn med beteenderubbningar, som var i behov av längre tids behandling av medicinsk-psykologisk art. En besvärande brist på sådana platser ansågs föreligga. För ändamålet borde särskilda hem anordnas, vilka lämpligen borde anslutas till centralerna för psykisk barna- och ungdomsvård.

Socialstyrelsen tillstyrkte förslaget men framhöll, att starka skäl talade för att psykopatbarnhemmen borde bli en kategori barnhem i landstingens och de landstingsfria städernas barnhemsplaner. Som ett alternativ framfördes psykopatvårdens inordnande i ungdomsvårdsskoleorganisationen.

Såväl departementschefen som riksdagen ansåg, att man borde vänta med beslut i huvudmannaskapsfrågan i avvaktan på resultatet av barnavårds-kommitténs utredningsarbete.

I medicinalstyrelsens underdåniga framställning den 23 mars 1956 (se sid. 10 och följande) hänvisades till ett förslag av år 1950, enligt vilket det inom varje verksamhet för psykisk barna- och ungdomsvård borde finnas — förutom rådgivningsbyrå och sjukhusavdelning — ett observations- och ett behandlingshem. Efter att ha erinrat om Larnstedts förenämnda utredning föreslog styrelsen, att det upprättades förslag till plan för sådana behandlingshem.

Barnavårdskommittén har nu i sitt betänkande närmare utfört socialstyrelsens sistnämnda ställningstagande. Den föreslår för dessa barn så kallade specialbarnhem, motsvarande psykopatbarnhemmen, men med högst 10 platser å vardera hemmet och under tillsyn av socialstyrelsen. Kommittén föreslår sålunda här en ändring av det beslut, som riksdagen efter tillsynskommitténs utredning och remissbehandlingen härav fattade år 1952. Som motivering framhåller kommittén i huvudsak, att klientelet på psykopathemmen är likartat med vissa av de vanliga barnhemmens klientel och att ett inordnande av dessa hem i barnhemsplanerna skulle underlätta utplacering av ifrågavarande barn i fosterhem.

I fråga om klientelet art hänvisas i nämnda betänkande huvudsakligen till en undersökning av socialstyrelsen angående på barnhem vårdade defekta barn, ur vilken ett utdrag finns tryckt såsom bilaga C till betänkandet. Därav framgår, att det enligt barnhemsläkarnas bedömande en viss dag på barnhem av sammanlagt 3 292 fanns 268 barn, som på grund av sjukdom eller lyte ej borde vårdas där. Av dessa uppgavs 120 vara psykiskt sjuka, vilket här i huvudsak innebar efterblivenhet, medan 91 visade andra beteenderubbningar. I 62 av de 91 fallen uppgavs barnen vara störande. Någon jämförelse mellan dessa 91 barn och de cirka dubbelt så många, som samtidigt vårdades på psykopatbarnhemmen finns emellertid ej redovisad, varför ovannämnda påstående, att klientelet skulle vara likartat på psykopatbarnhemmen och de vanliga barnhemmen måste sägas vara löst grundat. Det förhållandet, att specialbarnhemmen enligt kommitténs förslag bör omfatta högst 10 platser, skulle komma att leda till en högst avsevärd decimering av platsantalet vid de nuvarande psykopatbarnhemmen och därmed också deras möjlighet att vid behov driva egna skolor. Då enligt betänkandets lagförslag underårig som ej fyllt 18 år benämnes barn, kunde visserligen en del av men ej hela ungdomsklientelet få vård på specialbarnhemmen.

Vi har försökt komma fram till en uppskattning av hur stor hela den berörda gruppen är — de neurotiska, jämte vissa psykotiska barn och ungdomar samt hithörande grupper av de karaktärsstörda. Några säkra uppgifter härom är vi emellertid ännu ej i stånd att lämna. Som tidigare nämnts uppskattades — dock med starka reservationer — antalet i Annells och Berggrens utredning till cirka 1 000 (i stort sett denna typ av barn och ungdomar).

För närvarande är psykopatbarnhemmens platsantal 172. Härtill kommer 113 platser på vissa enskilda vårdhem, de så kallade läkepedagogiska instituten. Efterfrågan på platser vid alla dessa hem är av all erfarenhet att döma betydligt större än tillgången. På några barnhem med sammanlagt 128 platser och med speciellt klientel — övervägande med beteenderubbningar — nämligen Ivarsbergshemmet i Göteborg, Gårda barnhem i Partille, Eolshälls pojkhem, baptisternas pojkhem i Kungsängen och Sundsgårdens skolhem är samtliga barn sannolikt av här åsyftad art. Härtill kommer så det klientel på de vanliga barnhemmen och på hemmen för varaktig vård, som företer beteenderubbningar av olika slag. Barnpsykiatriska undersökningar av barnhemsklientelet i Värmlands, Kristianstads och Stockholms län bestyrker den uppfattningen, att minst hälften av barnen på upptagningshem och hem för varaktig vård är i behov av barnpsykiatrisk tillsyn eller vård.¹ Då det 1954 fanns 3 270 platser på sådana barnhem torde man sålunda med betydande sannolikhet kunna dra den slutsatsen, att minst 1 000 barn för närvarande är i behov av läkepedagogisk anstaltsvård, och att det inte är helt osannolikt att det rör sig om ett betydligt större antal. Det bör härvid nämnas, att ungdomsvårdsskolornas klientel ej medtagits i dessa beräkningar. Säkerligen är större delen av detta klientel också i behov av motsvarande läkepedagogiska åtgärder.

Vid våra överväganden hur denna vårdfråga lämpligen bör lösas har vi i första hand ansett oss böra ta hänsyn till att stora variationer finns inom den här berörda gruppen av barn och ungdomar. Man kan säga, att man har en skala med stigande svårighetsgrad från de lindriga beteenderubbningarna — som kan avsevärt förbättras bara av miljöbyte genom överflyttning till ett ordinärt barnhem — över de svåra neuroserna och karaktärsrubbningarna fram till vissa grupper av sinnessjukdomar.² Några skarpa gränser mellan ovan angivna kategorier av barn och ungdomar finnes ej. I praktiken är det dock synnerligen viktigt, att en differentiering av vården kan komma till stånd. Olika typer av störningar behöver olika behandling och barnen och ungdomarna kan ogynnsamt påverka varandra om inte tillräckliga differentieringsmöjligheter förefinns. Det synes oss uppenbart, att de svåraste fallen hör hemma på sjukvårdsanstalt och att de lättaste kan vårdas på barnavårdsanstalt. Var gränsen sedan skall dragas med avseende på det medelsvåra klientelet är däremot svårare att yttra sig om. Med hänsyn till de anförda synpunkterna synes det oss angeläget, att den av barnavårdskommittén föreslagna differentieringen av barnhemmen inom barnhemsplanerna kommer till stånd, och att alltså specialbarnhem anordnas på sätt som skisserats i nyssnämnda kommittés betänkande.

¹ Se t. ex. T. Thysell: Barnhemmen och deras klientel, Sociala Meddelanden 1948/11.

² De akuta liksom de ur vårdsynpunkt svårare fallen av sinnessjukdom hos barn och ungdomar bör vårdas på de barnpsykiatriska avdelningarna och på mentalsjukhusen för barn och ungdomar. Vissa svåra fall kommer dessutom att behöva vårdas på mentalsjukhusen för vuxna.

Barnavårdskommitténs argument, att utplaceringen i fosterhem skulle underlättas genom att alla kategorier av institutioner för ifrågavarande klientel inordnades i barnhemsplanerna, finner vi emellertid föga bärkraftigt. Som redan nämnts är det givetvis önskvärt, att det skapas bästa möjliga resurser för utplacering av barn av dessa kategorier. Det är vår uppfattning, att detta lika bra skulle kunna ske om anstaltsvården eller delar därav inordnades i landstingens och de landstingsfria städernas sjukvårdsorganisation. Anskaffningen av fosterhem i länen är inte avhängig av själva barnhemsorganisationen. Barnavårdsombuden är ju de regionala socialvårdsförbundens tjänstemän och står även barnavårdsnämnderna och den psykiska barna- och ungdomsvården till tjänst med anskaffning av fosterhem. Kontrollen av fosterhemmen åvilar barnavårdsnämndernas inspektriser samt länsstyrelsernas barnavårdsassistenter med vilka den psykiska barna- och ungdomsvården har ett gott samarbete och eftersträvar ett än intensivare dylikt. I en hel del av de svårare fallen är också situationen den, att klientelet utveckling måste följas genom fortsatt kontakt mellan den psykiska barna- och ungdomsvården och fosterhemmet.

Definitiva förslag om hur en ytterligare differentiering av institutionsvården bäst bör tryggas är vi som inledningsvis nämnts för närvarande icke beredda att framlägga. Vi vill dock redovisa några preliminära synpunkter.

Först må då framhållas de påtagliga fördelar, som det skulle innebära, att observations- och behandlingshem inrättades som sjukvårdsanstalter. In- och utskrivning vid nämnda hem skulle underlättas och nya myndigheter ej behöva inkopplas i de fall ett barn behöver fortsatt behandling utanför sjukhus, vilket för många föräldrar är en väsentlig synpunkt. Vården vid sådana hem skulle då i likhet med t. ex. vården på konvalescenthem ersättas av sjukkassan på vanligt sätt. Medicinalstyrelsen skulle vara tillsynsmyndighet.

Det har syntts oss lämpligt att här ge en relativt fyllig bild av hur man skulle kunna tänka sig en konkret lösning av ifrågavarande spörsmål i huvudsaklig anslutning till de riktlinjer, som medicinalstyrelsen flera gånger angivit. På en punkt kan vi dock ej biträda nämnda styrelses uppfattning. Dess förslag om ett observations- och ett behandlingshem inom varje verksamhet för psykisk barna- och ungdomsvård har vi övervägt, men har icke funnit skäl föreligga att alltid skarpt skilja mellan särskilda observationshem och särskilda behandlingshem. Det är nämligen en flytande gräns mellan behandling och sådan långtidsobservation, varom här var fråga. Andra former av differentiering synes oss dessutom viktigare. För korthetens skull benämner vi nedan hemmen för långtidsobservation och behandling för behandlingshem.

När det gäller *planläggningen* av sådana behandlingshem anmäler sig många delvis motsäggande önskemål och synpunkter. Å ena sidan är det lämpligt, att hemmen är små för att kunna ge en så hemlik atmo-

sfär som möjligt och för att tillfredsställa behovet av differentiering, så att olika typer av störningar någorlunda isoleras från varandra. Å andra sidan är det med hänsyn till bristen på skolad personal och till ekonomiska faktorer nödvändigt med en viss koncentration. Under alla förhållanden synes dock hemmen endast i undantagsfall böra omfatta platser för mer än 20 barn. Vidare eftersträvar man för ifrågavarande hem ett läge med goda kommunikationer, framförallt till de barnpsykiatriska lasaretsavdelningarna och till de fristående centralerna för psykisk barn- och ungdomsvård. Man önskar emellertid också, att de skall få ett ostört, någorlunda skyddat läge med goda möjligheter för barnen till friluftsliv. För många barn måste en särskild för dem anpassad skolsituation erbjudas i form av enskild undervisning eller eventuellt särskilt anordnad skola på hemmet, medan andra barn mår bäst av att få gå i vanlig skola för att anpassas till det normala livet. Det är för många barn också önskvärt, i en del fall nödvändigt, att de får regelbunden individuell psykoterapi av läkare eller psykolog, medan andra bättre tillgodogör sig olika slag av grupperapi eller »klimatterapi», inklusive ordinär regimbehandling. Alla barn är i behov av anknytning till föräldrasubstitut och ur den synpunkten är det nödvändigt att alla hem organiseras så att små, relativt självständiga grupper bildas. För yngre barn synes det lämpligt med 4-6 barn i varje grupp, för tonåringar eventuellt något flera. Vidare är det nödvändigt, att personalen är särskilt lämpad för de läkepedagogiska arbetsuppgifterna. Alla dessa barn behöver också med växlande intervall en fortlöpande psykologisk observation. En specialutbildad läkares kontinuerliga engagemang i vården synes oss även behövt. På barnpsykiatrins nuvarande ståndpunkt synes det både ofrånkomligt och lämpligt att flera olika arbetsmetoder får göra sig gällande, vilket också i viss mån får inflytande på behandlingshemmens organisation. Hänsynen till alla dessa faktorer möjliggöres bättre genom en decentralisering, det vill säga genom att huvudmannskapet tilldelas landstingen och städerna utanför landsting. I huvudmannskapsfrågan delar vi sålunda barnavårdskommitténs uppfattning. Givetvis skulle en viss central bedömning av planerna för verksamheten böra ske, och detta kunde åstadkommas på så sätt att det för erhållande av statsbidrag krävdes, att en plan för vården godkännts av tillsynsmyndigheten, det vill säga medicinalstyrelsen, som därvid borde samråda med andra myndigheter, exempelvis med skolöverstyrelsen i undervisningsfrågor och med socialstyrelsen, när det gäller vården i allmänhet.

I våra överväganden har vi preliminärt räknat med behov av tre olika typer av ifrågavarande hem.

Behandlingshem av typ I.

I anslutning till varje barn- och ungdomspsykiatrisk lasaretsavdelning och till fristående centraler för psykisk barn- och ungdomsvård kunde

anordnas ett eller flera behandlingshem av sådan typ, som gör det möjligt för barn, som påbörjat en behandling på någon av nämnda institutioner att fortsätta denna, när de av någon anledning ej kan vårdas i det egna hemmet eller i annat enskilt hem. För denna kategori av barn räknar vi med, att den fortsatta behandlingen skall kunna leda till resultat inom en relativt kort tid, 1—12 månader, under vilken tid barnet alltså är i behov av placering på institution av hemkaraktär. På hem av denna typ skulle det i huvudsak bli fråga om att behandla miljöskadade och sådana neurotiskt störda barn, som efter psykoterapi kan beräknas återgå till hemmet eller placeras i fosterhem. Minst en gång per vecka borde psykolog och läkare besöka sådana hem.

Behandlingshem av typ I bör inte ligga på större avstånd från en lasarettavdelning eller central än cirka 10 km. Barnen bör i regel kunna besöka ortens skola, även om enskild undervisning i vissa fall måste anordnas. Detta bör ske antingen genom att lärare från närmast belägna skola anlitas eller genom att någon av den psykiska barna- och ungdomsvårdens egna pedagoger får viss tjänstgöring förlagd till behandlingshemmet.

I första hand tänker vi oss hem av denna typ för förskolebarn samt för yngre och stillsammare skolbarn. Platsantalet synes böra vara 10, i varje fall högst 15, och vården bör vara organiserad på 2 eller eventuellt 3 avdelningar med var sin vårdpersonal. I andra hand kunde liknande hem för ungdomar av båda könen komma till stånd.

Behandlingshem av typ II.

Vid en andra typ av behandlingshem av sjukvårdskaraktär synes de särpräglade barn och ungdomar kunna vårdas, vilka närmast är att anse såsom psykotiska eller på gränsen därtill. Det gäller här barn för vilka man måste räkna med en längre vårdtid än på behandlingshem av typ I. Här skulle inte krävas samma psykoterapeutiska aktivitet men i stället en så mycket mera intensiv, på annat sätt kontaktbefrämjande omvårdnad. Sådana hem synes böra vara anordnade för ungefärligen 20 barn, det vill säga hemmet bör ha en storleksordning, som medger möjligheter att ha en egen skola. I anslutning till ett sådant hem för barn kunde också anordnas ett liknande hem för vissa ungdomar med motsvarande sjukdomar, till exempel för ungdomar, vilka tidigare vårdats på mentalsjukhus och efter behandling där bör vårdas på institution med mer av hemkaraktär.

Behovet av denna typ av hem synes oss avsevärt mindre än av behandlingshem av typ I. Deras läge är inte heller på samma sätt beroende av de barn- och ungdomspsykiatriska avdelningarna även om det är önskvärt, att de förlägges så att kontakt kan uppehållas och barnens utveckling följas av barnpsykiatriker och psykologer, antingen från de egentliga barn- och ungdomspsykiatriska institutionerna eller från mentalsjukhusen för

barn och ungdomar. Hem av denna art behöver ej finnas inom varje landstingsområde. Två eller flera landsting och landstingsfria städer borde gemensamt kunna anordna ett dylikt hem och eventuellt kunde några — i analogi med vad fallet är inom undervisningen och vården av vissa psykiskt efterblivna — vara riksanstalter.

De hem av denna typ, som nu existerar, är av enskild karaktär och faller under beteckningen hem för lättskötta sinnessjuka.

Behandlingshem av typ III.

För barn och ungdomar med övervägande karaktärsstörningar, som nu vårdas på till exempel Mellansjö skolhem och övriga hem för psykopatiska och nervösa barn, tänker vi oss institutioner med vardera cirka 20 platser, uppdelade på tre avdelningar (de flesta inom denna patientkategori befinner sig i pubertetsåldern eller är äldre). Även här krävs egen skola med minst två avdelningar och med möjlighet till praktiskt arbete, verkstadsarbete eller dylikt. Även dessa hem borde anordnas gemensamt för två eller flera landsting och landstingsfria städer, och några kunde eventuellt vara riksanstalter.

I barnhemsplanerna upptagna barnhem m. m.

När det gäller upptagningshemmen, hemmen för varaktig vård och de av barnavårdskommittén föreslagna specialbarnhemmen är det självklart, att den psykiska barna- och ungdomsvården är intresserad av att medverka till att även dessa hem i framtiden får möjligheter till de resurser, som den psykiska barna- och ungdomsvården kan ställa till förfogande. I några områden, särskilt i Stockholm, finns ju redan också ett rätt väl utvecklat barnpsykiatriskt samarbete med barnhemmen. Under den närmaste framtiden torde det emellertid tyvärr beträffande såväl dessa hem som många av de följande kategorierna av anstalter icke ofta vara möjligt att få nämnvärd tillgång till barnpsykiatrisk eller barnpsykologisk expertis på annat sätt än genom ordinarie remissförfarande.

Institutioner för psykiskt efterblivna

För institutioner av olika slag för psykiskt efterblivna vore det givetvis i hög grad önskvärt om barnpsykiatrisk expertis kunde ställas till förfogande i tillräcklig omfattning. Många barnpsykiatrikers och även andra personalkategoriernas intresse för detta vårdområde är också så stort, att de helt vill ägna sig åt uppgifter, som nämnda vårdområde erbjuder.

I den mån det är möjligt är det naturligtvis också önskvärt att så sker, men som vi tidigare framhållit, har vi i första hand ansett oss böra trygga lasarettssavdelningarnas och de öppna mottagningarnas tillgång till kvali-

ficerad personal. Vi måste därför under lång tid framåt tyvärr räkna med att i regel läkare utan barnpsykiatrisk specialutbildning kommer att ombesörja dessa barns och ungdomars omvårdnad. Uppgiften att vara centralstyrelseläkare synes oss vara något angelägnare för barnpsykiatrikern. Detta bör också vara möjligt, då denna uppgift kanske ej kan behöva beräknas ta mer än ett par timmar av hans arbetstid per vecka i anspråk.

Epileptikervården

Inom epileptikervården har den psykiska barna- och ungdomsvårdens personal hitintills icke varit engagerad på annat sätt än att ett samarbete skett mellan medicinska barnavdelningar och barnpsykiatriska avdelningar vid sjukhus på samma sätt som när det gäller konsultverksamhet vid sjukhusen överhuvudtaget. Vid institutionerna för epileptiker har barnpsykiatriker endast i några undantagsfall medverkat. De vid epileptikeranstalterna anställda läkarna har i regel haft antingen psykiatrisk eller annan specialutbildning. Det vore givetvis önskvärt, om dessa läkare även hade viss barnpsykiatrisk skolning, speciellt vid institutioner där barn vårdas. Under lång tid framåt torde man emellertid inom detta område icke kunna räkna med någon nämnvärd förbättring av den nuvarande situationen.

Ungdomsvårdsskolorna

En icke ringa del av ungdomsvårdsskolornas klientel torde vara i behov av medicinsk-psykologisk behandling. En viss psykiatrisk expertis finns också knuten till organisationens 22 skolhem. Vid 2 skolor, Lövsta för manliga och Ryagården för kvinnliga elever, skall chefen vara psykiatriker, men tjänsterna är tyvärr båda vakanta. Där finns nu, liksom vid de andra skolorna, rådgivande psykiatriker. På 5 av de 22 skolorna är denne barnpsykiatriker, vid de övriga vuxenpsykiatriker. På 3 av skolorna finns en psykologassistent och på varje skola en socialassistent. Två av de senare har genomgått mentalhygienisk kurs.

Socialstyrelsen ingav till psykologutredningen en redovisning av ett behov av ett 40-tal psykologer vid ungdomsvårdsskolorna. Av dessa utgjordes dock en del av skolpsykologer.

I olika sammanhang har socialstyrelsen — senast i skrivelse till Kungl. Maj:t den 17 december 1955 — framhållit det stora behov, som föreligger av ett särskilt psykopatsjukhus för ungdom. Klientelet på detta borde utgöras av ungdomar med grav psykisk abnormitet, vilkas vård krävde större diagnostiska, terapeutiska och vårdtekniska resurser än som står ungdomsvårdsskolorna till buds. Sådana fall måste nu vårdas långa tider på Lövsta och Ryagården. Vidare måste för närvarande skolor, avsedda för »normalklientel», ta emot psykiskt abnorma ungdomar, dock av lindrigare grad än

de nyssnämnda. Som en alternativ lösning av problemet föreslog styrelsen att uppföra »sidoanstalter» vid Lövsta och Ryagården, vardera för 20—25 klienter. Dessa anstalter borde vara av sluten sjukhuskaraktär och få sådan personal, att en medicinsk, pedagogisk och socialkurativ behandling kunde meddelas. Styrelsen betonade dock starkt, att det fanns liknande problem även inom andra vårdområden, exempelvis vid mentalsjukhusen, de rättspsykiatriska klinikerna och inom fångvården, och föreslog en utredning av hela frågekomplexet. Det föreligger numera beslut om att en sådan utredning skall verkställas av kommittén för ungdomsvårdsskolorna, vilken tillsattes den 5 april 1957 för att utreda olika frågor i samband med behovet av utbyggnad av dessa skolor. Samråd skall ske med statens kommitté för sinnessjukvårdens utbyggande. Vi har i detta sammanhang ej ansett oss böra taga ställning till frågan om sådana psykopatsjukhus varom här är fråga.

Fångvården

Fångvården har också ett behov av personal med ungdomspsykiatrisk utbildning. Från fångvårdsstyrelsen har vi inhämtat, att ca 550 manliga ungdomar i åldern 18—23 år behöver omhändertagas vid styrelsens anstalter. Dessa ungdomar är genomgående omogna i sin personlighetsutveckling. Ungefär 250 av dem är ådömda ungdomsfängelse (6 anstalter) och de övriga är dömda till tidsbestämda straff (f. n. intagna på 5 anstalter). Det finns endast ett fåtal kvinnliga fångar i dessa åldrar och likaså ett fåtal fångar av båda könen i åldrarna 15—18 år. Särskilda anstalter för dessa grupper finns därför ej anordnade.

På ungdomsfängelset Roxtuna finns en tjänst som överläkare och chef samt en underläkartjänst. Båda dessa ha sedan länge varit vakanta men för närvarande uppehålls överläkartjänsten på vikariatslöneförordnande. Det har uttryckts önskemål om en heltidstjänst som överläkare även vid ungdomsfängelseorganisationens mottagningsanstalt. Vid övriga tio anstalter är det önskvärt, att de konsulterande läkarna har ungdomspsykiatrisk utbildning. Varje läkare borde som medhjälpare ha en kurator med en utbildning, som motsvarar de barnpsykiatriska kuratorernas. Preliminärt har önskemål vidare uttryckts om två högkvalificerade psykologer-diagnostiker — varav den ena vid Roxtuna — och om några med lägre utbildning samt slutligen om cirka 5 psykologer-terapeuter för grupp- och individualterapi.

Utredningshemmen

Barnvårdskommittén har i ett särskilt betänkande I: Utredningshemmen (SOU 1955: 37) föreslagit särskilda institutioner för omhändertagande

av personer under 18 år beträffande vilka skäl till häktning jämlikt 24 kap. 1 eller 2 § rättegångsbalken föreligger. I samband härmed har frågan om dessa utredningshems eventuella anknytning till den psykiska barna- och ungdomsvården diskuterats.

Det klientel, som avses kunna omhändertagas på utredningshemmen, är i likhet med vad fallet är inom den psykiska barna- och ungdomsvården i stor utsträckning psykiskt abnormt eller gravt miljöskadat. På grund härav talar onekligen vissa skäl för att utredningshemmen organisatoriskt skulle anknytas till den psykiska barna- och ungdomsvården.

I likhet med vad medicinalstyrelsen anfört i sitt remissyttrande över nu nämnda betänkande synes det oss komma att medföra betydande nackdelar att förlägga utredningshem till de barn- och ungdomspsykiatriska avdelningarna. De senare skulle därigenom påläggas polisiära uppgifter i en rätt stor utsträckning till förfång för deras övriga uppgifter. Kommittén hade också föreslagit utredningshemmens anslutning till ungdomsvårdsskolorna. Dessa frågor är även föremål för behandling av förenämnda kommitté för ungdomsvårdsskolorna. I dess direktiv har framförts möjligheten av att i betydande utsträckning placera utredningsklientelet på ungdomsvårdsskolorna, vilka även av andra skäl behöver utökas.

Frågan om barnpsykiatriernas möjlighet att medverka i de utredningar, som bör föregå ingripande rörande detta klientel, är i dagens situation svårslöst. Med den brist på kvalificerade barnpsykiatriker, som ännu råder, torde ingen annan möjlighet föreligga att tillfredsställa behovet av läkare vid de föreslagna utredningshemmen än genom att där engagera de frivilliga krafter, som eventuellt kan stå till buds bland psykiatriker, rättspsykiatriker och barnpsykiatriker. Som en möjlig utveckling på något längre sikt har diskuterats en sådan specialisering inom barn- och ungdomspsykiatrin, att rättspsykiatrin även där skulle få en självständig ställning. Läkare med denna inriktning i utbildningen skulle då med fördel kunna arbeta vid utredningshemmen men även bistå domstolar i civilmål (vårdnadsmål etc.).

Övriga institutioner

Här kunde först nämnas lasarettsavdelningarna inom andra medicinska specialiteter, främst barnavdelningarna, men då dessa i regel ej tar emot ungdomsklientelet, även de invärtesmedicinska och kirurgiska avdelningarna samt avdelningar för könssjukdomar. Enligt gängse praxis kommer den barnpsykiatriske lasarettsläkaren, respektive honom underordnade läkare, att undersöka och eventuellt i någon mån också att behandla konsultationsfall på dessa avdelningar på det egna sjukhuset. Om en huvudman driver barnavdelning även vid annat sjukhus än det, där barnpsykiatrisk avdelning finns, måste det anses vara en angelägen uppgift för barnpsykiatrikern att vara konsult även där. Det gäller i första hand att handlägga enstaka fall

på förenämnda lasarettssavdelningar men också att söka påverka personalen till större förståelse för mentalhygieniska synpunkter.

Institutioner av annan art för behandling av barn, till exempel anstalter för barn med komplicerade lyten, alkoholistanstalter med ungdomsklientel etc. har givetvis ett stort behov av tillgång till barn- och ungdomspsykiatrisk expertis. Intill dess den psykiska barna- och ungdomsvårdens egna organ blivit fullt utbyggda, måste man emellertid även här räkna med att behov av denna art i mycket ringa utsträckning kommer att kunna tillfredsställas. Som tidigare nämnts blir möjligheterna till barnpsykiatrisk medverkan beroende av lokala förhållanden och det intresse, som enskilda läkare och andra inom den psykiska barna- och ungdomsvården kan ha för ifrågavarande uppgifter. Dessa måste skötas inom den fria sektorn av personalens tid, sedan arbetsuppgifterna inom det egna vårdområdet ombesörjts.

Vad som i denna situation kan och bör göras är dels att söka bereda de läkare, som arbetar inom här nämnda vårdformer viss barnpsykiatrisk erfarenhet, dels att i största möjliga utsträckning anställa psykologer och kuratorer med god klinisk, framförallt barn- och ungdomspsykiatrisk utbildning vid olika institutioner.

KAPITEL 11

Beräknat lokal- och personalbehov inom den psykiska barna- och ungdomsvården

Redan i det föregående har omnämnts, hur olika den psykiska barna- och ungdomsvården har utvecklats i olika delar av vårt land. Det har i samband därmed också uttalats, att detta förhållande inte enbart varit av ondo, enär därigenom värdefulla erfarenheter vunnits för planeringen av denna vårdgren för framtiden. Med utnyttjande av dessa erfarenheter bör vi sträva efter att sprida verksamheten över hela landet i en snabbare takt än vad hittills kunnat ske.

Den långsamma utvecklingen har framförallt berott på, att utbildningsbehoven ej tillgodosetts. Främst har detta gällt barnpsykiatrikerna. På senare tid har dock en viss förbättring inträtt genom tillkomsten av flera underläkartjänster vid de barnpsykiatriska avdelningar, som är anknutna till de medicinska undervisningsinstitutionerna. Beträffande övriga personalkategorier är situationen likartad. Sedan psykologernas utbildning varit föremål för särskild utredning och sedan familjerådgivningskommittén framlagt förslag till nya utbildningsnormer för kuratorspersonalen, finnes anledning att hoppas på en gynnsammare situation även ifråga om dessa båda personalkategorier.

I det följande gör vi ett försök att uppskatta såväl lokal- som personalbehovet inom den psykiska barna- och ungdomsvården. Vi har därvidlag ej utgått från någon undersökning av det verkliga behovet utan vår plan bygger på ett absolut minimibehov, som enligt vår erfarenhet under alla förhållanden kommer att göra sig gällande. Under en första 10-årsperiod syftar vi sålunda endast till en sådan utbyggnad, att undervisningens intresse tillgodoses och att i stort sett varje landstingsområde och landstingsfri stad får en egen barn- och ungdomspsykiatrisk lasarettsavdelning med därtill anknuten öppen mottagning och därjämte som regel minst en fristående central. Först därefter räknar vi med att en mera fullständig utbyggnad av verksamheten skall komma till stånd. I praktiken får man emellertid räkna med att utvecklingen kommer att gestalta sig olika inom skilda delar av landet.

Lokalbehovet

De medicinska undervisningsinstitutionerna.

Av kapitel 8 har framgått, att det vid varje medicinsk undervisningsinstitution föreligger ett behov av bättre lokaler för barn- och ungdomspsy-

kiatrisk verksamhet. I läkarutbildningssakkunnigas betänkande (SOU 1953:7) angavs, att lokalsituationen endast vid Kronprinsessan Lovisas vårdanstalt i Stockholm var sådan, att förutsättningar förelåg för inrättande av professur i ämnet.

När det gäller lokalerna vid nyssnämnda sjukhus är även dessa emellertid som tidigare nämnts endast att betrakta som provisoriska och medger ej anordnandet av till exempel dagobservationsavdelning, ej heller finns där utrymmen för gruppterapi.

För att få till stånd en ändamålsenlig lösning av lokalfrågan bör Kungl. Maj:t uppdraga åt de organ, som har att svara för läkarutbildningen vid vederbörande medicinska undervisningssjukhus att göra upp sådana planer för den psykiska barna- och ungdomsvården, att lokaler blir tillgängliga, som kan medge en allsidig verksamhet och skapa möjlighet till forskning och undervisning. Härmed avses i huvudsak institutioner av åtminstone den storleksordning, som i kapitel 8 skildrats som lämpliga för en storstad.

Landstingen och de landstingsfria städerna.

Inom landstingen och de landstingsfria städerna är — som också framgått av kapitel 8 — situationen mycket olikartad. Några landsting och städer har redan eller kommer inom en inte alltför avlägsen framtid att få väl planerade lokaler. Andra har för närvarande tillgång till endast provisoriska lokaler men har planerat nya. I många fall finns dock ingen som helst planläggning för verksamheten.

Vi anser, att det inom praktiskt taget samtliga landsting och landstingsfria städer under den närmaste 10-årsperioden bör anordnas lokaler för en organisation av det slag, som föreslagits i kapitel 7, med minst *en* barn- och *en* ungdomsavdelning — vilka helst bör förläggas vid centrallasarett — och därtill knuten öppen mottagning samt därutöver som regel minst *en* central. De fristående centralerna bör komma till stånd så snart förhållandena det medger. I detta sammanhang må nämnas, att vi vad beträffar Gotland räknat med inrättande av en central och att vårdplatser därjämte skall ställas till förfogande vid den medicinska barnavdelningen å centrallasarettet. I mån av behov bör för vård av mera komplicerade fall avtal träffas med Stockholms läns landsting.

Redan i ett första byggnadsprogram bör planeringen ske med hänsyn till kommande utbyggnadsönskemål och utrymme sålunda reserveras härför. Detta betyder bland annat, att lokalerna för den öppna mottagningen vid lasarettsavdelningen bör beräknas med sikte på tillkomst senare av nya befattningshavare. Tomtutrymme bör också reserveras så att till exempel ytterligare en barnavdelning och en ungdomsavdelning senare kan byggas till.

Personalbehovet

A. Fördelningen av personalen på avdelningar och olika slag av öppna mottagningar.

Som framgår av kapitel 6 bedrivs inom den psykiska barna- och ungdomsvården ett utpräglat samarbete (team-work) mellan olika personal-kategorier, i första hand emellan läkare, psykologer och barnpsykiatriska kuratorer.

1. Vid en barn- och ungdomspsykiatrisk avdelning med därtill ansluten öppen mottagning.

Under närmaste 10-årsperiod räknar vi med följande antal av befattningshavare vid en barn- och ungdomspsykiatrisk lasarettavdelning med öppen mottagning:

- 1 lasarettsläkare
- 2 underläkare
- 3 psykologer (2 för huvudsakligen diagnostisk och 1 för huvudsakligen terapeutisk verksamhet)
- 3 barnpsykiatriska kuratorer samt vård- och kontorspersonal.

Vid en utbyggnad av denna verksamhet med ytterligare en vårdavdelning kan personaluppsättningen beräknas enligt följande:

- 1 lasarettsläkare
- 1 biträdande lasarettsläkare
- 2 underläkare
- 4 psykologer
- 4 barnpsykiatriska kuratorer samt vård- och kontorspersonal.

Skulle utbyggnaden av verksamheten i stället koncentreras på den öppna vården behövs det ytterligare en psykolog och en barnpsykiatrisk kurator.

2. Vid en fristående central.

Vid en fristående central räknar vi under en första 10-årsperiod med att ett så kallat team samarbetar.

Ett sådant team utgöres av:

- 1 överläkare
- 2 psykologer (1 för huvudsakligen diagnostiskt och 1 för huvudsakligen terapeutiskt arbete)
- 2—3 barnpsykiatriska kuratorer
- eventuellt 1 pedagogkonsult samt kontorspersonal.

Antalet barnpsykiatriska kuratorer har här satts till 2 à 3 beroende på att läkarna har olika uppfattning om behovet härav. På enstaka håll anses, att det är tillräckligt med 1 barnpsykiatrisk kurator. Vid summeringen av under närmaste 10-årsperiod erforderlig personal (tabell 19) har vi räknat med 2 kuratorer i ett team.

Vid utökning till 2 team vid varje fristående central blir personaluppsättningen följande:

- 1 överläkare
- 1 biträdande läkare
- 4 psykologer (2 för huvudsakligen diagnostiskt och 2 för huvudsakligen terapeutiskt arbete)
- 4—5 barnpsykiatriska kuratorer
- eventuellt 1—2 pedagogkonsulter samt
- kontorspersonal.

3. Vid en filial.

Vid en filial torde den fasta personalen under det närmaste decenniet i huvudsak komma att bestå av

- 1 pedagogkonsult samt
- eventuellt 1 barnpsykiatrisk kurator.

B. Personalbehovet vid institutioner av olika slag (under närmaste årtionde).

1. Vid de medicinska undervisningsinstitutionerna.

Läkare.

I läkarutbildningssakkunnigas betänkande anföres bland annat, att så snart omständigheterna det medger bör professorer i barnpsykiatri inrättas vid de medicinska undervisningssjukhusen. Bland annat på grund av ämnets samhällseliga betydelse är det en angelägenhet av första ordningen att så sker, framhåller man. Vi räknar sålunda med ett behov av 2 professorer vid Karolinska institutet i Stockholm (vid Kronprinsessan Lovisas vårdanstalt och vid Karolinska sjukhuset), 1 i Uppsala, 1 i Göteborg, 1 i Lund och 1 i Umeå. 1954 års riksdag har beviljat en professur i Stockholm, vid Kronprinsessan Lovisas vårdanstalt, men utnämning har ej skett. Det finns sålunda ett behov av

- 6 professorer.¹

Vid samtliga sex utbildningsinstitutioner bör läkarpersonalen, förutom professorn, bestå av 1 biträdande överläkare och minst 4 underläkare, vilket sålunda medför ett sammanlagt behov av 6 biträdande överläkare och 24

¹ Då vid 5 sjukhusavdelningar, som i framtiden beräknas bli undervisningskliniker, f. n. finns överläkartjänster tillsatta, kommer i det följande vid sammanräkningen av antalet behövliga nya läkare blott 1 av dessa 6 att medräknas.

underläkare. Då från den 1 juli 1957 1 biträdande överläkare finnes vid Kronprinsessan Lovisas vårdanstalt och då det kan beräknas, att 12 underläkartjänster redan finns, som kan hänföras till nämnda utbildningstjänster (Stockholm 4, Uppsala 3, Göteborg 3 och Lund 2), återstår ett behov av

5 biträdande överläkare samt
12 underläkare.

Psykologer.

Behovet av psykologer har beräknats till minst 5 per institution — varav 1 bör vara chefspsykolog och minst 1 förste psykolog — eller totalt 30. Av dessa finns emellertid från 1 juli 1957 redan 11 (Stockholm 5, Uppsala 1, Göteborg 3 och Lund 2), varför återstående behov utgör

19 psykologer.

Barnpsykiatriska kuratorer.

Även när det gäller barnpsykiatriska kuratorer räknar vi med ett behov av minst 5 per institution, varav minst 1 bör vara förste kurator. Nu finns 9 kuratorer (Stockholm 5, Uppsala 1, Göteborg 2 och Lund 1), varför det återstående behovet är

21 barnpsykiatriska kuratorer.

2. Vid övriga institutioner.

a) *Lasarettsavdelningar och därtill anknutna öppna mottagningar.*

Lasarettsläkare.

I landsting och landstingsfria städer räknar vi med, som tidigare nämnts, att det i första hand inrättas *en* barnpsykiatrisk och *en* ungdomspsykiatrisk avdelning med i anslutning därtill anordnad öppen mottagning. Med utgångspunkt därifrån kan man räkna med att det i städerna Stockholm, Göteborg och Malmö samt i följande län kommer att behövas 1 lasarettsläkare: Södermanlands, Jönköpings, Kronobergs, Kalmar, Blekinge, Kristianstads, Malmöhus (inkl. Hälsingborgs stad), Hallands, Göteborgs och Bohus, Skaraborgs, Värmlands, Örebro, Västmanlands, Kopparbergs, Gävleborgs (inkl. Gävle stad), Västernorrlands, Jämtlands och Norrbottens län. Stockholms, Östergötlands (inkl. Norrköpings stad) och Älvsborgs län skulle få vardera 2 lasarettsläkare.¹ Detta gör sammanlagt 27 lasarettsläkare. I nämnda städer och län finns 7 tjänster av motsvarande art (Jönköpings, Kristianstads, Älvsborgs, Värmlands, Örebro och Norrbottens län). Med anledning härav återstår ett behov av

20 lasarettsläkare.

¹ Behovet för Uppsala och Västerbottens län samt för delar av Malmöhus län har redan redovisats i avsnittet om de medicinska undervisningssjukhusen.

Biträdande lasarettsläkare.

Under en första 10-årsperiod torde biträdande lasarettsläkare endast behövas inom områden med störst och snabbast växande folktäthet, det vill säga i första hand i Stockholms stad och i Stockholms län, vilket medför ett behov av

2 biträdande lasarettsläkare.

Underläkare.

Inom varje lasarettsenhet föreligger behov av 2 underläkare, vilket betyder sammanlagt 54 underläkartjänster. Det finns nu inom de uppräknade landstingen och städerna endast 3 sådana, utöver dem som redovisades å sid. 161 (Jönköpings, Värmlands och Örebro län vardera 1). Här återstår således ett behov av

51 underläkartjänster.

Psykologer.

Inom de 27 enheterna kan vi räkna med ett genomsnittligt behov av 81 psykologer. I motsvarande ställning finns nu anställda 8 (Jönköping 1, Kristianstad 1, Borås 2, Värmland 1, Örebro 1, Norrbotten 1 och Västerbotten 1). Det resterande behovet utgör sålunda

73 psykologer.

Barnpsykiatriska kuratorer.

Även här har vi att räkna med ett behov av 3 barnpsykiatriska kuratorer inom varje enhet eller sammanlagt 81. Då det redan finns 11 i motsvarande ställning (2 i Jönköpings, 1 i Kristianstads, 3 i Älvsborgs, 2 i Värmlands, 2 i Örebro och 1 i Norrbottens län), blir det återstående behovet

70 barnpsykiatriska kuratorer.

*b) Fristående öppna mottagningar (centraler).**Läkare.*

Sedan lasarettssavdelningar inrättats, bör allt efter tillgång på personal fristående öppna mottagningar tillkomma. För de större städernas och länens vidkommande är det svårt att bedöma det framtida behovet inom de närmaste 10 åren. När det gäller Stockholms stad vet vi dock att ytterligare behov föreligger av i första hand 1 biträdande överläkare och 2 biträdande läkare vid redan befintliga centraler. För Stockholms län har ett behov av 2 överläkare och 2 biträdande läkare beräknats. I Göteborg krävs sannolikt 2 överläkare och 3 biträdande läkare och i Malmö 2 överläkare. Härutöver kan beräknas 1 överläkare för vardera av följande 17 län: Södermanlands, Östergötlands, Jönköpings, Kalmar, Gotlands, Kristianstads, Göteborgs och Bohus, Älvsborgs, Skaraborgs, Värmlands, Örebro, Västmanlands, Kopparbergs, Gävle-

borgs, Västernorrlands, Västerbottens och Norrbottens län. Detta medför vid fristående centraler ett sammanlagt minimibehov av

- 23 överläkare
- 1 biträdande överläkare samt
- 7 biträdande läkare.

Psykologer.

Det är ävenledes svårt att beräkna behovet av psykologer vid de större städernas fristående centraler. Vi har räknat med ett minimibehov av 2 psykologer per nytillkommen överläkare och biträdande läkare (för Gotlands län dock blott en) och kommer sålunda fram till ett sammanlagt behov av

59 psykologer.

Barnpsykiatriska kuratorer.

En motsvarande beräkning för de barnpsykiatriska kuratorerna leder till ett behov av

59 barnpsykiatriska kuratorer.

Sammanlagt personalbehov inom den psykiska barna- och ungdomsvården och för mentalsjukhusen för barn och ungdomar

I tabell 19 har angivits det personalbehov, som enligt ovan beräknats för den psykiska barna- och ungdomsvården under det närmaste decenniet. Därutöver har i tabellen angivits det behov av läkare och psykologer, som kan beräknas uppstå med anledning av vad som redovisats i kapitel 9, det vill säga för mentalsjukhusen för barn och ungdomar.

Tabell 19. Beräknat behov av vissa personalkategorier inom den psykiska barna- och ungdomsvården och vid mentalsjukhusen för barn och ungdomar under de närmaste 10 åren

Tjänster	Undervisningsinstitutioner	Lasarettavdelningar	Fristående öppna mottagningar	Mentalsjukhus för barn och ungdom	Summa
<i>Läkare</i>					
Professorer	6 ¹				6 ¹
Överläkare		20	23	5	48
Bitr. överläkare	5	2	1		8
Biträdande läkare			7		7
Underläkare	12	51		10	73
<i>Psykologer</i>	19	73	59	10	161
<i>Barnpsykiatriska kuratorer</i>	21	70	59		150

¹ Se not sid. 160.

Vad beträffar mentalsjukhusen rör det sig som tidigare nämnts om 5 överläkare och 10 underläkare, 10 psykologer och 10 sjukhuskuratorer. Dessa senare torde vanligen få uppgifter, som rätt mycket skiljer sig från de barnpsykiatriska kuratorernas och mer närmar sig kuratorernas uppgifter vid övriga mentalsjukhus.

Läkarbehovet.

Som framgår av tabellen står vi inom den egentliga psykiska barna- och ungdomsvården och vid mentalsjukhusen för barn och ungdomar inför ett behov av minst 64 specialutbildade läkare under den närmaste 10-årsperioden. Härtill kommer ett behov av drygt 70 underläkare. Som jämförelse kan nämnas, att medicinalstyrelsen till psykologutredningen ingav uppgift om ett beräknat behov av 60 à 70 läkare inom den psykiska barna- och ungdomsvården för den då aktuella närmaste 10-årsperioden (1955—1965).

Då vid det ringa antal underläkartjänster (15 st.), som nu finns, skall dels utbildas de i det föregående nämnda läkarna, dels också ges randutbildning för andra specialiteter, kan man utgå ifrån att högst 7 kommer att kunna specialutbildas per år. Ovanstående program skulle då icke kunna förverkligas inom rimlig tid utan ta 10—15 år i anspråk. Det tillkommer då också ett behov av att ersätta flera av de nu verksamma barnpsykiatrikerna. Med hänsyn härtill framstår det som utomordentligt viktigt, att i första hand underläkartjänsternas antal ökas. Detta gäller givetvis särskilt vid de institutioner, där läkarutbildning bedrivs och det bör ankomma på ledningen för dessa att snarast möjligt söka möjliggöra tjänsternas inrättande. I mån av tillgång på kompetenta lasaretsläkare bör givetvis också underläkartjänsterna vid de barn- och ungdomspsykiatriska lasaretsavdelningarna inrättas så snart som möjligt.

För att möjliggöra en snabbare utbildningstakt har vi (se kapitel 7, sid. 96) bl. a. också föreslagit inrättandet av 1-årstjänster (extraläkartjänster) vid de större centralerna.

Att i konkurrens med andra medicinska discipliner fylla läkarbehovet inom mentalsjukvården och då även inom den psykiska barna- och ungdomsvården har visat sig innebära betydande svårigheter. Våra förslag, som syftar till en viss och tydligare likställdhet med läkare inom andra specialiteter, räknar vi skall medföra en viss förbättring i detta hänseende. Dock kvarstår bland annat det faktum, att såväl intagning av de medicine studerandena som själva läkarutbildningen i allt för hög grad gynnar de naturvetenskapligt intresserade i förhållande till dem med mera humanistisk läggning. En breddning av rekryteringsunderlaget till de medicinska studierna ter sig enligt vår uppfattning som önskvärd. Latinlinjens studenter och studenterna från allmänna linjens språkliga gren måste givetvis komplettera vissa ämnen, men studenterna från allmänna linjens sociala

gren bör kunna direkt följa undervisningen inom läkarutbildningen. Den nya läkarutbildningens starkare inriktning på de socialmedicinska aspekterna gör också, att särskilt värde måste tillmätas det stora utrymmet för samhällsläran inom kursplanerna för den allmänna linjens sociala gren. Denna möjlighet till breddning av rekryteringsbasen för tillträde till de medicinska studierna synes oss snarast böra bli föremål för statsmakternas ställningstagande.

Psykologbehovet.

Även för psykologernas del är utbildningsfrågan givetvis av största betydelse. Av psykologutredningens betänkande framgår, att medicinalstyrelsen angivit behovet av psykologer inom den psykiska barna- och ungdomsvården för den närmaste 10-årsperioden (1955—1965) till 144, varav 62 så kallade »barnterapeuter», det vill säga psykologer med huvudsakligen terapeutiska uppgifter. Vår beräkning omfattar ett motsvarande behov av 151 psykologer. Våra siffror motsvarar sålunda i stort sett dem, som ställdes till psykologutredningens förfogande.

Härtill kommer, att vi vid de särskilda mentalsjukhusen för barn och ungdomar räknat med inrättande av 10 psykologtjänster.

Barnpsykiatriska kuratorer.

För de barnpsykiatriska kuratorernas räkning har tidigare inga beräkningar av denna art företagits; jämförelsematerial saknas sålunda.

För den psykiska barna- och ungdomsvården i egentlig mening har vi kommit fram till ett behov av 150 barnpsykiatriska kuratorer. För mentalsjukhusen för barn och ungdomar har vi räknat med ett behov av 10 sjukhuskuratorer, vilka ej uppförts i tabellen, som ju endast omfattar barnpsykiatriska kuratorer.

Sammanfattning och förslag

I detta kapitel har vi uppskattat det minimibehov av lokaler och personal, som enligt vår uppfattning kommer att göra sig gällande inom den psykiska barna- och ungdomsvården under närmaste 10-årsperiod. Vi räknar med att det därunder kommer att erfordras ytterligare sammanlagt 122 läkare, därav 59 specialutbildade läkare och 63 underläkare samt ytterligare 151 psykologer och 150 barnpsykiatriska kuratorer. Därutöver kommer det att uppstå behov av 5 överläkare, 10 underläkare och 10 psykologer vid de av oss föreslagna mentalsjukhusen för barn och ungdomar.

För att möjliggöra en sådan utbyggnad av den psykiska barna- och ungdomsvården, som vi skisserat, föreslår vi i första hand följande åtgärder.

Med ledning av vad i betänkandet anförts bör Kungl. Maj:t uppdraga åt de organ, som svarar för *läkarutbildningen* vid de medicinska undervis-

ningssjukhusen att snarast uppgöra sådana planer för utbyggnaden av barn- och ungdomspsykiatriska kliniker, att fullgod barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet, undervisning av blivande läkare, specialutbildning av läkare samt forskning kan bedrivas vid varje sådant sjukhus.

För att *utbildningen av psykologer* skall kunna bedrivas i önskvärd omfattning och på önskvärt sätt bör psykologutredningens betänkande snarast bli föremål för statsmakternas ställningstagande och däri framlagda förslag realiseras.

I fråga om *de barnpsykiatriska kuratorerna* tillstyrker vi familjerådgivningskommitténs förslag till utbildning.

Inom landsting och landstingsfria städer bör vid planering av utbyggnad av lasarettsväsendet uppgöras förslag till *barn- och ungdomspsykiatriska lasarettssavdelningar med tillhörande öppna mottagningar* samt *fristående centraler* så att i den mån utbildad personal kan ställas till förfogande, barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet kan igångsättas och utbyggas.

Med hänsyn till det behov av psykisk barn- och ungdomsvård, som föreligger — och de begränsade möjligheter, som förefinnes för befolkningen i stora delar av vårt land att ännu på många år komma i åtnjutande av denna vårdform — har vi ansett det vara ett primärt önskemål att *öppna mottagningar av denna art inrättas för riket i sin helhet*. I första hand synes en dylik böra förläggas i Stockholm och i så fall anknuten till någon av där befintliga barnpsykiatriska institutioner. Ur undervisningssynpunkt vore det lämpligt om mottagningen förlades till någon av undervisningsinstitutionerna.

KAPITEL 12

Författningsförslag m. m.

A. Statsbidragskungörelsen

Nu gällande kungörelse
(S. F. S. nr 489/1945)

1 §.

Till landsting eller stad, som icke deltagar i landsting, må med iakttagande av bestämmelserna i denna kungörelse utgå statsbidrag för anordnande av psykisk barna- och ungdomsvård, innefattande undersökning och behandling av psykiska rubbningar hos barn och ungdom samt rådgivning i uppfostringsfrågor. Sådan verksamhet må även anordnas gemensamt av två eller flera landsting eller av landsting och stad, som icke deltagar i landsting.

2 §.

Verksamhet, som i 1 § avses, skall vara anordnad enligt en av medicinalstyrelsen godkänd plan och inom varje verksamhetsområde utövas vid minst en central (rådgivningsbyrå för uppfostringsfrågor) samt, i den mån så prövas erforderligt, vid en eller flera filialstationer.

Central bör i allmänhet vara förlagd till sjukhus och anknuten till barnavdelning, om sådan finnes. Därest central förlägges utan direkt anslutning till sjukhus, skall sådana

Förslag till ny kungörelse

1 §.

Till landstingskommun eller stad, som icke deltagar i landstingskommun, må med iakttagande av bestämmelserna i denna kungörelse utgå statsbidrag för anordnande av psykisk barna- och ungdomsvård, innefattande undersökning, rådgivning och behandling vid anpassningssvårigheter och psykiska störningar hos barn och ungdom. Sådan verksamhet må även anordnas gemensamt av två eller flera landstingskommuner eller av landstingskommun och stad, som icke deltagar i landstingskommun.

2 §.

Verksamhet, som i 1 § avses, skall vara anordnad enligt av medicinalstyrelsen godkänd plan och skall utövas vid barn- och ungdomspsykiatrisk lasarettavdelning och vid öppen mottagning. Sådan mottagning kan anordnas i anslutning till avdelning som nu nämnts samt vid en eller flera fristående centraler.

Inom verksamheten kan, i den mån så prövas erforderligt, anordnas filialer.

Nu gällande kungörelse
(S. F. S. nr 489/1945)

anordningar vidtagas, att för verksamheten erforderligt antal vårdplatser står till förfogande å närbeläget sjukhus, i första hand å barnavdelning, om sådan finnes.

3 §.

Ledningen av verksamheten skall tillkomma inom landstingsområde vederbörande hälso- och sjukvårdsberedning eller, då särskild hälsovårdsberedning och särskild sjukvårdsberedning finnas, dessa beredningar gemensamt samt inom stad, som ej deltagar i landsting, sjukhusmyndighet, skolmyndighet eller barnvårdsmyndighet. Därest flera huvudmän tillsammans driva verksamheten, skall en av vederbörande huvudmän gemensamt tillsatt styrelse handhava ledningen av densamma.

Ledningen av verksamheten må, efter medicinalstyrelsens godkännande, av huvudman uppdragas åt annat organ än i första stycket omförmäles.

4 §.

I varje verksamhetsområde skola finnas anställda dels en eller flera legitimerade läkare, som äga utbildning i pediatrik och psykiatri samt speciell erfarenhet i barnpsykiatri eller eljest förvärvat för verksamheten ägnad specialutbildning, dels ock en eller flera assistenter, vilka äga för uppgiften lämpad utbildning och av medicinalstyrelsen förklarats behöriga att innehava dylik befattning.

Läkare förordnas av medicinalstyrelsen, sedan vederbörande lokala

Förslag till ny kungörelse

3 §.

Ledningen av verksamheten skall tillkomma inom landstingskommun vederbörande hälso- och sjukvårdsstyrelse eller, då särskild hälsovårdsstyrelse och särskild sjukvårdsstyrelse finnas, dessa styrelser gemensamt samt inom stad, som ej deltagar i landstingskommun, sjukhusmyndighet, skolmyndighet eller barnvårdsmyndighet. Därest flera huvudmän tillsammans driva verksamheten, skall en av vederbörande huvudmän gemensamt tillsatt styrelse handhava ledningen av densamma.

Ledningen av verksamheten eller del därav må, efter medicinalstyrelsens godkännande, kunna uppdragas åt annat organ än i första stycket omförmäles.

4 §.

För verksamheten skall inom varje område finnas anställda en eller flera läkare samt en eller flera psykologer och barnpsykiatriska kuratorer samt i förekommande fall pedagogkonsulter.

Lasarettsläkare, biträdande lasarettsläkare och samtliga läkare vid fristående öppen mottagning med undantag av extra läkare skall efter vunnit legitimation ha förvärvat minst två års utbildning i barnpsykiatri samt minst 6 månaders ut-

Nu gällande kungörelse
(S. F. S. nr 489/1945)

organ, som handhar verksamhetens ledning, beretts tillfälle att yttra sig. Assistent förordnas av vederbörande lokala organ, sedan läkaren, som förestår centralen, beretts tillfälle att yttra sig. Förordnande, som i detta stycke avses, skall gälla tills vidare.

Därest vid central flera läkare äro anställda, äger huvudman uppdraga åt en av dem att vara föreståndare för centralen.

5 §.

Instruktion för verksamheten fastställs av medicinalstyrelsen på förslag av huvudmannen.

6 §.

Statsbidrag utgår allenast under förutsättning, att undersökning, rådgivning och behandling vid central och filialstation lämnas avgiftsfritt.

Förslag till ny kungörelse

bildning i allmän psykiatri och minst 6 månaders utbildning i pediatrik. För tillsättning av tjänster som lasarettsläkare, biträdande lasarettsläkare, lasarettunderläkare och extra läkare skall gälla vad därom i särskild ordning är föreskrivet. Tillsättning av tjänst som överläkare vid fristående öppen mottagning skall ske på samma sätt som är stadgat beträffande tillsättning av tjänst som lasarettsläkare. Tjänst som biträdande läkare vid fristående öppen mottagning skall tillsättas av det lokala organ, som handhar ledningen av verksamheten, sedan vederbörande överläkare beretts tillfälle att yttra sig i ärendet.

För inom verksamheten anställd psykolog, barnpsykiatrisk kurator och pedagogkonsult skall behörighetsförklaring hava utfärdats av respektive medicinalstyrelsen, socialstyrelsen och skolöverstyrelsen. Nu nämnda befattningshavare förordnas av det lokala organ, som handhar ledningen av verksamheten, sedan vederbörande överläkare beretts tillfälle att yttra sig i ärendet.

5 §.

Instruktion för verksamheten fastställs av huvudmannen. Till grund härför skall ligga en av medicinalstyrelsen utfärdad normalinstruktion.

6 §.

Statsbidrag utgår allenast under förutsättning, att undersökning, rådgivning och behandling vid öppen mottagning lämnas avgiftsfritt.

Nu gällande kungörelse
(S. F. S. nr 489/1945)

7 §.

Statsbidrag utgår till kostnaderna för *dels* läkares och assistents avlöning, *dels* dessa befattningshavares resor i tjänsten.

Bidrag till avlöningskostnaderna utgår med ett årligt belopp, motsvarande hälften av de verkliga kostnaderna, för läkare dock högst 6 000 kronor och för assistent högst 3 000 kronor.

För läkares och assistents resor till i planen upptagna mottagningar vid filialstationer utgår bidrag inom Norrbottens, Västerbottens och Jämtlands län med 70 procent, inom Västernorrlands, Gävleborgs, Kopparbergs och Värmlands län med 60 procent samt inom riket i övrigt med 50 procent av de sammanlagda rese- och traktamentskostnaderna. I resekostnaderna må icke inräknas utgifter för resor, som företagits endast inom stads, köpings eller municipalsamhälles planlagda område.

Bidrag enligt samma grunder utgår jämväl för andra resor, som läkare eller assistent för verksamhetens fullgörande företager inom centralens verksamhetsområde, under förutsättning att resorna av det lokala organ, som handhar ledningen av verksamheten, prövas vara av behovet påkallade.

8 §.

Ansökning om statsbidrag skall ingivas till medicinalstyrelsen och vara åtföljd av i vederbörlig ordning

Förslag till ny kungörelse

7 §.

Statsbidrag utgår till kostnaderna för *dels* läkares, psykologs, barnpsykiatrisk kurators och pedagogkonsults avlöning, *dels* dessa befattningshavares resor i tjänsten.

Bidrag till avlöningskostnaderna utgår med ett årligt belopp, motsvarande hälften av de verkliga kostnaderna, för var och en av läkarna dock högst 15 000 kronor och för var och en av de övriga av nämnda befattningshavare högst 8 000 kronor.

För nämnda befattningshavares resor till i planen upptagna mottagningar vid filialstationer utgår bidrag inom Norrbottens, Västerbottens och Jämtlands län med 70 procent, inom Västernorrlands, Gävleborgs, Kopparbergs och Värmlands län med 60 procent samt inom riket i övrigt med 50 procent av de sammanlagda rese- och traktamentskostnaderna enligt för landstingets respektive stadens befattningshavare gällande resereglemente. I resekostnaderna må icke inräknas utgifter för resor, som företagits endast inom stads, köpings eller municipalsamhälles planlagda område.

Bidrag enligt samma grunder utgår jämväl för andra resor, som nämnda befattningshavare för verksamhetens fullgörande företager inom verksamhetsområdet.

8 §.

Ansökning om statsbidrag skall ingivas till medicinalstyrelsen och vara åtföljd av i vederbörlig ordning

Nu gällande kungörelse
(S. F. S. nr 489/1945)

upprättad plan för verksamhetens anordnande. Plan skall upptaga ort, varest central skall anordnas, antalet och belägenheten av erforderliga filialstationer, antalet mottagningar å varje central och filialstation, det antalet vårdplatser å sjukhus, som står till verksamhetens förfogande, samt antalet och arten av de befattningshavare, som skola anställas för verksamheten.

9 §.

Sedan vederbörande förste provinssiäläkare eller förste stadsläkare yttrat sig angående planens lämplighet och medicinalstyrelsen granskat handlingarna, har styrelsen att fatta beslut i ärendet och därom underätta sökanden.

Varder statsbidrag beviljat, skall fråga om utbyggnad eller ändring av plan, som i första stycket avses, underställas medicinalstyrelsens prövning.

10 §.

Statsbidrag utbetalas kalenderårsvis i efterskott. Rekvisition å dylikt bidrag för visst år skall i enlighet med formulär, som fastställas av medicinalstyrelsen, senast den 15 mars påföljande år ingivas till medicinalstyrelsen. Vid rekvisition av bidrag skall fogas berättelse angående verksamheten för det år, rekvisitionen avser. Formulär till årsberättelse fastställas av medicinalstyrelsen.

Har rekvisition som här avses ingivits till medicinalstyrelsen senare

Förslag till ny kungörelse

upprättad plan för verksamhetens anordnande. I planen skall finnas angivna de orter, varest barn- och ungdomspsykiatrisk avdelning respektive olika former av öppna mottagningar skall anordnas, antalet vårdplatser, som skall stå till verksamhetens förfogande, samt antalet och arten av de befattningshavare, som skola anställas.

9 §.

Sedan vederbörande förste provinssiäläkare eller förste stadsläkare yttrat sig angående planens lämplighet och medicinalstyrelsen granskat handlingarna, har styrelsen att fatta beslut i ärendet och därom underätta sökanden.

Varder statsbidrag beviljat, skall fråga om utbyggnad eller ändring av plan, som i första stycket avses, underställas medicinalstyrelsens prövning.

10 §.

Statsbidrag utbetalas kalenderårsvis i efterskott. Rekvisition å dylikt bidrag för visst år skall i enlighet med formulär, som fastställas av medicinalstyrelsen, senast den 15 mars påföljande år ingivas till medicinalstyrelsen. Vid rekvisition av bidrag skall fogas berättelse angående verksamheten för det år, rekvisitionen avser. Formulär till årsberättelse fastställas av medicinalstyrelsen.

Har rekvisition som här avses ingivits till medicinalstyrelsen senare

Nu gällande kungörelse
(S. F. S. nr 489/1945)

än i första stycket sägs, må medicinalstyrelsen när skäl därtill äro medgiva, att rekvisition ändock upptages till granskning. Finner medicinalstyrelsen så ej böra ske, skall frågan härom underställas Konungen.

Efter granskning av årsberättelse och rekvisition har medicinalstyrelsen att till vederbörande utanordna godkänt belopp. *KK den 9 december 1949 (nr 634).*

11 §.

Den psykiska barna- och ungdomsvården skall stå under överinseende av medicinalstyrelsen och under lokal tillsyn av vederbörande förste provinsialläkare respektive med denne jämställd förste stads- läkare.

Där verksamhet anordnats gemensamt för två eller flera sjukvårdsområden, bestämmer medicinalstyrelsen vem som skall handhava den lokala tillsynen.

12 §.

De närmare föreskrifter, som erfordras för tillämpning av denna kungörelse, meddelas av medicinalstyrelsen.

13 §.

Vid godkännande av plan för verksamhet enligt denna kungörelse samt fastställande av instruktion

Förslag till ny kungörelse

än i första stycket sägs, må medicinalstyrelsen när skäl därtill äro medgiva, att rekvisition ändock upptages till granskning. Finner medicinalstyrelsen så ej böra ske, skall frågan härom underställas Konungen.

Efter granskning av årsberättelse och rekvisition har medicinalstyrelsen att till vederbörande utanordna godkänt belopp.

11 §.

Den psykiska barna- och ungdomsvården skall stå under överinseende av medicinalstyrelsen, som utövar den centrala tillsynen å verksamheten.

Lokal tillsyn utövas av vederbörande förste provinsialläkare respektive med denne jämställd förste stadsläkare, dock att där verksamheten bedrivs å sjukhus, som avses i lagen om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus, skall gälla vad därom är stadgat för sådant sjukhus.

Där verksamhet anordnats gemensamt för två eller flera sjukvårdsområden, bestämmer medicinalstyrelsen vem som skall handhava den lokala tillsynen.

12 §.

De närmare föreskrifter, som erfordras för tillämpning av denna kungörelse, meddelas av medicinalstyrelsen.

13 §.

Vid godkännande av plan för verksamhet enligt denna kungörelse samt fastställande av formulär till

Nu gällande kungörelse
(S. F. S. nr 489/1945)

Förslag till ny kungörelse

och formulär till årsberättelse för sådan verksamhet skall medicinalstyrelsen samråda med socialstyrelsen och skolöverstyrelsen. Sådant samråd skall jämväl äga rum, då ärende avser förordnande av läkare för verksamheten, avgivande av yttrande över sökandes behörighet att innehava assistenttjänst samt utfärdande av föreskrifter rörande tillämpning av denna kungörelse. Även i övrigt bör medicinalstyrelsen, då förhållandena så påkalla, låta sig angeläget vara att vid utövändet av tillsyn över verksamheten samråda med därav berörda myndigheter.

Förste provinsialläkare respektive förste stadsläkare skall vid utövändet av sin tillsyn över verksamheten i erforderlig omfattning samråda med vederbörande fattigvårds- och barnavårdskonsulent eller barnavårdssassistent vid länsstyrelsen samt vederbörande folkskolinspektör.

årsberättelse för sådan verksamhet skall medicinalstyrelsen samråda med socialstyrelsen och skolöverstyrelsen. Sådant samråd skall jämväl äga rum vid utfärdande av föreskrifter rörande tillämpning av denna kungörelse. Även i övrigt bör medicinalstyrelsen, då förhållandena så påkalla, låta sig angeläget vara att vid utövändet av tillsyn över verksamheten samråda med därav berörda myndigheter.

Förste provinsialläkare respektive förste stadsläkare skall vid utövändet av sin tillsyn över verksamheten i erforderlig omfattning samråda med vederbörande socialvårdskonsulent eller barnavårdssassistent vid länsstyrelsen samt vederbörande folkskolinspektör.

Denna kungörelse träder i kraft den 1 januari 1959, från och med vilken dag kungörelsen den 22 juni 1945 (nr 489) angående statsbidrag till psykisk barna- och ungdomsvård upphör att gälla.

Där i lag eller särskild författning förekommer hänvisning till stadgande i kungörelsen den 22 juni 1945, skall i stället motsvarande bestämmelse i nya kungörelsen tillämpas.

B. Förslag till ny normalinstruktion för den psykiska barna- och ungdomsvården

Den statsunderstödda psykiska barna- och ungdomsvården avser att genom medicinska, psykologiska, pedagogiska och sociala åtgärder bland barn och ungdom upp till 21 års ålder förebygga felutveckling, undanröja sådana förhållanden, som visat sig leda eller kan befaras leda till psykiska störningar samt behandla uppkomna sådana. Genom undersökning, rådgiv-

ning och behandling söker den hjälpa de unga att växa upp till friska och harmoniska individer, i de fall då föräldrarnas egna och samhällets allmänt fostrande och stödjande åtgärder icke lett till en tillfredsställande utveckling. De åtgärder, som vidtas måste många gånger gälla hela familjen och sålunda inte endast den unge själv. I förekommande fall skall samarbete ske med andra samhällsorgan.

Läkarnas åligganden.

1. Varje till den psykiska barna- och ungdomsvården hörande lasaretsavdelning och öppen mottagning, vare sig den senare är anknuten till sådan avdelning som nu nämnts eller bedrivs vid fristående central, skall förestås av en läkare, som är huvudansvarig för arbetet inom respektive enhet. Arbetet bedrivs i samarbete mellan denne och övriga läkare samt med psykologer, barnpsykiatriska kuratorer, vårdpersonal och eventuellt anställda pedagogkonsulter, vilka samtliga allt efter sin kompetens har eget ansvar.

2. I sin verksamhet har läkaren att ställa sig gällande författningar för utövande av läkekonsten till efterrättelse ävensom de föreskrifter med avseende å verksamhetens bedrivande, som utfärdats av medicinalstyrelsen eller lokalstyrelsen.

3. Läkaren har att organisera och samordna arbetet samt svara för de medicinska aspekterna rörande varje fall. Han skall genom medicinskt-psykiatriska undersökningar och utredningar komplettera i övrigt insamlat material och på grundval härav ställa diagnos. Vid konferenser, ronder och dylikt har han att i samråd med övrig personal besluta om respektive ärendes fortsatta handläggning och, därest behandlingen av barn, föräldrar eller andra anhöriga utföres av andra än honom själv, följa denna. Vidare har han att utfärda erforderliga utlåtanden, intyg och remisser.

4. I sin verksamhet skall läkaren tillse att vid behov samarbete sker med andra enheter inom den psykiska barna- och ungdomsvården samt med barnavårdsnämnder, skolmyndigheter, barnavårdsassistenter och andra, som genom sin tjänst har med den hälso- och sjukvårdande verksamheten bland barn och ungdom att göra.

5. Läkaren bör ägna sin uppmärksamhet åt allmänna problem, som sammanhänger med barns och ungdoms fostran och vård och i mån av tid främja spridandet av upplysning i dessa frågor.

6. Senast den 15 februari varje år skall den ansvarige läkaren till lokalstyrelsen avgiva berättelse angående verksamheten under nästföregående kalenderår enligt formulär, som fastställts av medicinalstyrelsen.

Psykologernas åligganden.

Psykolog med huvudsakligen diagnostiska arbetsuppgifter har att utföra olika slag av testningar och psykologiska observationer samt skriva pro-

tokoll och eventuellt sammanfattningar och utlåtanden på grundval av dessa. Han har även att delta i förekommande konferenser och dylikt och samarbeta med övrig personal.

Psykolog med huvudsakligen psykoterapeutiska arbetsuppgifter har att utföra den behandling av barn och ungdom, som i varje särskilt fall och på grundval av de samlade kunskaperna om fallets art bedömts lämplig. Han har därvid att samarbeta med övrig personal.

Barnpsykiatriska kuratorernas åligganden.

Den barnpsykiatriska kuratorn har att upptaga anamnes, föra journal häröver och delta i den behandling av klienten, som befinnes erforderlig. Kuratorn har också att samarbeta med olika sociala institutioner och myndigheter samt via konferenser etc. med övrig personal inom verksamheten.

Pedagogkonsulternas åligganden.

Pedagogkonsult skall i regel förbereda mottagningar å filialer. Han skall vidare utföra vissa testningar och vara rådgivare åt övrig personal i skolfrågor samt i förekommande fall handha undervisning av barn med speciella skolsvårigheter.

Ovan angivna befattningshavare har att företaga, utöver de av filialmottagningarna föranledda resorna, andra för verksamheten erforderliga dylika enligt plan, som fastställts av lokalstyrelsen i samråd med den för verksamheten ansvarige läkaren.

Såväl läkare som övrig personal har att i mån av tid och kompetens ge praktikanter och nyanställda erforderlig handledning. Ett viktigt led såväl i detta arbete som för verksamheten i övrigt är de gemensamma konferenserna.

Personalens tystnadsplikt.

Vad personalen i tjänsten iakttagit eller erfarit rörande enskilda personers förhållanden må icke yppas för obehöriga. Register, liggare, journaler och andra handlingar rörande de olika fallen skall förvaras under säkert lås eller på annat betryggande sätt, så att de ej är åtkomliga för obehöriga.

C. Förslag till ny normalplan

för anordnande av statsunderstödd psykisk barna- och ungdomsvård i
 landstingskommun
 stad

Planen avser att gälla fr. o. m. den/..... 19

1. Huvudman:

2. Ledningen utövas av:

3. Verksamheten bedrivs vid följande enheter:

- a) Barn- och ungdomspsykiatrisk avdelning¹ med vård-
 platser vid sjukhus
 platser vid lasarett

Kortfattad beskrivning över dessa lokaler (planritning bifogas):

- b) Öppen mottagning är anordnad i anslutning till under a) angiven
 sjukhusavdelning.

Beskrivning över dessa lokaler jämte planritning:

- c) Fristående öppen mottagning finns anordnad i:

Beskrivning över dessa lokaler:

- d) Filialmottagning finns anordnad i:

Beskrivning över dessa lokaler:

¹ I de fall huvudmannen inte har egen sådan avdelning anges det antal platser, som genom avtal disponeras vid annan huvudmans avdelning eller vid avdelning under annan godländ ledning.

4. För verksamheten inrättade tjänster¹:

	Överläkare resp. lasarettsläkare	Bitr. överläkare	Bitr. läkare	Underläkare	Extra läkare	Chefpsykiologer	1:e psykologer	Psykologer	1:e barnpsyki- atriska kuratorer	Barnpsykiatriska kuratorer	Skolpsykiologer	Pedagogkon- sulter
a) vid sjukhusavdelningen och i anslutning till sjukhusavdel- ningen anordnad öppen mot- tagning												
b) vid fristående öppna mottag- ningar och därtill anknutna filialer												
c) vid filialmottagning (utöver ovan angivna tjänster)												
Summa												

¹ Deltidstjänst utmärkes genom not med angivande av arbetstid.

5. Statsbidraget per år kan enligt följande specifikation beräknas uppgå till sammanlagt kronor:

a) bidrag till täckande av avlöningskostnader för

läkare

psykologer

barnpsykiatriska kuratorer

pedagogkonsulter

b) bidrag till täckande av resekostnader

.....

Summa: _____

KAPITEL 13

Sammanfattning

Inledningsvis anges i betänkandets första kapitel några av de faktorer, som medverkade till uppkomsten av den nuvarande organisationen för psykisk barna- och ungdomsvård. Efter att ha redogjort för några huvudpunkter i ungdomsvårdskommitténs betänkande av år 1944 sammanfattar vi huvuddragen av den nu gällande kungörelsen angående statsbidrag till psykisk barna- och ungdomsvård. Ursprungligen hade man tänkt sig, att denna kungörelse skulle gälla endast under en övergångsperiod av tre år, varefter riktlinjer för en fastare organisation skulle uppdragas. Det förhållandet, att de provisoriska bestämmelserna kommit att gälla mycket längre än vad som avsetts, anser vi ej ha varit enbart av ondo. Ett större mått av erfarenheter har härigenom vunnits och dessutom har viktiga utredningar såsom läkarutbildningssakkunnigas betänkande och psykologutredningen slutförts till gagn för utarbetandet av en mera definitiv organisation för den psykiska barna- och ungdomsvården.

I andra kapitlet rekapitulerar vi till att börja med något av den principdebatt, som vid tiden för avgivandet av ungdomsvårdskommitténs betänkande fördes rörande missanpassningsproblem bland barn och kriminalitet hos ungdom. Därefter lämnas en redogörelse för en rad svenska undersökningar rörande barn och ungdom, vilka företagits under det senaste årtiondet. Därjämte redovisas ett par undersökningar av klientel från genomsnittsbefolkningen. Det ökade behovet av rådgivning och hjälp till såväl föräldrar som barn och ungdomar understrykes. Samhället ändrar successivt struktur och de komplikationer detta medför ökar behovet av råd och stöd, när det gäller de ungas fostran. Det förebyggande arbete, som den psykiska barna- och ungdomsvården har att utföra, framstår som det väsentligaste inom verksamheten, men därtill kommer behovet av diagnostik och behandling av de på olika sätt psykiskt sjuka barnen och ungdomarna. Efter en orientering rörande de olika grupper barn och ungdomar, som berörs av den psykiska barna- och ungdomsvården, samt ett påpekande av hur komplicerade orsakssammanhangen bakom uppkomna svårigheter ofta är, följer i nämnda kapitel en diskussion, huruvida den psykiska barna- och ungdomsvården lönar sig. Även om det möter svårigheter att utföra beviskraftiga efterundersökningar, som siffermässigt belyser verksamhetens värde på längre sikt anser vi, att den psykiska barna- och ungdomsvårdens arbete är väl motiverat, i varje fall för att lindra det

lidande, som de olika slagen av psykiska störningar förorsakar föräldrar och barn. Målet är att ge hjälp till självhjälp och att medverka till att förebygga andlig ohälsa även på längre sikt.

I tredje kapitlet lämnas en översikt över den mentalhygieniska verksamheten vid barnvårdscentraler och skolor samt över den förebyggande verksamhet, som barnvårdsnämnderna utövar. Personalen vid barnvårdscentralerna intar en av nyckelpositionerna, när det gäller den förebyggande verksamheten bland barn. Vikten av att speciella utbildningskurser för läkare och annan personal vid dessa centraler får komma till stånd liksom av att ett intimt samarbete etableras mellan den psykiska barna- och ungdomsvårdens organ och barnvårdscentralerna understrykes.

Skolpsykologisk verksamhet förekommer endast i mycket ringa utsträckning i vårt land. Vi ger ett referat av hur skolöverstyrelsen tänker sig en framtida utformning av denna verksamhet. Till dess denna förverkligats måste, framhåller vi, den psykiska barna- och ungdomsvården många gånger betjäna även skolan. De goda erfarenheterna från den mentalhygieniska verksamheten vid Stockholms folkskolor framhålls.

Till sist beröres i tredje kapitlet den sociala barna- och ungdomsvårdens förebyggande verksamhet. Ansvaret för kommunernas barna- och ungdomsvård åvilar barnvårdsnämnderna. På många håll har också utförts ett intresserat och framsynt arbete för att hjälpa barn och ungdom. Det erinras därvid om upplysningsverksamhet, olika slag av anstalter för halvöppen barnvård, barnkolonier, ungdomsverksamhet, den uppsökande kurativa verksamheten bland ungdom på glid etc.

I därpå följande kapitel redogöres för den psykiska barna- och ungdomsvårdens nuvarande resurser och utformning. Endast i tio landstingsområden och i två landstingsfria städer finnes för närvarande psykisk barna- och ungdomsvård anordnad enligt 1945 års kungörelse. Verksamheten är förlagd till rådgivningsbyråer, filialer och sjukhusavdelningar. Antalet vårdplatser, mottagna patienter samt personalstyrkan inom de olika enheterna anges i tabellform. Kapitlet innehåller också vissa uppgifter om det samarbete, som förefinnes mellan den psykiska barna- och ungdomsvården, skolan och barnhemmen samt om den konsult- och upplysningsverksamhet, som bedrivs.

Genom en enkätkrivelse till bland annat samtliga landsting och landstingsfria städer har vi fått vissa kritiska synpunkter på den psykiska barna- och ungdomsvårdens nuvarande organisation samt uppgifter om de önskemål, som huvudmännen anser bör bli tillgodosedda vid en omorganisation av verksamheten. Dessa synpunkter och önskemål redovisas i kapitel 5. Man understryker, att sådana åtgärder måste vidtagas, som gör det möjligt att bygga ut verksamheten i en snabbare takt än vad hittills kunnat ske bland annat på grund av bristen på specialutbildade läkare och annan personal. Framförallt måste bättre utbildningsmöjligheter tillskapas.

I kapitel 6 diskuteras till att börja med några av de erfarenheter, som vunnits under det gångna årtiondets dagliga arbete. Man kan säga, att man bland annat fått en annan syn på såväl rådgivning som behandling än vad man tidigare hade. Fördelarna av att arbetet bedrivs i team, där varje medlem har sin specialutbildning, har sålunda blivit alltmera uppenbara. I detta kapitel lämnas en redogörelse för läkares, psykologers, kuratorers, pedagogkonsulters och vårdpersonals uppgifter och arbetsmetoder samt för hur samarbetet bedrivs mellan dessa olika personalgrupper.

I kapitel 7 framlägger vi förslag till organisationens utformning, hur tillsynen bör ordnas, nya bestämmelser rörande statsbidraget m. m.

Med utgångspunkt från att verksamheten under de gångna åren fått en alltmera sjukvårdande karaktär framhåller vi, att inom varje sjukvårdsområde finns behov såväl av barn- och ungdomspsykiatrisk avdelning med en i anslutning härtill anordnad öppen mottagning som av en eller flera fristående centraler och filialer. Även om huvudparten av det förebyggande arbetet i framtiden kommer att utföras vid de öppna mottagningarna är det oundgängligen nödvändigt att inom varje sjukvårdsområde ha tillgång till en välutrustad och under kvalificerad ledning stående barn- och ungdomspsykiatrisk lasarettavdelning.

Med fristående central avser vi en öppen mottagning, försedd med egna läkare, psykologer och kuratorer, det vill säga med fullständigt team. De nuvarande filialstationerna i Stockholm kommer enligt denna begreppsbestämning att bli fristående centraler. Med filialer avser vi stationer, där endast en eller flera pedagogkonsulter eller eventuellt en barnpsykiatrisk kurator utgör den fasta personalen.

En betydelsefull fråga är om den psykiska barna- och ungdomsvårdsorgan inom ett område skall vara tillgängliga för personer, bosatta inom annat område. Även om enligt vår mening så bör bli fallet anser vi oss ej kunna framlägga förslag om införande av särskilda föreskrifter beträffande frihet från eller bundenhet av »bostadsband». Detta spörsmål bör lösas genom överenskommelser mellan de olika huvudmännen.

Som framgår av ovanstående skall som regel en barn- och ungdomspsykiatrisk lasarettavdelning ingå i organisationen för ett landstings psykiska barna- och ungdomsvård. Vad beträffar denna del av verksamheten bör den lokala tillsynen ordnas på samma sätt som gäller för lasarettén. I övrigt föreslår vi ej någon ändring av nuvarande bestämmelser rörande tillsynen.

För att utbyggnaden av verksamheten skall kunna ske under aktiv medverkan från medicinalstyrelsens sida föreslår vi, att en tjänst som specialföredragande i ärenden rörande psykisk barna- och ungdomsvård inrättas inom nämnda ämbetsverk.

I motsats till vad nu är fallet anser vi att det inte bör krävas, att samtliga läkare inom verksamheten i framtiden har specialutbildning. Kravet

härom bör begränsas till i stort sett lasarettsläkare, biträdande dito och samtliga läkare vid fristående mottagningar. Av dessa läkare bör krävas två års utbildning i barnpsykiatri jämte sex månaders utbildning i allmän psykiatri och sex månaders utbildning i pediatrik.

För att möjliggöra en snabbare utbildningstakt föreslår vi inrättandet av 1-årstjänster (extra läkare) vid de större centralerna. För innehav av en dylik 1-årstjänst bör ej krävas fullständig specialutbildning.

I stället för den nu använda beteckningen assistent bör följande benämningar användas, nämligen psykolog för alla hittillsvarande assistenter med psykologiskt-diagnostiskt eller psykoterapeutiskt arbete, barnpsykiatrisk kurator i stället för socialassistent och pedagogkonsult i stället för pedagogassistent. Behörighetsnormerna för dessa personalkategorier bör enligt vår mening fastställas genom beslut av medicinalstyrelsen dock efter samråd med skolöverstyrelsen när det gäller psykologer och pedagogkonsulter och med socialstyrelsen när det gäller barnpsykiatriska kuratorer. Behörighetsförklaringarna i de enskilda fallen bör däremot åvila medicinalstyrelsen ifråga om psykologer, socialstyrelsen ifråga om barnpsykiatriska kuratorer och skolöverstyrelsen ifråga om pedagogkonsulter.

Behörighetsvillkoren är enligt vårt förslag något skärpta men dispensmöjligheter bör finnas. För att förenkla möjligheterna att meddela vikariatsförordnanden och därmed också möjligheterna att delgiva praktik inom verksamheten har föreslagits, att statsbidraget skall utgå till huvudman även för tid — dock högst fem månader av ett kalenderår — varunder läkartjänst eller annan bidragsberättigad tjänst uppehållits av icke behörighetsförklarad vikarie.

Vi anser, att all öppen barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet¹ bör vara avgiftsfri. Vid de barn- och ungdomspsykiatriska lasarettssavdelningarna kan däremot ett ordinärt avgiftssystem tillämpas utan olägenhet.

Vad beträffar statsbidragsfrågan föreslår vi en uppräknig av bidraget till läkarnas avlönande från högst 6 000 kronor per år till högst 15 000 kronor per år samt till psykologernas, kuratorernas och pedagogkonsulternas avlönande från högst 3 000 kronor per år till högst 8 000 kronor per år. Vi föreslår, att detta bidrag även skall utgå till inom slutna vårdanställda befattningshavare av ovannämnd art.

Förutom en beskrivning av den nuvarande lokalsituationen framlägges i kapitel 8 förslag till hur barn- och ungdomspsykiatriska avdelningar, lokaler för öppna mottagningar och olika kombinationer av dessa enheter enligt vår erfarenhet bör konstrueras. Skisser, utvisande tänkbara planlösningar, bifogas.

Genom särskilt beslut har Kungl. Maj:t uppdragit åt mentalsjukvårdsdelegationen att i samråd med statens kommitté för sinnessjukvårdens utbyggande utreda frågan om särskilda vårdplatser för sinnessjuka barn.

¹ Jfr dock not sid. 101.

Den utredning, som vi på grund härav verkställt, redovisas i kapitel 9. Enligt våra beräkningar kan man antaga, att det finns behov av cirka 3 300 platser för sinnessjuka barn och ungdomar. För tillgodoseende av detta vårdplatsbehov föreslår vi, att fem eller eventuellt sex mentalsjukhus för barn och ungdomar inrättas, nämligen i Stockholms stad (eller län), i Uppsala, i Göteborg, i Umeå, i Lund och eventuellt i Linköping. Vart och ett av dessa sjukhus skulle komma att inrymma cirka 60 vårdplatser.

Varje vårdform inom vilken barn och ungdom omhändertas för vård och fostran är givetvis av intresse för den psykiska barna- och ungdomsvården. Personalbristen gör emellertid, att den psykiska barna- och ungdomsvårdens befattningshavare under lång tid framåt endast i mycket ringa omfattning kommer att räckas till för uppgifter utanför den egna verksamheten. I kapitel 10 framhålls bland annat, att man i framtiden torde kunna räkna med ett än intensivare samarbete än hitintills mellan den psykiska barna- och ungdomsvården och de organ, som svarar för anskaffningen av fosterhem. Vidare betonas i detta kapitel behovet av specialbarnstugor i form av förskolor, daghem och eftermiddagshem för barn med anpassningssvårigheter. Sådana institutioner kan beräknas bli viktiga komplement till den psykiska barna- och ungdomsvården. En redogörelse lämnas också för de behandlingsmöjligheter, som nu står till buds för de barn, som av olika anledningar ej kan vistas i egna hem respektive fosterhem. Den av barnvårdskommittén föreslagna differentieringen av barnhemmen inom barnhemsplanerna framhåller vi som synnerligen angelägen. Därutöver anser vi emellertid, att det föreligger ett stort behov av till den psykiska barna- och ungdomsvården knutna behandlingshem, där vård av sjukvårdsmässig karaktär kan ges och för vilka medicinalstyrelsen bör vara tillsynsmyndighet. Planläggningen av dessa hem diskuteras men förslag härom kommer att framläggas först i vårt nästa betänkande. Såvitt vi nu kan finna, synes det bli erforderligt med tre typer av sådana hem: typ I för vissa neurotiska barn i anslutning till varje barn- och ungdomspsykiatrisk avdelning och fristående central, typ II för särpräglade barn, psykotiska eller på gränsen därtill (två eller flera landsting bör kunna samverka om att anordna ett hem av denna typ) och slutligen typ III för den kategori av barn och ungdomar, som nu vårdas på bland annat hemmen för psykopatiska och nervösa barn. Även dessa sistnämnda hem av typ III synes kunna anordnas gemensamt för två eller flera landsting.

I kapitel 11 har vi gjort en approximativ beräkning av såväl lokalbehovet som personalbehovet inom den psykiska barna- och ungdomsvården och närgränsande områden. Vi kommer därvid fram till att det för närmaaste 10-årsperiod skulle erfordras sammanlagt ytterligare cirka 125 läkare, 1150 psykologer och 150 barnpsykiatriska kuratorer inom den psykiska barna- och ungdomsvården. I nämnda kapitel framhålls vidare bland annat, att såväl intagning av de medicine studerande som själva läkarutbildningen

i allt för hög grad gynnar de naturvetenskapligt intresserade i förhållande till dem med mera humanistisk läggning. En breddning av rekryteringsunderlaget ter sig därför enligt vår uppfattning som önskvärd. Denna fråga föreslår vi skall bli föremål för utredning snarast möjligt.

I slutet av nämnda kapitel föreslår vi, att en rikspoliklinik för barn- och ungdomspsykiatriskt klientel snarast möjligt inrättas.

I kapitel 12 framlägger vi förslag till ny statsbidragskungörelse, normalinstruktion och normalplan för den psykiska barna- och ungdomsvården.

Sammanfattning av i betänkandet framförda förslag:

1. Den psykiska barna- och ungdomsvården är trots sina vida sociala aspekter till sin innersta karaktär en sjukvårdande verksamhet. Med utgångspunkt härifrån föreslår vi, att det inom landstingen och de landstingsfria städerna skall inrättas barn- och ungdomspsykiatriska lasarettavdelningar med därtill anslutna öppna mottagningar samt därefter i mån av behov och personaltillgång fristående centraler och filialer. Som hittills skall den psykiska barna- och ungdomsvårdens funktioner utövas av ett arbetslag, bestående av läkare, psykologer, kuratorer och pedagoger samt av sjukhuspersonal av olika slag. För de personalkategorier, som enligt nu gällande statsbidragskungörelse kallas assistenter, föreslår vi benämningar, som svarar mot deras arbetsuppgifter. Vi räknar sålunda med psykologer av två slag, nämligen psykologer med i huvudsak diagnostiskt arbete och psykologer med i huvudsak terapeutiskt arbete samt med barnpsykiatriska kuratorer och pedagogkonsulter.
2. För att tillgodose behovet av kvalificerade läkare inom området föreslår vi, att *Kungl. Maj:t uppdrager åt de organ, som svarar för läkarutbildningen att snarast uppgöra sådana planer för anordnandet av barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet* vid de medicinska undervisningssjukhusen, att vid varje undervisningsenhet kan bedrivas dels en fullgod undervisning av blivande läkare och dels specialutbildning för läkare samt forskning inom ämnet. För att tillföra den psykiska barna- och ungdomsvården flera läkare föreslår vi vidare — förutom att antalet underläkartjänster utökas — att *särskilda utbildningstjänster (1-årstjänster) inrättas* vid därför lämpade centraler.
3. För att utbildning av psykologer skall kunna bedrivas i önskvärd omfattning och på önskvärt sätt föreslår vi, att *psykologutredningens betänkande snarast blir föremål för statsmakternas ställningstagande och att däri framlagda förslag realiserar.*
4. För att få till stånd bättre utbildningsmöjligheter för de barnpsykiatriska kuratorerna tillstyrker vi *familjerådgivningskommitténs förslag till utbildning.*

5. För att främja rekryteringen av psykologer och barnpsykiatriska kuratorer inom den psykiska barna- och ungdomsvården föreslår vi, att *befordringstjänster* för dessa båda kategorier befattningshavare *inrättas* inom verksamheten.
6. Vi föreslår *ändrade normer för behörighet och för behörighetsförklaring* när det gäller *läkare, psykologer, barnpsykiatriska kuratorer och pedagogkonsulter*. *Beträffande tjänsterna som läkare föreslår vi* diärjämte i vissa hänseenden *ändrat tillsättningsförfarande*. För bl. a. Iberedning och föredragning av ärenden rörande behörighetsförklaring för psykologer samt för att lämna råd och anvisningar till inom verksamheten anställda psykologer föreslår vi, att *en deltidsbefattning som psykolog inrättas inom medicinalstyrelsen*. Ett starkt behov av en dylik befattning föreligger även inom vissa andra områden av styrelsens verksamhet.
7. En utbyggnad av den psykiska barna- och ungdomsvården kommer att medföra ökade arbetsuppgifter för medicinalstyrelsen. Med anledning härav föreslår vi, att *en befattning som specialföredragande i ärenden rörande psykisk barna- och ungdomsvård inrättas* inom nämnda ämbetsverk.
8. Vi föreslår, att *statsbidrag utgår till läkare, psykologer, barnpsykiatriska kuratorer och pedagogkonsulter oavsett om ifrågavarande befattningshavare tjänstgör i öppen eller slutet vård*. Det nuvarande statsbidraget föreslår vi skall bli föremål för en *sådan höjning, som väl svarar emot en genomsnittlig höjning av lönerna fr. o. m. 1 juli 1945*.
9. I ett särskilt avsnitt av betänkandet föreslår vi, att *5—6 mentalsjukhus för barn och ungdomar inrättas* och att dessa förläggas till Stockholms stad eller län samt till städerna Uppsala, Umeå, Göteborg, Lund och eventuellt Linköping. Av dessa bör sjukhuset i Uppsala byggas snarast möjligt och planeringsarbetena torde böra bedrivas i sådan takt, att det kan tagas i bruk inom en 3-årsperiod.

Sammanfattning av i betänkandet framförda önskemål i övrigt:

1. På grund av de begränsade möjligheter, som förefinnes för befolkningen i stora delar av vårt land att ännu på många år komma i åtnjutande av en psykisk barna- och ungdomsvård, anser vi det vara *ett primärt önskemål att öppna mottagningar för barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet inrättas för riket i dess helhet*. I första hand synes en dylik mottagning böra förläggas till Stockholm.
2. Den förebyggande barnavården vid barnavårdscentralerna bör enligt vår uppfattning utgöra en mentalhygienisk basorganisation i samhället. För att läkarna vid dessa centraler i framtiden skall ges större möjligheter

att ägna sig åt att förebygga uppfostringsfel och psykisk ohälsa bör *fortbildningskurser i barnpsykologi och barnpsykiatri anordnas för läkare vid barnavårdscentraler.*

3. Vi framhåller den stora betydelse, som skolan har ur mentalhygienisk synpunkt, och finner det *önskvärt, att en utbyggnad av den skolpsykologiska verksamheten kommer till stånd.*
4. I många fall tvingas föräldrar att t. ex. i samband med sjukdom eller trötthetstillstånd hos modern placera barn utanför hemmet, ehuru det varit lyckligare för dessa att få stanna i sin vanliga miljö. Vi *understryker därför vikten av att den utbyggnad, som påbörjats av hemvårdarinneinstitutionen, sker i snabbast möjliga takt.*
5. Vi har med beklagande konstaterat svårigheterna när det gäller att stimulera läkare till mentalhygieniska arbetsuppgifter och föreslår med anledning härav en utredning av frågan om möjligheten att vidga basen för rekryteringen till de medicinska studierna genom att för intagning vid de medicinska högskolorna godtaga studentexamen vid allmänna linjens sociala gren.

Beskrivning av arbetet inom Värmlands läns landstings organisation för psykisk barna- och ungdomsvård

Av doktor T. Thysell, Karlstad.

Enligt gällande bestämmelser är läkaren ålagd att arbeta som psykiater inom tre områden:

1. Mottagnings- och sjukavdelningen vid länslasarettet.
2. Efter en godkänd plan regelbundet besöka filialstationerna ute i länet.
3. Vara psykiatrisk konsult på landstingets barnavårds- och ungdomsanstalter.

Som barnpsykiater skall han förutom det löpande arbetet på sjukavdelningen och mottagningsavdelningen stå till förfogande för skolor, barnavårdsnämnder och enskilda i allt, som kan förmodas ha med någon störd mental funktion att göra. Dessutom skall han tjänstgöra som psykiatrisk konsult för mentalt störda barn och ungdomar, som är intagna på länets samtliga sjukvårdsanstalter. En barnpsykiaters arbetsdag i ett län som Värmlands, kan därför te sig på följande sätt.

Dagen börjar med avdelningsrond. Enär en del befattningshavare i barnpsykiatrisk verksamhet icke har någon specialutbildning, då de tillträder sina tjänster, innebär varje rond, att chefsläkaren ger en fortlöpande »undervisning» i barnpsykiatri och angränsande ämnesområden. Personalen skall också hållas å jour med allt nytt, som tillkommer i barnpsykiatri, social barnavård och dylikt, och dess kunskaper och erfarenheter bör berikas även av redogörelser för instruktiva fall från föregående dags mottagning. Efter rondens vistas läkaren i regel någon timma bland de intagna barnen och ungdomarna. Under denna tid skall han också medhinna samtal med en del av de intagna patienterna och utföra nödvändiga kroppsundersökningar, neurologiska undersökningar samt utfärda remisser till lasarettets specialavdelningar. Vidare åligger det honom att i samråd med avdelningssköterska och kurator diskutera och planera för patienters intagning och utskrivning. Sedan följer (i Värmlands län två dagar i veckan) mottagning för på förhand anmälda patienter. Mottagningsarbetet störes emellertid under dagen av telefonsamtal från olika delar av länet. Det är barnavårdsnämnden i X-köping, som frågar när den får skicka en flicka till undersökning. Hon är ute och springer om nätterna. Så är det skolledaren i Y-köping, som ber att få ett läkarutlåtande, som befriar en liten orolig och därför störande flicka från skolgången. Det är en anhörig, som ringer och ber om abort för en släktings barn. Det är polisen, som ber att få komma in omedelbart med två småflickor till förhör och få hjälp med remiss till gynekologundersökning. De har just varit utsatta för otuktig handling av en äldre man. Det är telefon från barnavårdsnämnden i Ö-köping, som just håller på med utredningen av ett otuktsmål, där en imbecill pojke förgripit sig mot en liten flicka. Det kan komma en förfrågan från ordningspolisen, som ber att omedelbart få komma upp med en 17-års flicka, som i självmordssyfte skurit sig med rakblad och dessutom svalt tabletter. Det är läkaren på medicinska poli-

kliniken, som ber att man omedelbart skall ta hand om en 16-årig flicka, som är införd dit i ett hysteriformt färgat hyperventilationstillstånd. Rådhusrätten ringer och ber att få veta litet om en patient, som avdelningen tidigare haft, och sedan anhålles om en dag för en förundersökning i brottmål. Det är en kriminalkonstapel, som vill rådgöra om en yngling, som gjort sig skyldig till en hel serie bedrägerier. Ynglingen är väl känd av avdelningen och frågan gäller nu om polisen skall begära stora sinnesundersökningen eller icke. Från skolstyrelsen i S-köping kommer en anhållan om medverkan i ett sammanträde, som skall hållas med lärare och skolstyrelse. En annan skolledare ringer och ber om ett enskilt samtal med barnpsykiatern rörande disciplinära svårigheter i en skola. Det ringer en man för att om-tala att han i ett överilat ögonblick givit en pojke en örfil och att fadern till pojken skall komma till oss för att få ett intyg på att sonen blivit chockskadad. Mannen nämner också, att fadern tänker utnyttja det inträffade för att utpressa pengar. Härtill kommer alla samtal från oroliga mammor och pappor, som ber om tid för nya konsultationer. Ett telefonsamtal gäller en pojke, som fadern anser vara förföljd av en lärare, och nu vill fadern ha pojken mentalt undersökt för att kunna vidtaga åtgärder i syfte att skydda pojken och få läraren varnad. Icke sällan kommer förfrågningar om avdelningen kan bereda husrum åt ett redan på förhand faderlöst barn, som just genom grovt våld blivit även moderlöst. Barnet har bevittnat händelsen och är uppsakat och släktingar har ej möjligheter att hysa det. Exempelen kunna mångfaldigas.

Till mottagningen kommer utom de förtidsanmälda patienterna och avdelningspatienternas anhöriga även patienter, som skall tas in. Man måste också i regel räkna med att oanmälda patienter infinner sig. Verksamheten är nu så känd i Värmlands län, att folk vant sig vid att vända sig till den barnpsykiatriska personalen och försöka få hjälp och råd i all mental nöd. Man förbiser då lätt, att förhandsanmälan är önskvärd. Det kommer kanske en av de äldre patienterna i full panik och säger, att hon inte längre hårdar ut på sin plats i fabriken. Hon tycker det är så otäckt, när arbetsledarna står och kontrollerar hennes arbete genom att titta på henne genom fönsterruta. En annan f. d. patient kommer förtvivlad och tror sig vara gravid. En snabb anamnes måste upptagas och remiss utfärdas till gynekologavdelningen. Som regel gäller, att man ej på förhand vet vad mottagningsdagarna kommer att innehålla av arbetsproblem och svårigheter. Det är också omöjligt att på förhand planera, när dagens arbete skall kunna avslutas — kl. 18 eller kl. 20 eller kl. 21.

Arbetsuppgifterna brukar variera i hög grad. De kan omfatta allt från de till synes enklaste hjälpklassplaceringar till bedömningen av vårdbehov eller placeringen av patienter i grovt psykotiska tillstånd eller alarmerande självmordsförsök av infantila, affektivt lätrörliga ungdomar.

Efter mottagningstidens slut skall läkaren besöka patienterna på avdelningen. Dessa är då oftast samlade kring radion, kring ett spel av något slag eller till läsning och samtal. På kvällen brukar i regel barnen och ungdomarna på den barnpsykiatriska avdelningen vara lugna och avspända och då får läkaren också de bästa möjligheterna att komma till tals med dem och lära känna dem.

Förutom läkaren arbetar på mottagningsavdelningen kuratorn, laboratoriesköterskan, laboratoriebiträdet, psykologassistenten och sekreterarna. I regel kommer fallen i så snabb följd, att utskrivningen av journalerna icke medhinnes förrän nästföljande dag. Men intyg om skoluppskov, befrielse från värnplikt, alla remisser till specialavdelningarna, sjukkasseintyg o. dyl., försöker man i regel utfärda omedelbart så att patienterna får intygen i sin hand. Därför pågår under hela mottagningstiden ett ganska intimt samarbete mellan läkaren och sekretariatet.

Patienterna kommer från hela Värmlands län och har ofta rest både 15—20 mil för att träffa läkaren. Att få husrum för natten är många gånger nästan omöjligt. Därför måste läkaren och hans medarbetare försöka att på den korta tid, som står till buds få en så saklig bild som möjligt av situationen — en bild, som också kan utgöra ett motiv för de råd som patienten och hans anhöriga i regel väntar sig att få. Patienterna i Värmland, synes i viss mån jämställa psykiaterns verksamhet med kroppsläkarens. När målsmän och patient gör sig omaket att företa en mångmilaresa till Karlstad, så vill de också ha valuta för de gjorda ansträngningarna. De skall då de är på hemväg ha fått veta någonting, som kan bidra till en lösning av deras svårigheter. När det gäller skolplaceringar måste alltid pedagogen (f. n. är psykologassistenten även folkskollärare) medverka med en intelligensbestämning och ett försök att samtidigt få en uppfattning om patientens olika skolförmågor (läsning, skrivning, räkning o. s. v.). Han studerar även lärarens följesedel, som oftast följer dessa patienter. Är inte följesedeln med, måste han per telefon söka barnets lärare och med honom diskutera barnets skolsituation. Barnets anamnes tar i dylika fall läkaren själv, och sedan diskuterar han tillsammans med pedagog-assistenten och föräldrar de råd man skall ge skolledaren beträffande barnets undervisning.

Då det gäller abortärenden, ungdomar med anpassningssvårigheter och allvarliga sociala problem, familjekonflikter, skilsmässor, vårdnadsproblem och dylikt, blir det i regel kuratorn, som i första hand får ta hand om patienterna och deras anhöriga. Då hon är färdig med sin utredning, redogör hon för ärendet inför läkaren. Läkaren samtalar också med patienten och hans anhöriga och försöker från sin utgångspunkt bilda sig en föreställning om ärendets natur och vilka möjligheter, som eventuellt står till buds för att få svårigheterna mindre. I dessa ärenden biträder i regel psykologassistenten med sina undersökningar, som givetvis icke enbart syftar till att klarlägga intelligensnivån utan även till att ge kurator och läkare en exaktare uppfattning om patientens mentala beskaffenhet i sin helhet. Läkaren, psykologassistenten och kuratorn diskuterar sedan ärendet från sina olika utgångspunkter och försöker komma fram till en lösning. Läkaren framlägger sedan problemet i utlåtanden för vederbörande myndighet. Det bör kanske här inflikas, att då det gäller utlåtanden och dylikt rörande patienter, som varit intagna på avdelningen, så tillkommer det alltid avdelningens sjuksköterskor och förskolelärarinna att till läkaren lämna sina iakttagelser rörande de intagna barnen och ungdomarna.

Då det gäller vårdnadsproblem (skilsmässobarn, fosterbarn, som skall förflyttas mot sin vilja etc.), tages barnen och deras anhöriga i regel först emot på mottagningsavdelningen, men sedan vill man i regel också få barnen intagna några dagar. Under denna tid kan man få tillfällen att diskutera med de olika vårdnadshavarna och även studera barnens beteende tillsammans med de anhöriga, som gör anspråk på barnet.

Abortsökande, som förefaller mentalt särpräglade eller är mycket unga tages i regel in några dagar för observation. Andra abortsökande får i regel besöka mottagningen upprepade gånger (4—5), innan ett ställningstagande kan göras. Man strävar alltid efter att få träffa både den abortsökandes föräldrar, den uppgivne barnafadern själv och ibland även dennes föräldrar.

I förundersökningar i brottmål diskuteras alltid åtgärder och behandlingsförslag med den jurist, som handhar ärendet, och han får då också tillfälle att diskutera sådana detaljer i den tilltalades beteende, som väckt undran och osäkerhet.

Konsultfall från centrallasarettets olika avdelningar försöker man alltid att ta emot fortast möjligt. Avdelningen har också för vana att stå till tjänst med utfär-

dande av nödvändiga vårdattester. Samma förfaringssätt gäller givetvis psykotiska ungdomar, som förvaras hos polis eller annorstädes.

Som redan nämnts medhinner man icke att skriva journalerna samma dag, som patienterna besöker mottagningen. Journalerna måste skrivas på mellandagarna, men även dessa dagar måste ofta skrivarbetet uppskjutas på grund av akuta ärenden, som med eller utan förhandsanmälan kommer in på mottagningsavdelningen från polis, barnavårdsnämnder, sjukhus etc. Vidare kan man aldrig riktigt räkna med när barnens anhöriga kommer för samtal. Har ett föräldrapar rest åtskilliga mil för att träffa läkaren, så kan man inte sända dem tillbaka med oförrättat ärende. Länets storlek, en del föräldrars ansvar för djurbesättning etc. gör det omöjligt för dem att komma kanske mer än en eller två gånger under den tid, som deras barn är intaget på avdelningen. Vidare är det inte alltid som föräldrarna har kontanta medel för resor till och från Karlstad.

Skrivdagarna avbrytes icke sällan av de hembesök, som läkare och kurator ibland måste göra för att kunna få en egen uppfattning om en familjesituation, innan åtgärder föreslås. Statens socialvårdskonsulent kan t. ex. telefonera till läkaren och säga, att man har ringt från en socken 10 mil från Karlstad och sagt, att situationen i en familj är outhärdlig, att något måste göras, att de lokala myndigheterna själva icke kan göra mera utan någon från Karlstad måste komma och bedöma, diskutera och ge råd. Det är självfallet, att konsulenten i en hel del sådana ärenden anser sig behöva en psykiater med på resan. Dessa resor betyder också för läkaren en ökad kännedom om länets folk, dess seder och bruk o. s. v. Vidare får han tillfälle att personligen sammanträffa med barnavårdsnämndsledamöter och andra kommunalmän. I dessa resor brukar också i regel kuratorn delta. Det är nästan praxis i den barnpsykiatriska verksamheten i Värmland att kurator och läkare i alla dessa fall samarbetar. Även då det gäller hembesök i residensstaden gör läkaren icke dessa besök utan kuratorns medverkan. Hembesök i mentalt hotade familjer är med andra ord en synnerligen angelägen arbetsdetalj i länets barnpsykiatriska verksamhet.

Verksamheten vid filialstationerna har under senare år på grund av bristen på barnpsykiatriskt utbildad underläkare och på underläkare över huvud taget till viss del måst inställas. Den ansvarige läkaren hinner helt enkelt inte med dessa resor, som i regel tar hela dagar i anspråk. Då det gäller en särskilt avlägsen filialstation tar resan två dagar i anspråk. På filialstationerna, som i vårt län förestås av hjälpklassutbildade och testningskunniga pedagoger, har under de gångna åren ett mentalhygieniskt arbete av värde kunnat utföras, även om tillströmningen av patienter varit alltför stor. Får man i bygden vetskap om att barnpsykiatern kommer, anmäles patienter från skolor och hem, och pedagogassistentens arbete med att sovra de anmälda fallen är ingalunda lätt. Kuratorn är alltid med på dessa mottagningar. De barn, som undersökes på filialstationerna, har på förhand blivit föremål för en testningspsykologisk utredning. Här får läkare och kurator tillfälle att träffa barnavårdsnämndsledamöter. Ofta kommer skolornas lärare till mottagningen och diskuterar sina svårigheter med barnen. Vid behov kan man också under dessa mottagningar resa till en skola för att få en levande bild av den aktuella skolmiljön. Man kan också besöka ett föräldrahem och sitta någon stund och prata med föräldrarna. På så sätt kan man få en viss uppfattning om hemmets mentala klimat. Icke sällan har dessa filialstationsresor på kvällen avslutats med en diskussion med lärare och skolstyrelse. Till dessa sammanträden har i regel också barnavårdsnämndsledamöter varit inbjudna. Både dessa diskussioner och de kontakter, som PBU:s personal på så sätt fått, har sannolikt i vissa fall kunnat underlätta situationer för barn och ungdomar, som har svårt för att bete sig som

vuxna önskar. Dessutom har myndigheter blivit förtroga med barnpsykiatrisk verksamhet och grundsyn.

Vad konsultverksamheten vid länets barnhem beträffar, har denna också med åren blivit alltmera sporadisk. Detta är en sak, som allvarligt måste beklagas, enär barnhems klientelet på ett par av länets barnhem till större delen utgöres av mentalt störda barn och ungdomar. Tiden har emellertid icke räckt till för dessa läkaren ålagda besök. Vi har därför försökt en annan utväg, som kanske ännu bättre gagnat de enskilda barnhemsbarnen: i tur och ordning intages de störda barnhemsbarnen på avdelningen för utredning och bedömningar. Icke sällan har kuratorns anknnytningar ute i länet kunnat medföra, att ett sådant barnhemsbarn från vår avdelning direkt kunnat placeras i fosterhem.

Vad konsultverksamheten på länets centralanstalt för psykiskt efterblivna beträffar har denna anstalt sedan något år tillbaka en egen barnpsykiatrisk konsult. Arbetsuppgifterna är där så omfattande och svårbemästrade, att en barnpsykiater utan tvekan måste använda åtskillig tid till anstalten, om det psykiatriska arbetet, som där bör utföras, skall kunna bli något så när tillfredsställande och icke enbart bestå i konfirmerande av testresultat o. dyl.

Föredrag med mentalhygieniskt innehåll i föreläsningsföreningar och andra sammanhang åligger givetvis psykiatern, men medhennes knappast under nuvarande förhållanden.

Givet är att det barnpsykiatriska arbetet, som nu utföres i Värmlands län, på grund av sin kvantitet och brokighet icke kan ha den kvalitet, som man numera anser sig böra kräva av barnpsykiatriskt arbete. Det är inte bara kvantiteten och brokigheten, som gör att kvaliteten på arbetet måste stå efter. Man kan inte under en följd av dagar syssla med en patient, som är hemmahörande i Höljes i Norra Klarälvsdalen, som har 36 mil att resa fram och tillbaka, som inte har ekonomiska möjligheter att ta in på hotell i Karlstad och vars föräldrar icke heller på grund av de hemmavarande småsyskonen och djuren kan stanna kvar i Karlstad över natten. Barnpsykiatern måste helt enkelt i samråd med psykologassistenten och kuratorn försöka att både utreda och ge råd den dag, då patienten och hans anhöriga har möjligheter att besöka Karlstad. Man kan heller inte begära, att en distrikts-sköterska från t. ex. Årjäng, som kommer till mottagningen med ett par patienter och deras föräldrar, skall resa med denna skara flera dagar i följd för att undersökningen skall bli ur psykiatrisk synpunkt så tillfredsställande som möjligt. Då det gäller akuta psykoser, otuktsärenden, av polisen omhändertagna biltjuvar och annat, måste man på ett eller ett fåtal besök nå fram till en så säker uppfattning som möjligt om ärendets art och ett behandlingsförslag. Möjligheter att förvara dessa patienter under nätterna har avdelningen icke. På avdelningen finns nämligen endast 12 platser, 3 för unga flickor, 4 för pojkar och 5 för småbarn samt 1 isoleringsplats. Vidare kan icke oroliga och störande psykoser tas in på den barnpsykiatriska avdelningen. Icke heller kan man där hysa starkt mentalt störda ungdomsassociaala o. s. v. Man är helt enkelt i Värmland tvingad till att under loppet av några timmar försöka få en sådan uppfattning om dessa patienter så att man kan föreslå sociala och socialjuridiska åtgärder, vissa omplaceringar o. dyl. Givetvis är det ur psykiatrisk synpunkt otillfredsställande men här är barnpsykiatern i samma situation som tjänsteläkaren: han måste handla och handla färdigt då han har patienten inom syn- och hörhåll.

En detalj, som icke är oväsentlig är att barnpsykiatern i Värmland i mångt och mycket måste fungera som en gamla tiders familjeläkare. Vad gagnar det att försöka läka ett mentalt stort barn med råd till modern, när barnpsykiatern konstaterar att modern är mentalt insufficient, kroppsligt utsläpad eller nästan psykotisk? Skall

barnpsykiatern låta barnet gå hem till sin trötta, utsläpade och kanske psykotiska moder, eller skall han försöka hjälpa modern så att barnet efter besöket eller utskrivningen från avdelningen träffar en något mera mentalt och kroppsligt frisk moder? I dessa fall är det självfallet, att modern icke går att förbättra enbart genom samtal. Han kan givetvis utfärda en remiss till psykisk vård för vuxna, men väntetiden där är betydande (1—2 månader) och vad sker med barnet under tiden? Lösningen blir helt enkelt, att barnpsykiatern själv gör någon slags utredning rörande orsakerna till moderns mentala eller kroppsliga ohälsa. I många fall har på så sätt den barnpsykiatriska verksamheten kunnat medverka till att mödrar kunnat få en nervlugnande medicin, järn för en banal blodbrist, som kanske tröttar dem, en remiss till en invärtesavdelning för en hypertoni eller gnagande ulcusbesvär o. s. v. I samarbete med barnavårdsombudet och barnavårdsassistenten ordnar kuratorn ofta plats för barnet på barnhem eller låter det få en tids miljöbyte i ett gott fosterhem, medan modern eventuellt vilar upp sig på ett konvalescenthem, en kuranstalt etc. I många fall har likaledes patienternas fäder fått någon medicinsk hjälp av barnpsykiatern och på så sätt kunnat bli mentalt bättre balanserade i hemmet.

I ett stort landsortslän som Värmland är det av praktiska skäl i de flesta fall omöjligt med ofta återkommande samtalsbehandlingar av föräldrar. Både avståndet och annat lägger hinder i vägen. Den skildrade barnpsykiaterns roll som familjeläkare får således i många fall ersätta den psykologiska behandling, som föräldrarna får i våra större städer. Härtill kommer också att många av våra barn och ungdomars föräldrar icke har tillräcklig mental kapacitet för att ta emot en samtalsbehandling. En del av dem är gravt psykiskt sjuka och defekta och kräver en helt annan form av terapi än upprepade samtal i läkande syfte. De fall är många, där barnpsykiatern varit nödsakad att förmedla en moders intagande på ett mentalsjukhus, att föreslå en fader till behandling av nykterhetsnämnden o. s. v. och många är de patienter i högre åldrar, som på grund av mental bristutveckling, snedutveckling eller resttillstånd efter mentala sjukdomar av olika slag, bättre hjälpes med rent sociala åtgärder än upprepade samtalsbehandlingar på en barnpsykiatrisk mottagning. I ett stort landsortslän måste man ofta av rent praktiska skäl förlita sig på den läkningsmöjlighet, som miljöändringar kan bereda en mentalt störd patient. Önskvärt är emellertid, att man så småningom får möjligheter att underkasta flera patienter liknande psykologiska behandlingar, som står till buds i storstäderna.

Såsom framgått av ovanstående skildring pågår en intim samverkan mellan läkaren och kuratorn. Det är i regel kuratorn, som i första hand tar emot och påbörjar utredningen av en hel del ärenden, framför allt sådana, som berör familjeproblem och liknande mer ömtåliga och invecklade ärenden. Utredningen bör inte endast omfatta barnets eller den unges utvecklings- och sjukhistoria och ge en bild av hans nuvarande och tidigare beteendemönster utan även ge en så fyllig bild som möjligt av hans sociala miljö och relationerna familjemedlemmarna emellan.

Kuratorns ställning är visserligen självständig men liksom läkarens beroende av intimt samarbete med andra personalgrupper inom verksamheten. Kuratorn diskuterar sina patienter både med läkaren och psykologassistenten. De inläggande patienterna blir föremål för samtal med avdelningspersonalen. Kuratorn är den som förmedlar avdelningens kontakt med länets olika sociala organ. Hon är också den som har till uppgift att följa en del patienters vidare öden. Det är framför allt till kuratorn, som länets sociala organ vänder sig och anhåller om hjälp med mentalt störda eller sjuka barn, ungdomar och familjer. Hon måste således ständigt stå till förfogande med upplysningar och råd av speciell socialkaraktär.

I psyko-terapeutiskt syfte samtalar kuratorn också med de inneliggande ungdomarna och försöker aktivera deras egen vilja och försök till bättring. Hon försöker också förmedla en yrkesutbildning på en yrkesskola, lanthushållsskola, folkhögskola o. s. v. Kuratorn står därför i intim kontakt med ungdomsförmedlingen och arbetsvården och ledarna för olika skolor m. m.

Såsom redan nämnts gör också kuratorn hembesök antingen ensam eller tillsammans med läkaren eller socialvårdskonsulenten, barnavårdsassistenten, barnvårdsombudet eller annan socialvårdstjänsteman.

I de ömtåliga abortärendena är det kuratorns uppgift att praktiskt hjälpa den unga flickan, som beslutar att föda sitt barn eller får avslag på sin abortansökan. Den blivande modern vill kanske under väntetiden ej gå kvar i sin hembygd, varför kuratorn ordnar en lämplig placering i familj, eller skaffar arbete på annan ort. I de fall, där modern önskar lämna barnet till adoptivhem eller fosterhem förmedlar kuratorn kontakt med barnavårdsman och barnavårdsombud. Kuratorn besöker om möjligt den unga flickan på BB-avdelningen bland annat för att förvissså sig om, att hennes eventuella adoptionsönskan står fast även efter förlossningen. 1.

Kuratorn i Värmland har förutom den egentliga journalutskrivningen mycket annat skrivarbete. På henne vilar t. ex. ansvaret, att olika ansökningshandlingar kompletteras med nödiga bilagor och insändas i rätt tid. Förutom abort- och steriliseringshandlingar har hon att ombesörja ansökningshandlingar till mentalsjukhus, särskola och vårdhem, olika slag av barnhem, mödrahem, epileptikeranstalter m. m. Hon besvarar också brev med förfrågningar från myndigheter och enskilda. På en kurator i barnpsykiatrisk verksamhet i Värmland vilar således en anmärkningsvärt stor och mångskiftande arbetsbörda.

MENTALSJUKVÅRDSDELEGATIONEN

*Frågeformulär
för utrönande av
vårdplatsbehovet för sinnessjuka barn och ungdomar*

Reg. nr.
(ifylles ej)

1. Kön
2. Födelsedatum och -år
3. Mantalsskrivningsort
4. Adress
5. Intagen å/i
6. Vistas i a) eget hem
b) annat enskilt hem
7. Psykiskt sjuk sedan år
8. Diagnos
9. Beskrivning av fallet (inklusive testresultat)
10. Vårdad å följande institutioner under nedan angivna tider

Institution

Vårdtid

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Patientens namn

Reg. nr
(ifylles ej)

11. Anser Ni, att patienten f. n. är omhändertagen på rätt sätt?
12. Anser Ni, att patienten borde placeras på annat sätt än vad nu är fallet (t. ex. på barnpsykiatrisk klinik/lasarettsavdelning, psykiatrisk klinik/lasarettsavdelning, mentalsjukhus, sjukhem, vårdanstalt för psykiskt efterblivna, övervakning i eget hem/annat enskilt hem med/utan övervakning)?
13. Har patienten genom sin nuvarande placering gått miste om någon behandling, som han egentligen borde ha fått (medicinsk, psykoterapeutisk, skolundervisning, arbetsterapi, arbetsträning, yrkesundervisning etc.)?
14. Patienten har behov av vård på avdelning av följande karaktär (det tillämpliga understrykes):
 - a) behandlingsavdelning, lugn/olåst

»	,	»	/låst
»	,	orolig	
 - b) avdelning av vårdhemskaraktär, lugn/olåst

»	»	»	, lugn/låst
»	»	»	, orolig



Statens offentliga utredningar 1957

Systematisk förteckning

(Siffrorna inom klammer beteckna utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.)

Allmän lagstiftning. Rättskipning. Fångvård.

JO och kommunerna. [2]
Fördringspreskription m. m. [11]
Förenklad byggnadslagstiftning. [21]
Stads- och häradsfängelser. [34]
Offentlig förevisning av djur. [38]
Sjömanskatt. [39]

Statsförfattning. Allmän statsförvaltning.

Statens institut för folkhälsan arbetsuppgifter och organisation. [6]
Kanslister i administrativ tjänst. [23]

Kommunalförvaltning.

Statens och kommunernas finansväsen.

Fullföljdsbegränsning i skattemål. [3]
Den statliga indirekta beskattningen. [13]
Statliga företagsformer IV. Statens vattenfallsverk. [26]

Politi.

Nationalekonomi och socialpolitik.

Allmänna pensionberedningen. 1. Förbättrad pensionering. [7] 2. Remissyttranden. [16]
1955 års långtidsutredning. 2. Balanserad expansion. Bilagor. [10] 3. Remissyttranden. [22]
Beroende uppdragstagare. [14]
Bostäder för äldre och invalider. [31]
Allmän familjerådgivning. [33]

Hälsa- och sjukvård.

Nordiskt samarbete inom näringsforskningen. [1]
Psykisk barna- och ungdomsvård. [40]

Allmänt näringsväsen.

Oljelagring. [4]

Fast egendom. Jordbruk med binärningar.

Jordbruks förstärkande med skog. [8]
Markvård och erosionsskydd. [17]
Utredning med förslag till ny veterinärtaxa m. m. [20]
Ströängar. [30]

Vattenväsen. Skogsbruk. Bergsbruk.

Industri.

Stommateriell från jord- och stenindustrin. [12]
Statliga betongbestämmelser. Del 2 a. [25]

Handel och sjöfart.

Mönstring och registrering av sjöfolk. [20]

Kommunikationsväsen.

Trafiksäkerhet. II. [18]

Bank-, kredit- och penningväsen.

Försäkringsväsen.

Krigsskada å egendom. [5]
Trafikförsäkring. [36]

Kyrkoväsen. Undervisningsväsen.

Andlig odling i övrigt.

Församlingslag. [15]
Biskopsvalkommittén. 1. Biskopsval. [19] 2. Arkebiskopsval. [27]
Den akademiska undervisningen. Forskarrekryteringen. [24]
Läroutbildningen på det husliga området. [28]
Statens skogsskolor. [32]
Utbildning av lärare i manlig slöjd. [35]

Försvarsväsen.

Örlogsvarvens organisation m. m. [9]

Utrikes ärenden. Internationell rätt.

Nordiskt ekonomiskt samarbete. Allmän del. [37]