



**National Library
of Sweden**

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2012

643/58



STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1958:20 A

Inrikesdepartementet



**BEHANDLINGSHEM OCH
MENTALSJUKHEM
FÖR BARN OCH UNGDOMAR**

BETÄNKANDE II

AV MENTALSJUKVÅRDSDELEGATIONEN

Stockholm 1958

Statens offentliga utredningar 1958

Kronologisk förteckning

1. Vägplan för Sverige. 1. Riktlinjer och förslag samt kartilagor. Idun. 226 s. **K.**
2. Vägplan för Sverige. 2. Expertutredningar och övriga textilagor. Idun. 208 s. **K.**
3. Utredning om vissa förhållanden vid konserveringsforskningsinstitutet. Marcus. 270 s. **H.**
4. Promemora med förslag om fondförvaltning m. m. i samband med en utbyggd pensionering. Idun. 91 s. **S.**
5. Permanent skördeskadeskydd. Idun. 547 s. **Jo.**
6. Författningsutredningen. 1. Kandidatnominering vid andrakammarval. Av L. Sköld. Idun. 355 s. **Ju.**
7. Småbrukarstödet. Marcus. 120 s. **Jo.**
8. Gemensam nordisk hälsovårdsutbildning. Norstedt. 95 s. **I.**
9. Häreadsrätts sammansättning i brottmål. Idun. 24 s. **Ju.**
10. Förslag till varumärkeslag. Idun. 464 s. **Ju.**
11. Reserverna för högre utbildning. Idun. 124 s. **E.**
12. Civilförsvarsutbildningen. Idun. 176 s. **I.**
13. Civilförsvarets organisation. Idun. 465 s. **I.**
14. Regeringsarbetet. Idun. 164 s. **Ju.**
15. Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena. Idun. 429 s. **I.**
16. Betänkande med förslag till allmän tjänstepliktslag m. m. Idun. 154 s. **S.**
17. Socialförsäkring och rehabilitering. Kihlström. 87 s. **S.**
18. Gotland. Idun. 195 s. **S.**
19. Supplement nr 9 till Sveriges familjenamn 1920. Statens Reproduktionsanstalt. 96 s. **Fl.**
20. Behandlingshem och mentalsjukhem för barn och ungdomar. Idun. 78 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.** = ecklesiastikdepartementet, **Jo.** = jordbruksdepartementet.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1958:20

Inrikesdepartementet



BEHANDLINGSHEM OCH
MENTALSJUKHEM
FÖR BARN OCH UNGDOMAR
BETÄNKANDE II

AV MENTALSJUKVÅRDSDELEGATIONEN

IDUNS TRYCKERIAKTIEBOLAG ESSELTE AB

STOCKHOLM 1958

STATENS OMBUDSMÄNS FÖRBAND

INRIKES-UTDRAG



BEHANDLINGEN OCH

MENTALITÄTEN

FÖR BARN OCH UNGDOMAR

BETÄNKANDE II

AV MENTALITÄTSUNDERSÖKNINGEN

1913

STOCKHOLM 1913

Till

Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Inrikesdepartementet

De sakkunniga, som den 25 november 1955 tillkallades för att som en särskild delegation — sedermera benämnd mentalsjukvårdsdelegationen — inom kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket utreda frågan om mentalsjukvårdens och särskilt den öppna mentalsjukvårdens organisation och samordning med annan sjukvård, samt de experter, vilka den 15 oktober 1956 tillkallades för att medverka vid behandlingen av särskilda frågor under utredningsarbetet, överlämnade den 13 november 1957 till Herr Statsrådet ett betänkande om psykisk barna- och ungdomsvård (SOU 1957: 40).

Den 9 november 1957 tillträdde delegationens ordförande posten som chef för Kungl. Inrikesdepartementet och uppdrogs åt Inga Thorsson att såsom ordförande leda delegationens arbete. Samtidigt tillkallades förbundsdirektören i Svenska landstingsförbundet Ivar Dahlgren att såsom ledamot ingå i delegationen.

Sedan ledamöterna i kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket i skrivelse den 18 mars 1958 i och för en omorganisation av kommittén ställt sina platser till förfogande, beslöt Kungl. Maj:t den 23 maj 1958, att mentalsjukvårdsdelegationen skulle fortsätta sitt arbete såsom en självständig utredning, vilken hade att direkt till chefen för Kungl. Inrikesdepartementet redovisa sitt arbete.

Delegationens uppdrag i vad avser den psykiska barna- och ungdomsvården var emellertid ej slutfört i och med överlämnandet av nyss nämnda betänkande. Den utbyggnad av verksamheten, som föreslogs i betänkandet, borde enligt delegationens förmenande kompletteras med behandlingshem av i betänkandet diskuterade tre olika typer. Sedan de tillkallade experterna, under Ahnsjös ledning och med byråinspektören i socialstyrelsen Kerstin Widén som sekreterare, företagit ytterligare utredning och det anbe-

fallda samrådet med medicinalstyrelsen, skolöverstyrelsen och socialstyrelsen ägt rum samt samråd även skett med överstyrelsen för yrkesutbildning, får delegationen härmed vördsamt överlämna bifogade betänkande med förslag om behandlingshem och mentalsjukhem för barn och ungdomar.

Stockholm den 31 maj 1958.

Inga Thorsson

Ivar Dahlgren

Bertil von Friesen

Bo Gerle

Gunnar Inghe

Per Svensson

Curt Åmark

Sven Ahnsjö

Elsa Jansson

Margit Jonasson

Erik Reinius

| Kerstin Widén

Innehåll

Inledning	7
Tidigare diskussion om institutionsvård	9
Nuvarande vårdformer	13
Utredningen	14
Remissbehandlingen av PBU-betänkandet	27
Översikt över våra förslag	30
Behandlingshem av typ I	32
Behandlingshem av typ II	38
Personalen vid behandlingshem	44
Kvalificerad personal	44
Vårdpersonal	46
Utbildning av vårdpersonal	47
Särskild personalvård	50
Mentalsjukhem för barn och ungdomar	51
Andra former av institutionsvård	54
Barnhem för varaktig vård	54
Specialhem	56
Fosterhemsvård	57
Föräldrakontakt och eftervård	59
Yrkesutbildning för debila	62
Huvudmannaskap	63
Vårdavgift	65
Statsbidrag	67
Tillsyn	69
Sammanfattning	70
Författningsförslag m. m.	74
Bilagor	77

Innehåll

77	Bilagor
74	Förklaringsföretag m. m.
70	Sammankommande
69	Tillstyr
67	Statistik
66	Värdepapper
63	Huvudsaksskapat
62	Yrkesutbildning för döbliga
60	Förklaringsföretag och efterlyst
57	Förklaringsföretag
56	Sparbanker
54	Förklaringsföretag för svarliga företag
54	Andra former av inaktiva företag
51	Möjligt förklaringsföretag och andrartade
50	Svarliga företagsformer
47	Förklaringsföretag av svarliga
46	Svarliga företag
46	Svarliga företag
41	Svarliga företag
41	Svarliga företag
41	Svarliga företag
38	Förklaringsföretag av typ II
32	Förklaringsföretag av typ I
30	Översikt över svarliga företag
27	Förklaringsföretag av typ I och II
11	Förklaringsföretag
13	Svarliga företag
9	Förklaringsföretag om inaktiva företag
7	Inledning

Inledning

I vårt under år 1957 avlämnade betänkande om psykisk barna- och ungdomsvård (SOU 1957: 40) framlade vi förslag om en utbyggnad av den statsunderstödda psykiska barna- och ungdomsvården, innebärande bland annat anordnandet inom varje sjukvårdsområde av barn- och ungdomspsykiatriska lasarettavdelningar med därtill anslutna öppna mottagningar samt fristående centraler, eventuellt förbundna med filialer. I betänkandet föreslogs även inrättandet av särskilda mentalsjukhus för barn och ungdomar. Vidare diskuterades de ytterligare vårdformer, som kan erfordras för en tillfredsställande vård av psykiskt störda barn och ungdomar. Vi fann det härvid vara önskvärt att anordna särskilda behandlingshem, som skulle vara mer eller mindre fast knutna till den psykiska barna- och ungdomsvården. Preliminärt ansåg vi behov föreligga av tre olika typer av sådana hem. Vi tyckte oss emellertid ej utan en mera ingående undersökning kunna föreslå inrättandet av dessa institutioner. Sedan vi där- efter närmare utrett frågan om önskvärda typer av institutioner och behovet av vårdplatser inom olika sjukvårdsområden, ser vi oss numera bättre i stånd att taga ställning till frågan om behandlingshem och att framlägga förslag i ärendet.

I vårt betänkande om den psykiska barna- och ungdomsvården anförde vi, att verksamhetens målsättning är att åt unga människor skänka så goda förutsättningar för en gynnsam personlighetsutveckling, som omständigheterna kan medgiva. När vi nu i det följande föreslår anordnandet av i viss mån nya typer av slutna vård för psykiskt störda barn och ungdomar, är detta icke att taga såsom ett uttryck för någon åsikt hos oss, att de ungas personlighetsutveckling bäst skulle främjas av vård i institution. Vår uppfattning är tvärtom, att barn och unga bör inpassas i ett normalt samhällsliv och beredas vård och fostran i enskilt hem vid varje tillfälle, då så är möjligt och lämpligt. I många fall är emellertid de psykiska störningarna av sådan art, att en längre eller kortare tids behandling erfordras för att en läkning eller förbättring skall kunna komma till stånd. I andra fall tar sig störningarna sådana uttryck, att vård i enskilt hem är omöjlig eller kan ske endast till förfång för såväl den sjuke själv som för hans eller hennes omgivning. I andra fall, åter, kan barnet eller den unge för en förbättring av tillståndet vara i särskilt stort behov av den störningsfria miljö, som under gynnsamma omständigheter kan skapas just i en institution med ett ringa platsantal.

De vård- och behandlingsmöjligheter, som för närvarande finnes för psykiskt störda barn och ungdomar, är, som vi här nedan kommer att visa, i hög grad otillräckliga. Verksamhetens utveckling har hämmats härav på ett olyckligt sätt. Om den psykiska barna- och ungdomsvården över huvud taget skall kunna göra en fullgod insats inom den förebyggande mentalhygien och inom mentalsjukvården, är det nödvändigt, att man till verksamhetens förfogande ställer sådana resurser, att det blir möjligt för dess utövare ej endast att undersöka och ställa diagnos utan också att bereda tillfredsställande vård och behandling.

Då barnpsykiatrin först framträdde i vårt land, hade man relativt obetydlig kännedom om orsakssambanden bakom de olika psykiska störningar, som man fick kontakt med inom verksamheten. Man fick nöja sig med en relativt ytlig form av rådgivning, som emellertid sällan gav fullt tillfredsställande resultat. Sedan dess har inom såväl barnpsykiatrin som psykologin och pedagogiken betydande landvinningar gjorts. Undan för undan har man förvärvat en djupare insikt om de underliggande orsakerna till såväl social missanpassning som andra psykiska rubbningar, och man har också funnit medicinskt-psykiatriska metoder för behandling av en del av dessa sjukdomstillstånd. Den psykiska barna- och ungdomsvården har härigenom fått nya möjligheter att komma till rätta med de olika problem den har att kämpa med. Det är denna utveckling mot säkrare medicinsk och psykologisk kunskap, som kommit oss att i vårt tidigare betänkande som vår uppfattning framhålla, att den psykiska barna- och ungdomsvården till sin innersta karaktär är en sjukvårdande angelägenhet. Under remissbehandlingen av betänkandet visade det sig, att detta vårt uttalande tyvärr på en del håll har givit anledning till missförstånd. Man har trott sig finna, att vi vill leda in verksamheten på en ny bana, att vi vill förbehålla den åt de »lätta» fallen, där man snabbt vinner resultat, att vi tar avstånd från de komplicerade socialvårdsärenden, särskilt de kriminaliserade eller eljest asociala ungdomarna, beträffande vilka hjälpbehovet för barnavårdsnämndernas del ter sig mest angeläget. Mot detta vill vi genmäla, att vi i betänkandet varken sagt, att den psykiska barna- och ungdomsvården skulle åtaga sig enbart lättbehandlade fall, eller avsett något sådant. Ej heller har vi avsett, att verksamheten skulle förvägra socialvårdsmyndigheterna den hjälp, som den med dess till buds stående medel har möjlighet att giva. Vad vi däremot — som en komplettering till synpunkterna i ungdomsvårdskommitténs betänkande om psykisk barna- och ungdomsvård (SOU 1944: 30) — velat hävda, är behovet av åtgärder även för de psykiskt sjuka barn och ungdomar, som icke uppvisar direkta asocialitetssymptom men är i lika stort behov av omhändertagande för observation, vård och behandling som de asociala. Psykiskt sjuka barn med schizofreniforma, hypomana eller depressiva symptom — de senare icke sällan förbundna med självmordsrisk — kan dessutom vara väl så svåra att

behandla som de asociala ungdomarna. Mången gång är det vidare vanskligt att avgöra, var det väsentligaste vårdbehovet föreligger. Vid sådana tillfällen blir det naturligt att i första hand inrikta sig på de fall, som ej beredes vård på annat håll och där ett snabbt ingripande synes erforderligt. Självfallet bör man emellertid inom den psykiska barna- och ungdomsvården sikta till att ännu mer än hittills försöka bistå barnavårdsnämnderna också med svåra missanpassningsfall. Det är just ett av syftemålen med de förslag, som framlägges i detta betänkande. Det är dock uppenbart, att den psykiska barna- och ungdomsvården ej har möjlighet att medverka vid avhjälpandet av *alla* de mycket stora svårigheter, som uppkommer inom barna- och ungdomsvården. Problemet är så väldigt och i så hög grad sammanhängande med samhällsutvecklingen i dess helhet, att blott långvariga ansträngningar av alla berörda samhällsorgan och enskilda kan bringa det till lösning. Den psykiska barna- och ungdomsvården har ännu en så ringa omfattning och så otillräckliga resurser, att den ej ens kan göra den insats, som man med hänsyn till barnpsykiatriens nuvarande utveckling i och för sig kunde begära. Ej minst frånvaron av de vårdformer, som vi i det följande kommer att föreslå, har medfört, att man ej till fullo kunnat utnyttja medicinskt-psykiatriska arbetsmetoder. Den nuvarande bristen på resurser gör det sålunda dessvärre omöjligt dels att lämna klientelet hjälp i en omfattning, som den vetenskapliga utvecklingen i och för sig kan medgiva, dels att taga emot klienter i önskvärd utsträckning. De förslag, som framlägges både i vårt tidigare och i detta betänkande, syftar till en i hög grad nödvändig utbyggnad av den psykiska barna- och ungdomsvården. Vi vågar tro, att en över hela landet anordnad psykisk barna- och ungdomsvård, försedd med såväl personella som lokala resurser i rimlig omfattning, skall på ett tidigt stadium kunna fånga upp och hjälpa till rätta många fall av psykisk rubbning, som under nu rådande förhållanden till följd av otillräckliga behandlingsmöjligheter i stor utsträckning går till asocialitet. Verksamheten kommer därigenom, det är vår förvisning, att i det långa loppet i icke ringa mån kunna bidra till en minskning av antalet svåra fall av kriminaliserad eller eljest asocial ungdom.

Tidigare diskussion om institutionsvård

Frågan om institutionsvård för psykiskt störda barn har tidigare vid skilda tillfällen varit föremål för utredning, utan att en definitiv lösning uppnåtts. Som vi i vårt betänkande om psykisk barna- och ungdomsvård (SOU 1957: 40) anförde, började de första hemmen för psykopatiska och nervösa barn sin verksamhet år 1928. Alltsedan år 1937 har statsbidrag utgått till dem (SFS 1937: 303). Samma år ställdes de i medicinskt-psykiatriskt hänseende under tillsyn av inspektören för sinnesslövarden. Social-

vårdskommittén framhöll i sitt betänkande IX (SOU 1944: 34, sid. 206 f.) beträffande dessa hem 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 det anses lämpligt, att dessa hem omfattas av ett 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 samband med psykopatvården för barn stående spörsmål. Utredningen anförtroddes av nämnda ämbetsverk åt dåvarande inspektören för senneslövarlden 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 var i behov av vård på läkepedagogiska institutioner, med vilken benämning man avsåg moderniserade anstalter för behandling av psykopatiska 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, avsedd för lättskötta fall, som huvudsakligen krävde lämplig och sakkunnig 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 organisation 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 tillvaratagande och utbyggnad av redan tillgängliga vårdresurser.

De föreslagna läkepedagogiska institutionerna av typ I borde enligt utredningen 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 medicinalstyrelsen 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 ej borde framläggas om utbyggnad av läkepedagogiska institutioner enligt de riktlinjer, som förordats i utredningen. Ämbetsverken hade emellertid på vissa punkter skiljaktiga meningar. Främst gällde detta tillsynen över de enskilda psykopatbarnhemmen, vilken tillsyn vart och ett av ämbetsverken ansåg höra till sitt eget ansvarsområde. Med anledning av förslaget beslöt riksdagen sedermera en viss omläggning av statsbidraget, men i övrigt vidtog inga förändringar.

Principiella synpunkter på denna fråga dryftades även i den utredning angående verksamheten vid Barnbyn Skå, som medicinalstyrelsen och socialstyrelsen gemensamt utförde åren 1949—50 på framställning av barnavårdsnämnden i Stockholm. Socialstyrelsen erinrade där om att Barnbyn godkänts såsom barnhem och förklarade sig anse hemmet vara barnavårdsanstalt, vilket innebure, att det stod under tillsyn av den lokala barnavårdsnämnden, av länsstyrelsen och av socialstyrelsen. Sedan Barnbyn år 1948 godkänts såsom psykopatbarnhem, kom den att stå även under medicinalstyrelsens tillsyn. Denna styrelse hänvisade till pågående utredning (tillsynskommittén) och framhöll, att den vård, som meddelades vid Barnbyn, fölle 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 en sjukvårdsanstalt, underkastad tillsyn av medicinalstyrelsen och skolöverstyrelsen.

Den här omnämnda tillsynskommittén (riksdagsledamöterna Bengt Elm-gren och Brita Elmén samt rektor Daniel 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 ej 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 psykopatbarnhems styrelse.

Socialstyrelsen och medicinalstyrelsen anförde i sina remissvar synpunk-

ter liknande de tidigare. Riksdagen beslöt i huvudsaklig överensstämmelse med kommitténs förslag, och en kungörelse med bestämmelser om den centrala tillsynen över vissa anstalter utfärdades (SFS 1952:552).

Hösten 1952 tillkallades åter en sakkunnig (kanslirådet O. 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 föreliggande. För ändamålet borde särskilda hem anordnas, lämpligen anslutna till centralerna för psykisk barna- och ungdomsvård.

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

Såväl departementschefen som riksdagen ansåg, att man borde dröja med beslut i huvudmannaskapsfrågan i avvaktan på resultatet av barnavårdskommitténs utredningsarbete.

I medicinalstyrelsens framställning den 23 mars 1956 om en översyn av bestämmelserna angående statsbidrag till den psykiska barna- och ungdomsvården hänvisades till ett av styrelsen gjort uttalande 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 skulle upprättas förslag till plan för sådana behandlingshem.

Barnavårdskommittén har sedermera i sitt andra betänkande (SOU 1956:61) närmare utrett socialstyrelsens sistnämnda ställningstagande. Kommittén föreslog anordnandet av så kallade specialbarnhem, motsvarande anstalterna för psykopatiska och nervösa barn, men med högst tio platser i vardera hemmet, och stående under socialstyrelsens tillsyn.

I remissutlåtandena över barnavårdskommitténs betänkande framhölls bland annat det starkt kända behovet av vårdplatser för barn och ungdomar med beteenderubbningar (länsstyrelserna i Västernorrlands och Västerbottens län). Det var dock endast socialstyrelsen och länsstyrelsen i Gävleborgs län, som uttryckligen tillstyrkte ett inordnande av hemmen för psykopatiska och nervösa barn i barnhemsorganisationen. Svenska läkaresällskapet och Svenska barnpsykiatriska föreningen ansåg, att behov av specialbarnhem så som barnavårdskommittén föreslagit dem kunde föreliggande, men att man därutöver borde inrätta barnhemsliknande institutioner med karaktär av sjukvårdsanstalt och anslutna till sjukvårdsorganisation.

I vårt remissutlåtande gav vi uttryck för samma uppfattning. Såväl Svenska läkaresällskapet och Svenska barnpsykiatriska föreningen som Sveriges socialdemokratiska kvinnoförbund, Landstingsförbundet och de flesta landstings förvaltningsutskott ansåg, att ett definitivt ställningstagande till barnavårdskommitténs förslag om specialbarnhem borde ske först sedan vi framlagt resultatet av vår utredning om institutionsvård för psykiskt störda barn och ungdomar.

Nuvarande vårdformer

Nu befintliga institutioner, där psykiskt störda barn och ungdomar kan beredas erforderlig långtidsobservation samt vård och behandling, är, såsom vi framhöll i vårt första betänkande, få och har ett sammanlagt platsantal, som på intet sätt motsvaras av vårdbehovet. Det är först och främst de sex hemmen för psykopatiska och nervösa barn med sammanlagt omkring 155 platser. Av dessa tillhör Barnbyn Skå Stockholms stad, Nyhem Malmö stad, Råbylund Malmöhus läns landsting samt Skårsbo skolhem och Mjörnhemmet Göteborgs stad, och hemmen reserveras så gott som utslutande för barn, hemmahörande i nämnda tre städer respektive landstingskommun. Endast Mellansjö skolhem med dess 38 platser står för närvarande öppet för barn från andra orter. Psykotiska barn beredes vård i de i enskild regi drivna s. k. läkepedagogiska instituten Mikaelgården, Solbergahemmet, Mora park och Saltå arbetsskola med sammanlagt omkring 135 platser. Enligt uppgift från hemmen, som samtliga är belägna i Järna, upptages emellertid en del av dessa platser av barn och ungdomar med psykiska rubbningar av annan art.

Ett litet antal barnhem med tillhoppa omkring 175 platser har specialiserats för barn med psykiska störningar av olika slag. Hit hör upptagningshemmen Eolshäll i Stockholm, Ivarsbergshemmet i Göteborg samt barnhemmen för varaktig vård Baptisternas pojkhem i Kungsängen, Mamre i Norrköping och Gårda barnhem i Partille. Dessa hem, av vilka de fyra förstnämnda endast mottager pojkar, är i huvudsak avsedda utslutande för barn från vederbörande hems upptagningsområde, d. v. s. Stockholm, Göteborg och Norrköping samt Stockholms och Uppsala läns landstingskommuner. Därtill kommer de i barnhemsplan ej upptagna hemmen Sundsgården på Svartsjölandet, Trollboskolan i Smedjebacken och — i viss utsträckning — Sätergårdens barnpension i Vikarbyn, vilka står öppna för barn från hela landet. Endast Sätergården mottager flickor. Även de för unga flickor avsedda Källeredhemmet och Edesta lanthem med tillhoppa 50 platser kan i någon mån hänföras till denna grupp av anstalter.

Att platserna i dessa olika institutioner ingalunda motsvarar behovet av vårdplatser för i olika avseenden psykiskt störda barn och ungdomar har länge varit känt. För dem som arbetar inom den psykiska barn- och

ungdomsvården liksom inom den sociala barnavården är det en ständigt lika svårlöst uppgift att söka finna en något så när lämplig placering för de barn och ungdomar, som anses behöva särskild vård och behandling. När, som oftast är fallet, en fullt tillfredsställande vårdform ej står till buds, får man tillgripa nödlösningar, som på intet sätt betraktas som eller senare visar sig vara lyckliga. En del barn har efter läkarundersökning och i bästa fall en korttidsbehandling på en barnpsykiatrisk lasarettsavdelning fått återgå till föräldrahemmet, ehuru en längre tids kontinuerlig behandling hade varit önskvärd. Andra barn har på ett alltför tidigt stadium av sjukdomstillståndet beretts fosterhemsvård, en vårdform, som tyvärr i många fall inneburit misslyckande i först ett och sedan i ett annat fosterhem, enär fosterföräldrarna ej orkat med sin uppgift. Åter andra barn har placerats i barnhem, där deras vistelse till följd av barnhemmets bristande resurser mera fått karaktären av förvaring än av verklig vård. Det synes också ha förekommit, att barn och ungdomar sänts till ungdomsvårdsskolor såsom den enda tillgängliga möjliga vårdformen, ehuru deras tillstånd hade fordrat en behandling av helt annat slag än den som kan beredas vid dessa anstalter. Att sinnessjuka barn för närvarande måste placeras i mentalsjukhus för vuxna och det djupt otillfredsställande i detta förhållande, har vi framhållit i vårt tidigare betänkande.

Kännedomen om dessa ständiga svårigheter kom oss att i vårt betänkande diskutera möjligheten av inrättandet av särskilda behandlingshem, anknutna till den psykiska barna- och ungdomsvården. Vi tänkte oss därvid, att behov skulle föreligga av tre olika typer av sådana hem, nämligen *dels* behandlingshem av typ I för barn, som efter undersökning, eventuellt behandling vid en rådgivningscentral eller barnpsykiatrisk avdelning behöver ytterligare observation och/eller behandling under en icke alltför lång tid, i regel ej mer än ett år; *dels* behandlingshem av typ II för särpräglade barn med psykotiska symptom, som kräver en kontaktbefrämjande omvårdnad och viss behandling i en lugn, störningsfri miljö under längre tid; *dels*, slutligen, behandlingshem av typ III för barn och ungdomar med primära och tidiga karaktärsstörningar. Om dessa tre typer verkligen motsvarade det faktiska vårdbehovet, såsom detta erfors över lag av de inom den psykiska barna- och ungdomsvården verksamma läkarna, kunde vi vid tidpunkten för betänkandets överlämnande ej uttala oss om. Ej heller kunde vi då lämna uppgift om storleken av antalet erforderliga vårdplatser.

Utredningen

För att få svar på de två frågorna »motsvarar de diskuterade institutions-typerna vårdbehovet?» och »hur många vårdplatser erfordras för landet

i dess helhet?» har vi verkställt en utredning om behovet av vårdplatser för psykiskt störda barn och ungdomar.

Vår utredning tog formen av en rundfråga, som vi i första hand riktade till chefsläkarna vid samtliga barnpsykiatriska rådgivningscentraler och lasarettavdelningar. Vi vände oss vidare genom länsstyrelserna till samtliga länsstyrelser barnavårdsassistenter med vår förfrågan samt till barnavårdsnämnderna i Stockholm, Göteborg, Malmö, Hälsingborg och Norrköping. Uppgifterna för Gävle stad insamlades av länsstyrelsens barnavårdsassistent. Samtliga uppgifter från Göteborgs stad har lämnats av den inom staden anordnade barnpsykiatriska verksamheten. Med tanke på att en del av klientelet vid de institutioner, där man bland annat vårdar psykiskt störda barn och ungdomar, ej där fått den mest tillfredsställande placeringen, utgick särskilda förfrågningar till anstalterna för psykopatiska och nervösa barn, till de enskilda sjukhemmen Mikaelgården, Solbergahemmet, Saltå arbetskola och Mora park samt till barnhemmen Sundsgården, Trollboskolan och Sätergården liksom även till Källeredhemmet och Edesta lanthem för flickor samt av oss kända av enskilda föreningar drivna ungdomshem. Någon undersökning vid ungdomsvårdsskolorna har vi däremot ej begärt, bland annat med hänsyn till att den sedan omkring ett år arbetande kommittén för ungdomsvårdsskolorna, med vilken vi haft ett visst samarbete, företar klientelundersökningar vid dessa anstalter.

De tillfrågade läkarna ombads lämna uppgift om antalet för dem aktuella fall, där en ur vårdsynpunkt riktig placering ej kunnat verkställas. Länsstyrelsernas barnavårdsassistenter ombads att efter samråd med länets barnavårdsnämnder och i samarbete med central för psykisk barn- och ungdomsvård, då sådan fanns inrättad i länet, undersöka och lämna uppgift om antalet barn, som vårdades i enskilt hem eller i barnhem eller i annan institution men som vore i behov av vård i ett behandlingshem av den typ vi skisserat i vårt betänkande. Styrelserna för de olika institutionerna ombads lämna uppgift om antalet i vederbörande institution vårdade barn, som där ej fått en adekvat placering men vore i behov av vård i de av oss tänkta behandlingshemmen. Barnavårdsnämnderna i de nämnda fem städerna fick en förfrågan, som liknade den till barnavårdsassistenterna riktade. För varje vårdbehövande barn eller ungdom skulle vissa uppgifter lämnas enligt ett formulär. Samtliga tillfrågade ombads dessutom att på ett särskilt formulär ange sina synpunkter på bland annat de tre typerna av behandlingshem. De båda formulären bifogas som bilagor A och B.

Utredningen har förorsakat dem vi vänt oss till en myckenhet av arbete, därtill vid en i regel av olika uppgifter särskilt betungande tidpunkt — tiden kring årsskiftet — men har omfattats med ett så påtagligt intresse, att vi härav fått ett talande bevis för huru ytterst angelägen frågan om behandlingshem är för dem, som sysslar med psykiskt störda barn och

ungdomar. De synpunkter på olika typer av institutioner och de påpekan- den i övrigt, som gjorts, har i hög grad underlättat vårt utredningsuppdrag. Vi står i stor tacksamhetsskuld till alla dem, som så beredvilligt och med betydande uppoffringar av tid och arbetskraft velat medverka i vårt arbete.

De inlämnade uppgifterna — cirka 1 900 till antalet — har, sedan en del dubbeluppgifter avlägsnats, granskats av våra experter. De av läkarna vid barnpsykiatriska rådgivningscentraler och lasaretsavdelningar insända fallen redovisas i det följande med de förslag till placering, som lämnats av varje uppgiftslämnare, medan vi i det övriga materialet med ledning av de lämnade upplysningarna företagit åtskilliga omgrupperingar. En stor del av dessa senare fall — i tabell 1 sid. 18 redovisad under rubriken »PBU» — ansågs i första hand behöva en undersökning vid barnpsykiatrisk rådgivningscentral eller lasaretsavdelning. I andra fall föreföll den nuvarande placeringen tillfredsställande, och ingen ändring har då föreslagits. Dessa fall redovisas i tabell 1 under rubriken »Adekvat». I åter andra fall bedömdes de beskrivna barnen och ungdomarna ej tillhöra det klientel, för vilket behandlingshemmen är avsedda, och har då i tabell 1 förts under rubriken »Annat». Förslag till en, såvitt man kunnat finna, riktigare place- ring har gjorts för dessa fall. En liten grupp, i det följande redovisad under rubriken »Vet ej», utgöres av sådana fall, där de lämnade uppgifterna ej gav tillräcklig ledning till ens en ungefärlig bedömning.

De tillfrågade olika anstalterna har vid besvarandet av vår förfrågan till- lämpat skilda metoder. I en del fall har man uppgivit endast de barn, vilka ej anses ha fått en riktig placering i vederbörande anstalt, medan man i andra fall lämnat upplysning om samtliga intagna barn. I vår redogörelse har vi tagit med endast de fall, som har bedömts behöva vård i *annan* form än den institutionen ifråga kunnat lämna. Anstalterna för psykopatiska och nervösa barn har ansetts motsvara behandlingshemmen av typ III, och i dem intagna barn, som uppgivits böra vårdas i sådant behandlings- hem, ingår således ej i vår redogörelse, med undantag dock för ett fåtal i det följande närmare förklarade fall.

Vi är angelägna om att framhålla, att den av experterna företagna be- dömningen, som uteslutande grundar sig på de ibland ganska knapphändiga uppgifterna om de olika fallen, ej gör anspråk på någon högre grad av tillförlitlighet. Särskilt ur svaren från länsstyrelsernas barnavårdsassisten- ter var det ej alltid lätt att utläsa behovet av vårdform. Det rörde sig här i största utsträckning om barn, som ej hade genomgått psykiatrisk under- sökning. Bedömningen av barnen hade i allmänhet gjorts av representanter för de olika barnavårdsnämnderna. Dessa senare saknar i regel tillgång till psykologiskt skolad personal. Vid den granskning och gruppering av mate- rialet, som utfördes av våra experter, ansågs också, som nämnts, det största antalet fall i första hand behöva psykiatrisk utredning. Endast i ett mindre

antal fall ansåg sig experterna utan sådan utredning finna behov av vård i olika typer av behandlingshem. Vi är övertygade om att även PBU-gruppen innehåller många fall, vilka efter utredning skulle visa sig behöva en kortare eller längre tids vård i ett behandlingshem.

Vi vill också påpeka, att de redovisade siffrorna måste betraktas såsom minimisiffror, vilka ej på långt när ger fullt besked om det verkliga behovet av vård i behandlingshem. Många av våra uppgiftslämnare har betonat, att antalet redovisade fall betydligt understiger antalet faktiskt vårdbehövande fall. Ibland har barnen efter undersökning och behandling vid en rådgivningsbyrå eller barnpsykiatrisk lasarettsavdelning återlämnats till sina hem, ehuru behandlingsresultatet sannolikt hade blivit bättre, om de kunnat få en tids efterbehandling vid ett behandlingshem av någon typ. En del uppgiftslämnare har endast redovisat sina allvarligaste fall men uppger, att man därutöver skulle ha stor hjälp av ett behandlingshem också för lättare fall, ej minst för att få till stånd en önskvärd avlastning från sjukhusavdelningen. Andra uppgiftslämnare säger sig endast ha tagit med de fall, som man för närvarande brottas med, och ej sådana, för vilka man improviserat nödlösningar. Barnavårdsassistenterna, som haft den tidskrävande uppgiften att i sin tur göra förfrågningar hos de olika barnavårdsnämnderna, har också i allmänhet förklarat, att de under den relativt korta tid de haft till sitt förfogande med säkerhet ej lyckats spåra upp samtliga de fall, som kunde vara i behov av vård i behandlingshem. Det är också troligt, att man ute i kommunerna haft en så lång erfarenhet av svårigheten — ofta upplevd såsom en omöjlighet — att finna en ens tillnärmelsevis tillfredsställande placering för de barn och ungdomar, som vållar bekymmer, att man ej skaffat sig kännedom om alla de fall, som tillhör det här avsedda klientelet. Även om sålunda det av oss i det följande redovisade materialet med skärpa visar på angelägenheten av att särskilda behandlingshem inrättas, återspeglar det dock ej hela det faktiskt föreliggande behovet av sådana institutioner. I själva verket skulle åtskilligt flera barn och ungdomar för närvarande behöva vård i behandlingshem, än våra siffror ger vid handen.

En översikt över svaren lämnas i tabell 1 sid. 18. Uppgifterna från Stockholms stads barnavårdsnämnd är av sådan storleksordning, att vi velat redovisa dem för sig, medan uppgifterna från de övriga landstingsfria städerna — sedan dubbeluppgifter sorterats bort: 41 från Norrköping, 28 från Malmö, 9 från Hälsingborg och 33 från Gävle — har förts ihop med de av barnavårdsassistenterna redovisade fallen. Samtliga uppgifter från Göteborgs stad har, som tidigare nämnts, lämnats från den inom staden anordnade barnpsykiatriska verksamheten. Fallen från Stockholms stads barnavårdsnämnd inbegriper endast barn och ungdomar, som vistas i staden, och således ej de i andra delar av landet placerade fosterbarnen,

Tabell 1. Översikt över svaren

Uppgiftslämnare	Behandlingshem I			Behandlingshem II			Behandlingshem III		
	g.	fl.	s:a	g.	fl.	s:a	g.	fl.	s:a
Psykisk barna- och ungdomsvård	179	108	287	83	24	107	176	71	247
Barnavårdsass. o. barnavårdsnämnder . . .	73	30	103	8	1	9	64	24	88
Stockholms barnavårdsnämnd	38	14	52	4		4	51	11	62
Särskilt tillfrågade barnhem	4		4		5	5	6	4	10
Ungdomshem									
Anst. för psyk. och nervösa barn	2	3	5	3		3	4	7	11
Järnhemmen							1		1
Summa	296	155	451	98	30	128	302	117	419

Anm. Fallen från anstalter för psykopatiska och nervösa barn, vilka enligt tabellen anses behöva vård i behandlingshem av typ III, avser dels ett hjälpklassmässigt barn från Mellansjö skolhem, dels tio ungdomar från Barnbyn Skå, vilka av åldersskäl måste placeras om.

av vilka åtskilliga sannolikt skulle behöva vård och behandling i ett behandlingshem. Uppgifterna från stadens barnhemsläkarexpedition redovisas tillsammans med övriga av nämnden lämnade uppgifter.

Barnavårdsassistenternas fall visar klart, vilka svåra problem de olika barnavårdsnämnderna många gånger har att kämpa med på egen hand utan tillgång till psykologisk eller psykiatrisk sakkunskap, och hur illa barnen far av den vagt planerade behandling — merendels brist på behandling — som kommer dem till del. En systematisk uppdelning av materialet med hänsyn till de olika typerna av svårigheter är vanskelig att genomföra på grund av att de upplysningar, som lämnats, i många fall varit mycket ofullständiga. Följande exempel kan dock i någon mån tjäna som illustration av förhållandena.¹

En 16-årig gosse, som vistas i föräldrahemmet, »har onormala raseriutbrott, slår sönder möbler och lösa föremål. Hotar modern med att det kommer att hända honom eller familjen något.» En annan pojke, född 1943 och boende hos sin frånskilda mor, »är omöjlig i skolan, stursk och uppstudsigt mot lärare, aggressiv mot kamraterna. Lär sig intet. Aggressiv typ, blossar lätt upp och blir desperat i trängda situationer. Ser en fiende i varje myndighetsperson. Är negativt inställd mot omvärlden.» En annan 14-åring beskrivs på följande sätt: »Modern ogift och pojken bor tillsammans med henne och mormodern. Modern är efterbliven och fadern psykopat. Pojken är häftig, hållningslös och utövar en viss terror i hemmet. Han får emellanåt svåra raserianfall. Mormodern fick en dag fly hemifrån, då pojken hotade henne med kniv. Han är mycket lat, vill inte göra något.» Om en 10-årig pojke, som bor hos föräldrarna, säges det: »Fullkomligt omöjlig i hemmet. Uppträder störande i skolan. Rymmer från sommarkolonier. Förstör stämningen överallt.» En annan 10-åring är »orolig och nervös, svårt att koncentrera sig t. o. m. under ett relativt kort samtal, suger på tummen fortfarande — även på dagen. Har ett syskon, mindre syster, vilken han tycks ha en mycket aggressiv inställning till. Har ett mycket ojämnt humör — 'besvärligt lynne, mycket svår att förstå sig på', säger modern. — Han har snattat en gång i hemmet, har senast stulit duvor, som han skulle ha för att byta sig till ett par hjul. Dålig insikt

¹ Återgivande i pressen undanbedes.

med fördelning efter vårdbehov

PBU			Annat			Vet ej			Adekvat			Tillhopa		
g.	fl.	s:a	g.	fl.	s:a	g.	fl.	s:a	g.	fl.	s:a	g.	fl.	s:a
238	84	322	27	18	45							465	221	686
12	5	17	50	31	81	23	7	30	55	20	75	511	197	708
			20	18	38		1	1		4	4	125	53	178
				1	1							10	10	20
10	1	11	2		2	2		2				14	1	15
			2		2							11	10	21
				2	2							1	2	3
260	90	350	101	70	171	25	8	33	55	24	79	1 137	494	1 631

beträffande olämpligheten i sitt handlande.» Om en 13-åring heter det: »Sedan många år inbrott, stölder, skolskolk. Har vistats i fosterhem och barnhem. Behöver nu komma från hemmet, där han är olydig och elak.» En 16-årig pojke, boende hos föräldrarna, har ett »abnormt stöldbegär, har vid flera tillfällen varit föremål för barnavårdsnämndens åtgärder i anledning av diverse inbrott och stölder av småsaker. Det är en snäll och lugn pojke, att han stjäla kan han troligen ej hjälpa, är något abnormt, som liksom tvingar honom att tillägna sig vissa saker.» En 14-årig flicka uppvisar »uppfostningsvårigheter i hemmet. Nonchalerar föräldrarna. Snattar. Rymmer hemifrån och söker sig till slöder av båda könen. Hypererotisk. Skolkar i skolan och struntar i sina läxor, trots att hon är begåvad. Ledartyp, som i skolan hetsar upp kamraterna mot lärarinnan. Beter sig under stundom som vansinnig.» En annan 14-årig flicka visar »mycket stora uppfostningsproblem. Har vid tvenne tillfällen vistats i goda fosterhem. Kan inte ha henne kvar. Starkt driftliv. Är oemottaglig för tillrättavisningar.» En 10-årig pojke, slutligen, »driver gärna omkring i staden. Skolkar från skolan. Har svårt att sitta stilla. Röker mycket. Går i hjälpklass. Placering i fosterhem misslyckad på grund av allmän oregelighet. Vistades en tid på upptagningshem, drog andra barn med sig på snatterier. Sedan många försök till intagning för observation vid psykiatrisk klinik misslyckats och sedan placering på psykopatbarnhem visat sig omöjlig på grund av platsbrist, skall pojken nu placeras på ungdomsvårdsskola.»

En 16-årig flicka »har största delen av sitt liv vistats på barnhem och i fosterhem. Har gått i hjälpklass och vistas f. n. i fosterhem nr tre, där det tycks gå hjälpligt. Flickan verkar övernervös och tycks ha mycket dåligt omdöme. Förståndarinnan på barnhemmet: skrikig och gåpåig, svär och gormar, fostermodern trött på henne.» En annan 16-årig flicka, som också vistas i fosterhem, har »i två omgångar varit intagen i barnhem för varaktigt vård. Fick komma hem på försök en tid mellan de båda intagningarna, men misslyckades. Hon ville själv gärna komma tillbaka till barnhemmet. Hon blev utskriven i januari 1956 och har sedan haft tre fosterhem och varit i upptagningshem under läsåret 1956/57. Hon fick där gå på yrkesskola, men resultatet var dåligt... Hon är mycket egen i sitt uppförande.»

En 11-årig pojke »omhändertogs för skyddsuffostran tillsammans med sina tre systrar i samband med att fadern intogs å alkoholistanstalt och modern å sinnessjukhus; modern något debil. Pojken placerad å barnhem; beskrevs som ganska aggressiv mot omgivningen till stor del beroende på att fadern — vad man trodde

sig veta — varit mycket hård mot honom. På barnhemmet visade han sig vara bråkig och ej snäll mot de andra barnen. Blev efter hand något lugnare men blev så åter så svårhanterlig, att det blev nödvändigt att flytta honom till ett annat barnhem. Visade sig även där så småningom mycket problematisk, häftig, kastade saker och ting besinningslöst omkring sig. Måste följas till skolan varje morgon, skolkade annars, så snart han kunde. Försökte komma åt personalen genom att plåga småbarnen. Dängde vid ett tillfälle en väska med skolböcker i huvudet på en flicka, så att hon måste ligga ett par dagar. Slog efter någon månad en snara runt halsen på samma flicka. Pojken har slutligen helt nyligen i avvaktan på psykiatrisk undersökning på försök placerats hos ett par barnlösa makar, så att såväl han som barnen på barnhemmet får andas ut ett slag.»

En 16-årig flicka, för närvarande intagen i barnhem för varaktig vård, är »klent begåvad. Sångvätare, envis, sociala anpassningen dålig. Svårt att anpassa sig i fosterhem. 5 gånger har sommar- och fosterhem försökts. Misslyckats. Fosterföräldrarna tröttna på hennes långsamhet och envishet.» En 13-årig flicka, som också vårdas i barnhem för varaktig vård, »intogs i upptagningshem i mars 1953 på grund av att hon ej kunde anpassa sig efter skolans förordningar och då hon ej heller lydde föräldrarna. Hon skolstreckade och vägrade att rätta sig efter lärares och anhörigas förmaningar. Hon kom därigenom i konflikter med skolkamrater m. fl. Från barnhemmet placerades hon i ett fosterhem, men även här blev det svårigheter. Hon ville ej läsa läxorna, var 'tjurig', lögnaktig och slö. Fostermodern tröttnade på henne och ville ej ha henne kvar. Hon vistades åter en tid på barnhem, sedan placerades hon hos ett par barnlösa släktingar, som visat ett visst intresse för henne. De ansåg sig icke kunna ha henne kvar. Hon hade bl. a. visat en förstörelselusta, som gick ut över exempelvis ärtland, billykter m. m., vilka hon förstörde. Nu är hon åter intagen i barnhem, där hon ofta kan visa sig mycket rar men dessemellan bära sig åt 'som om hon inte vore klok'. Så kan hon kasta saker och ting omkring sig utan tanke på var de hamnar.»

En pojke, född 1946, intogs år 1951 i upptagningshem. »På barnhemmet inställsam, frågvis, arbetsam (för personalen) men några större särdrag anfördes ej. Placerades i februari 1953 i fosterhem. Fosterföräldrarna orkade ej behålla honom. Visade tendens till djurplågeri, var sångvätare, vårdslös och arbetsam (för omgivningen). Skolgången uppskjuten ett år, ej skolmogen. Lämnade fosterhemmet efter ett år och kom till barnhem för varaktig vård. Inställsam, snäll, tillgiven mot äldre, kom lätt i konflikt med kamraterna. I juli 1955 på nytt placerad i fosterhem. Ej heller detta fosterhem ville behålla honom. Plågade djur i smyg, sångväningen fortsatte. Dessutom fantiserade han och ljög. I skolan var han svår mot de mindre barnen. I januari 1957 flyttades han från fosterhemmet till barnhem för varaktig vård, där han alltjämt vistas. Är obalanserad, har lätt för att 'explodera', nyfiken, lägger sig i allting men är även hjälpsam.»

En 11-årig pojke, som vårdas i barnhem för varaktig vård, »stjäl, ljuger, fabulerar. Periodvis våldsam med utbrott och hot om att slå ihjäl och mörda, kastar sig på golvet och skriker. Vägrar att rätta sig efter tillsägelser. Visar glädje, när han förstört något. Har rymt ett par gånger. Går i normalklass men är ganska svag. Har varit i två fosterhem.»

En 15-årig pojke, som vistas i internatskola, är »normalbegåvad i överkant. Skilmässobarn. Uppfostrad hos morföräldrar och i annat enskilt hem samt barnhem. Okoncentrerad, ängslig, sångvätare, nagelbitare, mörkrädd, mycket mån om att ge gott intryck på omvärlden. Osäker på sin situation och undrande angående fadern.»

Till sist må anföras ett extremt fall, vad antalet förflyttningar angår. Det gäller

en 16-årig pojke, som för närvarande vistas i ungdomsvårdsskola och om vilken det heter: »Väl normalbegåvad. Född u. ä. Föräldrarna gifte sig, när pojken var 3 år. Dåliga hemförhållanden. Skildes från hemmet första gången vid 7 års ålder. 10 fosterhem samt barnhem och inackorderingshem. Har genomgående varit besvärlig och störande i de miljöer han vistats i. Haft 11 olika anställningar. Stora anpassningssvårigheter men ej kriminell.»

Självfallet kan det vara svårt att veta, hur man bäst skall komma till rätta med de olika problem, som uppkommer inom den sociala barnvården. Många svårigheter kommer säkerligen att bestå, även sedan den psykiska barn- och ungdomsvården blivit utbyggd, ty verksamheten har tyvärr blott begränsade möjligheter. Vi vågar dock tro, att en komplettering av den sociala sakkunskapen med medicinsk och psykologisk sakkunskap många gånger är behövlig för att klientelet skall få erforderlig hjälp. I åtskilliga av de av barnvårdsassistenterna redovisade fallen hade en hänvisning på ett tidigt stadium till psykisk barn- och ungdomsvård sannolikt kunnat inbespara ett ej ringa mått av lidande för barnen och deras anhöriga och bekymmer för barnvårdsmyndigheterna. Vi anser, att utredningen på denna punkt visar, hur önskvärt det är, att barnpsykiatrisk rådgivning kommer till stånd, så snart ske kan, över hela landet och att verksamheten, där den redan finnes inrättad, får en förstärkning av sina resurser.

Vi lämnar nu en något mera ingående redogörelse för det vid utredningen inkomna materialet. Till tabellernas praktiska innebörd för vårt utredningsuppdrag återkommer vi senare.

»Behandlingshem»

Ålders- och könsfördelningen hos de barn, vilka för närvarande skulle behöva vård i behandlingshem av typ I, framgår av tabell 2, sid. 22.

Av dessa barn vårdades, förutom de i tabellen ingående nio fallen från särskilt tillfrågade barnhem och anstalter för psykopatiska och nervösa barn, 93 barn i barnhem, 2 i ungdomsvårdsskolor, 20 på barnpsykiatrisk lasarettavdelning och 7 i andra institutioner (konvalescenthem för barn, skolhem i Norrland, internatskola, folkhögskola samt ungdomshem).

Ålders- och könsfördelningen hos de barn, vilka anses behöva vård i behandlingshem av typ II, framgår av tabell 3, sid. 23.

Av dessa barn vårdades, förutom de åtta från diverse anstalter redovisade fallen, 16 i barnhem, 1 i ungdomsvårdsskola, 7 på barnpsykiatrisk lasarettavdelning och 22 i andra institutioner (mentalsjukhus, sjukhem samt anstalter för psykiskt efterblivna).

Ålders- och könsfördelningen hos de barn, vilka anses behöva vård i behandlingshem av typ III, framgår av tabell 4, sid. 24.

Av dessa barn vårdades, förutom de 22 från olika anstalter redovisade fallen, 84 i barnhem, 9 i ungdomsvårdsskola, 9 på barnpsykiatrisk lasarett-

Tabell 2. Barn som anses behöva vård i behandlingshem av typ I, fördelade efter födelseår och kön

	1951—54		1947—50		1945—46		1943—44		1937—42		Tillhopa		
	g.	fl.	g.	fl.	g.	fl.	g.	fl.	g.	fl.	g.	fl.	S:a
Kronprinsessan Lovisas Vårdanstalt.....	2	1	2	1			2	4	1		7	6	13
Karolinska sjukhuset.....	1	4	2	2							3	6	9
Stockholms stads central för PBU.....	1	1	10	4	4	4	2	4	1	2	18	15	33
Stockholms läns central för PBU.....	3	2	14	3	8	4	5	2		2	30	13	43
Barnpsykiatriska kliniken, Uppsala.....			11	4	6	5	3	2	5	2	25	13	38
Barnpsykiatriska kliniken, Jönköping.....				2	2		5	2		3	7	7	14
Barnpsykiatriska kliniken, Kristianstad.....			1	2	4		5	1	1		11	3	14
Barnavd. psyk. kliniken, Lund.....	1	4	8	6	2	3		1			11	14	25
BVN:s rådgivn.byrå, Göteborg.....			1	3	1						2	3	5
Barnpsyk. avd. Göteborgs barnsjukhus.....	7	7	10	3	3		3			1	23	11	34
Älvsborgs läns PBU, Vänersborg.....	1		3	1	1	1	2				7	2	9
Älvsborgs läns PBU, Borås			1	1	2	1					3	2	5
Värmlands läns PBU.....	3	1	10	1	4		3		1		21	2	23
Barnpsykiatriska kliniken, Örebro.....		1	3	1	2		2	2	1	3	8	7	15
Västerbottens läns central för PBU.....				1	2			2			2	3	5
Barnpsykiatriska avd., Boden.....			1	1							1	1	2
Summa	19	21	77	36	41	18	32	20	10	13	179	108	287
Barnavårdsassistenter; barn- navårdsnämnder.....	7	1	33	10	17	4	11	10	5	5	73	30	103
Stockholms barnavårds- nämnd.....	6	1	13	5	10	1	9	7			38	14	52
Diverse anstalter.....			2	1		2	4				6	3	9
Summa summarum	32	23	125	52	68	25	56	37	15	18	296	155	451

avdelning och 31 i andra institutioner (mentalsjukhus, sjukhem, internat-skolor, ungdomshem etc.).

»Vet ej»

De fall, som förts under rubriken »Vet ej» är ganska jämnt fördelade på de olika åldersklasserna — med undantag för den yngsta gruppen, som omfattar endast ett fall — och företer ej heller särdrag i andra avseenden. I de flesta fall synes en barnpsykiatrisk undersökning ha företagits. De lämnade uppgifterna ger dock ej tillräcklig ledning för en bedömning av

Tabell 3. Barn som anses behöva vård i behandlingshem av typ II, fördelade efter födelseår och kön

	1951—54		1947—50		1945—46		1943—44		1937—42		Tillhopa		
	g.	fl.	g.	fl.	g.	fl.	g.	fl.	g.	fl.	g.	fl.	S:a
Kronprinsessan Lovisas Vårdanstalt		1	3	1			1		5		9	2	11
Karolinska sjukhuset.....					1	1	1				2	1	3
Stockholms stads central för PBU.....	4		4		2						10		10
Stockholms läns central för PBU.....		1	1				1		1		3	1	4
Barnpsykiatriska kliniken, Uppsala.....			1	1	2		4	3	4	4	11	8	19
Barnpsykiatriska kliniken, Jönköping.....		1	3					1	1		4	2	6
Barnpsykiatriska kliniken, Kristianstad.....			2	1	1						3	1	4
Barnavd., psyk. kliniken, Lund.....	2		2		1		3		2	1	10	1	11
BVN:s rådgivn.byrå, Göte- borg.....			3		2		2		2	4	9	4	13
Barnpsyk., avd. Göteborgs barnsjukhus.....	4	1	2		3				1		10	1	11
Älvsborgs läns PBU, Vänersborg.....	1	1	1		1				1		4	1	5
Älvsborgs läns PBU, Borås	1			1							1	1	2
Värmlands läns PBU....			1		1						2		2
Barnpsykiatriska kliniken, Örebro.....	1									1	1	1	2
Västerbottens läns central för PBU.....									2		2		2
Barnpsykiatriska kliniken, Boden.....					1				1		2		2
Summa	13	5	23	4	15	1	12	4	20	10	83	24	107
Barnavårdsassistenter; bar- navårdsnämnder	1		2		1	1	1		3		8	1	9
Stockholms barnavårds- nämnd.....	1		1		2						4		4
Diverse anstalter.....			3					2		3	3	5	8
Summa summarum	15	5	29	4	18	2	13	6	23	13	98	30	128

det aktuella vårdbehovet. Fallen utgör en så ringa del av vårt stora material, att vi ej ansett en närmare utredning av dem vara erforderlig.

»Annat»

Chefläkarna inom den psykiska barna- och ungdomsvården har redovisat 45 fall, för vilka man önskar vård i andra institutioner än de av oss diskuterade behandlingshemmen. Specialbarnhem i enlighet med barnavårdskommitténs förslag föreslås för svagt begåvade barn, vilka på grund av sociala komplikationer ej kan vårdas i föräldrahemmet och till följd av sin all-

Tabell 4. Barn som anses behöva vård i behandlingshem av typ III, fördelade efter födelseår och kön

	1951—54		1947—50		1945—46		1943—44		1937—42		Tillhopa		
	g.	fl.	g.	fl.	g.	fl.	g.	fl.	g.	fl.	g.	fl.	S:a
Kronprinsessan Lovisas Vårdanstalt.....			1				4	1		1	5	2	7
Karolinska sjukhuset.....							1			1	1	1	2
Stockholms stads central för PBU.....			6				8	1	2	3	16	4	20
Stockholms läns central för PBU.....		1	4		6	2	6		7	1	23	4	27
Barnpsykiatriska kliniken, Uppsala.....	1		5	3	7		5	3	3	5	21	11	32
Barnpsykiatriska kliniken, Jönköping.....			6		8	1			5		19	1	20
Barnpsykiatriska kliniken, Kristianstad.....				1			6	1	2	6	8	8	16
Barnavd., psyk. kliniken, Lund.....			8	1	9	4	6	4	6	7	29	16	45
BVN:s rådgivningsbyrå, Göteborg.....			1	1	4		3	1	4	1	12	3	15
Barnpsyk. avd. Göteborgs barnsjukhus.....	1		3	1			2		1	1	7	2	9
Älvsborgs längs PBU, Vänersborg.....			2		2		5		4	2	13	2	15
Värmlands läns PBU.....			2		5	2	1			7	8	9	17
Barnpsykiatriska kliniken, Örebro.....			2			1	1	1			3	2	5
Västerbottens läns central för PBU.....					1	1	5		5	4	11	5	16
Barnpsykiatriska avd., Boden.....								1				1	1
Summa	2	1	40	7	42	11	53	13	39	39	176	71	247
Barnavårdsassistenter; barn- avårdsnämnder.....			10	3	16	2	19	4	19	15	64	24	88
Stockholms barnavårds- nämnd.....			6		8	2	17	6	20	3	51	11	62
Diverse anstalter.....					3		5	2	3	9	11	11	22
Summa summarum	2	1	56	10	69	15	94	25	81	66	302	117	419

männa torftighet ej heller riktigt lämpar sig för placering i fosterhem. I ett specialbarnhem för debila skulle de kunna få den tillsyn och hjälp med skolarbetet, som de behöver, samtidigt som de skulle komma bland kamrater med likartad intellektuell nivå och alltså ej behöva känna sig underlägsna. De skulle i många fall kunna vistas i föräldrahemmen under skolloven och på så sätt uppehålla kontakten med de anhöriga. Även för ojämnt mogna tonåringar, vilka ej kan fullfölja en praktisk yrkesutbildning eller sköta ett förvärvsarbete, önskar man specialhem inom socialvårdens ram. I sådana hem skulle ungdomarna kunna få en god tillsyn och omvårdnad under något eller några år, till dess de uppnått en för deras ålder normal mognad. Andra för de olika fallen önskvärda institutio-

ner är inackorderingshem för ungdom, arbetshem för debil ungdom, internatskolor av Trollboskolans typ samt speciella institutioner för spastiker, epileptiker och hjärnskadade.

Vid genomgången av det övriga materialet har våra experter, såsom framgår av siffrorna i kolumnen »Annat» i tabell 1, tyckt sig finna, att sammanlagt 126 fall ej tillhör det av oss avsedda klientelet utan snarare borde ha vård under andra former. En stor grupp barn har ansetts med fördel kunna vistas i sina egna hem, i en del fall kanske med stöd av poliklinisk behandling vid en barnpsykiatrisk rådgivningsbyrå. En nästan lika stor grupp synes höra hemma i institutioner för särskolemässiga eller ännu mera gravt psykiskt efterblivna och en annan grupp, huvudsakligen bestående av ungdomar i den äldsta åldersgruppen, i mentalsjukhus. För en del ungdomar över skolåldern synes vård i ungdomsvårdsskola vara det riktiga, medan några barn i åldern 10—13 år hänförts till barnhem för varaktig vård. Även för de av företrädare för den sociala barnvården redovisade fallen synes man behöva inackorderingshem för normalbegåvad ungdom och specialhem för de omogna samt, slutligen, särskilda institutioner för spastiker och epileptiker. Vi vill dock ännu en gång framhålla, att de uppgifter, som tjänat som vägledning, ej alltid varit tillräckligt upplysande och att en mera ingående kännedom om fallen måhända hade givit ett annat bedömningsresultat.

Även Stockholms stads barnvårdsnämnd har redovisat fall, som borde vårdas i särskilda barnhem för debila. För en del neurotiska ungdomar har man föreslagit en ungdomsby, där man försöker väcka arbetsglädje och solidaritetskänsla hos ungdomarna genom att låta dem själva skapa institutionen, bygga stugor och vägar, anlägga idrottsplatser, inrätta verkstäder o. s. v. Idén är närmare utförd i en av barnvårdsnämndens socialläkare John Takman författad artikel i Sociala meddelanden nr 12 för år 1952.

»Adekvat»

Av de fall där, såvitt man kunnat bedöma, den nuvarande placeringen är riktig, vistades de flesta i ungdomsvårdsskola. Det gäller huvudsakligen gravt asociala ungdomar i den äldsta åldersgruppen. Andra grupper utgöres av barn, som vårdas i barnhem samt i anstalter för psykopatiska och nervösa barn eller andra specialinstitutioner. En grupp vistas i det egna hemmet eller i annat enskilt hem. Om dessa fall har uppgivits, att de sociala anpassningen förbättrats, och våra experter har därför ej funnit anledning att föreslå annan placering.

Önskemål

Då vi med vår rundfråga även ville utreda, om någon annan vårdform än de av oss tänkta vore särskilt angelägen, lämnade frågeformulär A möjlig-

het för de tillfrågade att framföra önskemål härvidlag. I stort sett vill det synas som om barnpsykiater och barnvårdsassistenter vid sidan av frågan om behandlingshem hade var sitt huvudproblem. För läkarna gäller det de hjälpklassmässiga och på gränserna intill dessa stående barnen och ungdomarna och för barnvårdsassistenter de spastiska.

Vård och behandling av de spastiska barnen kräver en särskild apparat med samarbete mellan ett stort antal specialister och bör helst påbörjas redan på förlossningsanstalterna, i varje fall vid barnvårdscentralerna. Den fortsatta utredningen sker lämpligast vid pediatrika lasarettssavdelningar av pediatriker i kontakt med specialister inom andra områden, t. ex. barnpsykiater och sjukgymnaster. Därifrån kan stöd ges åt föräldrar, så att varje barn så långt möjligt kan vårdas i sitt eget hem. Då långvarig sluten vård av barnet erfordras, blir valet av institution bland annat beroende av barnets intellektuella nivå. Hela detta problemkomplex synes oss ej falla inom ramen för vårt utredningsuppdrag. Ehuru vi är starkt medvetna om behovet av åtgärder för denna grupp missgynnade, anser vi oss därför nödsakade att avstå från närmare behandling av spörsmålet.

Beträffande debila barn och ungdomar med lätta psykiska rubbningar har man från den psykiska barna- och ungdomsvårdens sida, men också mycket enträget från socialvårdshåll, framhållit de placeringssvårigheter, som detta klientel bereder. Fosterhemsvård skulle i många fall i och för sig vara en önskvärd vårdform, men barnens intellektuella torftighet, nervösa symptom (enures, encopres o. dyl.) och allmänna anpassningssvårigheter gör en sådan placering ofta svår att anordna. Som en ytterligare komplikation kommer kravet på hjälpklassundervisning. Fosterhemmen är lättast att anskaffa på landsbygden, men där har man ännu ej tillgång till hjälpklassundervisning i önskvärd omfattning. Denna senare svårighet undanröjes dock i en del fall av möjligheten att bereda barnen hjälpundervisning. För ungdomarnas del vållar den rådande bristen på utbildningsmöjligheter särskilda bekymmer, ty de för normalbegåvad ungdom avsedda yrkesskolorna kan i regel ej bereda plats åt debila elever. Man har anmält behov av särskilda inackorderingshem både för skolbarn och för ungdom över skolåldern. Storleksordningen av detta debila klientel, som behöver vård utom det egna hemmet, har ej närmare angivits. Att det för närvarande finnes ett rätt betydande antal sådana barn och ungdomar är emellertid sannolikt.

Vi vill i detta sammanhang påminna om de motioner, som år 1956 väcktes i riksdagen (I:272 och II:401) angående vissa socialpedagogiska anordningar beträffande hjälpklassbarn med beteenderubbningar och som föranledde en skrivelse av den 7 december 1956 från riksdagen till Konungen med begäran om utredning. Något beslut om en sådan utredning har ännu ej fattats. Enligt vår åsikt kommer behovet av institutionsvård för det stora flertalet av denna grupp av skolbarn att minska, i samma mån som hjälp-

klassundervisningen utbygges på landsbygden. Man får därigenom större möjligheter än man för närvarande har att bereda barnen fosterhemsvård i orter, där en för dem lämpad skolform finnes tillgänglig. Tills vidare torde skolbarnen, såsom vi i det följande närmare utför, möjligen kunna beredas vård i barnhem för varaktig vård. För ungdomarna synes man böra inom barnhemsorganisationens ram anordna specialhem i enlighet med barnavårdskommitténs förslag. Vi återkommer i det följande även till denna fråga.

Remissbehandlingen av PBU-betänkandet

Större delen av de tjugosju remissinstanser, som under remissbehandlingen av vårt betänkande om den psykiska barna- och ungdomsvården yttrade sig om de i betänkandet diskuterade behandlingshemmen, intog en positiv hållning till frågan. Medicinska fakulteten vid Uppsala universitet fann sålunda anordnandet av behandlingshem synnerligen angeläget, för att den vid lasarettavdelningarna anvisade eller påbörjade behandlingen skulle kunna fullföljas. Stockholms läns landstings förvaltningsutskott ansåg hemmen utgöra ett värdefullt komplement till övriga vårdformer inom den psykiska barna- och ungdomsvården. Värmlands läns landstings förvaltningsutskott underströk särskilt behovet av behandlingshem av typ I. Örebro läns landstings förvaltningsutskott framhöll, att behovet av behandlingshem blivit klart ådagalagt under den tid psykisk barna- och ungdomsvård varit i verksamhet inom Örebro län. För egen del ansåg sig landstinget behöva åtminstone ett behandlingshem av typ I. Utskottet underströk också vikten av en snabb utbyggnad av behandlingshem av typ III. Behandlingshem av typ II fann utskottet böra organiseras som B-avdelningar till de planerade mentalsjukhusen för barn och ungdom. Västernorrlands läns landstings förvaltningsutskott ansåg en ökad tillgång till platser i behandlingshem vara behövlig. Sveriges socialdemokratiska kvinnoförbund fann behovet av behandlingshem vara uppenbart och uttalade förhoppningen, att hemmen snarast skulle komma till stånd. Svenska barnpsykologiska föreningen understödde kraftigt vårt förslag om inrättande av särskilda observations- och behandlingshem, men anförde, att man på nuvarande stadium ej borde »låsa fast sig vid detaljförslag utan låta utvecklingen ske etappvis och basera den på vad som i praktiken visar sig vara mest gynnsamt».

Svenska barnpsykiatriska föreningen, som dock i avvaktan på vår fortsatta utredning ej fann anledning att gå in på frågan närmare, anförde, att vi med förslaget infört en ny och värdefull vårdform inom ramen för den psykiska barna- och ungdomsvården. Älvsborgs läns landstings förvaltningsutskott tillstyrkte i princip anordnandet av behandlingshem men ville också avvakta den fortsatta utredningen. Även Stockholms stads barna-

vårdsnämnd ville avvakta vår fortsatta utredning men ansåg sig böra påpeka, att det ej minst ur den sociala barnvårdens synpunkt vore ytterligt betydelsefullt, att frågan finge en snabb och tillfredsställande lösning.

Förvaltningsutskotten i Jönköpings läns landsting, Kalmar läns södra landsting, Blekinge läns landsting och Kristianstads läns landsting förklarade sig intet ha att invända emot förslaget, medan Gävleborgs läns landstings förvaltningsutskott tillstyrkte inrättandet av behandlingshem.

Kristianstads läns landsting fogade till sitt utlåtande en skrivelse från chefsläkaren vid landstingets psykiska barn- och ungdomsvård, vari denne förklarade bristen på behandlingshem, näst efter bristen på läkare, vara den största hämskon i det barnpsykiatriska arbetet. Även Göteborgs och Bohus läns landstings förvaltningsutskott fogade till sitt utlåtande och med instämmande i synpunkterna en skrivelse från en inom landstingskommunen verksam läkare, vilken anförde, att de tre typerna av behandlingshem syntes vara väl motiverade. Utskottet ställde sig dock något tveksamt inför möjligheten att inom rimlig tid förverkliga ej endast de diskuterade institutionerna utan hela den föreslagna utbyggnaden av den psykiska barn- och ungdomsvården.

Länsstyrelsen i Gävleborgs län, som själv ej uttalade sig om de diskuterade behandlingshemmen, bilade till sitt utlåtande en av länsstyrelsens barnvårdsassistent avfattad promemoria, vari framhölls, att behandlingshem för längre tids vård måste anordnas för att man skulle kunna »erhålla ett gott positivt resultat av en del psykiskt störda barns återinpassning till hem, skolor eller samhälle». Stadsfullmäktige i Göteborg, som ej heller uttalade sig om frågan om behandlingshem, fogade till sitt utlåtande en skrivelse från chefsläkaren vid stadens psykiska barn- och ungdomsvård, vilken vitsordade behovet av de tre typerna av hem.

En del remissinstanser visade större tveksamhet. Södermanlands läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse fann det ofruktbart, att innan våra tidigare förslag blivit genomförda, diskutera ytterligare tänkbara åtgärder, vilkas realiserande kunde bli aktuellt först om ett eller ett par årtionden. Styrelsen varnade också för en alltför långt driven differentiering. Även Kronobergs läns landstings förvaltningsutskott ifrågasatte — liksom Väster-norrlands läns landstings förvaltningsutskott — behovet av den av oss föreslagna differentieringen och framhöll dessutom, att driften av alltför små vårdenheter bleve kostsam.

Skaraborgs läns landstings förvaltningsutskott fann det svårt att bilda sig en klar uppfattning rörande behovet av de olika typerna av hem. Med tanke på den knappa tillgången på barnpsykologisk och barnpsykiatrisk expertis och behovet av att denna expertis i första hand tages i anspråk för de barnpsykiatriska lasarettavdelningarna och öppna mottagningarna, ansåg utskottet det oklokt att redan nu låsa fast den framtida utvecklingen. Utskottet uttalade dock, att det i princip ville giva behandlingshemmen av

typ I företräde framför de övriga typerna. Hemmens anslutning till barnpsykiatriska lasarettssavdelningar syntes utskottet kunna medverka icke blott till en förkortning av vårdtiderna vid dessa i drift särskilt dyrbara lasarettssavdelningar utan även till ett rationellt utnyttjande av den fåtaliga läkarexpertisen på området.

Tveksamheten beträffande differentieringsbehovet delades också av Svenska landstingsförbundet, som fann ej minst ekonomiska synpunkter tala för att verksamheten ej borde splittras på alltför många enheter.

Helt avvisande till de av oss planerade behandlingshemmen ställde sig socialstyrelsen, som i sitt utlåtande hänvisade till vad styrelsen tidigare anfört om barnvårdskommitténs förslag om specialbarnhem, vilka skulle kunna tillgodose vårdbehovet även inom den psykiska barn- och ungdomsvården. Styrelsen räknade därför ej med tillkomsten av en ny form av institutioner för barn och ungdom vid sidan av den nuvarande barnhemsorganisationen. Med hänsyn till dels att det klientel, för vilket vi avsett behandlingshemmen, för närvarande i stor utsträckning omhändertages i nu befintliga barnhem, dels att barnhemmens vårdkapacitet icke är till fullo utnyttjad, syntes det styrelsen ej vara påkallat att planlägga en ny organisation vid sidan av den befintliga.

Frågan om huvudmannaskapet berördes endast av ett fåtal remissinstanser. Stockholms läns landstings förvaltningsutskott utgick i sitt utlåtande från att hemmen borde drivas i landstingens regi. Blekinge läns landstings förvaltningsutskott framhöll, att en förutsättning för att landstingen skulle övertaga »jämväl denna del av barnhemsvården» vore, att statsbidrag erhöles efter i stort sett samma grunder, som kunde komma att fastställas för mentalsjukvården i landstingsregi.

Hallands läns landstings förvaltningsutskott fann det naturligt, att landstingen bleve huvudmän för ifrågavarande slag av institutioner och att hemmen ställdes under medicinalstyrelsens tillsyn. Den tidigare citerade läkaren inom Göteborgs och Bohus läns landsting ansåg det angeläget, att huvudmannaskapet tilldelades landstingen, och förvaltningsutskottet anslöt sig, som nämnts, till hans synpunkter. Västernorrlands läns landstings förvaltningsutskott anförde, att behandlingshemmen icke borde ingå i barnhemsplanerna och borde ställas under medicinalstyrelsens tillsyn. Svenska landstingsförbundet fann det naturligt, att hemmen icke infogades i barnhemsorganisationen utan ställdes under medicinskt huvudmannaskap.

Två remissinstanser, direktionen för Svenska diakonsällskapet och De enskilda anstalternas förbund, ifrågasatte, om ej något eller några behandlingshem kunde anförtros åt en enskild stiftelse eller organisation. Det förutsattes därvid dock, att bidrag från det allmänna kunde erhållas i bestryggande utsträckning.

Kopparbergs läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse, till vars synpunkter förvaltningsutskottet anslöt sig, underströk i sitt utlåtande vikten av

att behandlingshemmen inrättades som små enheter med ett platsantal av högst femton, helst dock ej mera än tolv. Styrelsen varnade för fastställandet av viss maximitid för vistelse vid behandlingshem av olika typer — såsom skett inom barnhemsverksamheten — och därav följande nödvändighet att utan hänsyn till vårdbehovet i övrigt överföra barn från ett hem till ett annat. Läkare och annan personal borde få avgöra, i vilket hem varje enskilt barn helst borde vårdas.

Den mycket stora betydelsen av att behandlingshemmen förses med väl kvalificerad och för arbetet även personligen lämpad personal betonades av Stockholms läns landstings förvaltningsutskott — som också framhöll behovet av en central utbildningsanstalt för denna personalkategori — och av Svenska barnpsykiatriska föreningen.

Översikt över våra förslag

Utredningens resultat har enligt vår uppfattning givit ett starkt bevis för hur ytterligt trängande behovet verkligen är av särskilda institutioner, där psykiskt störda barn och ungdomar kan beredas vård och behandling. Vi ser oss därför numera, stödda av de erhållna uppgifterna, i stånd att framlägga direkta förslag i frågan. Våra förslag har i korthet följande innehåll.

För de sjukvårdsområdens vidkommande, där barnpsykiatrisk verksamhet ännu ej blivit anordnad, är, enligt vår åsikt, den mest angelägna uppgiften inom den psykiska barn- och ungdomsvårdens område att så snart omständigheterna det medger inrätta barn- och ungdomspsykiatriska lasarettssavdelningar och fristående rådgivningscentraler i enlighet med de i vårt tidigare betänkande framförda förslagen, och vi rekommenderar, att så sker.

I de sjukvårdsområden, där en rådgivningscentral men däremot ej en barn- och ungdomspsykiatrisk lasarettssavdelning finnes, rekommenderar vi i första hand anordnandet av en sådan lasarettssavdelning.

I sjukvårdsområden, som utrustats med såväl barn- och ungdomspsykiatriska lasarettssavdelningar som rådgivningscentraler, vill vi föreslå, att den psykiska barn- och ungdomsvården så fort ske kan kompletteras med små, barnhemsliknande institutioner, anknutna till de barn- och ungdomspsykiatriska lasarettssavdelningarna eller centralerna och närmast motsvarande de typer av institutioner, som vi i vårt tidigare betänkande kallade behandlingshem av typ I och typ III. De båda slagen av hem avses för skilda grupper av den psykiska barn- och ungdomsvårdens klientel, och behandlingsmetoderna kommer därför att bli olika vid dem. Vårdtidens längd kommer också att variera alltefter hemmets typ. Vart och ett av hemmen kommer sålunda att få sin speciella karaktär. Av praktiska skäl vill vi därför särskilja dem genom att kalla dem dels *behandlingshem av typ I*, motsvarande det slag av institution, som vi tidigare givit samma benämning, dels *behand-*

lingshem av typ II, motsvarande de av oss tidigare diskuterade behandlingshemmen av typ III.

Härutöver föreslår vi, att till mentalsjukhusen för barn och ungdomar anknutes en typ av behandlingshem, som motsvarar, vad vi tidigare kallat behandlingshem av typ II men som vi numera vill benämna *mentalsjukhem för barn och ungdomar*.

Av dessa tre slag av hem skulle de till barnpsykiatriska lasarettavdelningar eller centraler närmast anknutna behandlingshemmen av typ I fylla en särskilt angelägen uppgift. Det gäller här först och främst att bereda vård och behandling åt ett stort antal barn, vilka för närvarande ej kan få den för dem riktiga vården, men också att få till stånd en ökad omsättning vid de små lasarettavdelningarna och sålunda giva den psykiska barna- och ungdomsvården en välbehörlig möjlighet att för sjukhusobservation och behandling taga emot ett större antal barn än man nu kan. Vi föreslår, att till en början minst ett behandlingshem av typ I anordnas i varje sjukvårdsområde, där den psykiska barna- och ungdomsvården blivit utbyggd på sätt nyss nämnts. Senare bör ett sådant hem anknutas till varje barnpsykiatrisk lasarettavdelning och fristående central. Antalet behöfliga vårdplatser i behandlingshem av typ II är för närvarande nästan lika stort som vad gäller behandlingshemmen av typ I. Då de sociala komplikationerna vanligen är stora hos det klientel, för vilket behandlingshemmen av typ II är avsedda, kan vårdbehovet ofta te sig trängande och man kan i vissa områden betrakta denna typ av hem som den mest angelägna. Det bör ankomma på vederbörande huvudman att med hänsyn till de lokala förhållandena avgöra, om ett hem av den ena eller den andra typen i första hand skall inrättas. Behovet av platser i mentalsjukhem är, såvitt framgår av vår utredning, för närvarande mindre än beträffande de båda andra slagen av hem. Vi räknar med att ett sådant hem anknutet till vart och ett av de fem å sex föreslagna mentalsjukhusen skulle komma att täcka behovet.

Vi har i vårt tidigare betänkande framhållit, att vi anser den psykiska barna- och ungdomsvården till sin innersta karaktär vara en sjukvårdande angelägenhet. I detta betänkande har vi ytterligare motiverat vår uppfattning i frågan. Vi föreslår, att också behandlingshemmen, vilka kommer att utgöra en utbyggnad av den psykiska barna- och ungdomsvården, liksom även mentalsjukhemmen betraktas såsom tillhörande sjukvården och alltså organisatoriskt behandlas såsom sjukvårdsanstalter.

Vi har granskat möjligheten att infoga de av oss föreslagna hemmen i barnhemsorganisationen såsom specialbarnhem av olika slag. Ur administrativ synpunkt vore måhända en sådan ordning ej otänkbar. Vissa fördelar skulle med omedelbar verkan uppnås härmed, för huvudmännens del främst ur statsbidragshänseende. För närvarande utgår nämligen anläggningsbidrag till barnhemmen med 9 000 kronor per vårdplats — dock högst $\frac{3}{4}$ av kostnaden — och driftbidrag med 1:50 kronor per vårddag. Barna-

vårdskommittén har framhållit önskvärdheten av att det senare bidraget väsentligen höjes, dock utan att direkt föreslå ett bestämt belopp. Barnhemmen är vidare föremål för en mycket omsorgsfull kontroll med tillsyn från barnavårdsnämnd, länsstyrelse och socialstyrelse.

Enligt vår mening skulle dock ett infogande av behandlingshemmen i barnhemsorganisationen även vara förenat med väsentliga nackdelar. Vi förbiser ingalunda betydelsen av att sociala aspekter lägges på institutioner av denna typ. Huvudvikten bör dock, enligt vår bestämda uppfattning, fästas vid de medicinskt-psykologiska synpunkterna. Såväl intagning vid som utskrivning från hemmen bör vara medicinskt motiverade. Man kan befara, att så ej alltid bleve fallet, om hemmen skulle inrättas såsom socialvårdsanstalter. Vidare bör man vid tillsynen över behandlingshemmen i första hand taga hänsyn till den behandling man där bereder de intagna. De socialvårdande myndigheterna kan ej anses vara eller förmodas bliva rustade att företaga inspektion från sådana utgångspunkter.

När vi alltså bestämt hävdar, att behandlings- och mentalsjukhemmen skall betraktas såsom sjukvårdsanstalter, gör vi det i medvetandet om att man vid skötseln av hemmen kommer att låta även sociala synpunkter göra sig gällande. Vi förutsätter, att ett nära samarbete äger rum mellan de medicinska och sociala myndigheterna i alla angelägenheter, som berör hemmen.

De åtgärder, som man för närvarande synes kunna vidtaga beträffande debila barn och ungdomar, har vi redan något berört, och vi återkommer därtill även i det följande. Vi vill nu närmast något utförligare uppehålla oss vid de tre föreslagna typerna av institutioner.

Behandlingshem av typ I

Vid lasarettavdelningarna har man relativt små möjligheter att differentiera patienterna. Ofta måste man sammanföra svårt störande pojkar och flickor med ängsliga, skygga barn. Omsättningen är stor med ständiga växlingar i klientelet, vilket är ägnat att väcka irritation hos barnen. Långa väntelistor och ideliga förfrågningar efter platser gör det nödvändigt att forcera utskrivningen av patienterna och göra vårdtiden så kort som möjligt, även om behandlingsresultatet i många fall riskerar att bliva lidande därav. Ett till en sådan avdelning knutet behandlingshem av typ I skulle ur flera synpunkter fylla mycket betydelsefulla uppgifter. Vid lasarettavdelningarna företages en uppsortering av klientelet. En del barn går vidare till anstalter för psykiskt efterblivna, anstalter för psykopatiska och nervösa barn, ungdomsvårdskolor o. s. v. Andra återvänder till föräldrahemmet eller placeras i fosterhem. För de barn, som överföres till behandlingshem, har man därför goda möjligheter att skapa en lugn, hemlik miljö under den längre eller kortare tid barnen behöver behandling. Man kan

undvika särskilt irriterande moment och få till stånd en för barnens vård och för behandlingens resultat gynnsam, rogivande atmosfär. Omsättningen blir här ej lika stor som vid en lasarettsavdelning, och också detta bidrar till att skapa lugn. Även barn, som har sin bostad i närheten av lasarettsavdelningen eller en öppen rådgivningscentral, måste mången gång beredas en tids slutna vård, för att man över huvud taget skall kunna nå dem med behandling. Det är, som vi i vårt tidigare betänkande framhöll, ej på långt när alla psykiska störningar, som kan behandlas enbart polikliniskt. Också för dessa barn skulle behandlingshemmen bli till stort gagn.

Behandlingshemmen av typ I vill vi föreslå utformade efter ungefär de riktlinjer, som vi uppdrog i vårt tidigare betänkande. De skall alltså vara avsedda för barn, som undersökts och eventuellt också behandlats vid en barnpsykiatrisk lasarettsavdelning eller en fristående rådgivningscentral men som behöver fortsatt observation eller ytterligare vård och behandling under begränsad tid, i regel högst ett år men ej sällan under betydligt kortare tid, innan de kan överföras till en mera stadigvarande vård i enskilt hem, vare sig det gäller föräldrahemmet, vilket blir regeln, eller ett fosterhem. Huvudsakligen kommer det sannolikt att röra sig om skolbarn, men icke så få barn i förskoleåldern kommer också att behöva denna vård. Därtill får man räkna med ett visst antal ungdomar över skolåldern. Såsom framgår av tabell 2 sid. 22 var vid årsskiftet 1957/58 det aktuella behovet för den psykiska barna- och ungdomsvården av vårdplatser i behandlingshem 40 för förskolebarnen, 224 för skolbarnen — 150 för gossar och 74 för flickor — samt 23 för ungdomarna. Härtill kommer ett av barnavårdsassistenter, barnavårdsnämnder och olika anstalter för vård av barn redovisat platsbehov för 15 förskolebarn, 139 skolbarn och 10 ungdomar.

Vid behandlingshemmen av typ I bör man givetvis endast taga emot för behandling tillgängliga fall. Det kommer huvudsakligen att röra sig om neurotiska och likartade tillstånd. Ibland torde det kunna bli fråga om allvarliga sjukdomstillstånd av neurotisk natur eller om patienter med hjärnskadesymptom, vilka efter behandling vid en barnpsykiatrisk avdelning behöver en stabiliserings- och rehabiliteringsperiod på någon eller några månader med fortsatt medicinering, psykoterapi och eventuellt speciell pedagogisk hjälp. Även om man kan räkna med, att en del barn kan besöka ortens skola, torde många skolbarn komma att behöva enskild undervisning. Vad ungdomarna beträffar, kan man i vissa fall i behandlingshemmet inrikta sig på att så småningom träna in dem i arbetslivet. Detta kan ske med hjälp av arbete vid en vuxenpsykiatrisk kliniks arbetsterapiavdelning eller möjligen under medverkan av en av landsting anordnad arbetsträningsverkstad, där sådan finnes tillgänglig på orten och har sådana resurser, att även behandlingshemmens unga patienter med fördel kan tagas emot där.

Behandlingshemmen av typ I bör inrättas som små institutioner för omkring tio vårdplatser. De bör, som nämnts, vara direkt anknutna till en barn-

psykiatrisk lasarettsavdelning eller central, till vilken de närmast bör betraktas såsom en underavdelning. I princip bör ett behandlingshem av typ I ligga utanför sjukhusområdet men — av praktiska skäl — i dess närhet. Helst bör det vara inrymt i en fristående byggnad, omgiven av ett rymligt tomtområde för barnens utelekar. Om man i något fall finner det önskvärt att i samband med en nybyggnad av en barnpsykiatrisk avdelning anordna behandlingshemmet inom sjukhusområdet i omedelbar anslutning till den barnpsykiatriska avdelningen, finner vi även en sådan anordning acceptabel. En förutsättning från vår sida härvidlag är dock, att hemmet väl avskiljes från kliniken och förses med ett eget tomtområde för barnens sysselsättning utomhus. Att sammanföra ett behandlingshem av typ I och ett behandlingshem av typ II till en och samma institution är dock, även med en uppdelning av anstalten på olika smärre enheter, enligt vår åsikt ej en lycklig lösning. Den stora skillnaden i vårdtidens längd vid de två slagen av institutioner bör vara en orsak att hålla de båda grupperna av patienter åtskilda. Vidare måste man räkna med att dessa barn och ungdomar har en benägenhet att på ett olyckligt sätt påverka varandra. Å andra sidan vill vi framhålla, att ambulerande personals arbete underlättas av att hemmen, då de båda typerna är anslutna till samma lasarettsavdelning eller samma central, ej ligger på ett alltför stort avstånd från varandra. Den fasta personalen vid de två typerna av hem borde också kunna draga fördel av möjligheten att hålla kontakt med yrkeskamrater.

Vid ett behandlingshem av typ I kommer, som nämnts, vårdtiden att bli relativt kort. För att behovet av variationsmöjligheter — inklusive isoleeringsmöjligheter — vad barnens förläggning beträffar, skall bli tillgodosett, bör sovrumsavdelningen inrymma både dubbel- och enkelrum, eventuellt något rum med fyra bäddar. Enkelrummen bör avskiljas något från de övriga rummen för att vid behov kunna beläggas med de ungdomar, vilkas placering i behandlingshem är önskvärd. Eventuellt kan man förlägga barnen i två skilda avdelningar med fem à sex platser vardera. Varje avdelning bör ha sin egen vårdpersonal och de båda grupperna barn bör även under dagen i viss mån särskiljas från varandra. På detta sätt kan man utnyttja de fördelar, som är förbundna med den lilla gruppen: en trygghetsskapande sammanhållning, större lugn och harmoni, färre anledningar till irritation än en större grupp erbjuder.

I vårt förra betänkande kallade vi köket vid en barnpsykiatrisk lasarettsavdelning ett viktigt sysselsättningsrum. Vi vill här ytterligare understryka det terapeutiska värde köket enligt vår åsikt har för barn, som vårdas i institution. Det är en av de viktigaste faktorerna, då man vill skapa en hemlik atmosfär. Köket och det som där försiggår hör för barnen till det som ger glädje och trygghet i tillvaron — maten betyder känslomässigt mycket mer för dem än för vuxna. Det är också spännande för dem att få följa arbetet

i köket, och det kan giva dem en särskild tillfredsställelse att få hjälpa till med de vanliga vardagsgöromålen eller att själva få syssla med kakbak, karamellkokning och dylikt.

Enligt vår åsikt är det sålunda synnerligen viktigt, att behandlingshemmen har eget hushåll. Varje hem bör förses med kök jämte övriga erforderliga ekonomiutrymmen samt matrum. Vi vill särskilt framhålla, att även om vi anser det nödvändigt, att barnen får fri tillgång till köket, innebär detta ingalunda, att samtliga vid hemmet intagna barn vistas i köket på samma gång. Man kan räkna med att ett eller ett par barn åt gången då och då söker sig dit.

Behandlingshemmen bör vidare inrymma helst både ett dagrum och ett lekrum och dessutom gärna ett »oömt» s. k. hobbyrum. Det bör också ha ett rum för psykolog samt eventuellt förses med skolrum.

För barnens trygghetskänsla är det av väsentlig betydelse, att de personer, som de har omkring sig under dagen, också finnes i deras närhet under natten. Ehuru personalen vid andra slag av institutioner numera i allt större utsträckning får sina bostäder förlagda utanför institutionen, finner vi det önskvärt, att åtminstone en del av vårdpersonalen vid behandlingshem av typ I har sin bostad inom hemmet, som därför, slutligen, bör förses med erforderligt antal bostads- och jourrum för personal.

Vi återkommer i det följande (sid. 44) till frågan om personalens sammansättning, arbetsuppgifter och utbildning.

Av de i vårt tidigare betänkande uppskisserade olika typerna av institutioner för psykiskt störda barn och ungdomar är behandlingshem av typ I, som nämnts, det slag av hem, vars inrättande för närvarande framstår såsom mest angeläget för de flesta av de inom den psykiska barna- och ungdomsvården verksamma läkarna. För närvarande finnes endast två institutioner, som någorlunda motsvarar dessa av oss avsedda behandlingshem. Stockholms läns landsting har sedan den 1 november 1956 provisoriskt inrättat barnhemmet Heimdalsgården i Djursholm såsom ett observations- och behandlingshem för landstingets psykiska barna- och ungdomsvård med tolv vårdplatser. Då verksamheten hittills saknat egen barnpsykiatrisk lasarettssavdelning, har antalet barn, intagna för kortvarig observation, blivit rätt stort och hemmet därför ej helt fått den prägel, som vi anser böra känneteckna behandlingshemmen. Därtill kommer, att man till följd av svårigheten att finna en lämpligare placering nödgats att i hemmet vårda en hel del barn, vilka hade bort placeras i hem av den typ, som vi vill kalla behandlingshem av typ II. Då det emellertid inom en snar framtid kommer att anordnas en barn- och ungdomspsykiatrisk lasarettssavdelning inom landstingskommunen, torde Heimdalsgården eller någon ersättare härför inom kort kunna betraktas såsom ett behandlingshem av det av oss avsedda slaget.

Från chefsläkaren vid den psykiska barn- och ungdomsvården i Stockholms län har vi mottagit följande skildring av verksamheten vid Heimdalsgården.

»Barnhemmet är inrättat i en föga ändamålsenlig byggnad, före detta privatvilla, vilket ökar behovet av vårdpersonal. Denna består för närvarande av en föreståndarinna (med erfarenhet från barnpsykiatrisk klinik och utbildning vid Erica-stiftelsen), biträdande föreståndarinna, fyra barnsköterskor, ett barnhemsbiträde och kokerska. En av barnskötersketjänsterna uppehålls av manlig befattningshavare. En lärare är anställd för enskild undervisning, som i mars 1958 gavs åt fem av barnen. Hemmet besökes en hel dag per vecka av läkare, kurator och psykolog från PBU-centralen. Psykologen, som utför både diagnostiskt och terapeutiskt arbete, besöker hemmet ytterligare en till två hela dagar per vecka. Hon gör sålunda observationer i lekrummet på samtliga barn. Sex av barnen hade i mars 1958 systematisk lekterapi. För tre barn gällde det intensiv, långvarig terapi, för de övriga var det fråga om korttidsterapi (jfr SOU 1957: 40, sid. 79—80). Barnens föräldrar hade samtidigt en samtalsserie med läkaren respektive kuratorn. Kontakt med föräldrarna söktes givetvis även för de övriga barnen. Miljöterapi spelar för barnen på hemmet en väsentlig roll, oftast den väsentligaste, och den har ägnats mycket intresse och diskussion. Med miljö- eller klimatterapi menas här påverkan genom barnhemmets hela organisation och atmosfär, genom all personal och genom en anda av förståelse för mänskliga reaktioner. För tydlighetens skull må tillfogas, att med förståelse avses något, som kan uttryckas med både värme, tolerans och fasthet.

Erfarenheterna av drygt ett års verksamhet kan i största korthet sägas vara följande. Det är mycket väsentligt, att personalen är riklig och att all personal vid hemmet får en i stora drag gemensam syn på barnens problem och på sitt eget arbete för att hjälpa dem. En sådan sammansvetsning av hela teamet kräver lång tid och ömsesidiga ansträngningar. Gemensamma konferenser varje vecka synes därvid — bland mycket annat — vara av stor betydelse. Man har vidare kunnat finna, att behandlingen på hemmet har bestämda fördelar framför poliklinisk behandling, även där sådan av geografiska skäl är möjlig. Psykologen får till exempel mycket lättare tillgång till psykologiskt material om barnen, då hon är så mycket närmare deras dagliga liv än annars, och från barnen själva. De öppnar sig snabbare om sina väsentliga problem. Som ett allmänt intryck vågar man säga, att resultaten i flera fall varit överraskande goda och — i förhållande till poliklinisk behandling — snabba. Slutligen kan sägas, att vårdtiderna på hemmet varierat avsevärt, för observationsfallen har den ibland bara varit någon vecka. För två fall har den däremot uppgått till 14 månader. I ena fallet gällde det intensiv långtidsterapi, medan det andra barnet huvudsakligen fick miljöterapi. Den stora och överraskande goda förbättringen hos henne kom under de sista månaderna av vårdtiden.»

Det av Göteborgs stad drivna Mjörnhemmet med nio vårdplatser är avsett för vård under två à tre månader av barn i förskoleåldern och kan i viss mån hänföras till behandlingshemmen av typ I. Vid hemmet, som organisatoriskt räknas till anstalterna för psykopatiska och nervösa barn, vårdas för närvarande ett miljöskadat, neurotiserat klientel. Till följd av otillräckliga psykoterapeutiska resurser har man hittills fått inrikta sig på miljöterapi, och

man kan därför ej taga emot alltför svårartade fall. Hemmet har dock även med nuvarande mindre fullständiga utrustning visat sig vara till stor hjälp i arbetet. Efter en planerad utökning av dess behandlingsmöjligheter bör man kunna utnyttja Mjörnhemmet även för mera svårbehandlade fall och sålunda giva det den karaktär som vi anser, att behandlingshemmen av typ I bör ha.

Enligt vår åsikt kommer behov av minst ett behandlingshem av typ I att föreligga för varje barnpsykiatrisk lasarettavdelning eller central. Hemmen är, som nämnts, avsedda för barn och ungdomar, vilka redan undersökts vid en sådan avdelning eller central. Vid uppskattningen av behovet av dessa hem tar vi därför hänsyn endast till de uppgifter, som lämnats oss av chefsläkarna för den psykiska barna- och ungdomsvården, samt till de av Stockholms stads barnavårdsnämnd redovisade fallen, på vilka läkare i regel har varit inkopplade. Om man räknar med ett platsantal på tio och en genomsnittlig vårdtid på fyra à sex månader, utvisar resultatet av vår utredning, vars siffror anger ett i regel under ett år uppkommet behov men — vi upprepar det — dock sannolikt ligger i icke oväsentlig grad under det faktiska behovet, att man för närvarande i första hand bör inrätta följande behandlingshem av typ I, nämligen fyra i Stockholms stad, två i vardera Stockholms län och Göteborgs stad, ett i Uppsala län, ett i Värmlands län och möjligen ett i vardera Jönköpings och Örebro län. Den för Kristianstads läns landstings psykiska barna- och ungdomsvårds del för ögonblicket mest angelägna institutionen uppges av dess chefsläkare vara ett behandlingshem av typ II. I Malmöhus län anser man sig få vårdbehovet täckt genom en planerad ombyggnad av Råbylund.

I de sjukvårdsområden, där flera behandlingshem av typ I anordnas, kan man tänka sig en viss differentiering av klientelet.

Vi vill särskilt framhålla angelägenheten av att de till undervisningssjukhusen anslutna behandlingshemmen av typ I hålles tillgängliga för samtliga vid sjukhusavdelningen vårdade patienter och ej endast för de i vederbörande landstingskommun hemmahörande.

Anordnandet av dessa behandlingshem skulle innebära ej endast, att ett stort antal barn och ungdomar kunde beredas den vård, som på barn- och ungdomspsykiatris nuvarande ståndpunkt har den största utsikten att återföra barnet eller den unge till hälsa och ett normalt liv i enskilt hem och därigenom befria honom och hans anhöriga från onödigt lidande och samhället från de kostnader ett fortsatt sjukdomstillstånd skulle medföra. Det skulle även innebära en viss avlastning för de barn- och ungdomspsykiatriska klinikerna. Väntetiden för nyanmälda fall vid den psykiska barna- och ungdomsvården skulle därigenom kunna nedbringas och verksamheten, som redan nämnts, bliva i stånd att giva mer effektiv hjälp åt ett större antal psykiskt störda barn och ungdomar än för närvarande är möjligt.

Behandlingshem av typ II

Även de behandlingshem av typ II, vilkas inrättande vi föreslår, bör anordnas efter i huvudsak de riktlinjer, som återfinnes i vårt första betänkande. De skall således avses för barn och ungdomar, vilkas svårigheter till övervägande del utgöres av tidiga karaktärsstörningar. Hemmen kommer att i stort sett bliva en motsvarighet till de nuvarande anstalterna för psykopatiska och nervösa barn. De bör vara institutioner, där man i första hand försöker nå de psykiskt störda med miljöpåverkan. Gruppterapi — varmed vi avser under kvalificerad ledning stående behandling i grupp — jämte olika former av annan gruppaktivitet blir emellertid också verksamma medel vid dessa hem liksom även individuell psykoterapi. Vi är medvetna om att man på karaktärsstörningarnas område ännu i stort sett saknar säkra behandlingsmetoder. Vi finner det därför särskilt viktigt, att man vid behandlingshemmen av typ II får möjlighet att pröva olika metoder och att det praktiska arbetet kan förenas med en vetenskaplig verksamhet. Ej minst angeläget är, att resultatet av de olika metoderna fortlöpande följes och noggrant undersökes.

Ursprungligen var vi inställda på att behandlingshem av typ II skulle inrättas endast för ett normalbegåvat klientel. Vår rundfråga angående behovet av detta slag av behandlingshem avsåg också endast normalbegåvade barn. Utredningen visade emellertid, att man visserligen behövde vårdplatser för ett stort antal normalbegåvade men att man därutöver fann det nödvändigt att inrätta hem för debila barn och ungdomar med karaktärsstörningar. Av de redovisade fall, beträffande vilka uppgift om intelligensnivån lämnats, kan drygt 60 föras till gruppen debila. 42 av dessa — 16 barn under 13 års ålder (2 i förskoleåldern), 18 gossar och 7 flickor i ungdomsgruppen — redovisas av barnpsykiatriska läkare, medan 20 — 10 barn i den yngre gruppen, 7 gossar och 3 flickor i den äldre gruppen — redovisas av barnavårdsassistenter och barnavårdsnämnder samt en 12-årig gosse redovisas från en institution. Klientelet vid behandlingshemmen av typ II bör därför, liksom fallet för närvarande i viss utsträckning är vid anstalterna för psykopatiska och nervösa barn, omfatta både normalbegåvade och debila barn och ungdomar i och över skolåldern. Av utredningen framgår, att det aktuella behovet av denna typ av placering för barn i förskoleåldern gäller endast tre barn. För de enstaka småbarn, som sålunda kan komma i fråga, synes man utan svårighet kunna finna andra vårdformer. Sannolikt kommer barnen att endast i undantagsfall kunna besöka ortens skola eller anstalt för yrkesundervisning.

Man måste räkna med att vårdtiden blir väsentligt längre vid behandlingshemmen av typ II än vid behandlingshemmen av typ I och att såväl institutionens utformning som det dagliga livet inom dess område måste komma att påverkas härav. För att man skall kunna tillvarata möjlig-

heterna att utnyttja gruppbildningen i det terapeutiska arbetet, blir en differentiering av klientelet nödvändig. Olika hem bör inrättas för olika grupper av vårdbehövande. I första hand bör en åtskillnad efter ålder göras. Vad ungdomarna beträffar, uppstår frågan om en uppdelning efter kön. En del nackdelar kan vara förknippade med en sådan uppdelning, vi tänker bland annat på risken för homosexuella kontakter. Att sammanföra ungdomar av båda könen till en och samma institution kan emellertid också medföra svårigheter av sexuell art, även om ett sådant system ur andra synpunkter vore att föredraga. Svårigheterna synes oss kunna bli så stora, att vi för vår del vill tillråda en uppdelning. Då emellertid systemet med odelade ungdomsanstalter ännu är oprövat i vårt land och det kan vara värdefullt att vinna erfarenhet även härav, vill vi ej motsätta oss, att ett sådant behandlingshem anordnas, om någon huvudman av särskilda skäl finner detta önskvärt.

Vi har övervägt, var åldersgränsen mellan det yngre och det äldre klientelet bör dragas. Praktiska skäl synes tala för en åtskillnad av barn i skolåldern å ena sidan och ungdomar, som avslutat sin skolgång, å den andra. Erfarenheterna från i synnerhet Barnbyn Skå visar emellertid, att man bör göra åtskillnaden vid tidpunkten för pubertetens inträde, d. v. s. vid 12 å 13 års ålder. Utskrivningsgränsen bör i så fall vara flytande och vid behov kunna utsträckas till 18 å 20 års ålder. Vi finner mycket tyda på, att den senare uppdelningen skulle leda till det bästa resultatet, och föreslår, att behandlingshem av typ II inrättas dels för yngre barn av båda könen, dels för pojkar i tonåren och dels för flickor i tonåren.

Med hänsyn till att det sålunda visat sig, att klientelet kommer att omfatta också ett antal debila, synes en åtskillnad böra göras även i begåvningshänseende, så att särskilda institutioner inrättas för de hjälpklassmässiga barnen och för de debila ungdomarna. En sådan uppdelning tror vi vara till fördel särskilt med tanke på att normalbegåvade och debiler sig olika, då det gäller behandlingen av dem. En nackdel är, att de debila, som är spridda över hela landet och för vilka för närvarande ej synes behövas mer än ett fåtal hem, i stor utsträckning skulle komma att bli placerade långt från sin hemort. Vi finner det svårt att fixera en gräns nedåt på intelligensskalan för behandlingshemmens klientel. Enligt vår åsikt bör dock särskolemässiga barn och ungdomar under inga förhållanden placeras i behandlingshem av typ II. Vi är angelägna att framhålla, att vår skiss av hemmens utformning ej gör anspråk på att vara den enda möjliga. Det bör ej föreligga något hinder för att inrätta ett behandlingshem av typ II för såväl normalbegåvade som lättare debila barn och ungdomar, om man på något håll så önskar. Det enda från vår synpunkt nödvändiga är, att vårdplatser anordnas både för de normalbegåvade och för de debila.

De barn och ungdomar, som tages in vid behandlingshem av typ II,

kommer att i största utsträckning uppvisa symptom av asocial karaktär. Man kan ställa sig frågan, var gränsen mellan behandlingshemmens och ungdomsvårdsskolornas klientel bör gå. Ehuru vi finner det omöjligt att giva ett definitivt svar på denna fråga, kan som en vägledning framhållas, att de barn och ungdomar, vilka fastnat i ett mera påtagligt asocialt beteende, i regel bör hänföras till ungdomsvårdsskoleorganisationen, medan de som ännu ej fixerats i asocialitet bör beredas vård vid behandlingshem, om de i övrigt anses behöva och kunna tillgodogöra sig sådan vård. I viss mån kommer på detta sätt en gränsdragning att göras efter ålder, och yngre barn med beteenderubbningar att tagas in vid behandlingshem, medan mer kriminaliserade äldre barn och ungdomar blir ungdomsvårdsskoleelever. Även bland de äldre kommer det emellertid naturligtvis också att finnas ett ej oväsentligt antal, som behöver vård vid behandlingshem men som ej kommit så långt i asocialitet, att intagning vid ungdomsvårdsskola över huvud taget är indicerad. De resultat man kan uppnå vid behandlingshemmen och erfarenheterna i övrigt från verksamheten där kommer att i framtiden på ett säkrare sätt kunna utvisa, var gränsen bör gå mellan ungdomsvårdsskoleelever och behandlingshemspatienter. Vi vill betona, att den av oss skisserade gränsdragningen givetvis blott är praktisk och ej principiell; alla ungdomsvårdsskoleelever bör få någon form av medicinskt och psykologiskt influerad behandling, och alla i behandlingshem intagna behöver en fostrande påverkan.

Behandlingshemmen av typ II tänker vi oss som något större enheter än behandlingshemmen av typ I. Platsantalet bör vara 18—20. Naturligen vore det ur terapeutisk synpunkt önskvärt, att även denna typ av hem hade ett lägre platsantal, i synnerhet då det gäller hemmen för de yngre skolbarnen. Nödvändigheten att bereda dessa barn, som ofta måste vårdas flera år vid hemmen, individuellt betonad skolundervisning, då så erfordras även särskild hjälp med läs- och skrivsvårigheter, har emellertid kommit oss att föreslå ett platsantal på omkring 20. Med detta platsantal kan barnens omvårdnad bliva god samtidigt som hemmen kan förses med egen skola och lärarnas arbetskraft helt utnyttjas.

Behandlingshemmen av typ II för de yngre åldersgrupperna bör ligga utanför egentlig tätbebyggelse på en plats, där riklig tillgång finnes till friluftsliv i skog och mark. Samtidigt bör hemmen ha goda kommunikationer till närmaste huvudort och även ligga relativt nära landstingskommunens barnpsykiatriska rådgivningscentral eller lasarettavdelning. De hem, som inrättas för ungdomarnas del, bör placeras på en ort, där tillgång till industri- och verkstadsarbete finnes och där man sålunda får möjlighet att pröva ungdomarna i olika yrken och så småningom slussa ut dem i arbetslivet.

Ett behandlingshem av typ II kan inrymmas antingen i en enda byggnad, försedd med väl tilltagen tomt — vi vill särskilt understryka behovet av

goda tomtutrymmen för detta slag av institution — eller i olika smärre byggnader, »stugor», alla belägna på samma tomtområde. Systemet med »stugor», var och en med plats för fem à sju barn och var och en försedd med självhushåll, utgör kanske den lyckligaste formen av ett behandlingshem av typ II, men vi finner även en förläggning till en enda byggnad kunna innebära en fullt acceptabel planlösning. Väljer man den senare typen, bör dock hemmen inredas på så sätt, att barnen kan fördelas i smågrupper, var och en med sin vårdpersonal.

Den närmare utformningen av denna typ av behandlingshem kan naturligtvis göras på många olika sätt, som vart och ett är lika ändamålsenligt, och vi vill ej här lämna detaljerade anvisningar. Att sovrummen planeras för en, två eller — då det gäller de yngre barnen — högst fyra bäddar, finner vi naturligt. Förutom matrum, kök och övriga ekonomitrymmen, expeditiionslokaler, personalrum och andra självfallet nödvändiga utrymmen bör ett behandlingshem av typ II för yngre åldersgrupper innehålla dels en relativt stor, »oöm» lokal, även användbar som samlingsrum vid olika slag av fester, dels flera mindre rum i direkt anslutning till varandra och avsedda för grupperterapi och olika former av annan gruppaktivitet. Här bör finnas öppen spis eller andra möjligheter för eldning och enklare matlagning, hyvelbänkar, arbetsbord för lera, sandlåda, där man även kan leka med vatten och sand o. s. v. Vidare bör hemmet inrymma små skolrum, förlagda så att de vid behov kan övervakas av en lärare, samt ett psykologrum med gängse sandlådeutrustning. Är hemmet fördelat på småstugor, kan det måhända visa sig lämpligast, att förlägga lokalerna för den mer intensiva, differentierade gruppaktiviteten till en särskild byggnad.

I behandlingshem av typ II för tonåringar bör lokalerna för fritids- och gruppaktivitet ha en något annorlunda utformning. Den stora samlingslokalen bör vara utrustad med gymnastikredskap. Den bör även ha plats för en mindre orkester och förses med radiogrammofon och TV-apparat. Vidare bör man ha flera små hobbylokaler, där man kan växla mellan olika slag av gruppaktivitet, t. ex. lärarbete, träslöjd och mekaniskt arbete. Skolrummen bör i dessa hem också kunna användas för en i liten skala hållen arbetsträning, som ger ungdomarna möjlighet att pröva på olika yrken och förbereder dem för det kommande förvärvslivet.

Det vore värdefullt att vid något behandlingshem för ungdomar pröva ett system med en särskild utskrivningsavdelning, där ungdomarna under en längre eller kortare tid får bostad jämte stöd och viss tillsyn av behandlingshemmets eller rådgivningscentralens personal, medan de är sysselsatta med förvärvsarbete i trakten. En sådan utskrivningsavdelning skulle för ungdomarnas del utgöra ett mellanled mellan det bundna livet i institutionen och en självständig tillvaro i arbetslivet, en tillvaro för vilken de många gånger ej är helt rustade, även om de ej längre behöver all den behandling, omvårdnad och tillsyn, som ingår i den slutna vården.

Personalbostäderna vid behandlingshemmen av typ II bör även ägnas stor omsorg. Ur ren vårdsynpunkt skulle man önska, att personalen hade sina bostäder i hemmen bland barnen och ungdomarna. Då emellertid arbetet bland detta klientel är ytterst krävande, kan man befara, att en sådan dygnet-runt-kontakt med barnen och ungdomarna i längden bleve alltför påfrestande. Följden skulle kunna bli en höjning av omsättning av personalen — något som vid detta slag av hem vore synnerligen olämpligt — utan också en uttröttad, irriterad personal, som ej under arbetstiden kunde ägna barnen all den omsorg man har rätt att förvänta. Erfarenheten från de nu befintliga anstalterna för psykopatiska och nervösa barn synes visa, att fog finnes för dessa farhågor. Vi tror det därför vara lämpligast, att barnens och de ungas sovavdelningar förses med jourrum för personalen och att personalens bostäder förlägges något avskilt från behandlingshemmet, möjligen utanför hemmets område. Med tanke på att personalen till följd av behandlingshemmens läge utanför stadsbebyggelse får sin möjlighet till en stimulerande fritidssysselsättning i viss mån beskuren, bör den ha tillgång till en klubblokal, där man kan hålla konferenser eller idka vanlig sällskaplig samvaro.

Till frågan om personalens sammansättning, arbetsuppgifter och utbildning återkommer vi i det följande (sid. 44).

Vår utredning visar, att man enbart inom den psykiska barn- och ungdomsvården, utöver vårdplatserna i de nuvarande anstalterna för psykopatiska och nervösa barn, har ett aktuellt behov av vårdplatser i behandlingshem av typ II för minst 247 barn och ungdomar. Därtill kommer, som framgår av tabell 4 sid. 24, 22 barn från olika institutioner. Av dessa 269 barn och ungdomar är 106 mellan sju och tretton år, medan 100 pojkar och 63 flickor fyllt tretton år. Även om gränsen ej för alla barn bör gå vid trettonårsåldern, torde man kunna räkna med att det för barn och ungdomar, som blivit undersökta av barnpsykiater, för närvarande skulle behövas fem behandlingshem av typ II för yngre barn, fem hem för äldre gossar och två à tre hem för äldre flickor. Om man väljer att inrätta särskilda hem för de debila, bör ett hem för yngre skolbarn och ett hem för äldre gossar avses för detta klientel. De äldre debila flickorna är, såvitt framgår av vår utredning, så få, att de torde kunna vårdas antingen tillsammans med de yngre skolbarnen eller i hem för normalbegåvade flickor. Samtliga hem beräknas ha tjugo platser. Stockholms stads barnavårdsnämnd har redovisat 62 fall, som är i behov av vård i behandlingshem av typ II, och skulle enbart med dessa fall omedelbart kunna fylla två hem för manlig ungdom och ett hem för skolbarn. Härutöver kommer ett av barnavårdsassistenter och andra barnavårdsnämnder redovisat platsbehov för 31 barn under tretton års ålder och för 38 gossar och 19 flickor, som fyllt tretton år, samt en förmodligen rätt stor del av de 350 barn och ungdomar, vilka i tabell 1 förts under rubriken »PBU». Till dessa siffror, som i sig innefattar en del

debila, kommer ytterligare ett icke känt antal debila barn och ungdomar med karaktärsstörningar.

Vårdtiden i behandlingshemmen av typ II torde i genomsnitt komma att uppgå till omkring två år. Vårt utredningsresultat visar visserligen ett i viss mån ackumulerat behov — för barnpsykiaternas del dock i regel det under år 1957 uppkomna behovet — men måste av skäl som vi tidigare anfört i hög grad betraktas såsom minimisiffror. Man kan vidare räkna med att en utbyggnad av den psykiska barna- och ungdomsvården kommer att medföra ett ökat krav på möjligheten att taga hand om detta svåra klientel, även om tillkomsten av behandlingshem av typ I något dämpar detta krav. Å andra sidan må framhållas, att barn- och ungdomspsykiatri för närvarande befinner sig i en snabb utveckling och att det ej är otänkbart, att man så småningom kommer fram till behandlingsmetoder, som tillåter en kortare vårdtid, än man för närvarande nödgas räkna med. Det kan även tänkas, att en förstärkt organisation för fosterhemsförmedling och en förbättrad fosterhemsvård med ökat stöd åt fosterföräldrarna och förhöjda fosterlegor skulle i någon mån nedbringa behovet av anstaltsvård.

Dessa olika överväganden har gjort oss obenägna att föreslå en från början starkt utgrenad organisation för behandlingshemmen av typ II. Ett frängande behov av denna vårdform föreligger otvivelaktigt för ett icke oväsentligt antal barn och ungdomar, och vi anser det i hög grad önskvärt, att åtminstone de tolv nyss nämnda hemmen inrättas, i allra första hand två hem för vardera gruppen yngre barn och äldre pojkar och ett för gruppen äldre flickor. Den ökade erfarenhet av institutionsvård av psykiskt störda barn och ungdomar, som man undan för undan förvärvat, liksom nya vetenskapliga rön inom barn- och ungdomspsykiatri torde efter hand komma att visa vägen för den fortsatta utbyggnaden av organisationen.

Behandlingshem av typ II kommer således i första hand ej att behöva anordnas inom varje landstingsområde. Vi anser det dock önskvärt, att minst ett sådant hem anslutes till varje undervisningssjukhus och avses för det klientel, som vid sjukhuset i fråga anses förete det mest angelägna vårdbehovet.

Vi vill gärna framhålla, att tillskapandet av de nya vårdformer, som utgöres av de båda typerna av behandlingshem, ej innebär en motsvarande ökning av institutionsvård av barn och ungdom över huvud taget. Vår utredning visar, att av de 247 barn och ungdomar, som av läkare vid psykisk barna- och ungdomsvård ansågs behöva vård i behandlingshem av typ II, vistades 44 i barnhem, 7 i ungdomsvårdsskola och 10 i andra typer av institutioner. Av de av barnavårdsassistenter och barnavårdsnämnder redovisade 150 fallen vårdades 40 i barnhem, 2 i ungdomsvårdsskola och 21 i andra institutioner. Av de 287 fall, som av barnpsykiatrisk läkare ansågs böra vårdas i behandlingshem av typ I, vistades 38 i barnhem, 2 i ungdomsvårdsskola och 4 i annat slag av institutioner. Av de av barna-

vårdsassistenter och barnvårdsnämnder redovisade 155 fallen befann sig 55 i barnhem och 3 i andra institutioner. Anordnandet av de båda slagen av hem skulle sålunda kanske i första hand ej komma att i högre grad lätta på det nuvarande så besvärande trycket på ungdomsvårdsskolorna. Från barnhemmen skulle däremot tydligen en rätt betydande överflyttning av barn till behandlingshem komma att företagas. Då dessutom flera omständigheter, ej minst ett från myndigheternas sida intensivt bedrivet arbete att ersätta barnhemsvård med fosterhemsvård, för närvarande bidrager till en minskad efterfrågan på barnhemsplatser, kommer säkerligen flera barnhem att med tiden kunna friställas från sin nuvarande uppgift och övergå till att bliva behandlingshem. Som vi tidigare anfört, har också socialstyrelsen i sitt remissutlåtande över vårt första betänkande påpekat, att barnhemmens vårdkapacitet för närvarande ej till fullo utnyttjas.

Personalen vid behandlingshem

Man kan ej nog starkt understryka vikten av att behandlingshemmen förses med erfaren, väl utbildad och för arbete med psykiskt störda barn och ungdomar personligen särskilt lämpad personal. De anställdas kvalifikationer och den anda, som de kan skapa i en institution, har en väsentligt större betydelse för vårdens resultat än aldrig så ändamålsenligt inredda lokaler. Av utomordentlig betydelse är också, att personal i tillräckligt antal anställs vid varje hem, och detta gäller både den specialutbildade personalen och, ej minst, vårdpersonalen. Vi kommer här nedan för översiktlighetens skull att först något beröra den specialutbildade personalen vid de tre olika slagen av hem och därefter framlägga våra önskemål beträffande vårdpersonal.

Kvalificerad personal

Behandlingshemmen av typ I bör, som vi tidigare nämnt, vara direkt anslutna till den psykiska barna- och ungdomsvården som en underavdelning och helst ligga i närheten av barnpsykiatrisk klinik eller central. Lasarettsläkaren eller annan överläkare bör vara chef för behandlingshemmet och tillsammans med underläkare ombesörja sjukvården vid hemmet. Läkarvården kan beräknas omfatta minst en hel dag eller två halva dagar varje vecka.

För observation och behandling av barnen och för kontakt med deras föräldrar, eventuellt också terapi åt dessa, erfordras vid behandlingshemmen av typ I liksom vid barnpsykiatrisk lasarettsavdelning eller fristående rådgivningscentral — förutom läkare — psykologer och barnpsykiatriska kuratorer. Deras arbetsuppgifter blir i stort sett desamma som deras i vårt

tidigare betänkande skildrade uppgifter vid lasarettavdelningarna och rådgivningsbyråerna. Deras utbildning bör också vara den i vårt första betänkande angivna. Vi tror det vara till fördel för samarbetet mellan klinik respektive central och behandlingshem och för kontinuiteten i arbetet, om klinikens eller centralens befattningshavare får en del av sin tjänstgöring förlagd till behandlingshemmet, där de kan fullfölja den observation eller behandling de en gång påbörjat. Personalen vid kliniken eller centralen bör då utökas i samma omfattning, som den tages i anspråk för behandlingshemmets del.

Undervisningen av de i behandlingshem av typ I intagna skolbarnen bör anpassas efter varje enskilt barns behov och möjligheter. En del barn kan sannolikt med fördel följa undervisningen i ortens skola och bör då också göra detta. De övriga bör beredas enskild undervisning antingen i skolan eller i behandlingshemmet, i det senare fallet av en särskilt anställd lärare eller lasarettavdelningens respektive centralens pedagogkonsult.

Även behandlingshemmen av typ II bör ha anknytning till en barnpsykiatrisk lasarettavdelning eller central, ehuru denna anknytning av naturliga skäl ej blir lika fast som då det gäller den första typen av behandlingshem. Läkare vid ett behandlingshem av typ II bör vara en av de läkare, som är anställda vid den psykiska barna- och ungdomsvården i det landstingsområde, där behandlingshemmet är beläget. Såväl överläkare som underläkare bör allt efter behov engageras i vården och behandlingen. Läkarvården kan också vid dessa hem beräknas omfatta minst en hel dag eller två halva dagar varje vecka.

För varje behandlingshem av typ II bör dessutom finnas en å två heltidsanställda psykologer med huvudsaklig inriktning på terapeutiskt arbete. Psykologerna bör ha speciell erfarenhet av gruppterapi. För föräldrakontakt och föräldraterapi och för eftervård av utskrivna patienter bör vid varje behandlingshem av typ II finnas en barnpsykiatrisk kurator. Då arbetet vid ett behandlingshem av denna typ pågått några år, kommer eftervården att undan för undan öka i omfattning och kräva en allt större insats från personalens sida. Det kan då eventuellt bli erforderligt att inrätta ytterligare någon kuratorstjänst. Både psykolog och kurator bör ha den utbildning vi föreslagit för motsvarande befattningshavare vid lasarettavdelningar och rådgivningsbyråer. Vi vill i detta sammanhang framhålla angelägenheten av att man, då psykologutbildningen får sin definitiva utformning, även beaktar frågan om utbildning för gruppterapeutiskt arbete.

Vid behandlingshem av typ II för yngre barn bör finnas en småskollärare och en folkskollärare, vid hemmen för tonåringarna två folkskollärare. Lärarnas behov av utbildning för hjälpklassundervisning blir beroende av klienteletts sammansättning vid varje särskilt hem. Därjämte bör finnas tillgång till hantverkare, helst snickare, för den manliga ungdomens arbets-

träning samt till fritidsledare. Vid hemmen för tonårsflickor bör på samma sätt finnas tillgång till skolkökslärare och slöjdlärare. Då så lämpligen kan ske, bör även flickorna få en viss hantverksträning.

Vårdpersonal

Vårdpersonalen spelar vid de båda slagen av hem en minst lika betydelsefull roll som den psykiatriskt, psykologiskt, pedagogiskt och socialt utbildade. Vi vill än en gång betona, att den personliga lämpligheten för uppgiften, viljan och förmågan att sätta sig in i barnens speciella svårigheter och dessas orsaker, att visa förståelse och tålmod, är grundförutsättningar för ett gott arbete bland psykiskt störda barn och ungdomar — liksom över huvud taget inom barna- och ungdomsvården. Men naturlig fallenhet och entusiasm för arbetet är ej tillfyllest, det är också nödvändigt att ha teoretiska kunskaper. Helst borde kanske vårdpersonalen vid behandlingshem, såväl föreståndare som vårdare och vårdarinnor, ha psykologisk utbildning, såsom fallet är vid en del amerikanska institutioner av motsvarande slag. Detta kommer dock säkerligen av flera skäl att länge förbliva blott ett önsketänkande i vårt land. Man torde för den närmaste framtiden få inrikta sig på att tillvarataga de utbildningsformer, som finnes eller lätt kan ordnas, och i övrigt söka anställa vårdpersonal med så god praktisk erfarenhet som möjligt från arbete bland barn och ungdom. Vi är angelägna om att framhålla, att man såvitt möjligt bör anställa både manlig och kvinnlig personal vid behandlingshemmen.

Föreståndare för behandlingshem av typ I och för de behandlingshem av typ II, som avses för yngre barn respektive tonårsflickor, bör, såvitt man väljer en kvinnlig befattningshavare, ha examen från sociala barnavårdsseminariet. Detta seminarium bedriver under Allmänna barnhusets huvudmannaskap sedan år 1953 utbildning av föreståndare för upptagningshem och barnhem för varaktig vård. Vid behandlingshemmen av typ I synes även en sjuksköterska med särskild barnpsykiatrisk utbildning och erfarenhet kunna komma i fråga. Behandlingshemmen av typ II för pojkar i tonåren bör i regel ha en manlig föreståndare. Direkt utbildning av manliga föreståndare saknas för närvarande. Examen från socialinstituts sociala linje eller ungdomsledarekurs synes dock vara en möjlig teoretisk grund. Därtill bör komma god erfarenhet från arbete bland barn och ungdom och även från barnpsykiatrisk verksamhet. Vid sidan av den manliga föreståndaren bör finnas en husmor.

Den biträdande föreståndarepersonalen bör ha samma utbildning som föreståndarna. Vid behandlingshemmen av typ I, där man kommer att vårda även barn i förskoleåldern, kan det visa sig lämpligt att till biträdande föreståndare anställa en förskollärare.

Förutom föreståndare och biträdande föreståndare bör vid varje hem finnas kokerska och köksbiträde samt vårdare och vårdarinnor till ett antal av minst fyra vid hem med tio platser och minst åtta vid hem med omkring tjugo platser.

Utbildning av vårdpersonal

För närvarande saknas helt en lämplig utbildning för underordnad vårdpersonal vid institutioner av det slag vars inrättande vi föreslår. För vård av barn med andra fysiska eller psykiska handikap har mer eller mindre tillfälliga kurser förekommit. Så har till exempel inom vården av psykiskt efterblivna en del kurser för vårdarinnor under senare år ordnats, nämligen dels en ettårig kurs vid Skaraborgs och Älvsborgs läns landstings skol-, yrkes- och vårdhem Johannesberg, dels av skolöverstyrelsen anordnade kurser på omkring tre veckor. 1951 års sinnesslövsutredning framlade i sitt tredje, den 21 april 1955 avgivna betänkande förslag till en 22 veckor lång, för vården av de psykiskt efterblivna speciellt avpassad utbildningskurs, som avsågs att utgöra en påbyggnad på barnsköterskeutbildningen. Kursen föreslogs i första hand anordnas på tre olika orter i landet. Huvudman för kursverksamheten föreslogs bli vederbörande landsting eller landstingsfri stad. Kurser i ungefärlig överensstämmelse med förslaget planeras för närvarande vid Johannesberg och vid Stockholms stads vårdhem Carlslund.

Enligt vår mening har yrkesskolorna en uppgift att fylla på detta område ej endast för vården av de psykiskt efterblivna utan för vård av barn med olika fysiska och psykiska handikap. Vi tror, att en sådan utbildning skulle öka i värde för eleverna, om den ej inriktades på en enda typ av institution utan förberedde eleverna för arbete i olika slag av anstalter för vård av missgynnade barn. På vår begäran har inom överstyrelsen för yrkesutbildning uppgjorts en undervisningsplan för en sådan mera allsidig kurs för vård av psykiskt och fysiskt handikappade barn. Kurstiden är 22 veckor. Utbildningen är såväl praktisk som teoretisk. För att vinna inträde vid kursen skall man ha genomgått en yrkeskurs för barnsköterskor om minst 26 veckor samt ha fyllt eller före kursens slut fylla 19 år. Eventuellt bör kursen föregås av en månads provtjänstgöring vid en institution för handikappade barn, varunder vederbörandes lämplighet för detta slag av arbete bedömes. Kursen utgör en motsvarighet till den för arbete bland friska barn avsedda yrkeskursen för utbildning av institutionsbarnsköterskor.

Den närmare fördelningen av timantalet i den föreslagna kursen mellan praktisk och teoretisk undervisning samt på de olika ämnesgrupperna ävensom omfattningen av varje ämnesgrupp framgår av följande förslag till timplan och kursfördelning.

Timplan

Läroämnen	Antal vecko- timmar i medeltal	Antal föreläs- ningar i medeltal	Antal undervis- ningstim- mar i medeltal
A. <i>Praktisk undervisning</i>			
1. Vård av psykiskt och fysiskt handikappade barn.....	38		
B. <i>Teoretisk undervisning</i>			
1. Barn- och ungdomspsyko- logi.....	1,5	20	10
2. Samarbetspsykologi och mentalhygien.....	1	20	
3. Sysselsättningsmetodik....	1,5		30
4. Vård av handikappade barn	1	20	
5. Arbetsorganisation med ekonomi.....	0,5		10
6. Kostlära.....	0,5		10
7. Sång.....	1		20
Summa timmar	45	60	80

Kursfördelning

A. Praktisk undervisning*1. Vård av psykiskt och fysiskt handikappade barn*

Vård av psykiskt och fysiskt handikappade barn vid uppstigning, sänggående, måltider m. m. samt psykisk omvårdnad och sysselsättning. Systematiska iakttagelser av ett eller flera barn under hela den tid, som kursen pågår. Nedskrivande av observationerna och genomgång samt redogörelse till läraren för diskussion och hjälp. Jämförelse med normala barn.

B. Teoretisk undervisning*1. Barn- och ungdomspsykologi*

Något om arv och miljö.

Den psykiska utvecklingen under barnaåldern, skolbarns- och ungdomsåldrarna. Beteenderubbningar. Barndomsupplevelsernas inverkan på den psykiska hälsan och personlighetsutvecklingen.

Samarbete mellan hem och institution.

2. Samarbetspsykologi och mentalhygien

Ett ur mentalhygienisk synpunkt positivt program för samarbete och trivsel inom en institution mellan barn, föräldrar, personal m. fl.

3. Sysselsättningsmetodik

Olika sysselsättningar för barn: målning, modellering, träslöjd och annat

fritt skapande. Leksaker passande för olika åldrar. Bilderböcker, sagor och berättelser. Bildband och film, radio och television. Sällskapsspel och teater m. m.

4. *Vård av psykiskt och fysiskt handikappade barn*

Psykologiska synpunkter på barn med olika handikap: blinda, döva, vanföra, spastiska och barn med psykiska rubbningar.

5. *Arbetsorganisation med ekonomi*

Organisation av arbetet inom olika institutioner för barn. Uppställande av en enkel plan över kostnaderna för en dylik institution.

6. *Kostlära*

Genomgång av den enkla grundläggande kosten för barn. Demonstration av typrätter i samband med matsedelsplanering.

7. *Sång*

Enkla sånger, sånglekar och visor lämpade för barn.

Den praktiska utbildningen av eleverna bör förläggas till olika typer av institutioner, där fysiskt och psykiskt missgynnade barn vårdas.

Vi förutsätter, att statsbidrag till en sådan kurs skulle utgå efter samma grunder som för de kommunala yrkesskolorna i allmänhet och statlig studiehjälp lämnas till eleverna enligt de för studerande i allmänhet gällande bestämmelserna. Kursverksamheten bör stå under överinseende av överstyrelsen för yrkesutbildning.

Vi vill föreslå, att man vid de kommunala yrkesskolorna överväger möjligheten av att anordna kurser av ovan angivet slag. Betyg från genomgången kurs bör berättiga till placering i högre lönegrad än den icke utbildade personalen erhåller.

Intill dess en utbildningskurs för underordnad anstaltspersonal blivit anordnad, torde ledningen för varje hem få sörja för den egna personalens utbildning. Detta blir i särskilt hög grad önskvärt vid behandlingshemmen av typ II. Vid dessa hem kommer barnen att vårdas länge och sålunda bliva speciellt beroende av de personer, som hjälper dem till rätta under vardagslivets gång. Det gäller här att utöva terapi i vardagssituationer mer än i terapirummet, vid matbordet, vid tillfälliga pratstunder med barnen, vid fritidssysselsättning och, ej minst, vid sänggåendet, då de psykiskt störda barnens oro ofta gör sig särskilt märkbar. Vi vill i detta sammanhang citera några rader ur Bruno Bettelheims¹ skildring av en institution,

¹ Bruno Bettelheim, som är född och utbildad i Wien, förestår det till universitetet i Chicago anslutna Sonia Shankman Orthogenic School. Bettelheim undervisar även vid universitetet såsom professor i »educational psychology».

motsvarande de av oss tänkta behandlingshemmen av typ II: »Den hjälp som vi kan ge ett barn vid sängdags kan gott och väl betyda mer än allt vi kan göra för barnet under dagens lopp. Att återskänka barnet en ostörd nattvila är en av de mest betydelsefulla tjänster skolan kan lämna och ofta ett av de första stegen mot ett klarläggande av barnets problem. Många av våra barn kommer till oss med långvarig erfarenhet av sömnlöshet och nattskräck. Om vi åtminstone kan återuppväcka deras förmåga att sova lugnt tio timmar eller mer i sträck, har vi kommit en bra bit på väg i våra försök att få dem att slå sig till ro, att göra dem mindre ängsliga, mindre spända och över huvud taget mera väl till mods. När vi väl lyckats genomföra denna tjänst, blir vårt arbete under dagen mycket enklare.» (Bruno Bettelheim: *Love is not enough*, Free Press 1950, översättn. mentalsjukvårdsdelegationens kansli.)

Även då man fått tillgång till personal med någon grundutbildning, kommer en viss vidareutbildning på själva arbetsplatsen alltid att bli nödvändig. Både en grundläggande orientering för nyanställd, icke utbildad personal och en fortsatt undervisning måste sålunda anordnas vid hemmen, lämpligen i form av föreläsningar och diskussioner samt konferenser om de i vederbörande hem vårdade barnen. Det förefaller naturligt, att ansvaret för denna personalskolning lägges på behandlingshemmets läkare och psykologer. De senare får dessutom en särskild uppgift som rådgivare åt vårdpersonalen i dennas dagliga umgänge med barnen.

Särskild personalvård

En god personalvård omfattar emellertid ej endast omsorg om personalens utbildning och försök att genom ständig »droppåverkan» hålla de anställdas intresse för arbetet levande. I behandlingshemmen av typ II kommer personalen att bli i viss mån isolerad och hänvisad till sig själv. De personliga problemen har under sådana förhållanden en benägenhet att antaga överdrivna proportioner och för individen te sig svårbemästrade. Därtill kommer, att det starka känslomässiga engagemang i klientelets olika psykologiska svårigheter och den djupare inblick i mekanismen bakom även banala beteenderubbningar, som arbetet måste medföra, ofta kan innebära skakande upplevelser för de anställda och komma dem att finna arbetet psykiskt orosfyllt och påfrestande. För att förhindra täta personalbyten men också för att hålla de olika befattningshavarna vid god andlig vigör, så att de ej steltnar i felaktiga attityder mot klientelet, synes en viss mentalhygienisk verksamhet bland de anställda vara erforderlig.

Vi är ej beredda att framlägga definitiva förslag om hur denna för arbetets rätta bedrivande så viktiga fråga bäst skall lösas. Vi är emellertid angelägna om att problemet ständigt beaktas och att man vid varje institution söker finna en med hänsyn till de lokala förhållandena tillfredsstäl-

lande lösning. Nödvändigt är givetvis, att det arbete hennens läkare och psykologer ägnar personalvården inräknas i deras ordinarie uppgifter vid hemmen och förlägges till ordinarie arbetstid.

Mentalsjukhem för barn och ungdomar

Vissa av de barn och ungdomar, som lider av sinnessjukdom eller likartade sjukdomstillstånd, behöver ofta en långvarig institutionsvård utan att därför vara i behov av den mera intensiva behandling vi förutsätter ske på sjukhus. De mentalsjukhus, vilkas inrättande vi föreslog i vårt tidigare betänkande, avsåg vi huvudsakligen för barn, som uppnått minst tio års ålder. De yngre barnen men också något äldre barn och lugna ungdomar, som uppvisar mindre störande sjukdomssymptom, hör, enligt vår åsikt, hellre vårdas i små, hemliknande institutioner, där man lättare än i ett större sjukhus kan inrikta sig på en kontaktbefrämjande omvårdnad.

Behovet av vårdplatser för denna grupp av barn och ungdomar är ej stort. Såsom framgår av tabell 3 sid. 23, rör det sig för närvarande för hela landet om sammanlagt 128 fall, 53 barn under elva års ålder och 75 äldre, varav 36 ungdomar i åldern 15—20 år. Flera av de äldre barnen och ungdomarna torde lika väl eller kanske bättre kunna omhändertagas i mentalsjukhus för barn och ungdomar. En del uppgiftslämnare har också angivit, att de av dem redovisade fallen borde ha vård antingen i det ena eller i det andra slaget av institution.

Vi har övervägt lämpligheten av att anordna en enda stor institution av den typ som vi i vårt tidigare betänkande kallade behandlingshem av typ II. Vissa fördelar kunde vara att uppnå härmed både med hänsyn till klienteletts sysselsättning och till personalens trivsel och vidareutbildning.

Emellertid har vi funnit, att en sådan koncentreringsvård av psykotiska småbarn och stillsamma ungdomar till en enda institution också skulle medföra väsentliga nackdelar och nackdelar, som synes oss väga vida tyngre än fördelarna. Vår utredning visar, att de barn och ungdomar, som skulle behöva detta slag av vård, är spridda över hela landet. Om endast en enda institution funnes för deras vidkommande, skulle de flesta av dem komma så långt från sina hemorter, att kontakten med de anhöriga ej skulle kunna uppehållas. Det är också i det närmaste omöjligt att vid en anstalt av den storleksordning, som i så fall vore behövlig, skapa den hemliknande, trygga, rogivande atmosfär, som vi helst ville bereda dessa missgynnade barn och ungdomar och som vi tror har en terapeutiskt välgörande inverkan på dem.

Vi menar också, att vården av de psykotiska yngre barnen och lugna ungdomarna hör organiskt ihop med verksamheten vid de av oss föreslagna mentalsjukhusen för barn och ungdomar. I många fall måste en direkt samverkan med ett mentalsjukhus bli nödvändig. Det kan till exempel

gälla en särskild behandling av det slag som helst bör utföras vid ett sjukhus eller en kortare tids vård å slutet avdelning för en tillfälligt orolig patient. Vid mentalsjukhusen kommer också särskild expertis beträffande barn- och ungdomspsykosor att bliva företrädd. Denna expertis borde givetvis helst också komma de psykotiska barn och ungdomar till godo, som vårdas i särskilda behandlingshem. Likaså bör det vara av stort värde för denna expertis att få en fortlöpande kontakt med de psykotiska tillstånden, så som dessa yttrar sig under de tidigare barnåren.

Dessa olika synpunkter har kommit oss att, såsom vi här ovan i korthet nämnt, föreslå, att särskilda behandlingshem, av oss benämnda mentalsjukhem, anslutes till mentalsjukhusen för barn och ungdomar. Mentalsjukhemmen skulle komma att motsvara de i vårt tidigare betänkande diskuterade behandlingshemmen av typ II.

Vid mentalsjukhemmen blir den väsentligaste behandlingen en kontaktbefrämjande omvårdnad. I viss utsträckning torde man också kunna utnyttja både medicinsk behandling och individuell psykoterapi liksom även gruppterapi samt en del former av annan gruppaktivitet. Det kommer vid dessa hem ofta att röra sig om sjukdomstillstånd, som man ännu har endast begränsade möjligheter att bota. Vårdtiden vid hemmen kommer därför sannolikt att bliva relativt lång. Ofta torde man få räkna med att behålla patienterna under flera år i följd, i enstaka fall kanske under hela deras uppväxttid, till dess de når den ålder, då de övertages av mentalsjukvården för vuxna.

Mentalsjukhemmen bör vara belägna på landsbygden med nära tillgång till naturen, till umgänge med djur- och växtliv. Många gånger kan de äldre patienterna bäst sysselsättas med lättare arbetsuppgifter i närliggande jordbruk eller trädgårdar. Av praktiska skäl bör varje hem dock ej förläggas på ett alltför stort avstånd från det mentalsjukhus, vartill det är anknutet.

Beträffande mentalsjukhemmens anordnande gäller i särskilt hög grad, att erfarenheterna om lämplig organisation är begränsade. Vi vill därför här blott giva en antydning om konkreta möjligheter. Liksom vad avsåg mentalsjukhusen för barn och ungdomar, räknar vi med att man kommer att kunna tillgodogöra sig erfarenheterna från det första hemmet vid planeringen av de övriga.

Platsantalet vid mentalsjukhemmen tänker vi oss vara 15—20. Hemmen kan under sådana förhållanden givas den hemliknande karaktär vi anser vara önskvärd, samtidigt som de kan förses med egen skola. Ett hem av denna storleksordning anslutet till vart och ett av de föreslagna fem å sex mentalsjukhusen för barn och ungdomar kommer troligen att täcka behovet av vårdplatser. I de fall då hemmen anordnas enligt paviljongsystem, synes en uppdelning av klientelet böra i första hand ske efter ålder, så att ungdomarna får egna avdelningar.

Överläkaren vid vederbörande mentalsjukhus bör vara chef för mental-

sjukhemmet och tillsammans med underläkare svara för sjukvården vid hemmet. Man torde få räkna med minst ett läkarebesök varje vecka.

Liksom barnpsykiatriska lasaretsavdelningars och fristående centralers kvalificerade personal förutsättes få en del av sin tjänstgöring förlagd till behandlingshemmen av typ I, menar vi, att vid mentalsjukhus anställda psykologer och kuratorer bör omhändera psykolog- och kuratorsarbetet vid mentalsjukhemmen. Psykologen bör leda den individual- eller grupp-terapi eller annan gruppaktivitet, som kan vara lämplig och möjlig att genomföra. Vid något hem kan måhända dessa uppgifter bliva så omfattande, att det kan visa sig nödvändigt att inrätta en heltidstjänst för psykolog vid hemmet. Kuratorns arbete torde regelmässigt kunna utföras av mentalsjukhusets kuratorer vid sidan av övriga arbetsuppgifter.

Ungdomarnas yrkesträning torde kunna ske under ledning av de vid mentalsjukhusen anställda arbetsterapeuterna.

Vid varje mentalsjukhem måste, slutligen, finnas lärare med den utbildning, som klientelets sammansättning kan erfordra.

Föreståndare för ett mentalsjukhem bör vara sjuksköterska med särskild barnpsykiatrisk utbildning och erfarenhet. Biträdande föreståndare bör vara antingen sjuksköterska med ovan angiven särskild utbildning och erfarenhet eller förskollärare.

Utöver föreståndare och biträdande föreståndare bör vid varje mentalsjukhem finnas kokerska och köksbiträde samt minst åtta vårdare och vårdarinnor. Den underordnade vårdpersonalen bör ha samma utbildning och erfarenheten som vi här ovan (sid. 46) angivit såsom önskvärd för motsvarande personal vid behandlingshemmen. Liksom vid dessa hem blir också vid mentalsjukhemmen en ständig vidareutbildning av personalen under arbetets gång nödvändig och även en viss hjälp med personliga problem.

Huvudman för varje mentalsjukhem bör vara densamme som för det mentalsjukhus, vartill hemmet är anslutet, d. v. s. staten, intill dess ett förändrat huvudmannaskap för mentalsjukvården eventuellt kommit till stånd, eller, vad avser det mentalsjukhem, som anknytes till sjukhuset för Stockholms stad och län, Stockholms stad, för den händelse staden blir huvudman för sjukhuset.

Liksom mentalsjukhusen för barn och ungdomar synes mentalsjukhemmen i administrativt avseende lämpligen kunna underställas direktionerna för närliggande mentalsjukhus för vuxna. Det till mentalsjukhuset i Umeå anslutna mentalsjukhemmet bör sortera under samma organ som mentalsjukhuset för barn och ungdomar kan komma att underställas. Mentalsjukhemmen bör stå under tillsyn av samma myndigheter som de mentalsjukhus, till vilka de är anknutna.

Såsom fallet var beträffande mentalsjukhusen för barn och ungdomar, föreslår vi, att statens kommitté för sinnessjukvårdens utbyggande erhåll-

ler i uppdrag att utarbeta lokalprogram och ritningar för mentalsjukhemmen, att föra erforderliga förhandlingar och att framlägga förslag om hemmens uppförande.

Andra former av institutionsvård

Barnhem för varaktig vård

Vi har i det föregående något berört de placeringssvårigheter, som vållas av hjälpklassmässiga barn med lättare beteenderubbningar och med komplikationer av social natur. Barnens föräldrar står ofta på samma intellektuella nivå som barnen och har svårt att fostra dem och hjälpa dem till rätta med skolproblemen. Trots detta kan den känslomässiga bindningen mellan barn och föräldrar vara god och en positiv tillgång, som man bör ta till vara. Fosterhemsvård kan många gånger vara svår att ordna för dessa barn. Som vi tidigare påpekat, ligger de fosterhem man lättast finner för barn av denna typ på landsbygden, men där saknas hjälpklasser ännu i stor utsträckning. Man kan i många fall ej förena önskemålet om vård i enskilt hem med kravet på hjälpklassundervisning utan har i de fall, då hjälpundervisning för barnets del ej är tillfyllest, att välja mellan fosterhemsvård å ena sidan och en för barnets intellektuella nivå anpassad skolgång å den andra. Har barnet då en god känslomässig kontakt med de egna föräldrarna, synes skolsynpunkten böra överväga och någon form av institutionsvård beredas barnet. För de helt ensamstående barnens del kan man däremot ha anledning att i första hand sörja för att barnet får en känslomässig kontakt med en enskild familj, och först i andra hand taga hänsyn till skolproblemen. Vi kan i detta sammanhang ej underlåta påpeka, att försvinnandet av de små skolorna på landet — och särskilt de lägre klasserna — där även mindre begåvade barn kunde sköta sin skolgång och dilemmat fosterhem-hjälpklass aldrig behövde uppstå, har aktualiserat ett problem för denna såväl som för andra grupper av barn, speciellt de små och klena skolbarnen, som ofta synes ha svårt att orka med stora skolklasser och långa resor till lärdomsanstalten.

I ett stort antal av svaren på vår rundfråga framfördes önskemålet om särskilda institutioner för hjälpklassmässiga barn. Vi anser det emellertid ej nödvändigt eller ens önskvärt att inrätta ett särskilt slag av anstalter för dessa barn utan förmenar, att placering i barnhem för varaktig vård är den riktiga för dem. Dessa barnhem är i regel — nya hem undantagslöst — förlagda så, att hjälpklassundervisning kan beredas barnen.

I barnhemmen för varaktig vård finner man dels, enligt vad en inom socialstyrelsen utförd undersökning visat, en del psykiskt efterblivna småbarn och även enstaka efterblivna barn i skolåldern, dels, och detta framgår av vår utredning, barn med karaktärsrubbningar, vilka är i behov av

behandling i behandlingshem av typ II. I och med en fortsatt utbyggnad av särskolornas småbarnshem och av den psykiska barna- och ungdomsvården kommer således en hel del platser i barnhemmen för varaktig vård att frigöras. Redan nu är beläggningen i dessa barnhem relativt låg. Mellan åren 1951, då 52 barnhem för varaktig vård fanns i hela landet, till år 1955, då antalet sådana hem sjunkit till 45, har beläggningen minskat från 83 % till 72 %. Under år 1956 då antalet hem gått ner till 43 steg beläggningen något eller till 77 %. Detta genomsnittliga relativt låga utnyttjande av barnhemsplatserna synes också vara en orsak till att hellre tillvarataga de till buds stående vårdresurserna än att inrätta nya institutioner.

Barnhemmen för varaktig vård synes för närvarande dock ej vara fullt rustade att taga emot barn med beteenderubbningar. Detta har även uppmärksammats av barnavårdskommittén, som i sitt betänkande om ny barnavårdslag (SOU 1956: 61) uttalat en bestämd förhoppning, »att även dessa hem skall i växande grad bli behandlingshem och alltmera förlora prägeln av förvaringsanstalter för svårfostrade och svårplacerade barn». I sitt betänkande om »följdförfattningar till ny barnavårdslag m. m.» (SOU 1957: 49) föreslår kommittén, att bestämda kompetenskrav införes för föreståndare för bland annat barnhem för varaktig vård — barnhem för längre tids vård enligt kommitténs terminologi — nämligen avlagd examen vid sociala barnavårdsseminariet eller därmed jämförlig utbildning. Om personalen i övrigt säges i förslaget till ny barnhemsstadga endast, att befattningshavare, som deltar i barnens skötsel, bör vara väl förtrogna med barnavård.

Vi finner det föreslagna kompetenskravet för föreståndare tillfredsställande, ty det synes just vara personalens bristande utbildning, som hittills utgjort den största svagheten i barnhemmens utrustning. Detta gäller emellertid ej endast föreståndaren utan även den övriga vårdpersonalen. Vi anser det därför önskvärt, att man särskilt vid barnhemmen för varaktig vård anställer biträden, som ej endast är »väl förtrogna med barnavård» utan som äger god erfarenhet av vård av psykiskt störda barn, förvärvat till exempel under ett halvt års praktik vid en barnpsykiatrisk avdelning eller ett års tjänstgöring vid anstalt för psykopatiska och nervösa barn eller vid de av oss i detta betänkande föreslagna tre typerna av institutioner. Vidare borde man söka finna någon form för anställning av manlig personal. Helst borde hemmen, såsom fallet är beträffande Baptisternas pojkhem i Kungsängen, förestås av ett gift par. Svårigheterna att finna sådana föreståndarepar, där båda parter är lämpliga och äger erforderlig utbildning, är emellertid stora. Studerande manlig ungdom och andra unga män, som i någon mån kan disponera över sin tid, torde dock kunna förmås att deltaga i barnhemsarbetet såsom fritidsledare, hjälpare vid läxläsning, slöjdlärare o. s. v.

Barnhemmen för varaktig vård borde, slutligen, alla ha regelbunden kon-

takt med en barnpsykiatriskt skolad läkare, icke minst med hänsyn till de komplikationer av olika slag, som lätt inställer sig i samband med vård av detta klientel.

Specialhem

Då barnavårdskommittén i sitt betänkande om ny barnavårdslag (SOU 1956: 61) föreslog inrättandet av specialbarnhem för barn med särskilda vårdbehov, anförde kommittén, att dessa hem i första hand borde komma i fråga för de psykopatiska och nervösa barnen men att de sannolikt också kunde behövas för andra grupper av barn. Sådana specialbarnhem skulle således komma att motsvara de nuvarande anstalterna för psykopatiska och nervösa barn eller de av oss föreslagna behandlingshemmen av typ II.

Vi anser, såsom framgår av detta betänkande, att de psykopatiska och nervösa barnen bör beredas behandling i behandlingshem av typ II, vilka som vi föreslår dem, bör inrättas som sjukvårdsanstalter och ställas under medicinalstyrelsens tillsyn. Däremot finner vi, som vi tidigare nämnt, behov av specialhem — med hänsyn till det av oss tänkta klienteletets ålder anser vi detta vara ett riktigare uttryck än specialbarnhem — föreligga för en annan kategori, nämligen de ojämnt mogna pojkar och flickorna i åldern 12 å 13 — 16 å 17 år och debila ungdomar i samma ålder. De ojämnt mogna är ofta tidigt utvecklade i kroppsligt avseende, medan deras mognad i övrigt är fördröjd. I en del fall är de dessutom svagt begåvade. Chefläkaren vid Uppsala läns landstings psykiska barn- och ungdomsvård skriver i svaret på vår förfrågan följande om de ojämnt mogna ungdomarna: »Flertalet visar ofta en intensiv olust i högsta skolklasserna men saknar balans och uthållighet för att kunna fullfölja en praktisk yrkesutbildning eller kunna sköta ens ett enkelt arbete. De har pubertets-ungdomarnas starka dragning till och behov av samvaro med jämnåriga, vilket gör fritiden till ett stort problem, om de vistas i det egna eller ett annat privat hem. Placering i fosterhem misslyckas oftast på grund av deras dåliga arbetsförmåga och fritidsproblemen, som visar en tendens att ta sig asociala uttryck. Någon speciell psykoterapi är inte behövlig i dessa fall, utan det som kräves är en möjlighet att över huvud taget placera dessa ungdomar under tillfredsställande förhållanden under ett eller ett par år tills de mognat så att de på ett normalt sätt kan tillgodogöra sig yrkesutbildning eller sköta en enkel plats. Specialhem av denna typ skulle sannolikt ha en stor betydelse i förebyggande syfte med hänsyn till asocialt uppträdande.»

I dessa specialhem skulle man alltså placera dels de ojämnt mogna ungdomarna, dels debila ungdomar, som ännu ej kan reda sig ensamma i förvärvslivet — för vilket de dessutom saknar utbildning och träning — dels, slutligen, vissa skolbarn i tonåren, som av olika skäl ej kan vistas

i det egna föräldrahemmet men som ej heller lämpar sig för fosterhemsplacering eller är i behov av vård i behandlingshem. Dessa äldre skolbarn torde ofta ha lättare att finna sig till rätta i ett hem avsett för ungdomar än i ett hem, där klientelet delvis utgöres av småbarn.

De ungdomar, som avslutat sin skolgång, borde beredas någon form av arbetsträning eller enklare yrkesutbildning och hemmen borde med hänsyn härtill förläggas i närheten av landstingens arbetsträningsverkstäder, då sådana finnes inrättade och har möjlighet att hjälpa även ett klientel av detta slag till rätta.

I övrigt bör specialhemmen inrättas som barn- eller ungdomshem och falla inom den sociala barna- och ungdomsvårdens ram.

Fosterhemsvård

Vi har inledningsvis framhållit, att den psykiska barna- och ungdomsvården på intet vis avser att i längden ersätta vård i enskilt hem av psykiskt störda barn och ungdomar utan tvärtom vill skapa förutsättningar härför. Vi tror ej, att en aldrig så välskött institution kan giva ett litet barn ersättning för alla de impulser och intryck, som i ett gott hem fostrar barnet till en välanpassad samhällsmedlem. Även tonåringarna, som trots att de befinner sig i frigörelseprocessen från föräldraberöendet och oftast har ett starkt behov av samvaro med jämnåriga, far i regel bäst av att vistas i enskilda hem, helst givetvis i föräldrahemmet. Många av den psykiska barna- och ungdomsvårdens klienter kommer emellertid från hem, där man — även med hjälp från samhällets sida — är oförmögen att fostra sina barn. Alltför ofta är just brister i föräldrahemmet en av orsakerna till de störningar, som för barnet eller den unge till den psykiska barna- och ungdomsvården. För dessa klienter blir därför placering i fosterhem ofta önskvärd, när behandling i institution ej längre erfordras eller alls är nödvändig, och fosterhemsvården utgör för dem det värdefullaste komplementet till de vårdformer, som den psykiska barna- och ungdomsvården erbjuder. Vad de något äldre barnen beträffar, får man dock ej glömma, att institutionsvård mången gång kan vara att föredraga, om barnet därigenom får större möjligheter än i ett fosterhem att uppehålla kontakten med föräldrarna. En god känslomässig kontakt med de egna föräldrarna är, som vi tidigare framhållit, en värdefull tillgång, som man så långt möjligt bör söka att bevara.

Fosterhemsvården har rika variationsmöjligheter och kan därför utnyttjas på det sätt, som för varje enskilt barn är det lyckligaste. För en del barn kan det gälla tillfällig vård under den tid barnet går under behandling vid en rådgivningscentral. För andra barn kan det bliva fråga om en kortare tids fosterhemsvård under en stabiliseringsperiod, efter det den egentliga behandlingen vid den psykiska barna- och ungdomsvården

är avslutad men innan barnet är tillräckligt återställt för att kunna återvända till föräldrahemmet. I andra fall, åter, är kanske barnets hemförhållanden sådana, att det helst bör beredas kontinuerlig fosterhemsvård efter utskrivningen från den psykiska barna- och ungdomsvården. Även för ungdomarnas del kan placering i enskilt hem många gånger vara en önskvärd vårdform under övergången till en självständig tillvaro i förvärvslivet.

Tillfällig fosterhemsvård under den tid barnet står under uppsikt av och får behandling vid en rådgivningscentral eller lasarettsavdelning, kan gälla barn, som ej oundgängligen behöver sjukhusvård eller som av särskilda skäl helst bör vårdas i enskilt hem men vars föräldrahem ligger på ett alltför stort avstånd från centralen för att en kontinuerlig behandling skall vara praktiskt genomförbar, när barnet bor hemma. I en del fall är kanske de emotionella spänningarna i barnets hem sådana, att behandlingen ej kan företagas, om barnet har daglig kontakt med de egna föräldrarna. Detta gäller ej minst ungdomar i pubertetsåldern, som befinner sig i akuta konfliktsituationer med hemmiljön. För alla dessa fall skulle det, tror vi, vara en stor fördel, om särskilt väl kvalificerade fosterhem kunde direkt knytas till den psykiska barna- och ungdomsvården som en speciell vårdgren inom verksamheten. Ibland skulle kanske en sådan fosterhemsvård kunna för samma barn användas omväxlande med vård i behandlingshem eller på lasarettsavdelning, detta med hänsyn antingen till barnets tillstånd eller till fosterföräldrarnas behov av en tids avkoppling från sitt påfrestande arbete.

För dessa speciella tillfälliga fosterhem, som måste ha en livlig kontakt med rådgivningscentralen eller lasarettsavdelningen och ofta besökas av dess personal, skulle sannolikt den lokala fosterhemsinspektionen ej sällan visa sig överflödigt, någon gång kanske rent av kunna skapa onödig irritation. Den nuvarande barnavårdslagen lämnar möjlighet åt barnavårdsnämnden att åt visst fosterhem medgiva befrielse från bestämmelserna om tillsynen. Vi hoppas, att denna möjlighet bibehålles i den nya barnavårdslag, som för närvarande är under utarbetande. Enär bestämmelsen är avsedd att tillämpas endast i undantagsfall, kan den ej gärna medföra risk för en försämrad fosterhemsvård.

Att i sitt hem vårda ett främmande barn innebär alltid vissa problem, men då det gäller ett psykiskt stört barn, blir uppgiften speciellt ömtålig. En djup förståelse för och inlevelse i det enskilda barnets svårigheter kräves av fosterföräldrarna, därtill ofta ett mått långt utöver det vanliga av tålamod och fördragsamhet. Anskaffningen av dessa fosterhem, som måste vara särskilt väl utvalda, synes oss också vara ett krävande arbete, och vi har övervägt lämpligheten av att personal anställes enkom för denna uppgift. Vi har härvid framför allt haft i tankarna de större städernas, ej minst Stockholms, speciella förhållanden. Under remissbehand-

lingen av vårt första betänkande har också från en del instanser framförts önskemål om en fristående fosterhemsförmedling för psykiskt störda barn och ungdomar. Vi har emellertid ej velat föreslå en speciell förmedlingsorganisation för den psykiska barna- och ungdomsvården. Socialarbetare, som har att placera barn av många olika typer och svårighetsgrader, får en stor samlad erfarenhet av fosterbarnsplacering över huvud taget och torde med den goda personkänedom de dessutom förvärvar inom sitt arbetsområde ha större möjlighet att finna lämpliga hem för varje enskilt barn än personal, som enbart sysslar med en liten, särskilt svårplacerad grupp. En ordning, enligt vilken två olika organisationer skulle söka anskaffa fosterhem inom samma geografiska område, är ej heller önskvärd med tanke på det konkurrensförhållande, som i så fall ofta skulle uppkomma. Det förefaller ej heller riktigt att belasta föreståndarna för den psykiska barna- och ungdomsvården med ansvaret för en verksamhet, som de i så ringa grad har möjlighet att kontrollera. Vi anser därför, att fosterhemsplaceringen av psykiskt störda barn och ungdomar bör — liksom i en del län för närvarande är fallet — skötas av barnavårdsombuden eller de större städernas särskilda fosterhemsförmedlare. I de flesta fall har emellertid barnavårdsombuden redan nu en så stor arbetsbörda, att de ej kan åtaga sig att i större utsträckning medverka vid anskaffandet av hem åt de psykiskt störda barnen. Vi tror därför, att en förstärkning av ombudsorganisationen, i första hand i de mest folkrika länen, skulle verkamt underlätta försöken att bereda vård i enskilt hem åt sådana psykiskt störda barn, vilkas tillstånd gör denna vård önskvärd.

Till slut vill vi med all skärpa betona vikten av att fosterföräldrarna lämnas ej endast det personliga stöd och den psykologiska rådgivning, som de behöver i sin ofta mycket svåra uppgift, utan också så rikliga fosterlegor, att de först och främst får sina utgifter för fosterbarnet täckta och därutöver erhåller en skälig ersättning för det synnerligen värdefulla arbete de utför i samhällets tjänst.

Föräldrakontakt och eftervård

Föräldrakontakt

Vid all behandling av barn och ungdom med psykiska störningar är man nu alltmera inriktad på att samverka med hela familjen måste ske. I vårt tidigare betänkande har dessa frågor särskilt behandlats i kapitel 6. Här kan blott nämnas, att man vid regelbunden långtidspsykoterapi söker att om möjligt ha samtal med båda föräldrarna, i varje fall med modern, flera gånger i månaden.

Barn som vistas i behandlingshem av typ I kommer ej sällan att få en be-

handling, som mycket liknar den långtidsterapi, vilken ges polikliniskt. Sannolikt vore det många gånger bäst, om man då också kunde ha en lika tät föräldrakontakt som vid den polikliniska behandlingen. Detta är så mycket mera angeläget, som barnen ofta, då så av geografiska och andra skäl är möjligt, får permissioner till hemmet över veckosluten och föräldrarna ju då har att balansera barnens reaktioner. Genom den ofta intensiva påverkan inom ett internat kan läkningsprocessen hos barnen komma i gång mera intensivt än vid poliklinisk terapi. Andra barn i behandlingshem av typ I kommer ej att få en lika intensiv behandling, men i praktiskt taget alla fall blir en ganska tät kontakt med föräldrarna eller deras ersättare nödvändig. I allmänhet torde det vara lämpligast, om denna föräldrakontakt hålles med medlemmar av det team, som arbetar just vid behandlingshemmet. Ibland kan dock geografiska skäl göra det lämpligare, att kontakten med den ena eller andra av föräldrarna hålles genom personal vid en filial i en annan del av länet.

En välutbildad kurator kan säkerligen sköta en stor del av denna kontakt, men i vissa fall får man räkna med att föräldrarnas psykiska problem är av sådan art, att kontakten bör skötas av läkare eller i något fall kanske av psykolog.

Vid behandlingshemmen av typ II får man säkerligen ofta ett lika starkt behov av föräldrakontakt som i ovannämnda fall. Andra gånger ges väl väsentligen stödbehandling och i ej så få av dessa fall är det mycket svårt att nå ett fruktbart samarbete med det egna hemmet. Arbetet tillsammans med ersättare för föräldrarna blir alltså här relativt vanligare än vid behandlingshem av typ I. Särskild svårighet kommer säkerligen många gånger att uppstå genom de geografiska förhållandena. Denna typ av behandlingshem beräknas ju dels förlagda relativt långt från tätorter, dels vara gemensamma för ett par eller flera landsting. Mången gång blir det säkerligen svårt eller rent av omöjligt för föräldrarna att någorlunda ofta besöka behandlingshemmets personal, som i stället får besöka barnens hem. Sådana hembesök ger den stora fördelen av en levande och intim uppfattning om hela hemmiljön.

I enstaka fall, i storstäderna och deras omgivningar, kan man få möjlighet att samla föräldrarna till behandlingshemmets barn och ungdomar till gruppdiskussioner.

Föräldrarna bör givetvis ej endast ha denna terapeutiskt inriktade kontakt med behandlingshemmens personal utan också så ofta ske kan besöka sina barn. Man bör tänka på att underlätta för dem att göra detta. Helst borde till varje hems förfogande ställas ett anslag, varur bidrag till resekostnad m. m. kunde lämnas de föräldrar, som av ekonomiska skäl ej ser sig i stånd att besöka hemmet. Vid sådana besök kommer föräldrarna också att träffa personalen under mera otvungna och naturliga förhållanden än de ovan skildrade.

Eftervård

Vistelsen vid behandlingshem av båda typerna måste, om vårdresultatet skall på bästa sätt kunna tillvaratagas, följas av en god eftervård. I regel bör man ej släppa kontakten med barnet eller den unge i och med utskrivningen från hemmet. Hans eller hennes utveckling även därefter måste noga följas, återinpassningen i samhällslivet i möjligaste mån underlättas och stöd och hjälp givas åt dem som får barnet i sin vård eller som får att handleda den unga pojken eller flickan.

I eftervården ingår en i förväg uppgjord omsorgsfull planering av den fortsatta vården och tillsynen över barnet eller den unge för tiden efter det han lämnat institutionen. Skall han återvända till föräldrarna, bör dessa få veta, vad de har att vänta av honom, vilka krav de kan ställa på honom, hur de bäst skall kunna hjälpa honom till rätta. Många gånger kan det vara lämpligt, att barnet eller tonåringen, då tidpunkten för utskrivningen närmar sig, får besöka föräldrahemmet allt oftare och under allt längre tid. Ämnar man placera ett barn i ett fosterhem, bör man på ett tidigt stadium söka samarbete med vederbörande fosterhemsanskaffare. De blivande fosterföräldrarna måste noggrant förberedas för sin uppgift, och barnet bör få göra flera besök i det tilltänkta fosterhemmet. Kommunens fosterhemsinspektör kan också behöva en viss information. Gäller frågan ett barn med speciella skolsvårigheter, bör dess blivande lärare i förväg bliva insatt i problemet.

När barnet sedan lämnat institutionen, bör man hålla en fortlöpande kontakt med såväl barnet självt som med dess föräldrar eller fosterföräldrar. Bäst torde detta ske genom besök i det hem, där barnet vistas. Både barnet och dess föräldrar eller fosterföräldrar bör få känna, att de har ett gott stöd i den psykiska barna- och ungdomsvårdens personal och att de alltid kan vända sig till denna för att få hjälp med de svårigheter av olika slag, som kan uppkomma även efter utskrivningen från en institution. Först sedan förhållandena blivit stabiliserade och barnet till synes anpassat sig väl i sin nya omgivning, bör eftervården gradvis avvecklas. För ett fosterbarn innebär detta, att tillsynen över fosterhemmet helt övertages av den lokala fosterhemsinspektionen.

Ungdomar som efter vistelsen i ett behandlingshem kommer ut i förvärvslivet, är i särskilt hög grad i behov av hjälp och stöd av den psykiska barna- och ungdomsvårdens personal. Det gäller att i samarbete med arbetsförmedlingens organ söka finna en lämplig anställning åt den unga pojken eller flickan och en bostad, där ett visst mått av tillsyn kan beredas, det må vara hos de egna föräldrarna, i annat enskilt hem eller i ett inackorderingshem. Även för ungdomarnas del bör eftervården gradvis kopplas av, när de funnit sig till rätta i sitt yrkesarbete och visat sig kunna stå på egna fötter. Vi är över huvud taget angelägna om att framhålla, att eftervården ej bör utformas som en till myndighetsåldern utsträckt psykisk barna- och ungdomsvård

utan vara en hjälp under anpassningen från den i viss mån trygga tillvaron inom institutionen till livet ute i samhället med alla dess svårigheter.

Ansvar för att eftervården sker enligt uppgjord plan bör ankomma på de barnpsykiatriska kuratorerna och utgöra en väsentlig del av deras arbetsuppgifter. Den direkta kontakten med den utskrivne bör helst upprätthållas av den person, det må vara läkare, psykolog, kurator eller annan, som haft den bästa kontakten med barnet eller den unge under vistelsen i institutionen. I många fall kommer detta emellertid bland annat av geografiska skäl att bliva praktiskt omöjligt, och eftervården får då övertagas av personalen vid den rådgivningsbyrå eller, eventuellt, den barnpsykiatriska lasarettssavdelning, som ligger närmast den utskrivnes vistelseort. I synnerhet då det gäller de från behandlingshem av typ II utskrivna, som ju måste beräknas vara hemmahörande i vitt skilda delar av landet, kommer eftervården ofta att få överlämnas till den psykiska barna- och ungdomsvården i en annan landstingskommun än den, i vilken hemmet är beläget.

Vi vill ännu en gång påpeka, att denna viktiga eftervård är en personalkrävande uppgift, som, om den skall kunna bedrivas på ett riktigt sätt, kommer att medföra behov av ökad personal, då arbetet vid ett hem pågått under några år.

Yrkesutbildning för debila

De debila ungdomarnas möjligheter att få någon form av yrkesutbildning är, som nämnts, för närvarande ytterst begränsade. Dessa ungdomars arbetsplacering utgör ett speciellt problem inom socialvården. På en del orter, främst i Stockholm, har man för detta klientel anordnat särskilda yrkeskurser, i Stockholm avseende mekaniskt arbete för pojkar och husligt arbete för flickorna. Kurserna har dock ej fyllt behovet, vare sig i fråga om platsantal eller variationsmöjligheter. I enstaka fall kan man bereda ungdomarna en viss yrkesutbildning direkt i näringslivet genom lärlings- eller elevantställningar. Det stora flertalet debila ungdomar står emellertid utestängda från alla de skiftande utbildningsvägar, varigenom de normalt begåvade får tillfälle att förbereda sig för ett självständigt yrkesliv, där deras förutsättningar kommer till sin rätt och där de kan känna trivsel och tillfredsställelse. Detta är så mycket mera beklagligt, som just de debila är i särskilt stort behov av det stöd, den möjlighet att utveckla självförtroende och tillförsikt, som en viss grad av yrkesutbildning utgör. Samtidigt är de i ännu mindre grad än andra ungdomar mogna för ett självständigt förvärvsliv omedelbart efter skolans slut. Vi vill också påminna om att den alltmer ökade mekaniseringen skärpt kravet på teoretiska kunskaper och att denna utveckling under senare år kommit att beröra nya områden, bland annat jordbruket, som numera ej längre ger lika rika sysselsättningsmöjligheter som tidigare just för de svagt begåvade och de socialt missanpassade.

Det är därför med stor tillfredsställelse vi erfarit, att Stockholms stads skolororganisationskommitté har tillsatt en kommitté för hjälpklass elevernas yrkesutbildning. Kommittén, som arbetat sedan 1956 och avser att slutföra sitt uppdrag under innevarande år, hoppas kunna lämna anvisning på sådana yrken, som kan vara särskilt lämpade för de svagt begåvade, och en organisationsplan för yrkesutbildningen för denna grupp ungdomar. Kommittén sysslar också med frågan om yrkesorientering för hjälpklass eleverna. Utredningen och de konkreta förslag, vartill den kan föranleda, gäller endast Stockholms stad. Kommitténs arbete måste dock betecknas som banbrytande och man kan räkna med att dess överväganden kommer att få en principiell betydelse för landet i dess helhet.

Vi vill understryka vikten av att åtgärder vidtages på detta område, och hoppas, att överstyrelsen för yrkesutbildning snarast skall fullfölja Stockholmskommitténs arbete genom att företaga en liknande utredning avseende landet i dess helhet. Detta är desto mera angeläget, som det visat sig, att debila, som fått någon form av yrkesutbildning, blivit mycket mera yrkesstabila än de svagt begåvade, som ej haft denna förmån. Vi tror, att man genom anordnandet av en för debila ungdomar lämpad yrkesutbildning i förening med arbetsträning skulle kunna tillvarata och utveckla de förutsättningar denna grupp missgynnade kan ha att göra en produktiv, för samhället nyttig insats i arbetslivet. Därmed skulle man ej endast hjälpa dem till en mera tillfredsställande tillvaro än de annars skulle ha utan även förhindra, att brist på stimulerande sysselsättning, frånvaro av självförtroende och en allmän håglöshet tar sig asociala uttryck.

Huvudmannaskap

Huvudmannaskapet för den statsunderstödda psykiska barna- och ungdomsvården har alltsedan verksamhetens början varit anförtrött landstingen och de i landsting ej deltagande städerna som en frivillig uppgift. De i vårt tidigare betänkande framlagda förslagen påkallade enligt vår mening icke någon ändring i detta hänseende.

Behandlingshemmen av båda typerna bör enligt vår mening betraktas som underavdelningar till en barnpsykiatrisk lasarettsavdelning eller fristående central. Det vill därför synas naturligt, att huvudmannaskapet för dessa institutioner anförtras åt landstingen och de landstingsfria städerna. Som skäl härför kan också andragas, att landstingen och de landstingsfria städerna redan nu är huvudmän för barnhemsvården och för vården av vissa psykiskt efterblivna barn. Då gränsen mellan klientelen särskilt i barnhemmen och i behandlingshemmen ofta kommer att bli flytande och då det dessutom ej är osannolikt, att något eller några barnhem med tiden kan frigöras från sin nuvarande uppgift och övergå till att bli behandlingshem,

synes det mest ändamålsenligt, att de båda grupperna av institutioner handhas av samma huvudman.

Vi föreslår därför, att huvudmannaskapet för behandlingshemmen anförtros åt landstingen och de i landsting ej deltagande städerna.

Ledningen av hemmen bör inom landstingen tillkomma samma organ, som handhar den psykiska barna- och ungdomsvården i övrigt. I vårt i det tidigare betänkandet framlagda förslag till ny statsbidragskungörelse har vi beträffande ledningen av verksamheten bibehållit de nu gällande bestämmelserna. Enligt dessa skall ledningen inom landsting handhas av hälso- och sjukvårdsstyrelsen eller, då särskild hälsovårdsstyrelse och särskild sjukvårdsstyrelse finnes, de båda styrelserna gemensamt. I de landstingsfria städerna skall sjukhusmyndighet, skolmyndighet eller barnavårdsmyndighet leda verksamheten. Då behandlingshemmen enligt vår mening är att betrakta såsom sjukvårdsanstalter, vill det synas naturligt, att i de landstingsfria städerna ett sjukvårdande och ej ett barnavårdande organ eller en skolmyndighet handhar skötseln av hemmen, och vi rekommenderar, att en sådan organisation i regel genomföres. Vi förutsätter, att under alla förhållanden ett nära samarbete äger rum mellan de olika myndigheter, som kan vara sysselsatta med den psykiska barna- och ungdomsvården.

Såsom vi tidigare framhållit, bör minst ett behandlingshem av typ I inrättas i anslutning till varje barnpsykiatrisk lasarettsavdelning respektive central och avses för de vid lasarettsavdelningen eller centralen undersökta och behandlade barnen. Några organisatoriska svårigheter i form av nödvändigt samarbete landstingen emellan torde dessa hem ej föranleda. Om det emellertid av särskilda orsaker visar sig önskvärt, att en patient från ett sjukvårdsområde beredes behandling vid ett annat sjukvårdsområdes behandlingshem, hoppas vi, att detta också ordnas. De skilda hemmen kommer undan för undan att få en sinsemellan något olika karaktär alltefter den personal, som anställs vid dem, och de behandlingsmetoder, som där tillämpas. Det kan komma att visa sig, att behandlingen vid ett hem har en särskilt välgörande inverkan på en kategori av barn, medan man vid ett annat hem i någon mån kommer att specialisera sig på en annan kategori. Detta är en enligt vår åsikt önskvärd utveckling, under förutsättning att den åtföljes av samarbete landstingen emellan.

Behandlingshemmen av typ II kan möjligen komma att vålla vissa organisatoriska svårigheter. Här fordras en uppdelning av klientelet i flera olika grupper och inrättandet av olika hem för dessa. Ett behandlingshem för var och en av de olika grupper av patienter — uppdelning efter ålder, kön och begåvning — som vi i det föregående diskuterat, blir under inga förhållanden erforderligt i varje landstingskommun respektive landstingsfri stad. Det är tveksamt, om man någonsin kommer att behöva ens ett behandlingshem av typ II inom varje sådant område. Vad dessa behandlingshem beträffar, blir tydligen någon form av samgående mellan flera landsting

respektive landstingsfria städer nödvändigt. Vi tror det ej vara lyckligt att från början lägga upp en fast plan för anordnandet av behandlingshem av typ II i landet. Organisationen bör enligt vår mening växa fram undan för undan, varvid man vid anordnandet av varje nytt hem tillgodogör sig de erfarenheter man vunnit av redan befintliga hem. Vi hoppas, att de landsting respektive landstingsfria städer, som finner anordnandet av en viss typ vara en särskilt angelägen uppgift just för deras områden, åtager sig att antingen var för sig eller tillsammans anordna ett sådant hem. Sannolikt kan det komma att visa sig lämpligt, att tre å fyra landsting sammansluter sig för anordnande av lika många sorters behandlingshem av typ II, så att vårdplatser beredes för var och en av de olika grupperna av patienter. Samråd bör emellertid härvid ske med tillsynsmyndigheten, som bör söka leda och stimulera anordnandet av hemmen på så vis, att de olika slagen blir företrädda i den omfattning, som behovet av vårdplatser i dem kan anses påkalla, och att de blir jämnt fördelade över landet. De landsting och landstingsfria städer, som påtagit sig den betydelsefulla uppgiften att anordna ett behandlingshem av typ II, bör i mån av platstillgång taga emot klienter från andra landstingskommuner eller städer på de villkor, varom landstingen respektive städerna kan komma överens.

Liksom fallet är beträffande behandlingshemmen av typ I, anser vi det önskvärt, att man vid placering av barn och ungdomar i behandlingshem av typ II söker finna ej endast det slag av hem, som är avsett för ifrågavarande klientgrupp, utan också det speciella hem, där man har de största förutsättningarna att giva vård och behandling åt just det barn eller den unga pojke eller flicka frågan gäller. Även dessa behandlingshem kommer, hoppas vi, att vart och ett få sin individuella prägel, och vi finner det angeläget, att detta förhållande utnyttjas till befrämjande av vården av varje särskild patient.

Huvudman för mentalsjukhemmen måste helt naturligt och som vi också tidigare framhållit (sid. 53) vara densamme som för det mentalsjukhus, vartill varje hem är anslutet, d. v. s. tills vidare staten eller, beträffande det mentalsjukhem som anslutes till sjukhuset för Stockholms stad och län, eventuellt Stockholms stad.

Vårdavgift

Då vi i detta betänkande bestämt hävdar, att de tre typerna av institutioner är att hänföra till sjukvårdens område, förutsätter vi, att de betraktas såsom sådana sjukvårdsinrättningar, vilka enligt 4 § lagen om allmän sjukförsäkring är att betrakta såsom allmänna sjukhus, och att sålunda kostnaden för vård i dessa hem kommer att ersättas av allmän sjukkassa. Skulle så icke bliva fallet, förutsätter vi, att de upptages på den av Konungen fastställda förteckning, som omnämnes i samma lagrum.

Med utgångspunkt från denna anknytning till sjukförsäkringslagen föreslår vi, att för de tre typerna av hem fastställs en vårdavgift med samma belopp, som i allmänhet gäller för salspatienter på andra sjukvårdsanstalter, d. v. s. med 3 kronor per dag eller med det högre belopp, som kan komma att fastställas. För den enskilde blir vården vid behandlingshem av typ I helt kostnadsfri och vid behandlingshem av typ II samt vid mentalsjukhem kostnadsfri under den större delen av vårdtiden. Först sedan sjukförsäkringen upphört att gälla, inträder den enskildes betalningsansvar. Vi vill påpeka, att frågan om utförsäkrade, icke folkpensionsberättigade patienter vid sjukvårdsanstalter behandlas i proposition nr 126 för år 1958 angående ändring i sjukförsäkringslagen. I samband med en i propositionen föreslagen höjning av vårdavgiften för salspatienter till 5 kronor om dagen diskuteras de långvarigt sjukas, särskilt de lungsjukas, förhållanden. I den inom social- och inrikesdepartementen upprättade promemoria, som låg till grund för propositionen, hade anförts, att avgiftshöjningen ej borde få avse salspatienter, som blivit utförsäkrade från den allmänna sjukförsäkringen och som ej är berättigade till någon form av folkpension. I stället borde man övergå till att ej uttaga någon avgift alls för dessa. Under remissbehandlingen godtog detta förslag i princip av landstings- och stadsförbunden, och i propositionen förutsattes, att sådan avgiftsfrihet generellt införes för de i promemorian nämnda kategorierna. Vi hoppas, att de i behandlingshem eller mentalsjukhem intagna utförsäkrade barnen i detta avseende får åtnjuta samma förmån, som kan komma de vuxna utförsäkrade patienterna vid andra sjukvårdsanstalter till del.

I detta sammanhang vill vi gärna fästa uppmärksamheten vid ett förhållande, som ofta åstadkommer svårigheter, då det gäller att finna den för varje enskilt barn lämpligaste vårdformen, nämligen de olika kostnader, som de skilda vårdformerna innebär för den för barnets vård ansvarige. Vård i allmänt sjukhus — och alltså bland annat även vid barnpsykiatrisk lasarettavdelning — är med nu gällande sjukförsäkringslag under relativt lång tid helt kostnadsfri. Helt kostnadsfri är även vård i ungdomsvårdsskola och i anstalt för psykiskt efterblivna liksom även i de fosterhem, som anskaffas för de i dessa institutioner inskrivna klienterna. De i barnhemsplan upptagna barnhemmens vårdavgift är för närvarande 3 kronor per dag. Vård i fosterhem ersättes med 2:50 kronor à 3 kronor per dag, då det gäller ett friskt barn, men kan uppgå till 7—10 kronor eller mer för de i olika avseenden handikappade barnen. I de kommunala anstalterna för psykopatiska och nervösa barn utgör vårdavgiften 8 respektive 10 kronor. Vill man däremot söka bereda barnet vård i en av enskild förening driven institution, uppgår vårdavgiften i flera fall till mer än 20 kronor per dag. Därtill kommer utgiften för barnets beklädnad, för resor etc. Att den betalningsansvarige många gånger påverkas av vårdkostnaden och söker genomdriva den billigaste vårdformen, är ej ägnat att förvåna men är likväl ur vårdsynpunkt ofta

olyckligt. Skillnaden i vårdkostnad är så mycket mera otillfredsställande — från den enskildes synpunkt orättvis — som det kan vara en och samma typ av skada eller sjukdom, vilken i ett visst fall medför, att kostnadsfri vård i särskola beredes barnet, men i ett annat föranleder vård i en enskild anstalt till kostnader, vilka då landsting eller kommun ej finner anledning att lämna bidrag, ställer mycket stora krav på vårdnadshavarens ekonomi.

Svenska socialvårdsförbundet har i sitt remissutlåtande över vårt tidigare betänkande tagit upp detta problem och anför därom bland annat följande.

»I detta sammanhang vill förbundet påtala de för enskilda personer synnerligen betungande avgifter, som uttages vid vissa enskilda anstalter med karaktär av riksanstalter. För samhällets vidkommande är de kostnader det här kan bli fråga om obetydliga med hänsyn till det relativt få antal vårdplatser det gäller, men för enskilda innebär givetvis vårdavgifter på ca 20 kronor per dag en betydande utgift. Förbundet ifrågasätter därför om inte remisser till dessa enskilda anstalter från den psykiska barnvården eller annat landstingsorgan skulle kunna berättiga den enskilde till vård efter samma dagavgift som utgår för vård på allmän sal å sjukhus. Mellanskillnaden mellan den verkliga vårdavgiften och den patienten debiterade skulle i sådant fall erläggas av patientens hemortslandsting. Förbundet vill härvid erinra om att tidigare möjligheter till landstingsgottgörelse för sjukhusvårdskostnader enligt barnavårdslagen upphört i och med antagandet av socialhjälpslagen samt att, som framhållits, de totala kostnaderna för landstingens vidkommande skulle komma att bli ringa. Vidare bör påpekas, att den nya organisationen av vården av de psykiskt efterblivna barnen inneburit en stor ekonomisk lättnad för berörda föräldrar.

De för vissa barnkategorier föreslagna speciella »fosterhemmen» eller, som man tidigare i andra sammanhang benämnt kvalificerade fosterhem, synes förbundet utgöra ett nödvändigt komplement till den egentliga organisationen för den psykiska barnvården. Det alternativ till slutet vård det här är fråga om för att bland annat möjliggöra för nämnda barnkategorier att komma i åtnjutande av en längre tids fortlöpande behandling vid öppna mottagningar, ställer sig också ur ekonomisk synpunkt synnerligen fördelaktigt i jämförelse med kostnaderna för slutet vård. En kostnadsutjämning bör även i dessa fall komma till stånd och kostnaderna för den enskilde fastställas i paritet med exempelvis kostnaderna för vård på lasarettavdelning eller på barnhem. Också i detta fall synes det rättvist att landstinget svarar för merkostnaderna i synnerhet som föräldrahemmets från behandlingsorten avlägsna läge ofta blir avgörande för en placering utom det egna hemmet under en längre observations- och behandlingstid.»

Vi anser socialvårdsförbundets förslag vara värt beaktande och hoppas, att landstingen och de landstingsfria städerna tar under övervägande lämpligheten av att generellt genomföra det. Vi vill påminna om att ett liknande system har av landstingsförbundet rekommenderats landstingen beträffande det av diakonissanstalten Samariterhemmet drivna Kållerredhemmet.

Statsbidrag

Statliga bidrag bör enligt vår mening utgå till behandlingshem ej endast som ett incitament för huvudmännen att inrätta sådana hem utan också som ett

uttryck för statens intresse av att denna för den psykiska barna- och ungdomsvården i så hög grad behövliga vårdform kommer till stånd.

Statsbidrag utgår för närvarande till den psykiska barna- och ungdomsvården till avlöningskostnader för läkare och assistenter 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 läkares och assistents resor till i planen upptagna mottagningar vid filialstationer. De nuvarande bestämmelserna har tolkats så, att statsbidraget begränsats till läkare och assistenter i öppen vård. I vårt tidigare betänkande framhöll vi såsom vår mening, att en sådan begränsning för framtiden ej borde föreligga. Vi föreslog också, att statsbidraget skulle utgå — med belopp, som höjts till högst 15 000 kronor respektive högst 8 000 kronor — till avlöningskostnaderna för läkare, psykologer, barnpsykiatriska kuratorer och pedagogkonsulter vare sig dessa befattningshavare tjänstgör inom öppen eller inom sluten vård. Härigenom skulle ett enhetligt statsbidragssystem skapas för driften av öppen och sluten barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet. Vi räknade med att detta förslag skulle medföra ett något högre statligt driftbidrag till huvudmännen för barnpsykiatriska lasaretsavdelningar än ett införande av det vid psykiatriska lasaretsavdelningar tillämpade systemet med ett bidrag om 3 kronor per vård dag.

Enär den nu pågående utredningen av frågan om de ekonomiska villkoren för överförande av huvudmannaskapet för sinnessjukvården till landstingen och de landstingsfria städerna vid tidpunkten för våra överväganden hade tillkallats och i dess direktiv hade angivits, att även bidraget till psykisk barna- och ungdomsvård borde komma i fråga för inordnande i ett generellt statligt bidrag till landstingen respektive de landstingsfria städerna, kom vårt förslag om statsbidragets storlek och utformning att få karaktären av ett provisorium.

Statsbidraget till resor ansåg vi böra bibehållas i oförändrat skick.

Statligt bidrag till uppförande eller inrättande av barn- och ungdomspsykiatriska lasaretsavdelningar ansåg vi oss, med hänsyn till den påbörjade ekonomiska utredningen, ej kunna föreslå.

Behandlingshemmen bör, i enlighet med vad vi i detta betänkande föreslår, inrättas såsom underavdelningar till barnpsykiatriska lasaretsavdelningar eller fristående centraler. Det av oss i vårt tidigare betänkande framlagda förslaget till statsbidragskungörelse bör därför komma att avse även dessa hem. Detta är så mycket mera önskvärt, som vi räknar med att lasaretsavdelningarnas och centralernas kvalificerade personal får en del av sin tjänstgöring förlagd till behandlingshemmen — särskilt till behandlingshem av typ I — och att statsbidragsbestämmelser ej bör försvåra en sådan ordning. Förslaget till statsbidragskungörelse liksom även förslagen till normalinstruktion och normalplan bör med hänsyn härtill förses med de tillägg, som vi i det följande anger.

Till de båda typerna av hem bör också utgå anläggningsbidrag av en sådan storleksordning, att de på ett kännbart sätt för huvudmännens del underlättar hemmens anordnande. De nu utgående anläggningsbidragen till barnhem samt till institutioner för psykiskt efterblivna barn synes oss kunna tjäna som vägledning vid fastställande av bidragsbeloppet.

Ehuru vi ännu en gång vill understryka det stora behovet av behandlingshem och angelägenheten av att de inrättas så snart ske kan, ser vi oss nödsakade att avstå från att lägga fram förslag om särskilda anläggningsbidrag. Vi förutsätter, att den pågående ekonomiska utredningen kommer att beakta denna fråga.

Inom skolöverstyrelsen pågår för närvarande i samråd med medicinalstyrelsen en översyn av bestämmelserna rörande kostnaden för särskild undervisning åt sjuka eller tillfälligt invalidiserade elever. Denna översyn beräknas vara slutförd under innevarande år. Vi räknar med att man vid utredningen tar hänsyn även till skolundervisningen vid de av oss föreslagna behandlingshemmen av typ I och finner oss sakna anledning att framlägga förslag om särskilda statsbidrag till kostnaden för enskild undervisning vid dessa hem. Statsbidrag till kostnaden för de vid behandlingshem av typ II anställda lärarnas avlöning synes kunna utgå i enlighet med nu gällande bestämmelser rörande skolor vid sjukvårdsanstalter och barnhem.

Anstalterna för psykopatiska och nervösa barn har av oss i det föregående i viss mån jämfästs med behandlingshem av typ II eller — avseende Mjörnhemmet — behandlingshem av typ I. Helt jämförbara med de av oss föreslagna behandlingshemmen är de nu befintliga anstalterna emellertid ej. De kan därför ej utan vidare inlemmas i den psykiska barna- och ungdomsvården såsom behandlingshem. Vid en del hem är en platsminskning önskvärd, vid andra en personell upprustning. Vi förutsätter, att anstalterna för psykopatiska och nervösa barn i regel skall förstärkas på sätt som gör det möjligt att efter medicinalstyrelsens godkännande infoga dem i den psykiska barna- och ungdomsvården som behandlingshem av typ I eller II. Skulle emellertid huvudmannen för något hem föredraga att bedriva verksamheten vid hemmet efter hittills tillämpade linjer, bör möjlighet att göra så med bibehållande av nu utgående statsbidrag finnas. Vi förutsätter, att den ekonomiska utredningen vid sina överväganden tar hänsyn även härtill.

Tillsyn

Liksom den psykiska barna- och ungdomsvården i övrigt bör behandlingshemmen stå under central tillsyn av medicinalstyrelsen. Vi förutsätter, att utövanDET av tillsynen inom medicinalstyrelsen skall tillkomma innehavaren av den av oss föreslagna befattningen som specialföredragande i ärenden rörande psykisk barna- och ungdomsvård. Då hemmen inrättats i större antal, bör befattningen, som vi föreslagit bliva en deltidbefattning, om-

ändras till en heltidsbefattning. I enlighet med vårt i det följande lämnade förslag till ändring av tidigare framlagt författningsutkast kommer behandlingshemmen att inordnas i den plan för den psykiska barna- och ungdomsvården, som skall godkännas av medicinalstyrelsen. Detta medför bland annat, att planritning över varje hem kommer att granskas, innan det godkännes som behandlingshem. Vi vill ännu en gång understryka betydelsen av att man vid tillsynen över hemmen tar hänsyn även till de sociala synpunkter, som kan läggas på institutioner för vård av barn. Ett nära samarbete bör äga rum med socialstyrelsen, så att detta ämbetsverks rika erfarenhet av barnavårdsanstalter kommer också de av oss föreslagna hemmen till godo.

Beträffande den lokala tillsynen över behandlingshemmen bör gälla vad som om tillsyn är stadgat för lasarett.

Liksom fallet är med de nu befintliga anstalterna för psykopatiska och nervösa barn, bör behandlingshemmen i pedagogiskt hänseende stå under tillsyn av vederbörande skolmyndighet.

Sammanfattning

Den psykiska barna- och ungdomsvården är ännu till följd av sin ringa omfattning och sina små resurser förhindrad att göra den insats, som man med hänsyn till de numera inom barnpsykiatrin förvärvade möjligheterna i och för sig kunde förvänta. I vårt under 1957 avlämnade betänkande (SOU 1957:40) föreslog vi en betydande utbyggnad av verksamheten. Vi diskuterade också frågan om att införa ytterligare en vårdform inom den psykiska barna- och ungdomsvården, nämligen behandlingshem av olika typer. Något förslag härom kunde vi då ej framlägga.

Vi har sedermera verkställt en utredning angående behovet av vårdplatser i behandlingshem för psykiskt störda barn och ungdomar. Utredningens resultat har visat, att nu befintliga institutioner, där sådana barn och ungdomar kan beredas vård, ej tillnärmelsevis motsvarar behovet av vårdplatser och att inrättandet av nya institutioner för vård av de i olika avseenden psykiskt störda barnen och ungdomarna framstår som en angelägen uppgift.

Vi föreslår, att institutioner av tre olika typer anordnas, nämligen dels behandlingshem av typ I, dels behandlingshem av typ II och dels, slutligen, mentalsjukhem för barn och ungdomar. Liksom vi förmenar, att den psykiska barna- och ungdomsvården över huvud taget är en sjukvårdande angelägenhet, anser vi, att de tre slagen av institutioner skall betraktas såsom sjukvårdsanstalter.

Behandlingshemmen av typ I bör anordnas som underavdelningar till barnpsykiatriska lasarettavdelningar eller öppna centraler och avses för barn med huvudsakligen neurotiska och likartade sjukdomstillstånd, vilka efter undersökning vid lasarettavdelning eller central behöver fortsatt

observation under längre tid eller behandling av ett slag, som ej med nödvändighet måste utföras vid ett sjukhus. Vårdtiden torde i regel kunna begränsas till tre å fyra månader och sällan bliva längre än ett år. Varje hem bör ha endast omkring tio vårdplatser. Ett behandlingshem av typ I bör anslutas till varje barnpsykiatrisk lasarettavdelning och central.

Behandlingshemmen av typ II bör också betraktas såsom underavdelningar till den psykiska barna- och ungdomsvården, ehuru anknytningen till en lasarettavdelning eller central av praktiska skäl i regel ej torde bliva lika fast, som beträffande den förra typen av behandlingshem. Behandlingshemmen av typ II avses för barn och ungdomar med tidiga karaktärsstörningar. Vid dessa hem måste vårdtiden komma att bliva relativt lång, ofta flera år. Hemmen, som bör inrymma egen skola, bör ha omkring tjugo vårdplatser. Med hänsyn till den långa vårdtiden blir en uppdelning av klientelet önskvärd. Särskilda hem bör inrättas dels för barn, som ännu ej uppnått puberteten, dels för äldre pojkar och dels för äldre flickor. Dessutom bör en uppdelning efter begåvningsgrad göras, så att särskilda hem inrättas för debila.

Ett mentalsjukhem för barn och ungdomar bör anordnas i anslutning till vart och ett av de av oss i vårt tidigare betänkande föreslagna mentalsjukhusen för barn och ungdomar. Dessa hem avses för sinnessjuka yngre barn och för motsvarande äldre barn och ungdomar, i den mån vård på mentalsjukhus ej är nödvändig. Även vid dessa hem torde man i regel få räkna med en relativt lång vårdtid. Hemmen, som också bör förses med egen skola, bör inrymma femton å tjugo vårdplatser vardera.

Den kvalificerade personalen — läkare, psykologer och kuratorer — vid de tre typerna av hem bör ha samma utbildning och erfarenhet som den kvalificerade personalen vid de institutioner, till vilka hemmen är anknutna. Lasarettavdelningarnas och centralernas personal förutsättes få en del av sin tjänstgöring förlagd till behandlingshem av typ I. Vid behandlingshem av typ II torde man få räkna med att anställa särskilda psykologer och kuratorer, medan läkare vid en lasarettavdelning eller central förutsättes ombesörja läkarvården vid hemmen. Vid mentalsjukhemmen synes den vid mentalsjukhusen anställda kvalificerade personalen i regel kunna utnyttjas, ehuru det vid något eller några hem möjligen kan visa sig önskvärt att inrätta en heltidstjänst för psykolog.

Föreståndare för de tre typerna av hem bör ha examen från sociala barnavårdsseminariet, eventuellt sjuksköterskeexamen, eller, då det gäller en manlig föreståndare, examen från socialinstitut eller annan social utbildning samt god erfarenhet från arbete bland barn och ungdom. För alla gäller dessutom, att de bör ha erfarenhet från barnpsykiatrisk verksamhet. Vårdare och vårdarinnor bör också ha erfarenhet från arbete bland barn och ungdom. Lämplig utbildning för den underordnade vårdpersonalen saknas för närvarande. Vi föreslår, att en 22 veckor lång orienteringskurs anordnas

såsom en påbyggnad på yrkeskursen för barnsköterskor. Denna orienteringskurs, som lämpligen bör förläggas till yrkesskola, avser att utbilda underordnad vårdpersonal ej endast vid de av oss föreslagna hemmen utan vid olika slag av institutioner för vård av både fysiskt och psykiskt handikappade barn.

En viss vidareutbildning under arbetets gång av personalen vid de olika institutionerna kommer alltid att bliva nödvändig, och vi föreslår, att ansvaret för denna personalskolning lägges på hemmens läkare och psykologer. Dessa bör dessutom beakta de problem av mera personlig art, som ofta uppstår för personal vid institutioner av nu ifrågavarande slag.

De tre typerna av hem bör alla ha eget hushåll. Ekonomipersonal bör sålunda anställas med hänsyn härtill.

Av vår utredning framgår, att dels hjälpklassmässiga barn med lättare psykiska rubbningar och med sociala komplikationer, dels ojämnt mogna ungdomar ofta bereder placeringssvårigheter. Vi föreslår, att de hjälpklassmässiga barnen intages i barnhem för varaktig vård, i den mån de ej kan placeras i fosterhem i orter, där hjälpklassundervisning är anordnad. För de ojämnt mogna ungdomarna bör inom socialvårdens ram särskilda specialhem inrättas i enlighet med barnavårdskommitténs förslag om specialbarnhem.

Fosterhemsvården utgör ett värdefullt komplement till den psykiska barna- och ungdomsvården. I en del fall kan kortvarig fosterhemsvård vara att föredraga framför sjukhusvård under den tid observation eller behandling vid den psykiska barna- och ungdomsvården pågår, i andra fall kan psykiskt störda barn och ungdomar behöva fosterhemsvård under längre tid, sedan behandlingen avslutats. Vi tror det ej vara lämpligt att införa en särskild fosterhemsförmedling för den psykiska barna- och ungdomsvården, men föreslår, att den nu befintliga förmedlingsorganisationen förstärkes, så att fosterhem genom försorg av denna organisation kan anskaffas även åt den psykiska barna- och ungdomsvårdens klienter.

För att vården av de psykiskt störda barnen och ungdomarna skall få den avsedda effekten, bör i möjligaste mån samarbete ske med föräldrarna. Det blir ofta nödvändigt att bereda även föräldrarna en viss form av terapi. Likaså måste eftervården av utskrivna patienter ägnas stor omsorg.

Huvudmannaskapet för behandlingshemmen av typ I och typ II föreslås bliva anförtrott åt landstingen och de landstingsfria städerna. Samgående i någon form landstingen respektive städerna emellan torde i regel bli nödvändigt för anordnandet av behandlingshem av typ II. Huvudmannaskapet för mentalsjukhemmen bör vara detsamma som för de av oss föreslagna mentalsjukhusen för barn och ungdomar, d. v. s. tills vidare staten eller, vad avser mentalsjukhemmet för Stockholms stad och län, eventuellt Stockholms stad.

Vi föreslår, att vårdavgiften vid hemmen blir densamma som i allmänhet

gäller för salspatienter vid andra sjukvårdsanstalter. Då vi förutsätter, att den allmänna sjukförsäkringen kommer att avse även vård vid behandlingshem och mentalsjukhem, blir vården för den enskilde kostnadsfri under relativt lång tid. För de barn och ungdomar, beträffande vilka sjukförsäkringen upphört att gälla, föreslår vi, att avgiftsfrihet införes.

Med hänsyn till den pågående utredningen av frågan om de ekonomiska villkoren för överförande av huvudmannaskapet för mentalsjukvården till landstingen och de landstingsfria städerna har vi ej ansett oss böra föreslå särskilda statliga anläggningsbidrag för behandlingshemmen. Vi anser dock, att sådana anläggningsbidrag bör ingå såsom en del av det samordnade statsbidrag, som kan komma att utformas. Statligt driftbidrag i form av bidrag till kostnaden för den kvalificerade personalens avlöning bör tills vidare utgå efter samma normer, som vi i vårt tidigare betänkande föreslagit gälla för den kvalificerade personalen inom den psykiska barna- och ungdomsvården i övrigt.

Den centrala tillsynen över behandlingshemmen föreslås komma att åvila medicinalstyrelsen. Beträffande den lokala tillsynen bör gälla vad som om tillsyn är stadgat för lasarett. Behandlingshemmen bör i pedagogiskt hänseende stå under tillsyn av vederbörande skolmyndighet. Mentalsjukhemmen bör i avseende på tillsyn vara underkastade samma bestämmelser, som kommer att gälla för mentalsjukhusen för barn och ungdomar.

Författningsförslag m. m.

A. Stadsbidragskungörelsen

I vårt tidigare betänkande framlagt förslag

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.

7 §

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 municipalsam-

Förslag till tillägg

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 *liksom även behandlingshem av typ I och av typ II.*

7 §

För nämnda befattningshavares resor till i planen upptagna mottagningar vid filialstationer *eller behandlingshem* 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

hälles planlagda område.

8 §

Ansökning om statsbidrag skall ingivas till medicinalstyrelsen och vara åtföljd av i vederbörlig ordning 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.

eller municipalsamhälles planlagda område.

8 §

Ansökning om statsbidrag skall ingivas till medicinalstyrelsen och vara åtföljd av i vederbörlig ordning upprättad plan för verksamhetens anordnande. I planen skall finnas angivna de orter, varest barn- och ungdomspsykiatrisk avdelning respektive olika former av öppna mottagningar *eller behandlingshem* skall anordnas, antalet vårdplatser, som skall stå till verksamhetens förfogande, samt antalet och arten av de befattningshavare, som skola anställas.

B. Normalinstruktionen

I vårt tidigare betänkande framlagt förslag

Läkarnas åligganden.

1. Varje till den psykiska barna- och ungdomsvården hörande lasarettsavdelning 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.

Ovan angivna befattningshavare har att företaga, utöver de av filialmottagningarna föranledda resorna, andra för verksamheten erforderliga dylika enligt plan, som fastställts av

Förslag till tillägg

Läkarnas åligganden.

1. Varje till den psykiska barna- och ungdomsvården hörande lasarettsavdelning och öppen mottagning, vare sig den senare är anknuten till sådan avdelning som nu nämnts eller bedrivs vid fristående central, *liksom även behandlingshem* skall förestås av en läkare, som är huvudansvarig för arbetet inom respektive enhet.

Ovan angivna befattningshavare har att företaga, utöver de av filialmottagningarna och *arbetet vid behandlingshem* föranledda resorna, andra för verksamheten erforderliga

lokalstyrelsen i samråd med den för verksamheten ansvarige läkaren.

dylika enligt plan, som fastställts av lokalstyrelsen i samråd med den för verksamheten ansvarige läkaren.

C. Normalplanen

Det i vårt tidigare betänkande framlagda förslaget till normalplan bör förses med följande tillägg.

3. Verksamheten bedrivs vid följande enheter:

e) *Behandlingshem finnes anordnat i:*

Beskrivning över dessa lokaler jämte planritning:

4. För verksamheten inrättade tjänster:

- a) vid sjukhusavdelningen och i anslutning till sjukhusavdelningen anordnad öppen mottagning samt *behandlingshem*.
- b) vid fristående öppna mottagningar och därtill anknutna filialer samt *behandlingshem*.
- c) vid filialmottagning och *behandlingshem* (utöver ovan angivna tjänster).

MENTALSJUKVÅRSDELEGATIONEN

Stora Nygatan 1, Stockholm C

Tel. 20 65 34 (kansli)

» 61 25 14 (sekreterare)

Formulär A

Synpunkter på olika institutioner för psykiskt störda barn och ungdomar

1. Behandlingshem av typ I

.....

.....

2. Behandlingshem av typ II

.....

.....

3. Behandlingshem av typ III

.....

.....

4. Specialbarnhem för psykopatiska och nervösa barn enligt barnavårdskommitténs förslag

.....

.....

5. Eventuellt önskvärda institutioner av annan typ

.....

.....

.....
(uppgiftslämnare)

.....
(institution)

MENTALSJUKVÅRDSDELEGATIONEN

Stora Nygatan 1, Stockholm C

Tel. 20 65 34 (kansli)

» 61 25 14 (sekreterare)

Formulär B

Reg. nr

(ifylles ej)

Vårdplatsbehov för psykiskt störda barn och ungdomar

1. Kön 2. Födelsedatum och år

3. Mantalsskrivningsort

4. Län

5. Vistas f. n. i

a) institution (v. g. angiv vilken)

b) eget hem

c) annat enskilt hem

6. Diagnos

7. Beskrivning av fallet

.....

8. Behöver vård i (v. g. markera med tydligt kryss)

a) behandlingshem av typ I typ II typ III

b) specialbarnhem för psykopatiska och nervösa barn enligt barnavårdskommitténs förslag

.....

c) annan institution (v. g. angiv önskvärd typ)

.....

.....
(uppgiftslämnare)

.....
(institution)

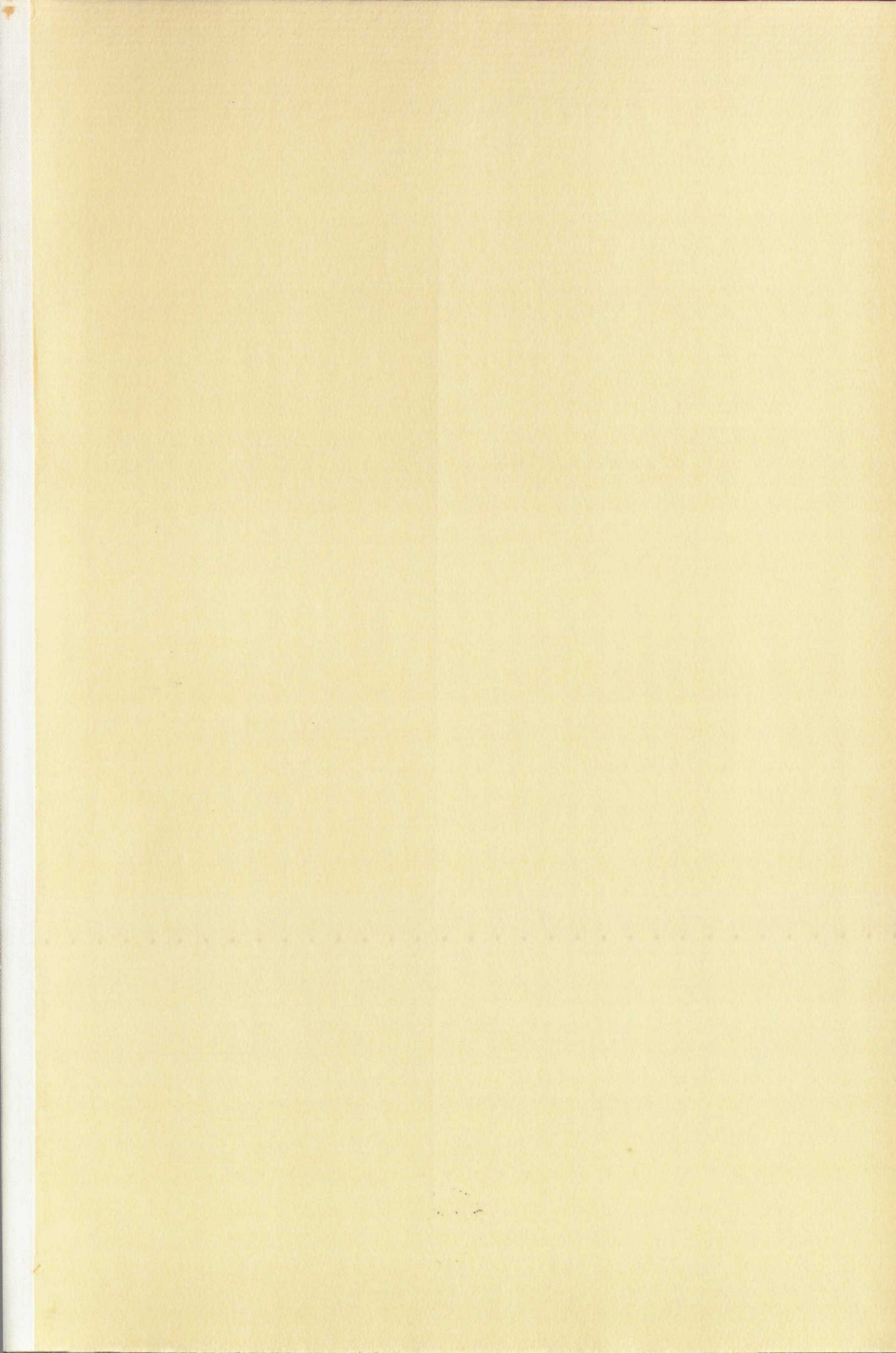
Namn

Reg. nr

(ifylles ej)







Statens offentliga utredningar 1958

Systematisk förteckning

(Siffrorna inom klammer beteckna utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.)

Allmän lagstiftning. Rättsskipning. Fångvård.

Häradsrätts sammansättning i brottmål. [9]
Förslag till varumärkeslag. [10]
Betänkande med förslag till allmän tjänstepliktslag
m. m. [16]

Statsförfattning. Allmän statsförvaltning.

Utredning om vissa förhållanden vid konserverings-
forskningsinstitutet. [3]
Författningsutredningen. 1. Kandidatnominering vid
andrakammarval. [6] 2. Regeringsarbetet. [14]

Kommunalförvaltning.

Statens och kommunernas finansväsen.

Politi.

Nationalekonomi och socialpolitik.

Socialförsäkring och rehabilitering. [17]

Hälsa- och sjukvård.

Gemensam nordisk hälsovårdsutbildning. [8]
Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena.
[15]
Mentalsjukvårdsdelegationen. 2. Behandlingshem
och mentalsjukhem för barn och ungdomar. [20]

Allmänt näringsväsen.

Gotland. [18]

Fast egendom. Jordbruk med binärningar.

Småbrukarstödet. [7]

Vattenväsen. Skogsbruk. Bergsbruk.

Industri.

Handel och sjöfart.

Kommunikationsväsen.

Vägplan för Sverige. Del 1. Riktlinjer och förslag
samt kartbilagor. [1] Del 2. Expertutredningar och
övriga textbilagor. [2]

Bank-, kredit- och penningväsen.

Försäkringsväsen.

Promemoria med förslag om fondförvaltning m. m.
i samband med en utbyggd pensionering. [4]
Permanent skördeeskadeskydd. [5]

Kyrkoväsen. Undervisningsväsen.

Andlig odling i övrigt.

1955 års universitetsutredning. 3. Reserverna för
högre utbildning. Beräkningar och metoddiskus-
sion. [11]
Supplement nr 9 till Sveriges familjenamn 1920. [19]

Försvarsväsen.

Civilförsvarsutbildningen. [12]
Civilförsvarets organisation. [13]

Utrikes ärenden. Internationell rätt.