

## Nr 377

Av herr Wedén m. fl., *angående den psykiska folkhälsan.*  
(Lika lydande med motion nr 294 i Första kammaren)

Den svenska sjukvården har genomgått en betydande utveckling. Expansionen avspeglas i stigande sjukvårdskostnader — landstingsskatten har stigit från i genomsnitt 4: 10 kr. per skattekrona 1959 till 7: 16 kr. 1968 — och föreliggande planer i fråga om sjukhusbyggande och personalutbildning tyder på fortsatt utbyggnad.

Grundvalen för denna utveckling utgörs av erfarenheten av de medicinska insatsernas avgörande vikt för det allmänna hälsotillståndet. Kampen mot de stora epidemiska folksjukdomarna, introduktionen av allmän hälsokontroll av spädbarn, mödrar, skolbarn, värnpliktiga m. fl., användningen av nya effektiva läkemedel etc. har under detta sekel bidragit till att höja medellivslängden med tiotals år och eliminerat några av de största otrygghetsfaktorerna i individernas tillvaro.

Det är emellertid inte sannolikt att läkarvetenskapen och sjukvården i framtiden skall kunna åstadkomma liknande förbättringar i det allmänna hälsotillståndet, även om stora förhoppningar kan ställas inom begränsade avsnitt, exempelvis bekämpningen av cancersjukdomarna. I USA har man upplevt en påtaglig stagnation när det gäller förbättringen av medellivslängden sedan slutet av 1940-talet, trots stegringen av sjukvårdskostnaderna från 12 miljarder till 44 miljarder dollar sedan 1950. Förklaringen anses ligga i att det i det tekniska industrisamhället finns en rad sjukdomsalstrande faktorer som man inte kommer till rätta med inom ramen för den traditionella hälso- och sjukvården, bl. a. alkoholmissbruk, rökning, luftföroreningar och trafikolyckor.

Även i Sverige måste vi i ökad utsträckning gå utanför hälso- och sjukvård i traditionell mening när det gäller att förbättra det allmänna hälsotillståndet. Med denna motion vill vi rikta uppmärksamheten på de allvarliga hälsorisker som hör samman med sociala misslyckanden, missanpassning och mentala störningar. Det är ofta omvittnat att kroppssjukvården i ganska hög grad betungas av patienter vilkas sjukdomsbild väsentligen visar en social eller mental störning som kroppssjukvården inte har medel att angripa. Den stora utbredningen av psykiska rubbningar hos befolkningen är därför en av huvudorsakerna till att det starka trycket på sjukvården kvarstår, trots den utbyggnad som ägt rum. I denna motion behandlar vi olika frågor berörande den psykiska folkhälsan. I en annan motion har vi behandlat olika frågor rörande hälso- och sjukvårdens per-

sonella och organisatoriska läge samt hälso- och sjukvårdens struktur och inriktning.

Enligt vår mening är det nödvändigt att i fortsättningen ge en högre prioritet åt de vårdområden där samhället söker möta skilda former av social och mental missanpassning och att insatserna i högre grad samordnas utifrån en gemensam grundsyn. De vårdområden vi främst syftar på är mentalsjukvård, socialvård, barna- och ungdomsvård, nykterhets- och narkomanvård och kriminalvård.

Det finns många skäl att betrakta dessa vårdsektorer som ett sammanhängande område. I jämförelse med kroppssjukvården framstår de alla som eftersatta. Först på ett sent stadium har man börjat inse nödvändigheten av vetenskapligt grundade behandlingsmetoder och behovet av välutbildad personal. Dessa vårdområden har inte kunnat fånga det sociala reformintresset på samma sätt som t.ex. de stora socialförsäkringarna, sjukvården, utbildningen och arbetsmarknadspolitiken. Vi ser detta som en snedvridning och menar att målmedvetna, metodiska åtgärder mot social och mental missanpassning måste ges samma dignitet som de nämnda reformområdena under 1970-talet.

Utmärkande för de nämnda vårdområdena är vidare att de utnyttjar ungefär samma utbildningsinstitutioner. De drabbas av samma brist på psykiatrer, psykologer, socialarbetare och frivilligt verksamma lekmän (som övervakare etc.). Behandlingsforskningen inom människovården måste spränga traditionella gränser mellan medicin och beteendevetenskaper. Av betydelse är vidare att likartade problem uppkommer då det gäller tillgripandet av tvångsåtgärder och avvägningen mellan öppen och sluten vård, vilket förklaras av att det i så stor omfattning är samma grupp människor man möter inom mentalsjukvård, alkoholistvård, kriminalvård etc. Det s. k. restklienteletets ödsliga vandring på den svenska botten respekterar föga de administrativa och juridiska gränser samhället dragit upp mellan olika vårdsektorer.

Det är nödvändigt att beakta det starka inbördes beroendet mellan de institutioner som verkar på detta område. Personalbristen gör att reformplaner för den ena eller andra vårdformen ofta ter sig orealistiska såvida de inte skall genomföras på bekostnad av andra lika eftersatta områden.

Mycket vanlig är upplevelsen att vårdinstitutionerna tvingas sysselsätta sig med hjälpåtgärder av andra slag än vad institutionerna egentligen är avsedda och utrustade för beroende på bristande kapacitet inom angränsande vårdsektor. De socialt arbetande har ofta känslan att arbeta på »lägre nivå», med mera elementära hjälpåtgärder, än de utbildats för. Den kvalificerade personalen blir, delvis till följd av sin knapphet, inte effektivt tillvaratagen, och vårdyrkenas dragningskraft blir därmed ytterligare förminskad.

Om varje vårdområde betraktas för sig, ligger frestelsen nära att söka

problemets lösning i att något annat samhällsorgan övertar ansvaret för de svåraste vårdfallen. Debatten om vårdfrågor sysslar i stor omfattning med olika propåer om att den ena eller andra problemgruppen enligt sin natur rätteligen hör hemma inom en annan vårdsektor, där det underförstås att bättre och mer adekvata behandlingsmetoder och resurser finns. Administrativa reformer är självfallet ofta önskvärda — överförandet av unga lagöverträdare, mentalsjuka och alkoholskadade från kriminalvården till olika sociala och sjukvårdande organ har exempelvis givit ökade förutsättningar för individuellt avpassad vård — men de löser i och för sig inga behandlingsproblem och innebär inte något steg mot humaniserad vård, om inte den mottagande sidan utrustas med tillräckliga resurser. Under senare år har man inom socialvården påbörjat en integration enligt den s. k. familjevårdsprincipen, som syftar till att påverka klientens sociala situation som en helhet snarare än att punktvis ingripa mot speciella problem. Samma strävan bör prägla inte endast socialvården utan samhällets aktivitet i stort när det gäller dessa problemgrupper, vilket innebär krav på starkt utbyggda kontakter mellan i första hand sjukvård, socialvård och kriminalvård.

### *Förebyggande och öppen vård*

Förebyggande åtgärder väger tyngst, här som eljest. De mest verkningsfulla formerna av förebyggande åtgärder måste vara sådana som syftar till att förhindra skador under uppväxttiden. Här torde föräldrautbildning vara det viktigaste inslaget. I ett läge där utbildningskraven för personal i människovårdande uppgifter betonas alltmer är det märkligt att föräldrar som vårdar sina egna barn har små möjligheter att få ens den mest elementära utbildning. De fall av vanvård och barnmisshandel som förekommer visar tydligt att behov av utbildning och upplysning föreligger. Föräldrautbildning, eventuellt utformad som återkommande kurser alltefter som barnen växer upp och utvecklas, ger inte bara föräldrarna större trygghet inför sin uppgift utan medverkar till att förebygga felaktiga reaktioner från deras sida. Genom att familjerna denna vägen får kontakt med samhället torde fall av missanpassning kunna upptäckas och hjälpåtgärder sättas in på ett tidigare stadium än vad som nu är fallet. De kurser för förstagångsföräldrar som ordnas av Röda korset i samband med barnavårdscentraler runt om i landet omfattar endast spädbarnsvård. Utbildning i barnpsykologi och samlevnadsfrågor förekommer knappast. Endast Stockholms stad har satsat på en mera omfattande utbildning. I ett fåtal andra kommuner har planering för en mera omfattande föräldrautbildning startats.

Det är uppenbart att ett samlat initiativ nu bör tas för att utforma enhetliga planer för en utbyggd föräldrautbildning. Åtgärder måste vidtas för

att uppmuntra kommunerna eller landstingskommunerna att starta sådan verksamhet.

En annan viktig del av den förebyggande verksamheten som inriktar sig på barnens uppväxtmiljö är familjerådgivningen. Sedan 1960 kan landstingskommun eller stad som inte tillhör landsting få statsbidrag till försöksvis ordnad familjerådgivning. Statsbidrag kan även i vissa fall utgå till rådgivning anordnad av enskild eller av primärkommun. Denna försöksverksamhet har nu pågått i sju år. För innevarande budgetår uppgår bidragsanslaget till 200 000 kronor, och bidrag utgår till 18 byråer. Ett tjugotal rådgivningsbyråer drivs i privat regi, vanligen av kyrkliga organisationer. På en del platser kombineras familjerådgivningen med abortrådgivningsverksamhet. Detta har i många fall visat sig ha olyckliga konsekvenser för familjerådgivningen. Eftersom abortärendena är brådskande måste de ges företräde, varför den egentliga familjerådgivningen blir lidande.

Erfarenheterna har visat att ett stort behov av rådgivning föreligger. Verksamheten har expanderat kraftigt trots att bidragsbestämmelserna varit restriktiva. Lika många byråer som de statsbidragsberättigade har igångsatts på privat initiativ. Det borde nu vara lämpligt att företa en samordning av de olika huvudmännens verksamhet och att utforma enhetliga, generösa statsbidragsbestämmelser.

Det går inte att dra någon skarp gräns mellan direkta vårdinsatser och förebyggande verksamhet, ty vad som ur en synvinkel är vård kan ur en annan synvinkel vara förebyggande. En gräns av större praktisk vikt går mellan öppen vård och vård på anstalt. En erfarenhet som är gemensam för alla som söker komma till rätta med beteenderubbningar är att anstaltsbehandling ofta har en elakartad tendens att fixera en ohållbar livssituation. Anstaltslivet kan vänja individen av med att ta ansvar för sin egen tillvaro och sammanför människor med ofta mer eller mindre samhällsfientliga attityder. Dessa attityder har därvid en benägenhet att förstärkas. Särskilt i de talrika fall där grundproblemet utgörs av en störd relation mellan individen och hans normala omgivning är det ofta en illusion att vård på anstalt skall kunna »bota» individen. Även ekonomiska skäl talar för att begränsa inslagen av sluten vård, och där sådan ändå är nödvändig bör behandlingen vara så kortvarig som möjlig. Omställningen till öppen vård kräver särskilda insatser, ofta i form av utslussning via halvöppna anstalter och inackorderingshem.

Av både terapeutiska och ekonomiska skäl bör således tyngdpunkten ligga på den öppna vården, där man inte tvingas bryta det mänskliga samspillet mellan den hjälpbehövande individen och hans sociala omgivning. Även i en svårt skadad miljö råder ofta en känslomässig gemenskap, som kan vara extra stark just på grund av isolering utåt, och denna gemenskap kan vara den enda grund på vilken insatser för rehabilitering kan byggas. Ingen är helt och hållet asocial. Det gäller att leta fram den sektor där en

positiv samhällsanknytning finns och att med varsamhet och tålmod söka kultivera denna sektor.

1964 års nykterhetsvårdsundersökning (SOU 1967: 36) har nyligen aktualiserat frågor av stor principiell vikt för den sociala människovården. Utredningsmannen hävdar att den nuvarande nykterhetsvården är inne i en förtroendekris, som har sin grund i att lagstiftaren satt vissa tvångsmedel i händerna på nykterhetsvårdsorganen. Den kommunala socialvården bör enligt utredningsmannen helt inriktas på behandling och service utan inslag av tvång för att därmed »i likhet med sjukvården vinna allmänhetens förtroende och omfattas av en positiv allmän opinion».

Att tvångsåtgärderna lätt skapar en psykologisk barriär mellan socialvårdare och klienter är obestriddigt. Den socialt missanpassade uppfattar i allmänhet tvånget som något negativt och har svårt att anförtro sig åt den som kan påtvinga honom behandlingsåtgärder. Det är därför ett viktigt mål att reducera användningen av tvång inom socialvården. Men tyvärr är det i många situationer inte tänkbart att lita enbart till frivilliga medel.

Den svårighet som ligger i kombinationen av samhällsskydd och vård, av myndighetsutövning och social service, torde inget av de vårdområden vi här diskuterar helt undkomma. Här ligger en avgörande skillnad mot kroppssjukvården. Problemet kan dock till stor del lösas genom att man inom varje vårdform drar en klar gräns mellan den frivilliga vården och de repressiva inslagen, vilka dock självfallet alltid bör ha ett rehabiliterande syfte.

Huvudmannaskapet för alla här berörda verksamhetsområden med undantag för kriminalvården och vissa delar av den slutna ungdomsvården och nykterhetsvården ligger hos primärkommunerna och landstingen. På dem ankommer att i praktiken genomföra en upprustning. De praktiska möjligheterna härtill är dock begränsade på grund av personalbristen inom vissa nyckelsektorer och frånvaron av klart preciserade målsättningar och effektiva behandlingsmetoder. Impulserna till en ny syn och en ny politik måste komma från centralt håll, där både vårdbehoven och de tillgängliga resurserna kan överblickas och där huvudansvaret för utbildning och forskning inom berörda områden ligger. Vi redovisar i det följande några av de väsentligaste kraven på statlig medverkan till en effektivare välfärdspolitik när det gäller sociala och mentala störningar.

### Forskning

Liksom sjukvården bör de mera socialt och psykologiskt betonade vårdformerna stå i intimt samband med vetenskaplig forskning. Behovet av forskning om beteenderubbningar, om miljöfaktorer som påverkar det mentala hälsotillståndet, om socialvårdande behandlings- och rehabiliteringsmetoder m. m. har emellertid tillgodosetts i ytterst ringa omfattning och är på intet sätt jämförligt med vad som skett på det medicinska området.

Riksdagen har tidigare (rskr. 1962: 203) i anledning av motioner understrukit behovet av en effektiv och väl samordnad forskning på det socialpolitiska området. Med anledning härav fick socialpolitiska kommittén i uppdrag att överväga formerna för en sådan forskning, och förslag härom blev även utarbetat (SOU 1964: 59). Detta blev emellertid inte realiserat.

Frågan om behandlingsforskning vid ungdomsvårdsskolorna var 1964 föremål för en särskild utredning. Med anledning av motioner framhöll riksdagen 1967 — utan att ta ställning till formerna för sådan behandlingsforskning — att »en väsentligt ökad aktivitet är ett angeläget önskemål».

I motioner 1967 upptogs frågan om den sociala forskningens organisation. Motionerna avstyrktes av allmänna beredningsutskottet under hänvisning till den starka utveckling som redan ägt rum inom social och samhällsvetenskaplig forskning vid universitet och högskolor. Bland annat hänvisades till den forskning som numera finansieras av riksbankens jubileumsfond.

I motioner till 1966 års riksdag drogs vissa riktlinjer upp för samhällsåtgärder mot psykiska störningstillstånd. Bland annat förordades inrättande av ett tvärvetenskapligt forskningsinstitut med anknytning till psykiatri, socialmedicin, socialpsykologi, individualpsykologi, psykoterapi och allmän sociologi.

Ett liknande förslag om inrättande av ett »statens institut för den psykiska folkhälsan», väcktes i motioner till 1967 års riksdag. Motionärerna önskade en särskild utredning om organisation och målsättning för ett sådant institut. Motionerna tillstyrktes av allmänna beredningsutskottet men avslogs av riksdagen.

Till målsättning och karaktär skulle de här nämnda forskningsinstituten i viss utsträckning sammanfalla. Vi vill därför förordas en utredning om på vilket sätt och i vilken utsträckning de olika verksamheter det här gäller kan organiseras inom en gemensam institution. Grundtanken är att en rad sociala problem icke låter sig lösas utan en fördjupad människokunskap.

Som skäl för avslag på ovannämnda motioner har anförts att »en allsidigt orienterad forskning i berörda ämnen redan är organiserad vid våra universitet och högskolor och att forskningsresurserna inte bör splittras genom en sådan utbrytning som motionärerna föreslagit». Vi bestrider att det finns en allsidig forskning på dessa områden i Sverige. Bland annat saknas så gott som helt en forskning om psykoterapeutiska frågeställningar, vilka är av största praktiska betydelse inom samtliga de vårdområden vi tagit upp i denna motion. Det är den nuvarande situationen som kännetecknas av splittrade forskningsresurser, och det föreslagna institutet syftar till att övervinna splittringen genom att föra samman representanter för olika forskningsgrenar.

Splittringen är för övrigt inte bara av organisatorisk art. Det finns på de människovårdande områdena också en splittring i idéer och attityder, som delvis har att göra med skillnader i utbildning och erfarenheter olika yrkes-

grupper emellan. Även av denna anledning finner vi det angeläget att representeranter för olika vårdsektorer och synsätt stimuleras till ett gemensamt vetenskapligt arbete.

### *Personalbristen*

Bristen på utbildad personal är genomgående inom den sociala och mentala människovården. Vi skall här endast beröra tre av de mest kvalificerade personalgrupperna, psykiatrer, socionomer och psykologer, där bristen är särskilt markant och har svåra återverkningar i form av bristande kapacitet för utbildning av den lägre personalen.

Det ohållbara rekryteringsläget när det gäller läkare till mentalsjukvården kan belysas med ett par enkla fakta. Mentalsjukvårdsdelegationen beräknade för tio år sedan att vi 1970 skulle behöva nära 2 000 psykiatrer i landet. Beräkningen grundades vad mentalsjukhusen beträffar på att man överallt skulle nå upp till den läkartäthet som på 1950-talet fanns vid Beckomberga sjukhus. Ingen hänsyn togs till behovet av arbetstidsförkortning för läkarna. Antalet psykiatrer torde emellertid i dag endast vara ca en tredjedel av det för 1970 beräknade behovet. Enkäter bland de medicin-studerande vittnar om att psykiatrin alltjämt har låg dragningskraft bland blivande läkare. Nyrekryteringen torde inte uppgå till mer än några tiotal om året. Chefen för socialstyrelsen har nyligen uppskattat psykiatrerbristen till mellan 1 000 och 2 000.

Den reform av läkarutbildningen varom utredningsförslag föreligger syftar bland annat till att stärka psykiatrin och beteendevetenskaperna i utbildningen. Vi finner detta välmotiverat men tvivlar på att det räcker för att radikalt förbättra rekryteringsläget för psykiatrin. Bristen på psykiatriskt utbildade läkare är i dag en så allvarlig broms på utvecklingen inom en rad vårdområden att det är nödvändigt att säkerställa en avsevärt ökad tillströmning av läkare till dessa områden. Vi förordar att en utredning görs på vilket sätt detta bäst kan åstadkommas.

Den nyligen genomförda reformen av socionomutbildningen i förening med den ökade intagningen av studerande vid socialhögskolorna är på lång sikt ägnad att minska bristen på personal med social utbildning. Denna brist drabbar i dag med särskild tyngd den kommunala socialvården. 1964 års nykterhetsvårdsundersökning redovisar att 63 procent av nykterhetsvårdens tjänstemän saknar social utbildning. Endast en tredjedel av socionomerna med utbildning på sociala grenen arbetar inom de kommunala socialförvaltningarna. En enkät bland de studerande vid socialhögskolorna visar även en stark tendens att undvika detta arbetsområde. Det är således nödvändigt att kommunerna med lämpliga medel söker öka rekryteringen av socionomer.

Beträffande innehållet i socionomutbildningen finner vi det angeläget



att ökad tonvikt läggs på »social metodik», som i dag endast är ett-betygsämne, och att socionomerna ges ökade möjligheter till vidareutbildning och forskning inom centrala delar av sitt eget arbetsområde. Det är olyckligt att befordringsvägarna för socialvårdare genomgående tycks leda bort från den direkta människovården, i regel till administrativa tjänster. Det bör därför finnas möjligheter för socialvårdare med omfattande teoretisk och praktiskt utbildning att erhålla mer kvalificerade tjänster utan att därför tvingas lämna arbetet med klienterna.

Den starka tillströmningen av studerande till de samhällsvetenskapliga fakulteterna under senare år har givit anledning till oro när det gäller sysselsättningen för samhällsvetare. Med tanke på den rådande bristen på socialt utbildad personal bör det övervägas att erbjuda yngre samhällsvetare en kompletterande utbildning i sociala och psykologiska ämnen.

Utbildningen av psykologer är i stort behov av att reformeras. Ett förslag till reviderad utbildningsgång, som 1965 överlämnats av universitetskanslersämbetet till Kungl. Maj:t har blivit liggande i avvaktan på dels utredningen om fasta studiegångar vid universiteten (UKAS), dels forskarutredningen. Genom sin ensidigt teoretiska inriktning utgör den nuvarande utbildningen inte en tillfredsställande grund för yrkesverksamhet som psykolog. Licentiatutbildningen, som enligt ett kungligt brev av år 1958 är behörighetskrav för innehav av psykologtjänst, syftar i första hand till att förbereda vetenskapligt arbete och undervisning vid universiteten.

Det är angeläget att teori och praktik integreras i psykologutbildningen och att den nuvarande osäkerheten, som starkt hämmat rekryteringen till den högre utbildningen, med det snaraste bringas att upphöra.

Sveriges psykologförbund redovisar knappt ett tusental yrkesverksamma medlemmar i psykologarbete. På längre sikt är det sannolikt och önskvärt att psykologer kommer att vara verksamma i väsentligt större antal inom och utom människovården. Det program för psykisk hälsovård som vi skisserar i denna motion förutsätter psykologiska insatser i starkt vidgad omfattning. En översyn bör snarast företas av möjligheterna att öka intagningen till psykologutbildning och särskilt att vidga utbildningen på den högre nivån. För närvarande examineras endast ca 30 licentiatier i psykologi och pedagogik om året. Enligt uppgift från Sveriges psykologförbund inrättas varje år ca 50 tjänster för psykologer med licentiatexamen. Klyftan mellan behov och tillgång synes alltså kontinuerligt vidgas.

I brist på ordnad utbildning i samhällets regi har människor med varierande yrkes- och utbildningsbakgrund genom egna ansträngningar skaffat sig utbildning i psykoterapi. Sedan 1930-talet har utbildning av barn-terapeuter skett vid Ericastiftelsen. Viss utbildning av vuxenterapeuter sker genom Svenska psykoanalytiska föreningen och S:t Lukasstiftelsen. På senare tid har terapiutbildning av varierande omfattning och karaktär förekommit inom den psykiska barna- och ungdomsvården och inom mental-



sjukvården. »Fortfarande är dock situationen sådan», framhöll medicinalstyrelsen i ett yttrande till allmänna beredningsutskottet 1966, »att utbildningsresurserna måste rubriceras som helt otillräckliga för hela det psyko-terapeutiska behandlingsområdet. En väl planerad samordning och en kraftig utbyggnad är oundgängligen nödvändig och bör ske så snabbt förhållandena rimligen medger.» Det kan tillfogas att det i praktiken visat sig att människor med skiftande grundutbildning kan bli goda terapeuter och att därför terapiutbildningen bör stå öppen för såväl psykologer och läkare som socialarbetare och bedrivs vid institutioner där dessa grupper arbetar sida vid sida.

En uppspaltning av terapiutbildningen, så att läkarna utbildas inom mentalsjukvården, psykologer och kuratorer vid fristående institutioner, är inte önskvärd. Samma strävan att integrera sociala, psykologiska och medicinska aspekter som vi förordat i fråga om forskningen bör även präglade utbildningen.

### *Lekmännens roll*

Vi vill även starkt stryka under lekmännens roll inom dessa delar av människovården. Återanpassning innebär alltid återgång till normala kontakter med »vanliga människor» utan professionella vårdattityder, och i denna process måste lekmännen engageras på ett planmässigt sätt i samverkan med specialisterna. Ett stort behov föreligger av fler kontakter mellan vårdorganen och det frivilliga föreningslivet, där stora insatser görs för människor i sociala svårigheter. Vi vill särskilt förorda stöd åt ansträngningarna att organisera olika »problemgrupper» i egna föreningar, t. ex. Länkrörelsen, Riksförbundet för kriminalvårdens humanisering och Riksorganisationen för mental hälsa. Väsentlig är vidare lekmännens roll inom de kommunala organen. Frågan om förebyggande av missanpassning och mental ohälsa berör så breda sektorer av samhällsutvecklingen att nära kontakter är nödvändiga mellan dem som svarar för den allmänna kommunala verksamheten och dem som leder det direkta vårdarbetet. Social-, nykterhets- och barnavårdsnämnder, skolstyrelser, fritidsnämnder, kommunala bostadsföretag, byggnadsnämnder och i sista hand kommunernas styrelser och fullmäktige har alla ett ansvar för dessa frågor, som de inte kan delegera till specialister.

Det är viktigt att uppmärksamma den risk för minskad lekmanamedverkan som ligger i den från andra synpunkter önskvärda integrationen mellan socialvårdens olika grenar i kommunerna. Sammanslagning av socialnämnd, barnavårdsnämnd och nykterhetsnämnd har på vissa håll redan skett i den formen att de tre nämnderna fått samma personsammansättning, vilket innebär att betydligt färre lekmän får tillfälle att medverka i socialvårdande arbete. Utredningen om reformering av social-

lagsstiftningen bör pröva möjligheterna att engagera fler lekmän genom uppdelning av socialnämnderna på delegationer, exempelvis en för varje kommunedel.

### *Kortfattad organisatorisk plan*

I klart medvetande om att det kommer att kräva avsevärd tid att mobilisera erforderliga personella resurser vill vi här i korthet skissera en rådgivnings-, behandlings- och serviceorganisation för människor med sociala och mentala svårigheter. De principiella utgångspunkterna har angivits i det föregående:

1. Organisationen bör vara enhetlig och gemensam för så stora grupper som möjligt, oberoende av om den störning som föranleder åtgärder först yttrar sig i form av en psykiskt betingad somatisk åkomma, en social missanpassning, familjeproblem, alkoholism eller på annat sätt. Erfarenheten visar att klientens grundproblem ofta ligger på ett annat plan än vad de först framträdande symtomen tyder på. Resurser bör därför finnas för en allsidig social, psykologisk och medicinsk bedömning av vårdfallen.

2. Tonvikten bör ligga på öppen vård och behandlingen bör syfta till att klienten skall leva kvar i sin normala familje- och arbetsmiljö. Organisationen bör ha största möjliga kontaktyta mot samhället: organisationslivet, arbetsmarknaden, statliga och kommunala myndigheter.

3. Verksamheten bör så långt möjligt bygga på frivillighet och förtroende från klienternas sida.

4. Verksamheten bör organiseras med beaktande av att beteenderubbningar och sociala avvikelser i regel är en form av gruppbeteende och betingad av ohållbara sociala relationer. Åtgärderna måste ofta avse inte en enskild individ utan en grupp (i regel en familj), varav följer att den i stor utsträckning måste bli av uppsökande och förebyggande karaktär.

Från dessa utgångspunkter finner vi att den skisserade basorganisationen måste förankras i en väl utvecklad samverkan mellan landstingskommuner och primärkommuner.

En betydande differentiering efter vårdbehovens art inom ramen för en gemensam organisation är emellertid nödvändig. Inom större kommuner kan det vara önskvärt att ha fristående byråer för exempelvis familjerådgivning och behandling av alkoholproblem. Utanför basorganisationen kommer att stå bland annat frivården inom kriminalvården och den psykiska barna- och ungdomsvården. Ökad samverkan mellan dessa olika delar av människovården samt mellan dem och kropps- och mentalsjukvården bör dock eftersträvas.

Avslutningsvis vill vi starkt betona behovet av ökad information i olika avseenden om sociala fenomen av betydelse för den mentala anpassningen i samhället, detta både från forskningssynpunkt och som vägledning för

ökade förebyggande insatser. Särskilda möjligheter finns här inom den obligatoriska skolan, som når kontakt med alla barnfamiljer. Skolmiljön är dessutom i sig själv av grundläggande betydelse för människornas anpassning senare i livet. Det är av vikt att elevvården snabbt blir utbyggd och att den pedagogiska forskningen i tillbörlig utsträckning uppmärksammar de psykologiska anpassningsproblemen.

I detta sammanhang vill vi förorda en utredning om behovet av utbildning för observationsklasslärare, vilka har till uppgift att undervisa barn med beteenderubbningar. Den nuvarande utbildningen är gemensam för alla specialklasslärare. Problemen vid undervisning i observationsklass är dock väsentligen av annan art än vid undervisning av barn med lägre intelligens, med läs- och skrivsvårigheter eller med nedsatt syn eller hörsel.

Alkoholmissbrukets roll när det gäller sociala och mentala störningar är väldokumenterad. Samhällsorganen har emellertid helt otillräckliga informationer om missbrukets utbredning i olika samhällsgrupper, dess samband med totalkonsumtionen av alkoholdrycker, med nykterhetslagsstiftningen och med olika sociala bakgrundsfaktorer. En bättre kartläggning av dessa förhållanden blir ett väsentligt underlag för den forskning om social missanpassning som vi tidigare förordat. Praktiskt kan den ske bl. a. genom återkommande försök med inköpsregistrering av det slag som under 1967 företagits i Gävleborgs län.

Vi anser att de olika delfrågor rörande personalsituationen som vi här berört — rekrytering av läkare till psykiatrin, fortbildning av socionomer, kompletteringsutbildning av yngre samhällsvetare samt utbildning av psykoterapeuter och observationsklasslärare — bör bli föremål för särskild utredning. Dessa överväganden kan lämpligen göras inom den utredning rörande personalsituationen inom hälso- och sjukvården som vi begärt i motion rörande hälso- och sjukvården.

Med hänvisning till det anförda hemställer vi,

att riksdagen i skrivelse till Kungl. Maj:t måtte begära  
a) utredning angående formerna för tvärvetenskaplig forskning om förebyggande psykisk hälsovård, social missanpassning, sociala behandlingsmetoder m. m.,

b) utredning rörande vissa personalfrågor inom vårdområdena, i första hand rekrytering av läkare till psykiatrin, fortbildning av socionomer, kompletteringsutbildning av yngre samhällsvetare samt utbildning av psykoterapeuter och observationsklasslärare,

c) direktiv till den aviserade utredningen om reformering av sociallagstiftningen att beakta vad i denna motion anförts om behovet av kommunal basorganisation för behandling av sociala och mentala störningar,

d) förslag till en fast organisation för familjerådgivning och utredning om förbättrad föräldrautbildning, avsedd att bereda barnen en god psykisk uppväxtmiljö.

Stockholm den 24 januari 1968

*Sven Wedén (fp)      Cecilia Nettelbrandt (fp)      Ingemar Mundebo (fp)*

*Daniel Wiklund (fp)      Sven Antby (fp)      Henning Gustafsson (fp)*

*Elias Jönsson (fp)      Bertil Ohlin (fp)*

i Ingemarsgården