

Nr 191.

Av herr **Öhman**, om utredning och förslag angående den psykiska hälso- och sjukvårdens planering och organisering.

Med »normal överbeläggning», d. v. s. ungefär 10 procent över det nominella platsantalet, ha de 18 statliga sinnessjukhusen i Sverige en kapacitet av 18 400 vårdplatser. På väntlistan för intagning stå emellertid konstant sedan årtal omkring 3 500 sjuka, varför det omedelbara platsbehovet utgör i runt tal 22 000. Som en följd av anstaltsbristen äro vårdförhållandena synnerligen bristfälliga i hela landet. Dels är överbeläggningen vid sinnessjukhusen mycket stor, vilket försvårar skötseln, skapar onormal arbetsbörda för personalen och orsakar vantrivsel för såväl de sjuka som deras vårdare. Dels kunna endast sjuka i s. k. trängande vårdbehov emottagas som patienter. Nyinsjuknade få mycket ofta stå på väntlistan så länge att tiden för ett gott resultat av aktiv vård försittes och i många fall personliga katastrofsituationer hinna uppstå, resulterande i självmord eller ekonomisk eller kroppslig skadegörelse mot annan person. Många tillfrisknande sjuka måste skrivas ut tidigare än vad som är förenligt med rationella vårdhänsyn. Vid de inventeringar, som gjorts av klientelet vid anstalter för asociala av skilda slag, har påträffats en stor procent psykiskt defekta, en illustration till bristen på resurser för vår psykiska sjukvård och motsvarande ovetenskaplighet vid behandlingen av kriminella, lösdrivare, alkoholister m. fl. kategorier. Så t. ex. påträffas ett förhållandevis stort antal, som lider eller skadats av schizofreni, den ena av de 2 vanligaste sinnessjukdomarna. Dessa dra sig fram som kroniska understödstagare, leva som bygdeoriginal eller nasare och bettlare, ambulera mellan tvångsarbetsanstalt, arbetshem och ålderdomshem eller framleva en beklagansvärd tillvaro i ur vårdsynpunkt undermåliga hem.

Med hänsyn till den beräknade folkökningen och åldersförskjutningarna inom befolkningen har medicinalstyrelsen i sin nyligen framlagda 10-årsplan för den statliga sinnessjuk- och sinnesslövården taxerat minimibehovet av vårdplatser för sinnessjuka 1955 till 25 000. Förutom modernisering och tillbyggnad av de nu existerande statliga sinnessjukhusen föreslår medicinalstyrelsen, att 6 nya sinnessjukhus inrättas. Den ytterst allvarliga bristen på vårdplatser samt de särskilda besvärligheter, som den nuvarande indelningen av sjukhusens upptagningsområden innebär för befolkningen i vissa landsdelar, kräva snabb behandling av ärendet.

Det sammanlagda vårdplatsantalet vid statens sinnessjukhus efter tillbyggnader och nybyggnader skulle uppgå till i runt tal 22 500.

Sedan länge har en sakligt grundad kritik riktats mot sinnessjukvården, sådan den utövats och fortfarande utövas vid sinnessjukhusen. Med ett genomsnittligt patientantal per läkare av omkring 200 vid sinnessjukhusen, hinns det inte med mycket mer än att ställa diagnoser. Elektrochock- och insulinbehandling, som vid depressionstillstånd respektive färsk schizofreni gett lovande, i vissa fall revolutionerande resultat, har bl. a. på grund av snålhet med personalanslag ännu inte nått den användning den förtjänar. Egentlig psykoterapi, d. v. s. långa, ingående, ofta upprepade analyser eller samtal med den sjuke, en behandlingsform som särskilt vid neuroser och lättare psykiska störningar visat sig ha stor betydelse, förekommer praktiskt taget inte alls. Arbetsterapi, d. v. s. ett målmedvetet organiserande av lämplig sysselsättning för den sjuke, har länge förekommit vid de svenska sjukhusen men i regel hämmats genom bristande resurser. Bl. a. sakna vi utbildade sysselsättningsterapeuter. I Förenata staterna, där den stora mängden krigsinvalidier tvingade fram reformer, har man under senare år upprättat skolor för utbildning av sysselsättningsterapeuter, vilka sedan placeras ut vid sjukhusen och av alla entusiastiska rapporter att döma göra ett utomordentligt värdefullt arbete. T. o. m. mycket svårskötta sinnessjukpatienter bli lugna och lätthanterliga, då de av en skicklig arbetsterapeut sätts i lämpligt arbete. Men sysselsättningsterapien används inte bara som lugnande eller stimulerande medel utan också i yrkesutbildningens och omskolningens tjänst. Den tillfrisknade eller defektläkte patienten kan efter en lång sjukhusvistelse gå ut i samhället med yrkeskunskaper, som ge honom möjligheter att återinträda i produktionen. Ytterligare en personalgrupp, vars uppgifter i behandlingsproceduren aldrig kunna nog värderas, utgöres av de sociala kuratorerna, också de fåtaliga eller helt saknade vid våra sinnessjukhus. Det är de, som — där de äro tillräckligt många för att fylla behovet — biträda läkarna med att inhämta behövliga upplysningar om patienterna, hjälpa de sjuka att upprätthålla kontakten med vänner och anhöriga, hålla reda på de sjukas affärer, så att inte ägodelarna förskingras och värden vräker möblerna på gatan, och slutligen vid utskrivningen se till att det finns arbete ordnat eller åtminstone några förutsättningar för de tillfrisknade att klara sig ute.

I anslutning till en utredning om den slutna sinnessjukvården böra också sådana frågor som en reglering av personalens arbets- och löneförhållanden beaktas. För att patienterna skola få en förståelsefull och god vård, kräves att personalen har intresse för och känner trivsel med sitt arbete. Vårdare och sköterskebiträden måste få en bättre utbildning än den korta kurs, som nu är obligatorisk, samt bättre arbets-, löne- och semestervillkor. Tjänstgöring på särskilt krävande avdelning bör vara tidsmaximerad. Möjligheterna för duglig personal att avancera böra förbättras, bl. a. genom anslag till kompletterande utbildning.

Bland de många reformer, som äro trängande nödvändiga vid sinnessjuk-

husen och de övriga anstalterna inom psykiatriens område, märkas vidare differentieringen, en bättre uppdelning av patienterna, med andra ord mindre salar och avdelningar och därigenom ett mindre och mera enhetligt klientel på varje, samt en förbättring av kostförhållandena.

Enligt vad jag erfarit, håller kommittén för partiellt arbetsföra på med uppgiften att fixera antalet erforderliga sociala kuratorer vid sinnessjukhusen. Om behovet av övrig personal föreligger oss veterligt ingen aktuell undersökning. För en modernisering och aktivisering av sinnessjukvården krävs en betydande personalökning, berörande samtliga grupper anställda. Men samtidigt som en undersökning göres om behovet, bör också arbetsfördelningen granskas. Så t. ex. vet man, att en stor del av sinnessjukläkarkåren dagligen måste ägna timmar åt skrivarbeten, som skulle kunna utföras av skrivbiträden men inte utföras, därför att skrivbiträden saknas.

Stora brister råda också beträffande den tekniska utrustningen vid sinnessjukhusen. Moderna laboratorier, röntgenavdelning, hjälpmedel för objektiv diagnostik (t. ex. elektroencefalograf) m. m. saknas vid de flesta av dem.

I stadgan angående sinnessjukvården, 76 §, bestämmes, att »med hänsyn till de förmåner, som å statens sinnessjukhus intagna må åtnjuta, indelas dessa i rumspatienter och salspatienter. Rumspatienter vårdas å särskild avdelning . . . samt erhålla kost efter särskild utspisningsstat. Salspatienter vårdas å allmän avdelning och erhålla kost efter den allmänna utspisningsstaten . . .» Till yttermera visso stadgas i 80 §, att »kostförbättring, som i 76 § 3 st. sägs, må ej åtnjutas i vidare mån än förskottsbetalning erlagts eller ansvarsförbindelse avlämnats». Dessa odemokratiska bestämmelser om indelning av sinnessjukpatienterna i sådana med särskilda förmåner och sådana utan särskilda förmåner böra restlöst slopas. Eventuellt erforderliga särskilda förmåner böra utgå efter medicinsk och inte ekonomisk prövning.

Avgiften för salspatient är numera 3 kronor om dagen. Avgiften nedsättes dock till hälften, därest genom intyg av stadsfogde, landsfiskal eller annan utmättningsman styrkes, att den intagne saknar tillgång till erläggande av full avgift eller efter erläggande därav skulle sakna nödiga medel för fullgörande av honom åliggande underhållsskyldighet. För obemedlade och mindre bemedlade är avgiften sålunda för närvarande 1 krona 50 öre om dagen. Enligt sinnessjukstadgan erlägges avgift även för den, som intagits å sinnessjukhus efter att ha blivit på grund av sin sinnesbeskaffenhet förklarad straffri för begånget brott. Avgiftsfrihet föreligger numera endast, när någon intagits för undergående av rättspsykiatrisk undersökning eller när någon av polismyndighet är inlagd för observation och vid denna befunnits icke vara i behov av vård å sinnessjukhus. Enligt mitt förmenande bör såväl den slutna som öppna psykiska hälso- och sjukvården vara kostnadsfri utan behovsprövning för patienten. I enlighet därmed böra de författningar, som reglera den psykiska hälso- och sjukvården, rensas från bestämmelser om enskilda avgifter.

Vidare torde kontrollen av sinnessjukhusen och patienternas skötsel vara mogen för reform. Denna handhaves nu centralt av överinspektören för sinnessjukvården och medicinalstyrelsens sinnessjuknämnd. Om överinspektören skriver överläkare Harald Rabe vid Beckomberga sjukhus i en tidningsartikel: »Eftersom denne är en facklärare med en sådans 'ensidighet', har den väl aldrig haft något större förtroende hos de notoriskt klagande. Det borde utredas, huruvida denna tjänst nu längre är av någon betydelse och om den ej kunde ersättas med en assistentbefattning i medicinalstyrelsen och om ej inspektionen kunde övertagas av en förtroedeman i analogi med JO och MO, en riksdagens ombudsman för all sjukvård. Denne behöver givetvis icke vara läkare men förutsättes ha sakkunnig byråpersonal till sitt förfogande.» Sinnessjuknämndens huvudsakliga verksamhet har kommit att gälla kriminalpatienterna och samhällsfarliga personer. Den är ständigt överlastad med arbete och kan för övrigt pröva endast skriftliga klagomål. »Det råder intet tvivel om att en personlig prövning många gånger skulle vara av värde», säger den citerade läkaren. »De missnöjda skulle nog känna det lugnare, om de muntligt finge framlägga sina önske- eller klagomål. Folk har i allmänhet lättare att uttrycka sig i tal än i skrift.» Här skulle en lokal förtroende- och kontrollnämnd, tillsatt av regeringen och bestående av tre lekmanaledamöter, kunna fylla en viktig funktion. Nämnden skulle ha rätt att besluta om utskrivning av patienter. Vid skiljaktiga meningar mellan överläkare och nämnd skulle ärendet lämpligen hänskjutas till sinnessjuknämnden eller riksdagens ombudsman för prövning och beslut. Lokala nämnder av detta slag finnas i Norge och fungera till såväl personalens som patienternas och allmänhetens belåtenhet. Dels ha patienterna nytta av det personliga intresse, som nämnden ägnar dem vid sina relativt täta ronder, dels befrias läkarna och den övriga personalen från mycket av den misstro och de beskyllningar, som annars förekomma.

Sedan familjevården nu varit i funktion så länge, att en värdering av den på grundval av gjorda erfarenheter är möjlig, bör en utredning verkställas om möjligheterna att öka det rättsliga skyddet och förbättra den ekonomiska och sociala ställningen för dem som beröras av denna vårdform. Att familjevården i princip är en positiv tillgång för omhändertagandet av tillfrisknande eller defektläpta sinnessjuka, därom råder väl knappast diskussion. Men i praktiken har den många gånger blivit ett instrument för hänsynslöst ekonomiskt utnyttjande av den sjuke. Ofta klagas det också, såvitt jag har mig bekant, med fog över den rättslöshet, som patienterna i familjevården äro utlämnade åt.

Samtidigt aktualiseras emellertid också frågan om andra möjligheter till omhändertagande och återanpassning. Alla tillfrisknande och defektläpta sinnessjuka lämpa sig inte och ha för övrigt heller inte intresse för lantarbete. I enskild tjänst inom andra verksamhetsfält än jordbruk anställas endast sällan och inom statliga och kommunala företag väl knappast någon-

sin psykiskt partiellt arbetsföra. För att få in åtminstone de mest kapabla av denna kategori i produktivt arbete torde det vara nödvändigt utarbeta kvotabestämmelser, d. v. s. genom lag ålägga enskild och offentlig arbetsgivare att rekrytera viss procent av de anställda ur denna kategori. För omskolning eller yrkesutbildning men också för stadigvarande anställning av psykiskt partiellt arbetsföra skulle det emellertid också vara värdefullt att ha särskilt inrättade verkstäder med särskilt utbildad arbetsledning. Rörande såväl kvotabestämmelserna som inrättandet av verkstäder i statlig regi krävs närmare utredning, vilken lämpligen bör hänskjutas till kommittén för partiellt arbetsföra.

Sedan många år har från såväl läkare som lekmän framställts krav om att nyinsjuknade, lättskötta sinnessjuka samt framför allt psykiskt sjuka av typen neurotiker, sociala psykopater, alkoholister, skallskadade m. fl. och slutligen utredningsfall borde beredas möjlighet till undersökning och vård vid psykiatriska lasarettskliniker och -polikliniker. Flertalet av dessa fall hör inte hemma vid de egentliga sinnessjukhusen, där de för övrigt endast sällan kunna mottagas på grund av platsbristen. Sådana kliniker och polikliniker ha de senaste åren varit i verksamhet vid karolinska sjukhuset i Stockholm, Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg och lasarettet i Lund. »Erfarenheten från denna verksamhet har varit den allra bästa», heter det i medicinalstyrelsens yttrande. »Det har sålunda visat sig, att genom vård å dessa sjukvårdsinrättningar behandling med god framgång kunnat tillhandahållas börjande psykoser eller andra defekttillstånd, som — om de inte kommit under sakkunnig behandling — med den största sannolikhet skulle hava så försämrats, att vård å sinnessjukhus för avsevärd tid blivit ofrånkomlig.» Dels tjänstgöra de psykiatriska lasarettsklinikerna som sorteringsorgan för sinnessjukhusen, dit de svårare och kroniska fallen alltjämt skickas, dels och framför allt ta de hand om lätta, övergående fall av sinnessjukdomar samt gengasskadade, skallskadade, neuroser, alkoholister och utredningsfall av olika slag t. ex. abort- och steriliseringsfall. Om värdet av en snabb behandling vittnar statistiken rörande de skallskadade. Under normala förhållanden, d. v. s. då motortrafiken inte hämmas av krisrestriktioner, produceras årligen några hundra psykiska invalider genom skallskador. Tidigare missköttes — på grund av den då ringa kännedomen om dessa tillstånds natur och behandling men också på grund av bristande resurser — flertalet av dessa människor och gingo oförstådda i samhället, karakteriserade som »ränteneuroser», asociala o. s. v. Med de kunskaper man nu har, vet man att sakkunnig vård på ett tidigt stadium räddar många, kanske flertalet av dessa skadade från livslång invaliditet och misär.

En av vinsterna med psykiatriska lasarettskliniker och -polikliniker är, att dessa på ett helt annat sätt än sinnessjukhusen komma i kontakt med allmänheten och verkligen kunna utöva en populär psykisk hälsovård. Neuroser av skilda slag, nu i allmänhet undanstopgade under gemensamhets-

diagnosen »nervositet», ha, trots att de höra till de största folksjukdomarna — deras antal har i vårt land uppskattats till ett par, tre hundra tusen — hittills endast i undantagsfall blivit föremål för sakkunnig behandling. Att de ekonomiskt äro av en utomordentlig betydelse framgår av den uppgiften, att enbart i Stockholm före kriget ca 1 miljon kronor årligen utbetalades i direkt understöd till neurospatienter och deras anhöriga. Med kännedom om den bristfälliga diagnostiken är det att anta, att bakom denna beteckning dölja sig också många andra sjukdomstillstånd än egentliga neuroser. I alla händelser är problemet av en betydande storleksordning. Utom de ekonomiska faktorerna har man att tänka på den disharmoni och vantrivsel, som dessa sjuka lida av själva och skapa för andra.

Jag ansluter mig till medicinalstyrelsens åsikt, att psykiatriska lasarettskliniker, vardera omfattande 4 avdelningar om sammanlagt 60 à 80 vårdplatser, böra inrättas vid samtliga centrallasarett. Självfallet böra polikliniker, öppna för kostnadsfri mottagning, vara anslutna till dessa kliniker. Genom lasarettsklinikerna skulle vårdplatserna inom sinnessjukvården ökas med 1 500 à 1 600.

Anledningen till att jag, trots den trängande bristen på vårdplatser, nöjer mig med att framföra vad som i huvudsak är medicinalstyrelsens blygsamma minimikrav i fråga om anstaltsväsendets utbyggnad, är min övertygelse, att större behandlingsmöjligheter vid sinnessjukhusen, ett snabbare omhändertagande tack vare de föreslagna lasarettsklinikerna, en aktiv psykisk hälsovård, d. v. s. förebyggande vård, utövad genom de psykiska barnavdelningarna och motsvarande institutioner för vuxna, samt framför allt en allmän social sanering skulle förebygga anstaltsvistelse, i varje fall långvarig sådan för en avsevärd del av det klientel, som nu upptar platser vid sinnessjukhusen.

Någon planmässig förebyggande psykisk hälsovård har tidigare inte förekommit i Sverige. Genom beslutet vid 1945 års riksdag att godkänna ungdomsvårdskommitténs plan för den psykiska barnavårdens utbyggande börja möjligheter beredas för psykisk kontroll och behandling av barn och ungdomar under 21 år. Erfarenheterna från Värmlands län, som varit först att genomföra psykisk barnavård i landstingsregi, bestyrker dock till fullo den uppfattningen, att någon form av förebyggande verksamhet måste organiseras också för vuxna. Vi behöva rådgivningsbyråer, dit friska människor kunna vända sig med sina personliga och sociala problem av skiftande beskaffenhet, såsom familjepsykologiska och äktenskapliga frågor, sexuella spörsmål, arvshygieniska frågor, bosättningsproblem o. s. v. Givetvis blir gränsdragningen mellan sådana byråers verksamhet och den som utövas vid psykiatriska lasarettspolikliniker många gånger flytande. Principiellt bör dock slås fast, att byråerna huvudsakligen gälla psykiskt friska, under det att poliklinikerna omfatta det sjuka klientelet. Byråernas personal skulle fungera som sociala och socialpsykologiska ombudsmän med väsentligen råd-

givande och förebyggande arbetsuppgifter. Till dessa byråer skulle bl. a. kunna knytas de sociala kuratorer, som befolkningsutredningen föreslagit och riksdagen beslutat för abortsökande. I viss mån identiska eller sammanhängande med de uppgifter, som skulle åvila personalen vid rådgivningsbyråer av den antydda typen, äro de uppgifter, som åligga en socialläkare och dennes assistenter. Till fattigvården i Stockholms stad har sedan 1 januari 1944 varit knuten en socialläkare, vars arbetsområde, från början diffust och teoretiskt, blivit alltmer konturerat. Denne socialläkare, som för övrigt är den första och hittills enda i Norden, har vid sin genomgång av delar av det kroniska fattigvårdsklientelet i staden gjort en rad erfarenheter, som visa nödvändigheten av en bättre och mera aktivt inriktad socialvård. I ett mycket stort antal fall kan det visas, att människor genom bristen på förebyggande ingripande eller avsaknaden av rationell hjälp och rådgivning efter genomgången sjukdom eller på annat sätt nedsatt arbetsförmåga blivit kroniska understödstagare, satta åt sidan i socialt hänseende, olyckliga och psykiskt påverkade i stället för att återinföras som aktiva medborgare i det produktiva samhället. De ekonomiska kostnader, som måste bäras av samhället och de enskilda, och den personliga tragik, som många av dessa fall representera, äro av alltför stora mått för att kunna nonchaleras. Socialläkaren är den första funktionär inom läkarkåren, som fått till uppdrag att se patienten inte som lungfall eller psykiskt fall utan som ett sammansatt medicinskt, psykologiskt och socialt problem och vid behandlingen inrikta sig inte bara på att de eventuella fysiska och psykiska defekterna, som omöjliggöra försörjning genom förvärvsarbete, bli rationellt skötta utan därtill och framför allt söka skissera de miljöförbättringar, som äro nödvändiga för att förebygga eller eliminera psykisk (och fysisk) ohälsa. Då socialläkarinstitutionen i Stockholm är en sektion av de sociala nämnderna med uppgift att på remiss av fattigvårdsmyndigheterna, barnavårdsnämnden etc. utreda vissa fall, som ha fattigvårdsunderstöd eller annan social hjälp. och den rådgivningsverksamhet, som ovan skisserats, givetvis skulle vara allmän, alltså öppen för människor av alla kategorier, borde lämpligen utredas, huruvida man här har behov av två från varandra skilda former av verksamhet. Fördelen med en social läkarsektion knuten till den sociala byrån är den omedelbara kontakt mellan läkaren och socialvårdstjänstemännen, som därvid kan upprätthållas. En väsentlig nackdel är å andra sidan förenad med att man på detta sätt delar upp klientelet i två sociala kategorier. Självfallet böra samhällsorgan av vad slag de vara må utformas så okomplicerat och enhetligt som det är möjligt. Det är kanske praktiskt att i de större städerna ha socialläkarna knutna till socialvården och de socialpsykologiska rådgivningsbyråerna självständiga i förhållande till denna. I landsorten däremot, där kommunerna äro relativt små, vore det sannolikt motiverat att sammanföra dessa båda institutioner till en, med ett visst antal socialkommuner som »upptagningsområde». I vilket fall som helst måste

kontakten mellan socialläkarens byrå eller den socialpsykologiska rådgivningsbyrån å ena sidan och socialkommunens lokala byrå, socialbyrån, å andra sidan vara mycket intim. Den medicinska och psykologiska expertisen vid de förra skall genom kontakten med den senare snabbt, obyråkratiskt och humant kunna åstadkomma de miljöförbättringar — bostad, lämplig arbetsanskaffning, yrkesutbildning, omskolning, konvalescenthem, socialersättning, hemhjälp o. s. v. — som kunna anses nödvändiga i varje särskilt fall. »Fattiga, efterblivna, arbetshämmade, alkoholister, nervösa, försöksutskrivna, sinnessjuka, straffriförklarade, frigivna fångar, villkorligt dömda, partiellt arbetsföra, diverse misslyckade existenser av olika slag — alla måste socialvården hjälpa», påpekar socialläkaren i Stockholm, dr Gunnar Inghe i Social årsbok 1945. »Att inrätta skyddskonsulenter för frigivna fångar och villkorligt dömda, dispensärer för nervösa och kanske så småningom ytterligare organ för andra kategorier, vart och ett arbetande för sig, verkar överorganisation. Det måste vara mera rationellt med ett gemensamt organ, dit alla sociala problemfall kunna remitteras för lösning av de sociala svårigheterna . . .

Hos socialvården borde det då bli möjligt att så att säga 'beställa' den miljö, som önskades. För att mentalhygienens skall kunna få en förankring i dessa socialnämnder behövs det emellertid, att speciella tjänstemän i nämnderna avdelas för att syssla med de sociala problemfallen, för vilka de var och en i sin kommun kunde fungera som lokala kuratorer. Utom kuratorsutbildningen skulle dessa socialarbetare tydligen även behöva en viss utbildning i psykiatri och psykologi. Härigenom skulle miljöingripandena kunna effektiviseras. Dessa socialarbetare skulle kunna anpassa åtgärderna mycket smidigare efter de lokala förhållandena än kuratorerna vid ett sinnessjukhus eller centrallasarett . . . Inom socialvårdskommunerna skulle det bli möjligt att företa systematiska inventeringar och därigenom få alla under behövlig läkarkontroll. Den lokala kuratorn skulle upprätthålla kontakten med klientelet och ingripa på ett tidigt stadium, om svårigheter av något slag uppträdde . . . Genom ett sådant utnyttjande av socialvården skulle den öppna vården med dess polikliniker och statliga hjälpverksamhet få den lokala anknytning, som är en förutsättning för att verksamheten skall bli effektiv. När en patient utskrives, är det den kommunala kuratorn, som får i uppdrag att ordna miljön på bästa möjliga sätt efter direktiv från sjukhuset och i samarbete med dess kuratorer . . . På socialvården skulle således vila den fortlöpande kontrollen av problemfallen utanför anstalten.»

Givetvis skulle också den psykiska barnvården ha sina lokala förankringar i denna kuratorsinstitution liksom den arbetsberedning för partiellt arbetsföra, som sker eller planeras ske genom arbetsmarknadskommissionen.

Om socialvården i framtiden kommer att ordnas efter rationellare linjer såsom föreslås i kommunistiska partiets motion angående socialvårdens organisation, skulle en socialläkarinstitution kunna anknytas till den i motionen omtalade »rörliga sektorn».

Hela detta komplex av frågor — socialläkarinstitutionens utbyggande över hela landet, organiserandet av socialpsykologisk rådgivningsverksamhet, effektivisering av sinnessjukhusens hjälpverksamhet samt skapandet av lokal kuratorsverksamhet för intimt samarbete med dessa och andra centrala organ i den psykiska hälsovårdens tjänst — måste utredas. Att en sådan utredning bör ske utan dröjsmål för att reformerna på detta område skola hinna bli utformade i organiskt sammanhang med socialvårds- och sinnessjukvårdsreformerna, torde ligga i öppen dag.

För de asociala psykopaterna finns hittills ingen rationell vårdform i Sverige. De stoppas undan under den metafysiska beteckningen »förminskat tillräkneliga» i förvaringsanstalterna, förekomma som kroniska recidivister bland fängelseklientelet, hållas i förvar vid vissa sinnessjukhus' specialavdelningar, blandas i de statliga sinnessjukhusens sociala klientel o. s. v. De äro en besvärlig samhällsgrupp som såväl i friheten som på anstalt utgör en ständig irritation eller t. o. m. fara för omgivningen. Den vetenskapliga behandlingen av denna klientel är ännu långt ifrån utarbetad. Genom psykisk behandling har man på sina håll kunnat redovisa uppmuntrande resultat. För vissa oroliga och våldsamma former ha de senaste åren kirurgiska ingrepp i hjärnan kommit till användning. Lämpligt val av miljö och arbete efter anstaltsvistelsen har inte sällan medfört gynnsam effekt. En modern psykopatvård bör av allt att döma lika mycket taga sikte på öppna som slutna vårdformer. Här som så ofta annars betyder den sociala planeringen utomordentligt mycket för förebyggande av återfall i kriminalitet. Enär resultaten från psykopatvården utomlands äro skiftande men i stort sett positiva och resultaten från den svenska »psykopatvården», sådan den ägt rum i form av förvaring, fängelsestraff, internering vid specialanstalt o. s. v. äro enbart negativa, anser jag, att frågan om de asociala psykopaternas rationella omhändertagande bör skyndsamt utredas och lösas.

Olyckligtvis har utbildningen av lämplig personal för verksamhet inom den psykiska hälso- och sjukvården varit försummad i vårt land, något som under lång tid framåt måste hämma utvecklingen på detta område. Varken för läkare och annan personal inom den psykiska barnvården, för psyko-terapeuter, terapiassistenter, sysselsättningsterapeuter eller lägre personal av alla kategorier finns någon organiserad, vetenskapligt grundad och kvantitativt tillräcklig utbildning. Sedan numera intelligensprövning, karaktärstestning och andra former av standardiserade psykologiska prov alltmer tagits till hjälp vid personbedömningen, är det en trängande nödvändighet, att de funktionärer, som utföra dessa prov, få den allsidiga och gedigna utbildning, som behövs för att noggrant genomföra testningarna och kritiskt värdera resultaten. I den nuvarande läkarutbildningen ingår en två månaders kurs i psykiatri, vars otillräcklighet och ensidighet är allmänt omvittnad, och ingen som helst specialutbildning för mentalhygieniska uppgifter. Sjuksköterskeutbildningen är på de flesta ställen ålderdomligt moraliserande och

inriktad på att premiera och skapa passiva, underdåniga personlighetstyper. Om läroverksläroverksutbildningen och seminarieundervisningen heter det i ungdomsvårdskommitténs betänkande i psykisk barna- och ungdomsvård (SOU 1944: 30, s. 119), att »hela vårt undervisningsväsen i alltför hög grad är inriktat på de ungas intellektuella skolning till men för deras fostran till harmoniskt utvecklade och praktiskt dugande människor samt att lärarutbildningen bär en del av skulden till detta förhållande». Många inrättningar för sluten barnavård, vilka drivits i privat och kommunal regi, ha helt saknat vetenskapligt skolad ledning och personal. »Mycket tyder på att det brister åtskilligt i fråga om psykisk hygien på dessa av samhället garanterade institutioner», skriver dr Gustav Jonsson i Social årsbok 1945. »Framför allt vill det synas som om ett kvacksalvande med psykiskt sjuka barn under religionens täckmantel vore beklämmande vanligt. När det alltjämt i vårt land öppet annonseras, att den föreståndarinnan, som sökes till ett barnhem, bör vara 'troende' eller när sökandena finna det naturligt att åberopa sin religiösa övertygelse som enda merit för anställning på barnhem — då svävar det en gammal, unken lukt över landets barnhemsavård. Vädringen borde vara statens sak.» Det får inte förbises, att en stor del av landets barnavårdsanstalter och skyddshem ägs av religiösa organisationer och står under slum-systrars och diakonissors ledning. Även vid de kommunala anstalterna och inom den öppna socialvården äro dessa kategorier väl representerade. I och för sig har jag ingen principiell invändning mot att vetenskapligt kvalificerade funktionärer inom den psykiska hälso- och sjukvården ha en religiös åskådning. Men det är just de vetenskapliga kvalifikationerna, utbildningen till att bl. a. inse vad som är väsentligt i arbetet, vilka saknas. För att bli slumsystem krävs enligt »ledaren för slum- och räddningsarbetet», brigadör Judit Ordell, i första hand, att man äger »en levande erfarenhet av frälsning och har mottagit en kallelse från Gud att giva sitt liv i denna tjänst», och i prospektet från Ersta diakonissanstalt heter det som första punkt i listan över inträdesfordringar: »Först och främst fordras av den som söker inträde, att hos henne finns en uppriktig önskan att förverkliga Guds vilja genom att i kristlig kärlek tjäna, varhelst hjälp behöves».

För alla de skiftande utbildningsbehov, som föreligga och som ovillkorligen måste fyllas, om planen för den psykiska hälso- och sjukvården skall bli annat än en pappersprodukt, kräves ett centralinstitut för mentalhygienisk utbildning. En av dem som livligast framfört kravet på ett sådant institut, rektor Alva Myrdal, skriver i Social årsbok 1945 om dess uppgifter, att det måste bli »ett mångsidigt, rikt utrustat institut med i någon mån differentierade utbildningslinjer, ett högklassigt terapeutiskt arbete och en levande forskning samt framför allt med eleverna i nära kontakt med riktiga barnmiljöer och med tillfälle till kliniska observationer av barn i såväl sluten som öppen vård. Givetvis böra de även se de misslyckade vuxna slutprodukterna som fattigvårdsfall, partiellt arbetsföra, kriminella, alkoholister, sin-

nessjuka och helst även lära sig observera neurotiker bland vuxna i vanliga sociala miljöer. Auskultation på olika anstalter och kliniker och inte minst på sexualrådgivningsbyrå måste därför höra till utbildningen, i olika portionering för olika specialbanor. Det borde inte möta något hinder utan snarare kanske vara till fördel om även läkarnas och de akademiska psykologernas utbildning organiserades i samband med detta institut.»

Om utbildningen i sysselsättningsterapi ställer jag tills vidare inget förslag, då det är mig bekant, att kommittén rörande de partiellt arbetsföra har frågan under behandling.

I väntan på att utbildningsmöjligheter komma till stånd i Sverige, anser jag det motiverat att genom utsändande av stipendiater erhålla ett antal personer utbildade utomlands. Som föregångsländer torde framför allt kunna räknas Förenta staterna och Sovjetunionen, varför studierna lämpligen borde bedrivas i dessa länder.

Det bör till sist framhållas, att många av de åtgärder, som vidtagits inom den psykiska hälso- och sjukvården, vila på mycket bristfällig vetenskaplig grundval. På samma sätt är det med skolundervisningen, den gängse uppfostran i hemmen, vården av anstaltens klientel, behandlingen av alkoholister och asociala o. s. v. Hittills har den forskning, som här i landet bedrivits inom dessa gebit, varit sparsam och föga planerad. Såväl den obetydliga förebyggande vård, som bedrivs, som anstaltsvården och eftervården av psykiskt sjuka lider av bristen på vägledande forskningsresultat. Typiskt för den allmänna inställningen till den psykologiska och psykiatriska forskningen eller rättare sagt bristen på intresse för den är det betänkande om den medicinska forskningens främjande, som utkom för ett par år sedan och som innehöll endast några rader om denna viktiga gren. Det är av en utomordentlig vikt, att man just inom ett sådant område som den psykiska barnavården och den psykiska hälsovården för vuxna, där kvacksalveriet fortfarande firar triumfer, kan ersätta slagord och vaga allmänna omdömen med sakliga kunskaper. Särskilt nu, då en stor del av samhällets verksamhet, bl. a. skolan, håller på att omorganiseras eller står inför sin omorganisation, är det ytterst betydelsefullt, att hänsyn togs till de internationella forskningsresultaten och att vår egen forskning stimuleras att komma med orienterande fakta. Inte minst ur ekonomisk synvinkel skulle en sådan forskning ge rik utdelning. När utgifterna för de psykiskt sjuka kunna beräknas till omkring 200 miljoner kronor årligen, är det ett oerhört ekonomiskt lätt sinne att nöja sig med i stor utsträckning allmänna talesätt om varför folk bli sjuka och hur de skola behandlas. Jag anser det av såväl ekonomiska som humanitära skäl nödvändigt att närmare utreda frågan om hur den psykiska forskningen skall planläggas och effektiviseras. Den allmänna paralsien, paralysie générale, som ända till helt nyligen var en allmän, dödligt förlöpande sjukdom, har blivit en sällsynthet tack vare vetenskapens ingripande. Det finns ingen anledning tro, att de övriga psykiska folksjukdomarna förbli olösbara gåtor, om vetenskapen ges resurser.

Jag anser sålunda, att följande synpunkter böra beaktas vid en utformning av sinnessjukvårdens planering:

Medicinalstyrelsens förslag om ny-, om- och tillbyggnad av sinnessjukhus bör snarast komma till utförande för att bereda nödigt platsutrymme för den slutna sinnessjukvården.

I fråga om sinnessjukvårdens ekonomisering bör densamma så planeras att sinnessjukpatienternas ekonomiskt grundade indelning i sals- och rumspatienter slopas samt avgifterna för behandling och vård inom såväl den öppna som den slutna psykiska hälso- och sjukvården avskaffas.

Ett antal därtill lämpliga personer bör skyndsammast utses att på statsstipendium studera mentalhygien, psykoterapi och sysselsättningsterapi utomlands. Utredning bör verkställas rörande möjligheterna att effektivisera och modernisera den slutna sinnessjukvården, förbättring av personalens arbets- och löneförhållanden samt befordringsmöjligheter, ökat rättsligt skydd och förbättrad ekonomisk ställning för patienter i familjevård, förbättrad kontroll av sinnessjukvården och ökad social kontakt för patienterna genom eventuellt avskaffande av sinnessjukvårdens överinspektörsbefattning och tillsättande av en riksdagens ombudsman samt lokala förtroende- och kontrollnämnder. Plan bör utarbetas för uppförande av psykiatriska lasarettklinikerna och -poliklinikerna samt förslag framläggas rörande huvudmannaskap och grunder för statsbidrag för dessas nybyggnad och drift.

Socialläkarinstitutionen bör utbyggas över hela landet och socialpsykologisk rådgivningsverksamhet organiseras. Hjälpverksamheten bör effektiviseras, lokal kuratorsverksamhet upprättas för intimt samarbete med hjälpverksamheten och andra centrala organ i den psykiska hälsovårdens tjänst. Sluten och öppen vård för asociala psykopater bör ordnas. Ett centralinstitut för mentalhygienisk utbildning bör upprättas samt den psykiatriska och psykologiska forskningen planläggas och effektiviseras. Direktiv bör utfärdas till kommittén för de partiellt arbetsföra att närmare utreda frågan om kvotbestämmelser för anställning av psykiskt partiellt arbetsföra i statlig, kommunal och enskild tjänst samt om inrättande av företag i statlig regi för anställning av psykiskt partiellt arbetsföra.

I anslutning till vad jag sålunda anfört hemställer jag,

att riksdagen måtte besluta, att i skrivelse till Kungl. Maj:t begära skyndsamt utredning och förslag till den psykiska hälso- och sjukvårdens planering och organisering i enlighet med de synpunkter, som jag angivit.

Stockholm i januari 1946.

Gunnar Öhman.