

Nr 171

Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen angående landstingskommunernas övertagande av statens mentalsjukvård m. m.; given Stockholms slott den 31 maj 1963.

Kungl. Maj:t vill härmed, under åberopande av bilagda utdrag av statsrådsprotokollet över inrikesärenden för denna dag, föreslå riksdagen att bifalla de förslag, om vilkas avlåtande till riksdagen föredragande departementschefen hemställt.

Enligt Vårt nådiga beslut:

GUSTAF ADOLF

Rune B. Johansson

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen föreslås, att landstingskommunerna den 1 januari 1967 skall övertaga huvudmannaskapet för den av staten bedrivna mentalsjukvården och vården av epileptiker. Huvudmannaskapet för specialvården av s. k. psykopater skall dock, om ej annorlunda överenskommes, övertagas senast den 1 januari 1970. Från övertagandet undantages undervisningen och vården av sådana psykiskt efterblivna, som skall mottagas vid statens blind- och dövskolor.

Förslaget innebär, att landstingskommunernas huvudmannansvar i princip kommer att omfatta alla former av slutna och öppna mentalsjukvård inklusive undervisningen och vården av psykiskt efterblivna samt epileptikervården. Detta medför att kropps- och mentalsjukvården kan samordnas under enhetligt landstingskommunalt huvudmannaskap.

På grundval av resultaten av överläggningar mellan företrädare för staten och landstingskommunerna framlägges i propositionen förslag till de allmänna bestämmelser, som skall ligga till grund för de olika landstingskommunernas övertagande av den statliga mentalsjukvården. Reformens genomförande förutsätter därutöver att särskilda avtal härom upprättas mellan staten och respektive landstingskommun.

I de allmänna bestämmelserna är intagna vissa grundläggande villkor såsom att landstingskommunerna vederlagsfritt skall övertaga statens mentalsjukhus m. m. samt att staten skall lämna bidrag till investerings- och driftkostnader. Vårdorganisationen skall angivas i särskilda vård- och regionplaner. De föreslagna bestämmelserna inskränker i princip icke landstingskommunernas frihet att själva disponera de övertagna institutionerna och organisationen av mentalsjukvården. Statens förpliktelser mot sjukhusens personal skall övertagas av landstingskommunerna med garanti av dessa, att de anställda, så länge de innehar samma eller motsvarande tjänst, skall vidblivas för dem vid avtalens ikraftträdande gällande statliga anställningsvillkor därest dessa icke dessförinnan ersatts av andra bestämmelser, tillkomna efter förhandlingar mellan landstingskommunerna och berörda personalorganisationer.

De ekonomiska villkoren i de allmänna bestämmelserna skall tillämpas under fem år, d. v. s. intill utgången av år 1971. Dessförinnan skall förut-sättningslösa förhandlingar upptagas mellan parterna beträffande statens bidrag så att nya överenskommelser om de ekonomiska villkoren kan tillämpas från och med år 1972.

Utdrag av protokollet över inrikesärenden, hållet inför Hans Kungl. Höghet Regenten, Hertigen av Halland i statsrådet å Stockholms slott den 31 maj 1963.

Närvarande:

Statsministern ERLANDER, statsråden STRÄNG, ANDERSSON, LINDSTRÖM, LANGE, LINDHOLM, KLING, SKOGLUND, EDENMAN, JOHANSSON, HERMANSSON, HOLMQVIST, ASPLING.

Efter gemensam beredning med statsrådets övriga ledamöter anmäler chefen för inrikesdepartementet, statsrådet Johansson, fråga om *landstingskommunernas övertagande av statens mentalsjukvård m. m.* samt anför.

I. Inledning

Genom beslut den 25 november 1955 uppdrog Kungl. Maj:t åt statsrådet och chefen för inrikesdepartementet att inom den med stöd av Kungl. Maj:ts bemyndigande den 30 april 1954 utsedda kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket (ÖHS-kommittén) utse sakkunniga att såsom en särskild delegation utreda frågan om mentalsjukvårdens och särskilt den öppna mentalsjukvårdens organisation, dess samordning med annan sjukvård samt därmed sammanhängande spørsmål. Med stöd av detta bemyndigande tillkallades samma dag inom kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket särskilda sakkunniga, som antog benämningen *mentalsjukvårdsdelegationen*¹. Efter omorganisation av kommittén för översyn av hälso- och sjukvården beslutade Kungl. Maj:t den 23 maj 1958, att mentalsjukvårdsdelegationen skulle fortsätta sitt arbete såsom en självständig utredning.

Delegationen har avgivit tre betänkanden, det första den 20 augusti 1957 benämnt *Psykisk barn- och ungdomsvård* (SOU 1957: 40), det andra den 31 maj 1958 benämnt *Behandlingshem och mentalsjukhem för barn och ungdomar* (SOU 1958: 20) samt det tredje den 11 september 1958, kallat *Mentalsjukvården, Planering och organisation* (SOU 1958: 38). De båda förstnämnda betänkandena har efter sedvanligt remissförfarande givit an-

¹ Vid avgivande av sitt tredje och sista betänkande bestod utredningen av dåvarande ledamoten av riksdagens andra kammare fru Inga Thorsson, ordförande, förbundsdirektören Ivar Dahlgren, ledamöterna av riksdagens andra kammare Bertil von Friesen och Per Svensson, numera överläkaren Curt Åmark, docenten Bo Gerle samt numera professorn Gunnar Inghe.

ledning till promemorior, som upprättats inom inrikesdepartementet, med rekommendation till sjukvårdens huvudmän om önskvärda åtgärder inom den psykiska barna- och ungdomsvården. Vidare har i samband med de olika propositionerna om mentalsjukvårdens successiva utbyggnad ställning tagits till mentalsjukhusenheter för barn och ungdom.

I förevarande sammanhang kommer blott det tredje betänkandet att vara av betydelse. Yttranden över betänkandet, som inrymde principförslag om ett enhetligt huvudmannaskap för mentalsjukvården under landstingen, har avgivits av medicinalstyrelsen, arbetsmarknadsstyrelsen, socialstyrelsen, fångvårdsstyrelsen, statskontoret, centrala sjukvårdsberedningen, kanslern för rikets universitet — efter hörande av de medicinska fakulteterna i Uppsala, Lund och Göteborg ävensom lärarkollegiet vid karolinska institutet — dåvarande statens kommitté för sinnessjukvårdens utbyggande, nykterhetsvårdsutredningen, sinnessjuklagstiftningskommittén, statens medicinska forskningsråd, stadsfullmäktige i Stockholm, Göteborg, Malmö, Gävle och Norrköping, Hässleholms stads drätselkammare, svenska stadsförbundet, svenska landstingsförbundet, förvaltningsutskotten hos Stockholms, Uppsala, Södermanlands, Östergötlands, Jönköpings, Kronobergs, Gotlands, Kristianstads, Malmöhus, Hallands, Göteborgs och Bohus, Älvsborgs, Värmlands, Västmanlands, Kopparbergs, Gävleborgs, Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens, Norrbottens läns landsting och Kalmar läns norra landsting, svenska socialvårdsförbundet, Sveriges läkarförbund och svenska psykiatriska föreningen, svenska läkaresällskapet, svensk sjuksköterskeförening, föreningen Sveriges arbetsterapeuter, statens sjukhuspersonals förbund, Sveriges socionomförbund, svenska föreningen för psykisk hälsovård, svenska nykterhetsvårdsförbundet, svenska läkarföreningen för bekämpande av alkoholsjukdomar, svensk kuratorsförening, de erkända alkoholistanstalernas centralorganisation, de enskilda anstalernas förbund, svenska kyrkans diakonistyrelses sociala utskott, Sveriges husmodersföreningars riksförbund samt svenska prästförbundet.

Vid medicinalstyrelsens remissvar har fogats yttranden från direktionerna vid Ulleråkers, S:t Lars', Ryhovs, S:t Sigfrids, S:ta Maria, S:t Jörgens, Restads, Sätters, Gådeå och Furunäsets sjukhus. Socialstyrelsen har till närmare klarläggande av sin inställning till psykiatrisk vård och medverkan av psykiater inom nykterhetsvården bilagt ett av styrelsen den 17 december 1958 avgivet yttrande till justitieombudsmannen. Det av Sveriges läkarförbunds och svenska psykiatriska föreningens gemensamt avgivna yttrandet har utarbetats av en kommitté inom nämnda förbund bestående av representanter för svenska barnpsykiatriska föreningen, svenska industriläkarföreningen, svenska lasarettföreningen, svenska provinsialläkarföreningen, svenska psykiatriska föreningen, svenska rättspsykiatriska föreningen, svenska stadsläkarföreningen och Sveriges praktiserande läkares förening. Till yttrandena från stadsfullmäktige i Stockholm och Göteborg

har fogats utlåtanden avgivna av sjukvårdsstyrelserna i de båda städerna. Svenska stadsförbundet åberopar som eget yttrande ett av dess sjukvårdsdelegation avgivet utlåtande.

Med stöd av Kungl. Maj:ts bemyndigande den 6 juni 1957 tillkallade statsrådet och chefen för inrikesdepartementet den 20 september 1957 särskilda sakkunniga för att utreda frågan om de ekonomiska villkoren för överförande av huvudmannaskapet för mentalsjukvården till landstingen och städerna utanför landsting samt för driften av vårdgrenen genom dessa huvudmän ävensom därmed sammanhängande spörsmål. De sakkunniga antog benämningen *mentalsjukvårdens statsbidragsutredning*.¹ För att beaktas vid fullgörandet av utredningsuppdraget överlämnades till statsbidragsutredningen bl. a. mentalsjukvårdsdelegationens betänkande »Mentalsjukvården, Planering och organisation».

Direktiverna för mentalsjukvårdens statsbidragsutredning är intagna i ett anförande till statsrådsprotokollet över inrikesärenden den 6 juni 1957 av chefen för inrikesdepartementet.

Enligt direktiven skulle utredningen klarlägga, hur frågorna om de ekonomiska villkoren för överförandet och driften av mentalsjukvården till landstingen skulle lösas, därest huvudmannaskapet för vårdgrenen i princip skulle åvila landstingen och städerna utanför landsting.

Statsbidragsutredningen har den 16 februari 1960 avgivit betänkande med *förslag rörande de ekonomiska villkoren för en huvudmannaskapsreform inom mentalsjukvården* (SOU 1960: 9).

Yttranden över detta betänkande har avgivits av medicinalstyrelsen, styrelsen för centrala sjukvårdsberedningen, byggnadsstyrelsen, statskontoret, riksrevisionsverket, skolöverstyrelsen, domänstyrelsen, mentalsjukvårdsberedningen, byggnadsbesparingsutredningen, svenska landstingsförbundet, förvaltningsutskotten i samtliga läns landstingskommuner, svenska stadsförbundet, stadsfullmäktige i Stockholm, Göteborg, Malmö, Norrköping, Hälsingborg och Gävle ävensom styrelsen för de enskilda anstaltens förbund.

Statsbidragsutredningens förslag innebar ett samordnat driftbidrag till alla former av mentalsjukvård under landstingskommunalt huvudmannaskap samt vissa investeringsbidrag till den del av mentalsjukvården, som av landstingskommunerna skulle övertagas av staten.

Inom *mentalsjukvårdsberedningen*, som tillkallats enligt Kungl. Maj:ts bemyndigande den 5 juni 1959 för att inom inrikesdepartementet biträda vid handläggningen av frågorna om mentalsjukvårdens utbyggande och upprustning jämte därmed sammanhängande spörsmål, har

¹ Kommittén bestod vid betänkandets avlämnande av generaldirektören Bertil Olsson, ordförande, överdirektören Erik Björkquist, förbundsdirektören Ivar Dahlgren, förbundsdirektören Sixten Humble, numera riksgäldsdirektören Georg Ringström, ledamöterna av riksdagens första kammare Johan Sunne och Sten Söderberg, ledamöterna av riksdagens andra kammare Lennart Stiernstedt och Per Svensson samt numera expeditionschefen Bengt Söderqvist.

utarbetats två stencilerade utredningar angående dels *specialvården av vissa psykiskt sjuka och abnorma*, dels *enhetligt huvudmannaskap för undervisningen och vården av psykiskt efterblivna*, vilka överlämnats till chefen för inrikesdepartementet den 25 januari 1963 respektive den 24 maj 1962.¹ Över den förstnämnda utredningen har yttranden avgivits av statskontoret, medicinalstyrelsen efter hörande av direktionerna för S:ta Gertruds, S:t Sigfrids, Sätters och Sidsjöns sjukhus, centrala sjukvårdsberedningen, socialstyrelsen, kanslern för rikets universitet efter hörande av de medicinska fakulteterna i Uppsala, Lund, Göteborg och Umeå samt lärarkollegiet vid karolinska institutet, sinnessjuklagstiftningskommittén, stadsfullmäktige i Stockholm, Göteborg och Malmö, svenska stadsförbundet, landstingens förvaltningsutskott i Uppsala, Södermanlands, Östergötlands, Jönköpings, Kronobergs, Kalmar, Gotlands, Kristianstads, Malmöhus, Hallands, Göteborgs och Bohus, Älvsborgs, Värmlands, Örebro, Västmanlands, Kopparbergs, Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län, svenska landstingsförbundet, svenska socialvårdsförbundet, Sveriges läkarförbund, svenska psykiatriska föreningen, statens sjukhuspersonals förbund samt svensk sjuksköterskeförening.

Den andra utredningen är ett delförslag av den översyn av 1954 års lag om undervisning och vård av psykiskt efterblivna, som Kungl. Maj:t genom beslut den 2 februari 1961 uppdrog åt mentalsjukvårdsberedningen att verkställa. Yttranden över förslaget har avgivits av statskontoret, riksrevisionsverket, medicinalstyrelsen, centrala sjukvårdsberedningen, skolöverstyrelsen, socialstyrelsen, kanslern för rikets universitet, byggnadsstyrelsen, domänstyrelsen, sinnessjuklagstiftningskommittén, 1957 års epileptikerutredning, utredningen rörande blind- och dövskoleväsendets utbildningsmål och organisation, barnanstaltsutredningen, stadsfullmäktige i Stockholm, Göteborg, Malmö och Norrköping, svenska stadsförbundet, landstingens förvaltningsutskott i Stockholms, Uppsala, Södermanlands, Östergötlands, Jönköpings, Kronobergs, Kalmar, Blekinge, Malmöhus, Hallands, Göteborgs och Bohus, Älvsborgs, Skaraborgs, Värmlands, Örebro, Västmanlands, Kopparbergs, Gävleborgs, Västernorrlands, Västerbottens samt Norrbottens län, svenska landstingsförbundet, svenska socialvårdsförbundet, föreningen sävstaholmsskolorna, svenska läkaresällskapet, Sveriges läkarförbund, svenska psykiatriska föreningen, svenska barnpsykiatriska föreningen, de enskilda anstalternas förbund, riksförbundet för utvecklingsstörda barn (FUB), svenska föreningen för psykisk hälsovård, särskolornas rektorsförening, svenska särskolornas lärarförening, statens sjukhuspersonals förbund, svensk sjuksköterskeförening, föreningen för

¹ Vid avlämnandet av utredningarna bestod mentalsjukvårdsberedningen av statssekreterare Carl G. Persson, ordförande, landstingsman Torsten Andréé, dåvarande ledamoten av riksdagens första kammare Emanuel Birke, professorn Hans Brunnberg, förbundsdirektören Ivar Dahlgren, generaldirektören Arthur Engel och generaldirektören Vidar Fahlander.

kuratorer inom efterblivenhets- och epileptikervården, riksförbundet Sveriges föräldraförening för cp-barn samt vårdföreståndarnas förening. Till medicinalstyrelsens yttrande har bifogats yttranden av direktionerna för mentalsjukhusen Källshagen, Västra Mark, Västra Ny, Salberga och Vipeholm samt direktionen för Vilhelmsro sjukhus samt till skolöverstyrelsens yttrande utlåtanden av styrelserna för statens skol- och yrkeshem på Salbohed och i Vänersborg ävensom styrelserna för vårdanstalten i Lund för blinda med komplicerat lyte samt för skol- och arbetshemmet för döva å Mogård. Yttranden från de medicinska fakulteterna i Uppsala, Lund och Göteborg samt lärarkollegierna vid karolinska institutet och medicinska högskolan i Umeå har fogats till universitetskanslerns remissvar.

Flertalet remissinstanser har i yttrandena över de olika utredningarna tillstyrkt ett överförande av statens mentalsjukvård till landstingskommunalt huvudmannaskap. Erinringar har rests mot delar av statsbidragsutredningens förslag till ekonomisk uppgörelse vid huvudmannaskapsreformen. Därjämte har mentalsjukvårdsberedningens förslag att jämväl psykopatvården och statens undervisning och vård av psykiskt efterblivna samt vården av vissa epileptiker skulle inrymmas i reformen, som därigenom skulle bli total, väckt erinringar från vissa håll.

Statens mentalsjukvårdsorganisation innesluter icke mentalsjukvården i de utanför landstingskommunerna stående städerna, d. v. s. Stockholm, Göteborg och Malmö. Dessa omhänderhar, med vissa undantag, sedan 1920-talet mentalsjukvården i respektive stad efter särskilda avtal med staten. En avlösning av dessa avtal kommer att upptagas till behandling i annat sammanhang, varför mentalsjukvården där och villkoren i avtalen härför icke direkt beröres i detta sammanhang. Jämväl bör erinras om att Norrköping driver eget mentalsjukhus, ehuru stadens invånare eljest replierar på i första hand S:ta Gertruds sjukhus i Västervik. Det förutsättes, att frågan om stadens mentalsjukvård kommer att lösas i samband med den pågående utredningen om stadens inträde i Östergötlands läns landstingskommun. I varje fall måste stadens mentalsjukvård efter en huvudmannaskapsreform ombesörjas i samråd med Östergötlands läns landsting.

Vid departementsberedningen av ärendet har överläggningar hållits förutom med representanter för landstings- och stadsförbunden även med berörda personalorganisationer. På grundval av de ställningstaganden som därvid gjorts har överenskommelse träffats med svenska landstingsförbundet angående de allmänna bestämmelser som skall gälla för landstingskommunernas övertagande av statens mentalsjukvård. Bestämmelserna kommer att läggas till grund för de särskilda avtal, som för reformens genomförande måste upprättas mellan kronan, å ena, och respektive landstingskommun å andra sidan ävensom för fortsatta förhandlingar med berörda personalorganisationer.

Jag anhåller nu att till behandling få upptaga de grundläggande organi-

satoriska och ekonomiska spörsmålen i frågan om landstingskommunalt huvudmannaskap för mentalsjukvården och därmed sammanhängande frågor.

II. Allmänna synpunkter på mentalsjukvården

A. Mentalsjukvårdsdelegationen

Genom 1862 års kommunallagstiftning tillskapades landstingen, som bl. a. fick till uppgift att fastställa storleken av den allmänna sjukvårdsavgift, som var avsedd att finansiera lasarettsvården. Med 1864 års lasarettsförordningar överlämnades den administrativa och ekonomiska omsorgen om lasaretten helt åt landstingen. Därigenom fick kroppssjukvården sin nuvarande förankring hos det moderna svenska landstinget. Hospitalen, vilka under 1800-talets förra hälft börjat reserveras för sinnessjukvård, kvarstod däremot under statligt huvudmannaskap, fr. o. m. år 1876 under sundhetskollegii, sedermera medicinalstyrelsens, överinseende.

Utvecklingen har sedan gått därhän att den egentliga mentalsjukvården, d. v. s. vården av mentalt sjuka, som kräver fullständig medicinsk utrustning eller kontinuerlig övervakning, omhänderhas av staten. Enligt särskilda avtal omhänderhar dock städerna Stockholm, Göteborg och Malmö mot särskilda statsbidrag vården av större delen av detta klientel inom respektive stad. Därutöver finns några mindre primärkommunala mentalsjukhus. Landstingskommunerna och de s. k. landstingsfria städerna är huvudmän för vården av de lättskötta psykiskt sjuka ävensom av personer med lindrigare psykiska besvär, det s. k. neurosklientelet. Vården av dessa sjuka sker på sjukhem respektive psykiatriska kliniker vid lasarett. Vidare omhänderhar landstingskommunerna och de till dessa kommuner ej hörande städerna ansvaret för den psykiska barna- och ungdomsvården samt undervisningen och vården av psykiskt efterblivna. Undervisningen och vården av svårskötta psykiskt efterblivna samt av vissa epileptiker bär dock staten ansvaret för.

Psykiatrins utveckling har så småningom medfört krav på en helt anorlunda organisation av mentalsjukvården än tidigare. Av särskild betydelse har därvid varit tillkomsten av nya behandlingsmetoder samt det förhållandet, att psykiatrin alltmer kommit att ta befattning med neuroser och därmed likartade symtomatiskt lättare former av psykiska sjukdoms-tillstånd.

Om de psykiska sjukdomarna anför mentalsjukvårdsdelegationen bl. a. följande.

Från en tidigare inställning, att mentalsjukvården skulle bestå i ett omhändertagande av sådana sjuka och abnorma, som på grund av sina avvikelser kunde betraktas som farliga för sig själva eller andra, har en om-

svängning skett till ett allt klarare medvetande om behovet av en dels förebyggande och dels aktivt resocialiserande vård. Samhällets allmänna utveckling i form av förbättrade kommunikationer på olika områden, befolkningens inflyttning till städer och tätorter, den allmänna ökningen av livstempot m. m. har haft stor betydelse på detta område. En nedsatt motståndskraft eller ett avvikande beteende avslöjas nu ofta snabbt och obevekligt och leder till ett vårdbehov, som inte kan avvisas. För sjukhusens huvudmän framstår kravet på bättre medicinsk vård för psykiskt sjuka och abnorma numera som trängande. Medvetandet härom har också lett till vittomfattande planer och åtgärder samt en ivrig önskan från olika håll att så snart som möjligt få medverka vid utbyggnaden av vården för ifrågavarande patientgrupper. Varje psykiskt sjuk eller abnorm människa har sina individuella problem och ställer sina speciella krav på en just för henne anpassad vård.

Delegationen framhåller vidare, att för planering av den psykiska hälso- och sjukvårdens omfattning och organisation samt dess fördelning på öppna och slutna vårdformer erfordras en ingående kännedom om det psykiska klienteletets storlek och struktur samt om vårdbehovet. Betydelsefulla i detta sammanhang är undersökningar rörande de psykiska sjukdomarnas utbredning i olika länder och sociala grupper. En exakt kännedom om utbredningen är emellertid, som företagna undersökningar av detta slag utvisar, mycket svår att erhålla.

Vårdplatsbehovet varierar från den ena tidsperioden till den andra men också i olika geografiska områden. Flera undersökningar i skilda länder rörande sjukdomsfrekvens och sjukdomsrisk har visat, att antalet psykiskt sjuka i samhället är betydande. Resultaten varierar dock avsevärt beroende på undersökningarnas utförande, sjukdomarnas avgränsning och en rad andra faktorer av demografisk, geografisk och kulturell natur. Vissa av dessa faktorer synes icke vara tillräckligt kända. Vårdplatsbehovet påverkas också av behandlingsresurserna, lagstiftning, allmänhetens inställning och många andra omständigheter.

Verksamheten vid mentalsjukhusen under senare år har — erinrar delegationen — fått en vidare omfattning än tidigare. Ett allt större antal personer intas på sjukhusen men patientomsättningen ökar också. Detta sammanhänger i viss mån med förändringar i klienteletets sammansättning. Det har sålunda på senare tid blivit en större andel fall med lindriga sjukdomsbilder och ett mera kortvarigt vårdbehov. Samtidigt pågår förskjutning i patientgruppernas sammansättning i riktning mot en större andel åldringar.

En av Stockholms läns landstingskommun år 1955 företagen utredning rörande vårdplatsbehov m. m. för mentalsjukvården inom Stockholms län avsåg bl. a. att ge mera exakta hållpunkter för beräkning av vårdplatsbehovets storlek än vad de av statens kommitté för sinnessjukvårdens utbyg-

1* — Bihang till riksdagens protokoll 1963. 1 saml. Nr 171

gande i förslaget till reviderad generalplan år 1954 utförda beräkningarna syntes ge. Det framstod därvid som nödvändigt att utföra kalkylerna rörande vårdplatsbehovet på grundval av fältundersökningar i stället för på sjukhusstatistik. Undersökningen avsåg samtliga i länet bosatta patienter, intagna å mentalsjukhus och landstingskommunens sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka, i familjevård utackorderade, försöksutskrivna och exspekteranter ävensom det psykiatriska klientelet å ålderdomshem och hem för kroniskt sjuka. Sammanlagda antalet psykiskt sjuka i länet motsvarade 5,6 promille av länets dåvarande folkmängd. Behovet av vårdplatser bedömdes totalt sett motsvara 4,7 promille av befolkningen, varav 1,6 promille på s. k. primäravdelningar och 2,7 promille på s. k. sekundäravdelningar samt 0,4 promille i familjevård.

En liknande fältundersökning i Hallands län företogs av mentalsjukvårdsdelegationen i samverkan med landstinget därstädes. Länet ansågs ha en någorlunda enhetlig befolkning och även erbjuda intresse med hänsyn till att det saknar mentalsjukhus inom sitt område och helt ingår i upp-tagningsområdet för ett enda statligt sjukhus, S:ta Maria i Hälsingborg. Till skillnad från undersökningen i Stockholms län hänförde sig hallandsundersökningen till förhållandena vid en bestämd tidpunkt, den 1 februari 1957. Undersökningen avsåg att klargöra den aktuella frekvensen av psykiska sjukdomar inom länet samt i anslutning därtill dimensioneringen av de slutna och öppna vårdformerna inom länets mentalsjukvård. Undersökningen gick bl. a. ut på att registrera psykiskt sjuka och misstänkt psykiskt sjuka inom länet, oberoende av om de var intagna på sjukhus, vårdhem, ålderdomshem m. m. eller om de var omhändertagna i sina hem eller på annat sätt. Varje registrerad patient blev därefter föremål för personlig undersökning av läkare. Undantag gjordes dock för patienter, som nyligen besökt dennes mottagning eller som han på annat sätt hade personlig kännedom om samt för sådana fall där man genom journaluppgifter eller direkta läkarkontakter ansåg sig ha tillräcklig kännedom om fallen.

Enligt denna undersökning uppgick antalet psykiskt sjuka inom Hallands län till 7,3 promille av länets folkmängd den 31 december 1950. De vårdbehövandes andel av totalbefolkningen bedömdes uppgå till omkring 5 promille, varav på mentalsjukhus 2,5 promille och på vårdhem för lätt-skötta psykiskt sjuka 1,7 promille.

En annan av mentalsjukvårdsdelegationen åberopad undersökning avsåg förekomsten av psykiska sjukdomar bland 500 personer i Stockholm med samma ålder, socialgrupp m. m. som en grupp understödstagare, vilka varit föremål för närmare undersökning.

Vidare redovisas av delegationen en undersökning rörande andelen psykiskt sjuka i en tjänsteläkares klientel med bearbetning av patientkartotek i Torshälla extra provinsialläkardistrikt från åren 1948—1950.

För att få en uppfattning om vårdbehov och konsultationsbehov i öppen

vård för patienter med lättare psykiska och nervösa sjukdomstillstånd verkställde delegationen i samarbete med Stockholms stads sjukhusdirektion och statistiska centralbyråns utredningsinstitut en intervjuundersökning bland omkring 500 stockholmare över 20 år. Intervjuerna avsåg förekomsten av olika nervösa symtom, behovet av konsultation hos psykiatriker, vård å dagsjukhus m. m.

Beträffande resultaten av nämnda undersökningar drar delegationen följande allmänna slutsatser om vårdbehovet.

Det totala vårdplatsbehovet för psykiskt sjuka på mentalsjukhus och mentalsjukhem synes uppgå till omkring 5 promille av befolkningen. Platsbehovets fördelning på olika mentalsjukvårdande institutioner har även analyserats. Här är dock resultaten mindre klara. Endast omkring 2—2,5 promille av befolkningen behöver enligt de undersökande läkarnas uppfattning synnerligen kvalificerade sjukvårdsresurser. Delegationen har dock beträffande de övriga kommit till den uppfattningen, att flertalet bör vårdas inom eller i anslutning till samma sjukhusanläggning som patienterna med kvalificerat vårdbehov. Om sådana fall, som inte kräver kvalificerade sjukvårdsresurser, hänvisas till perifert belägna sekundäravdelningar utan organisatoriskt samband med mentalsjukhus, löper man risk att få en splittring av mentalsjukvården i en sjukhusvård och en asylvård. Delegationen utgår därför ifrån att 4 promille av befolkningen behöver vård på mentalsjukhus och att 1 promille kan omhändertagas på mentalsjukhem, förlagda i anslutning till perifera bebyggelsecentra, eller i familjevård. Andelen vårdbehövande är emellertid större i storstäderna, uppskattningsvis omkring 4,5 promille resp. 1 à 1,5 promille.

I sina uppskattningar av vårdplatsbehovet för psykiatriska lasaretsavdelningar utgår delegationen från 0,4 promille av befolkningen. För storstädernas del torde dock detta vara för lågt räknat. Man bör där räkna med ett platsbehov, uppgående till 0,5 promille av befolkningen. Införande av intagning utan retentionsrätt och öppna intagningsavdelningar på mentalsjukhusen kommer sannolikt, påpekar delegationen, att i viss mån påverka vårdplatsbehovet för lasaretsavdelningar.

Undersökningarna har vidare givit vid handen, att frekvensen av neuroser och andra lättare psykiska insufficiensstillstånd i befolkningen är mycket hög. Uppskattningsvis företer enligt delegationen 30—40 procent av befolkningen över 20 år sådana tillstånd. Konsultations- och behandlingsbehovet för dessa tillstånd är också betydande. Undersökningar från bl. a. Danmark och Norge tyder på att omkring 30 procent av de patienter, som vårdas på internmedicinska avdelningar, företer psykiska och nervösa sjukdomar eller somatiska sjukdomar med psykiska komponenter. Torshällaundersökningen utvisar, att av de personer, som under en 2-årsperiod sökt provinsialläkaren där, företer 15 procent psykiska och nervösa sjukdomstillstånd. Intervjuundersökningen i Stockholm visar, att omkring 25 procent av den

vuxna befolkningen (5 procent svåra och 20 procent lätta fall) är i behov av konsultation hos psykiater eller inom en mentalhygienisk rådgivningsverksamhet. Mentalsjukvårdsdelegationen uttalar, att de anförda siffrorna möjligen icke är representativa för hela landet. Vid sina beräkningar av personalbehovet har delegationen därför utgått ifrån, att genomsnittet för totala vårdbehovet inom hela landet ligger något lägre och uppgår till omkring 20 procent av befolkningen.

Undersökningar rörande vårdplatsbehov och klientelstruktur bör enligt mentalsjukvårdsdelegationens mening framdeles företagas med jämna mellanrum. I enlighet med uppdrag av Kungl. Maj:t har delegationen prövat frågan om vilka undersökningsmetoder, som bör komma till användning. Delegationen har därvid kommit till den uppfattningen, att den metodik, som den använt i hallandsundersökningen, kan vara för praktiskt bruk tillräcklig. Undersökningar enligt denna modell bör företagas vart femte år och bör anknytas till en psykiatrisk universitetsklinik och utföras som en kvalificerad forskningsuppgift. Den är dock, betonar delegationen, icke exakt. Därför rekommenderas, att det vid något tillfälle genomföres en undersökning med mantalsregistermetodik inom ett landstingsområde, varvid ett relativt stort antal slumpvis uttagna personer bör bli föremål för personlig undersökning och bedömning av läkare och tränade socialarbetare. Först genom en sådan undersökning kan ett exakt mått på utbredningen av psykiska sjukdomar och vårdplatsbehovet erhållas.

Det är vidare angeläget, understryker delegationen, att klientelstrukturen och patientomsättningen på mentalsjukhusen kan följas på ett effektivare sätt än hittills. Härför erfordras dock en omläggning av det för mentalsjukvården tillämpade diagnoschemat samt en förbättrad statistisk analys av sjukhusens klientel. Uppgifter av detta slag bör åvila medicinalstyrelsens statistiska avdelning, som bör utrustas med personal och maskiner i erforderlig utsträckning.

Delegationen övergår därefter till att för det dåvarande redogöra för *mentalsjukvårdens resurser och utformning*, vilka belyses kritiskt. Delegationen anför.

Sedan åtskilliga år tillbaka har förhållandena inom mentalsjukvården varit sådana, att de ej på långt när motsvarar standarden inom andra sjukvårdsområden. Delvis har detta berott på att den psykiatriska forskningen först under senare tid givit upphov till väsentligt ökade diagnostiska och terapeutiska möjligheter. Betydande insatser har emellertid under senare år gjorts från samhällets sida att råda bot på missförhållandena. Oavsett att en fortsatt upprustning under lång tid framåt måste äga rum, kommer emellertid vissa brister att kvarstå, om inte organisatoriska förutsättningar för en ändamålsenlig utveckling tillskapas inom hela vårdområdet.

Det är en betydande olägenhet, att vissa landstingsområden saknar egna mentalsjukhus. De nuvarande mentalsjukhusen är i många fall ogynnsamt belägna; relativt nya sjukhus har visserligen uppförts i städer med centrallasarett men ändock på ett ganska långt avstånd från dessa sjukvårdsin-

rättningar. Förutom att den för all sjukvård så betydelsefulla kontakten mellan olika slag av specialister försvårats genom avstånden, innebär detta också besvärande tidsförluster genom att långa patienttransporter alltsomoftast måste komma till stånd.

Överbeläggningen vid sjukhusen är ett av de största hindren för utövande av en adekvat vård. Vid en del vårdavdelningar uppgick den, vid delegationens undersökningar, till över 50 procent av det fastställda vårdplatsantalet. Platsbristen medför långa väntetider, t. o. m. för fall med trängande vårdbehov och den förorsakar även att ett icke ringa antal mentalt sjuka vårdas på ålderdomshem. Därjämte finns på sjukhemmen för lättskötta psykiskt sjuka ett stort antal patienter, som egentligen borde vårdas på mentalsjukhus.

I samband med inrättandet av psykiatriska lasarettsavdelningar har dock inträffat en glädjande ökning av de öppna vårdresurserna inom mentalsjukvården. Tillströmningen av patienter har emellertid varit så stor att väntetiderna på många håll blivit betydande. För psykiskt sjuka — ofta svårt ångestfyllda, olyckliga och lidande människor — är tvånget att vänta i veckor och t. o. m. månader på ett första samtal med läkaren en mycket svår press. De mest akuta fallen kan stundom men ingalunda alltid mottagas i förtur. Beträffande den till mentalsjukhusen knutna hjälpverksamheten framhålles, att den i stort sett är väl organiserad, ehuru dock alltför arbetsbelastad.

Den särskilt påtagliga bristen på läkarpersonal vid de statliga mentalsjukhusen medför, att de tjänstgörande läkarna inte ens tillnärmelsevis hinner med sina arbetsuppgifter, som ju i första hand bör vara att bereda de psykiskt sjuka en ändamålsenlig vård. Endast vissa patienter kan bli föremål för djupare penetrering; kriminalpatienter och liknande patientkategorier måste på grund av särskilda bestämmelser ägnas en betydande del av arbetstiden till förfång för övriga. Även bland sjukvårdspersonalen förekom vid utredningstillfället rekryteringssvårigheter vid de statliga sjukhusen.

Verkställda undersökningar visade att i mentalsjukvård specialutbildad personal i stor utsträckning sysslar med arbetsuppgifter, som ej innebär handledning av patienter. Patienternas sysselsättning var vid fyra av de av delegationen undersökta sjukhusen av ringa omfattning.

Vårdavdelningsstandarden och renoveringsbehovet vid de statliga mentalsjukhusen samt vid de statliga sjukhusen för psykiskt efterblivna har även blivit föremål för undersökning. En inventering av avdelningsbeståndet vid årsskiftet 1956/57 gav belägg för ett i materiellt hänseende grundligt eftersatt vårdområde. Renoveringsbehovet vid de statliga mentalsjukhusens vårdavdelningar var sålunda av betydande omfattning.

B. Remissyttranden

Från remissmyndigheternas sida har i allmänhet behovet av en utbyggnad av mentalsjukvårdens organisation understrukits och flera uttalar sin uppskattning av mentalsjukvårdsdelegationens utredning.

Mera generellt kritiskt mot betänkandet är endast *statens sjukhuspersonals förbund*, som bl. a. anser, att slutresultatet av utredningen mera har utmynnat i ett önskeprogram än i ett verkligt handlingsprogram.

De remissorgan som behandlat spørsmålet om de psykiska sjukdomarnas utbredning och vårdbehovet har i allmänhet vitsordat önskvärdheten av kontinuerliga utredningar om vårdplatsbehovet. I flera fall har man dock ställt sig kritisk till delegationens slutsatser om beräknade normer för olika platsbehov samt till dess sjukdomsbegrepp. Delegationen anses av några instanser ha överskattat vårdbehovet. Fortsatta undersökningar av vårdplatsbehovet rekommenderas i allmänhet.

Medicinalstyrelsen framhåller bl.a., att, även om den av delegationen genomförda intervjuundersökningen i Stockholm bidragit till att skapa en viss uppfattning om konsultationsbehovet, den lika litet som övriga redovisade undersökningar har skapat ökad klarhet om behovet av vårdplatser för lättare fall av den typ, som konstituerar klientelet på en psykiatrisk lasarettsklinik. I avvaktan på säkrare underlag för bedömning av vårdplatsbehovet anser styrelsen, att siffran 0,5 promille tillsvidare får godtagas.

Socialstyrelsen menar, att redogörelserna i betänkandet för variationer i vårdbehovet sammanhängande med sociala förhållanden ger vid handen, att en betydligt högre frekvens av de svårare mentalsjukdomarna föreligger bland lägre socialskikt och bland yrkesutövare i okvalificerade yrken. Om detta resultat är riktigt anser styrelsen, att det utgör en osäkerhetsfaktor vid beräkning på längre sikt av vårdbehovet i länder sådana som Sverige där socialskiktens storlek och sammansättning växlar.

Statskontoret finner det angeläget, att utvecklingstendenser och frekvensvariationer m. m., som kan påverka vårdplatsbehovet inom befolkningen i dess helhet, respektive i olika landsdelar och inom olika vårdformer, kan följas med största möjliga noggrannhet. Icke minst de ekonomiska värden, som kan gå till spillo genom felberäkningar på detta område, representerar avsevärda belopp och redan på grund härav torde fortlöpande statistiska undersökningar vara motiverade. Statskontoret har därför i och för sig intet att erinra mot delegationens förslag i denna del.

Huruvida delegationens undersökningar kan läggas till grund för generella slutsatser undandraget sig *centrala sjukvårdsberedningens* förmåga att bedöma. Då härtill kommer att uppstå — såsom delegationen själv anfört — stora svårigheter att från det sålunda redovisade vårdbehovet härleda behandlingsbehovet, måste viss osäkerhet föreligga vid fastställandet av normerna för såväl vårdplatsantal som behov av öppen vård.

Karolinska institutets lärarkollegium, som inte funnit anledning till erinran mot de av delegationen gjorda beräkningarna rörande vårdplatsbehovet, anser däremot resultaten av delegationens utredningar av frekvenser av neuroser och lättare psykiska insufficienstillstånd jämte konsultations- och behandlingsbehovet vid dessa tillstånd vara mera anmärkningsvärda. Det berättigade i att placera de med insufficienser bland det icke friska klientelet måste starkt ifrågasättas.

Samma inställning har *statens medicinska forskningsråd* och *medicinska fakulteten vid Göteborgs universitet*. Fakulteten anser dessutom att siffran för vårdplatsbehovet vid psykiatriska lasarettavdelningar rätteligen bör ligga icke vid 0,5 utan vid 1,5 promille av befolkningen. Detta skulle innebära, att antalet behövliga vårdplatser för de egentliga mentalsjukhusen kunde sänkas till 3,5 promille.

Dåvarande *statens kommitté för sinnessjukvårdens utbyggnad* (numera mentalsjukvårdsberedningen) konstaterar med tillfredsställelse, att den verkställda utredningen, grundad på mera exakta undersökningar, i sina slutsatser redovisar värden, som nära ansluter till såväl medicinalstyrelsens år 1945 redovisade behovssiffror som till de beräkningar av vårdplatsbehovet, som framlades i kommitténs år 1954 avgivna betänkande med förslag till reviderad generalplan för sinnessjukvårdens upprustning. Delegationens behovstal för slutna vårdplatser, motsvarande 4 promille av invånarantalet, måste uppfattas som ett medeltal och kan alltså icke ligga till grund för en kommande utbyggnad av mentalsjukvården inom ettbart av landstingens sjukvårdsområden. Kommittén erinrar även om att den i sitt nyssnämnda betänkande förordade, att förnyade inventeringar av platsbehovet borde vidtagas, lämpligen vart femte år. I den mån den nuvarande hjälpverksamheten vid den statliga mentalsjukvården får tillräckliga resurser torde sådana undersökningar, sammanställda med en analys av sjukhusens expectantlistor och överbeläggning, kunna genomföras till lägre kostnader än vad delegationen beräknat och ge fullt tillräckliga anvisningar om hur ett eventuellt utbyggnadsarbete bör fullföljas. Den vetenskapliga bearbetningen med förfinad teknik av problemet om de psykiska sjukdomarnas utbredning och om vårdplatsbehovet, som delegationen rekommenderat, anges vara en kvalificerad forskningsuppgift, vilken bör anknytas till en psykiatrisk universitetsklinik.

Delegationens slutsatser av de företagna undersökningarna synes enligt *Stockholms stads sjukvårdsstyrelses* mening vara på det hela taget väl grundade. De angivna relationstalen för storstädernas del i fråga om vårdplatsbehovets fördelning på olika vårdorgan överensstämmer i stort sett med de resultat, som sjukvårdsförvaltningen på andra vägar kommit fram till för Stockholms stads vidkommande och som utgör riktlinjer för den vidare planläggningen och utbyggnaden av stadens sjukvård. *Göteborgs sjukvårdsstyrelse* anser att en utökning av stadens resurser för slutna mentalsjukvård visserligen är ofrånkomlig men en utvidgning enligt de normer, som mentalsjukvårdsdelegationen föreslagit, är ej erforderlig.

Svenska stadsförbundets sjukvårdsdelegation och *svenska landstingsförbundets styrelse* ansluter sig till delegationens förslag om undersökningar av platsbehovet. Enligt *svenska landstingsförbundet*, vars uppfattning delas av flertalet landstings förvaltningsutskott, torde det sålunda vara nödvändigt att ingående undersökningar göres inom olika sjukvårdsområden, innan

långsiktiga organisationsplaner fastställas. Förbundet anser emellertid att det av delegationen angivna genomsnittliga vårdplatsbehovet erbjuder en praktisk framgångsväg. Det lär dock inte vara möjligt att anpassa organisationen av mentalsjukvården på grundval av varje dylik undersökning.

Enligt *Östergötlands läns landstings förvaltningsutskotts* mening är fördelningen av det beräknade platsbehovet 5 promille på mentalsjukhus och vårdhem en fråga, som kan vara föremål för kontroversiella meningar. Delegationens farhågor för uppdelning i en högaktiv och medicinskt fullvärdig vårdform kontra en asylvård utgör i sig ett organisatoriskt problem, där olika lösningar är tänkbara. Uppdelningen i 4 promille på mentalsjukhus och 1 promille på vårdhem är alltså en bedömningsfråga, där proportionerna kan tänkas annorlunda, beroende på hur nära vårdhemmen knytes till sjukhusen. Om denna anknytning blir god och vårdhemmen ges karaktär av aktiva »occupational centers» kan förmodligen, enligt utskottets förmenande, en större andel av klientelet vårdas där.

Sveriges läkarförbund framhåller, att planering och handlande givetvis inte kan uppskjutas till dess långsiktiga prognoser kunnat färdigställas. Förbundet påpekar vidare, att gränsdragningen mellan vad som är en psykisk egenhet utan praktisk betydelse och en psykisk ömtålighet med hög insjukningsrisk och risk för nedsättning av arbetsförmågan är utomordentligt osäker. Mentalsjukvårdsdelegationen har arbetat med ett så vidsträckt sjukdomsbegrepp, att sådana normala eller i det närmaste normala och svårvärderade reaktioner, som oro, sömnsvårigheter etc. fått kraftigt påverka det kalkylerade vårdbehovet. De siffror, som framkom genom 1957 års Stockholmsundersökning rörande förekomsten av psykisk sjukdom, psykiska särdrag och neuroser, får inte utan vidare undersökningar antagas vara direkt representativa för hela befolkningen.

Det påvisade behovet av konsultationer hos psykiatriskt skolade läkare är även med hänsyn tagen till gjord reservation synnerligen stort. Eftersom mentalsjukvårdens nuvarande resurser är så uppenbart otillräckliga och eftersom en långvarig och radikal förstärkning av dessa resurser under alla omständigheter är ofrånkomlig, synes det läkarförbundet mindre angeläget att söka avpressa föreliggande undersökningar rörande vårdbehovet mera preciserade slutsatser i väntan på de bredare upplagda, rullande prognosundersökningar, som delegationen påyrkat.

Svenska läkaresällskapet anser att det är osäkert, huruvida delegationens föreslagna fördelning med 4 promille av vårdplatserna på mentalsjukhusen och 0,5 på de psykiatriska lasarettavdelningarna är den riktiga. Det måste enligt sällskapets mening överlämnas åt framtida erfarenhet och utveckling att avgöra om en annan fördelning blir lämpligare. Som en följd av delegationens utredning torde måhända en förskjutning ske i riktning mot ett större antal platser vid lasarettan och ett mindre vid mentalsjukhusen.

Några remissinstanser vidrör delegationens redogörelse av och kritik över mentalsjukvårdens resurser och utformning samt brister. Mot delegationens understrykande av de otillräckliga materiella och personella resurser, varmed mentalsjukvården arbetar, finns enligt *medicinalstyrelsen* ej anledning att hysa någon avvikande uppfattning. Med tillfredsställelse bör dock noteras, säger styrelsen, att de senaste åren inneburet en avsevärd förbättring härvidlag och att fortsatta planerliga åtgärder kan förväntas i detta hänseende. En viktig förutsättning för ett förbättrat rekryteringsläge är emellertid, att mentalsjukvården bringas i paritet med kroppssjukvården med avseende på byggnadstekniska och utrustningsmässiga resurser.

Centrala sjukvårdsberedningen påpekar, att det stora behovet av upprustning torde vara ställt utom diskussion och *statens kommitté för sinnessjukvårdens utbyggande* framhåller, att nya platser tillkommit efter utredningsarbetets slutförande och att antalet exspektanter sjunkit samtidigt som överbeläggningen minskat.

Kommittén är väl medveten om att underhållet av de statliga sjukhusen på vissa håll är starkt eftersatt men kan också väl förstå, att den för underhållet ansvariga myndigheten disponerat det relativt begränsade underhållsanslaget så, att större delen därav använts för underhåll av sådana byggnader och avdelningar, som kunnat förutses komma att framdeles ingå i de upprustade, ofta till sin storlek beskurna sjukhusen. I den mån kommittén hinner fullfölja den nu pågående byggnadsinventeringen och generalplanarbetet för de äldre sjukhusens upprustning torde riktlinjerna för det löpande underhållet kunna säkrare angivas.

Hallands läns landstings förvaltningsutskott menar, att redovisningen av mentalsjukvårdens brister icke innehåller några principiella nyheter. Det är, säger utskottet, förvisso intet att säga om att berättigad kritik riktats och riktas mot mentalsjukvårdens brister, men å andra sidan torde man icke kunna fränkänna statsmakterna ett erkännande för att under den senaste tioårsperioden ha vidtagit åtgärder inom ramen för tillgängliga ekonomiska och personella resurser.

Statens sjukhuspersonals förbund hyser den uppfattningen, att redovisningen av mentalsjukvårdens brister inte är lika vederhäftig och objektiv som redogörelsen för mentalsjukvårdens resurser och utformning.

III. Principiella synpunkter på den statliga mentalsjukvårdens överförande till landstingskommunerna

A. Mentalsjukvårdsdelegationen

1. Mentalsjukvårdens utformning och huvudmannaskapet

I sin principiella diskussion om *mentalsjukvårdens utformning* anger mentalsjukvårdsdelegationen vissa målsättningar.

Mentalsjukvården måste ges en sådan utformning, att psykiskt sjuka kommer under behandling så tidigt som möjligt. Den viktigaste förutsättningen såväl härför som för ett gott vårdresultat är, att full paritet åstadkommes mellan somatisk och psykisk vård såväl medicinskt och organisatoriskt som författningsmässigt. Som slutmål bör gälla, att mentalsjukvård och kroppssjukvård sammansmälter såsom olika specialiteter inom samma sjukvårdsorganisation och i största möjliga utsträckning inom samma sjukhusenheter. Härför kräves en omfattande utbyggnad med nya sjukhusenheter och avdelningar samt att personalen ökas i omfattning och ytterligare differentieras ävensom att arbetsformerna omgestaltas så att de sjuka kan få en individualiserad behandling med utnyttjande av alla de terapeutiska resurser som forskningen ställer till förfogande. Ett viktigt krav är vidare, att öppen och sluten mentalsjukvård planeras som en enhet och erhåller en utformning, som möjliggör största möjliga utnyttjande av öppna vårdformer. Angeläget är även att forskningen ytterligare stimuleras och understödjes.

För att de många bristerna inom mentalsjukvården skall kunna elimineras och angivna målsättningar förverkligas är det nödvändigt med en allsidig planering, omfattande samtliga verksamhetsgrenar av vårdområdet. Diskussionen om mentalsjukvården har i mycket hög grad dominerats av det starkt framträdande behovet att utbygga den slutna vården. Både när det gäller att tillgodose vårdbehovet och att beräkna behovet av personal är det emellertid enligt delegationens mening ofta direkt vilseledande att i första hand ta sikte på platsantalet, bl. a. därför att platserna på ett mentalsjukhus med hänsyn till sin olikartade karaktär och användning kan »väga» mycket olika även kvantitativt sett. Den öppna mentalsjukvården har mindre än den slutna varit föremål för mera ingående principiella och praktiska överväganden. Bl. a. har den till statens mentalsjukhus anknutna hjälpverksamheten varit otillräcklig. Även i övrigt har de allmänna mottagningarna för öppen mentalsjukvård, som på senare år kommit till stånd, avslöjat ett i många fall latent vårdbehov, som kräver väsentligt ökade resurser. En god öppen vård samt olika slag av rehabiliteringsåtgärder kan ibland minska eller uppskjuta behovet av kvalificerad anstaltsvård. Tillgång till goda övergångsformer mellan anstaltsvården och livet ute i samhället, öka-

de möjligheter till miljösanering samt förbättrade resurser för eftervård kan i många fall väsentligt förkorta sjukhusvistelsen och motverka risken för försämring, som nödvändiggör återintagning.

Delegationen anser, att särskilda bestämmelser om omhändertagande och vård sannolikt alltid kommer att vara nödvändiga för en del av de psykiskt sjuka. Men även lagstiftningen måste utformas med hänsyn till den moderna synen på de psykiska sjukdomarna och deras behandling. För att mentalsjukvården skall kunna få behövlig »good will» bland allmänheten måste intagning på sjukhus för behandling av psykisk sjukdom i största möjliga utsträckning försiggå i samma former som intagning på sjukhus för behandling av somatisk sjukdom. Tvång bör inte användas annat än när det är oundgängligen nödvändigt. En lagstiftning, som ger de psykiskt sjuka en särställning, förhindrar att psykiska och somatiska sjukdomar jämställs i det allmänna medvetandet. På längre sikt bör därför enligt delegationens mening målsättningen vara, att sinnessjuklagstiftningen ingår i en allmän sjukvårdslag, vari även kroppssjukvården regleras.

En verklig integration mellan resurserna för psykisk och somatisk vård kan på längre sikt väntas förbättra behandlingsresultaten inom dessa båda vårdområden. Ordandet av behandlingsmöjligheter för psykiskt sjuka i anslutning till centralasaretten är ett av de viktigaste medlen att åstadkomma tidigbehandling. Av största betydelse är också att övriga anstalter för vård av psykiskt sjuka — friliggande mentalsjukhus, vårdhem, konvalescent- och vilohem etc. — beredes möjlighet till ett integrerat samarbete med kroppssjukhusen.

Kravet på en god samordning mellan vården inom och utanför sjukhuset har vidare ökat i betydelse. Öppen och sluten vård måste betraktas som delar i en enhetlig vårdorganisation och planeras gemensamt. De såväl av humanitära som av samhällsekonomiska skäl dikterade strävandena att förkorta tiden för anstaltsvistelse och i största möjliga utsträckning återföra patienterna till hälsa och arbetsförmåga ställer betydande krav på sådan samordning.

Knappheten på investeringsutrymme gör det även än mer angeläget att planera öppen och sluten mentalsjukvård som en enhet. Om samtidigt med den successiva utbyggnaden av den slutna vården vid mentalsjukhus ökade möjligheter till öppen vård och andra mindre kostnadskrävande vårdformer ställes till förfogande, är det tänkbart, att behovet av en ytterligare ökning av antalet platser vid en omprövning kan visa sig mindre än vad tidigare uppskattningar givit vid handen. Under alla förhållanden — betonar delegationen — måste denna och likartade frågeställningar bli föremål för kontinuerlig uppmärksamhet vid planeringsarbetet.

Bristen på psykiatrer och annan kvalificerad vårdpersonal är en annan omständighet som försvårar och försenar på samma sätt som det otillfredsställande investeringsutrymme hindrar en eljest önskvärd expansion. Att

avveckla denna brist är emellertid en procedur på lång sikt. En expansion av mentalsjukvården — som förutsätter betydligt flera psykiatrer än för närvarande — måste också ske i konkurrens med andra vårdområden om nytillskottet på läkare. Hittills har mentalsjukvården stått sig ganska dåligt i denna konkurrens, framhåller delegationen.

Beträffande *huvudmannaskapet för mentalsjukvården* erinrar mental-sjukvårdsdelegationen bl. a. om att statens sinnessjukvårdsberedning såväl i sitt år 1950 avgivna betänkande med förslag till generalplan för sinnessjukvårdens tillgodoseende (stencilerat) som i en strax dessförinnan av beredningen avgiven promemoria upptagit frågan om en omprövning av huvudmannaskapet till mera djupgående behandling.

I en på tidigt stadium av utredningsarbetet i samverkan med svenska psykiatriska föreningen gjord enkät tillfrågades landets psykiatrer om deras inställning till frågan om huvudmannaskapet för mentalsjukvården. 80 procent av de svarande angav, att huvudmannaskapet borde överflyttas från staten till landstingskommunerna.

Icke heller vid de överläggningar, som delegationen under utredningsarbetets bedrivande haft med representanter för sjukvårdsstyrelserna i de olika landstingsområdena, har i flertalet fall några invändningar framkommit mot ett överförande av mentalsjukhusen och den till dessa anknutna öppna vården till landstingskommunalt huvudmannaskap. En förutsättning är dock, säger delegationen, att en tillfredsställande reglering av därmed sammanhängande ekonomiska frågor kommer till stånd.

Om man helt obunden av den förhandenvarande sjukvårdsorganisationen i landet skulle framlägga förslag till en ny sådan, skulle det, anför delegationen, med all sannolikhet anses naturligt att i princip sammanföra all sjukvård under en och samma huvudman, varvid utan tvivel landstingskommunerna och de s. k. landstingsfria städerna närmast skulle komma i fråga. Enligt delegationens uppfattning framtingar kravet på tidigbehandling, integration av öppen och sluten mentalsjukvård samt samordning mellan somatisk och psykisk vård gemensam planläggning och administration av hela sjukvårdsområdet. Tydligast framträder enligt delegationen olägenheterna av den rådande ansvarsfördelningen i samband med det alltmer trängande behovet av samarbete och sammanhang mellan den somatiska och psykiska vården. Delegationen finner det ådagalagt, att medicinska och sjukvårdsorganisatoriska skäl klart talar för att ett överförande av huvudmannaskapet för den statliga mentalsjukvården bör ske till landstingskommunerna och städer, som icke ingår i landstingsindelningen.

Spörsmålet på vad sätt och vid vilken tidpunkt ett överförande av huvudmannaskapet bör komma till stånd omfattar enligt delegationen ett stort antal delvis svårlösta problem. Delegationen förordar emellertid att ett successivt överförande sker så att enskilda landstingskommuner eller grupper av dessa med särskilt intresse för att själva organisera och utbygga

mentalsjukvården för befolkningen i sina områden snarast möjligt beredes tillfälle härtill.

Detta principiella ställningstagande utesluter emellertid icke, påpekar delegationen, att *undantag för vissa patientgrupper* med speciella vårdproblem kan göras om så befinner lämpligt ur praktiska och rationella synpunkter. Sedermera har undantagsfrågan varit föremål för förnyad utredning av mentalsjukvårdsberedningen, vars förslag redovisas i det följande.

2. Mentalsjukvårdens organisation

Den ledande principen vid utformningen av mentalsjukvårdens organisation bör enligt mentalsjukvårdsdelegationens mening vara att åstadkomma största möjliga integration med kroppssjukvården. Nya mentalsjukvårdsenheter bör därför uppföras i så nära anslutning till lasarett som möjligt. En riktlinje vid utarbetandet av delegationens förslag till vårdgrenens organisation inom ett sjukvårdsområde har alltså varit att få en så god samordning med kroppssjukvården som möjligt. Delegationen förordar därför, att där nytt mentalsjukhus planeras möjligheterna att ansluta detta till ett lasarett ingående blir prövade.

Inom varje sjukvårdsområde bör finnas ett eller flera psykiatriska centra med resurser för såväl sluten som öppen vård. Dessa centra kan utgöras av mentalsjukhus, fristående eller vid lasarett, och av psykiatriska avdelningar vid lasarett. Vårdenheterna bör förläggas till naturliga befolkningscentra och verksamhetsområdet bestämmas av tekniska och demografiska förhållanden.

I fråga om storleken av ett mentalsjukhus konstaterar delegationen, att några schematiska regler icke kan fastställas. Ur trivselsynpunkt bör sjukhusen vara förhållandevis små, dock bör tillräckliga möjligheter till differentiering av patienterna finnas. De nuvarande sjukhusen måste givetvis bibehållas under ansevärd tid, men platsantalet bör nedbringas till 700 å 800 vårdplatser. En förutsättning för en reducering av antalet vårdplatser på befintliga sjukhus är givetvis, att nya enheter kommer till stånd, så att det totala platsbehovet ändå tillgodoses. Dessa enheter bör, som nyss sagts, helst förläggas i direkt anslutning till lasarett, i första hand centrallasarett och i andra hand ett väl utbyggt normallasarett, och platsantalet som regel begränsas till 300 å 400. För nya mentalsjukhus, som på grund av lokala förhållanden måste uppföras fristående, bör platsantalet bestämmas till 600—700. Storleken av de psykiatriska lasarettavdelningarna, vilka bör inrättas inom varje sjukvårdsområde, föreslås av delegationen icke överstiga 50 vårdplatser.

De nuvarande av landstingskommunerna och de s. k. landstingsfria städerna drivna sjukhemmen för lättskötta psykiskt sjuka bör under beteckningen mentalsjukhem drivas även i fortsättningen och närmast omhändertaga det klientel, som icke längre kräver sjukhusens medicinska och tera-

peutiska resurser. En differentiering på skilda hem bör eftersträvas för dels långvarigt psykiskt sjuka patienter, som är arbetsföra och i kroppsligt avseende friska och för vilka lämplig form av sysselsättning kan beredas i eller utanför sjukhus, dels i somatiskt hänseende förhållandevis friska åldringar, som behöver kontakt med anhöriga och hemorten. Mentalsjukhemmen bör ha ett förhållandevis litet vårdplatsantal och ges en hemliknande prägel. Planerade större sjukhem bör därför uppföras i paviljongsystem.

Mottagningar för öppen vård bör förekomma vid såväl mentalsjukhus som psykiatriska lasaretsavdelningar. Vid dessa mottagningar bör behandlas psykiskt sjuka, som ej erfordrar sluten vård, och fortsatt behandling meddelas utskrivna patienter. Vid sidan härav bör finnas särskilda öppna mottagningar för sådan tillsyn och efterkontroll av de psykiskt sjuka, som f. n. utövas av den vid de statliga mentalsjukhusen bedrivna hjälpverksamheten. Denna form av öppen mottagning föreslås få beteckningen mentalvårdsdispensär. Även familjevård, d. v. s. omhändertagande i enskilda hem av psykiskt sjuka personer, bör bedrivas i fortsättningen. Delegationen framhåller vidare, att vid sidan av de nu angivna mentalvårdsenheterna psykiatriska mottagningar vid lasarett, där sluten psykiatrisk vård icke förekommer — s. k. psykiatriska filialmottagningar — torde vara erforderliga.

Till mentalsjukhusen och de psykiatriska lasaretsavdelningarna bör knytas konvalescenthem dels för omhändertagande av de patienter från den öppna vården, som ej är i behov av sjukhusvård men väl en tids avkoppling, och dels för sådana på sjukhus intagna patienter, som inte längre behöver sjukhusvård men en tids miljöbyte, innan de återgår till sitt vanliga arbete.

I områden med cirka 50 000 à 60 000 invånare ävensom på andra håll, där möjlighet föreligger, föreslås att dagsjukhus inrättas som en mellanform mellan öppen och sluten vård. Dessa sjukhus bör avses för långvarigt sjuka, som behöver arbetsterapi och annan rehabiliterande behandling, men som kan tillbringa nätterna i hemmet. Lokalerna kan i vissa fall användas även som nattsjukhus för patienter, som kan sköta sitt arbete under dagarna men i övrigt behöver behandling eller omhändertagande. Som en annan övergångsform mellan sluten och öppen mentalsjukvård kan enligt delegationen ifrågakomma inackorderingshem för patienter, som genomgått behandling på sjukhus men ännu ej är så återställda, att de kan reda sig själva, eller vilkas hemförhållanden gör det nödvändigt, att de viss tid vistas borta från hemmet.

Vissa arbetsuppgifter inom den öppna mentalsjukvården anses böra anförtros tjänsteläkare och distriktssköterskor, exempelvis mera okomplicerade psykiatriska behandlingsåtgärder, första hjälp vid akuta psykiska sjukdomsfall, viss efterbehandling och tillsyn av försöksutskrivna och utskrivna patienter m. m.

Delegationen har slutligen framhållit, att dess förslag till mentalsjukvårdens organisation endast bör tjäna som allmän riktlinje för den kommande utvecklingen. Landstingskommunerna bör ha betydande frihet att utforma organisationen på skiftande sätt allt efter de lokala förhållandena. En sådan frihet kommer att möjliggöra, att nya vårdformer och tillvägagångssätt kan prövas, vilket är av grundläggande betydelse för utvecklingen. De kommande åren kommer att bli en övergångstid, varunder en ny organisation successivt kan växa fram. Att på nuvarande stadium i planeringen låsa fast sig vid en bestämd mall kan därför icke vara ändamålsenligt. Delegationens förslag bör därför endast tjäna som allmän riktlinje för den kommande utvecklingen.

B. Mentalsjukvårdsberedningen

1. Specialvården av psykiskt sjuka och abnorma

Mentalsjukvårdsberedningen erinrar om att frågan, hur de psykiskt abnorma — s. k. psykopater — lämpligen bör omhändertagas och vårdas under de sista årtiondena varit föremål för åtskilliga diskussioner och utredningar. Att huvudparten av detta klientel inte är lämpat att omhändervärdas inom de vanliga mentalsjukhusen har man allmänt varit ense om. 1947 års riksdag har också i princip beslutat, att de svårskötta psykopaterna skall överföras till särskilda sjukhus, anordnade inom mentalsjukvårdens ram och utformade direkt med tanke på de speciella krav, som vården av detta klientel ställer. Uppförande i Katrineholm av ett dylikt specialsjukhus med 245 vårdplatser har sedermera beslutats och står nu inför sitt förverkligande som ett första led i uppbyggnaden av en särskild vårdorganisation. Några riktlinjer för organisationens fortsatta utbyggnad har däremot inte tidigare uppdragits.

Vid övervägandena om en mentalsjukvårdsreform har hittills ifrågasatts, att bl. a. vården av sådana psykiskt sjuka och abnorma, som behöver vårdas å specialsjukhus, skulle undantagas och bibehållas som en staten åvillande vårduppgift. Motiven härför har så gott som uteslutande varit av praktisk-organisatorisk natur. Frågan gäller alltså främst, i vad mån en tänkbar utformning av den framtida vårdorganisationen för denna speciella grupp av mentalsjukvårdens klientel kan förenas med ett landstingskommunalt huvudmannaskap. Någon klarläggande diskussion härom har inte förts. Mentalsjukvårdsberedningen har därför tagit upp spørsmålet till behandling för att ange några principiella riktlinjer för den framtida vårdorganisatoriska planläggningen och mot bakgrunden därav pröva huvudmannaskapsfrågan för denna klientelgrupp.

Beredningen framhåller, att termen *psykopati* inte betecknar någon bestämd sjukdomsenhet. Den har använts som en sammanfattande diagnos för en rad olika psykiska sjukdoms- och defekttillstånd. I den officiella

diagnoslista, som gällde för mentalsjukhusen intill år 1962, var psykopati beteckningen för alla tillstånd, som inte kunde rubriceras som någon form av sinnessjukdom eller psykisk efterblivenhet. Termen psykopati har samtidigt alltmer kommit att användas som asocialitetsbeteckning, närmast som ett symtom. Så användes vanligen ordet då psykopatvård diskuterades. Det som därvid avses är en speciell vårdform för sådana psykiskt sjuka och defekta — ej mentalt sjuka eller psykiskt efterblivna — som på grund av svårigheter med den sociala anpassningen är svårskötta på vanliga mentalsjukhus och i många fall i behov av speciell terapi. Man bör därför i vårdsammanhang hellre tala om specialvård än psykopatvård.

Beredningen har försökt precisera det aktuella *behovet av specialvård för mentalsjukhusens patienter* och låtit företaga en ny inventering av beleggningen på samtliga mentalsjukhus, statens såväl som storstädernas. Inventeringen, som utförts av överläkaren vid Lillhagens sjukhus Erik Kjell Eriksson, baserades på uppgifter från sjukvårdsläkarna om förhållandena den 30 juni 1962. Antalet inneliggande straffriförklarade uppgick tillsammans till 1 616. Av dessa hade 762 patienter straffriförklarats på grund av vanlig psykisk sjukdom, 330 till följd av psykisk efterblivenhet och 524 med hänsyn till »annan själslig abnormitet». Av samtliga straffriförklarade ansågs 471 (437 män och 34 kvinnor) vara i behov av vård på specialsjukhus. Av 354 icke straffriförklarade patienter med symtomet »psykopati» på de statliga sjukhusen ansågs 120 (69 män och 51 kvinnor) vara i behov av vård på specialsjukhus. Av motsvarande patientkategori på Stockholms, Göteborgs och Malmös mentalsjukhus (tillhoppa 118) ansågs 54 (35 män och 19 kvinnor) vara i behov av vård på specialsjukhus. Sammanlagt uppgavs alltså 645 patienter (541 män och 104 kvinnor) vara i behov av specialvård. Av dessa var sammanlagt 261 hemmahörande i storstäderna.

Av hela antalet straffriförklarade patienter, som vårdas på de statliga sjukhusen (1 616) har 490, d. v. s. 30 %, sin hemort i Stockholm, Göteborg och Malmö. Antalet försöksutskrivna och exspektanter har inte ansetts spela någon större roll vid bedömningen av behovet av specialvård. Inventeringen redovisar även klienteletets fördelning på olika sjukhus och efter hemort.

Sammanfattningsvis har undersökaren betonat, att han fått ett mycket starkt intryck av att de undersökta patienterna i en helt dominerande omfattning är psykiskt sjuka eller invalidiserade och att de har ett stort behov av psykiatrisk-medicinsk vård. Samma utrednings- och behandlingsmöjligheter behövs för dessa som för övriga patienter på mentalsjukhus och psykiatriska kliniker: fortlöpande psykiatrisk och allmänmedicinsk observation med tillgång till förstklassigt laboratorium, elektroencefalografiska undersökningar, röntgenundersökningar (inklusive encefalografi och angiografi), samtalsbehandling, gruppbehandling, medikamentell behand-

ling (där alla former av psykofarmaka måste kunna utnyttjas), elektrochockbehandling, insulinbehandling, i enstaka fall lobotomi och kastration etc.

Dessutom har två fundamentala behov i resurserna för behandlingen påtalats: dels måste aktivitetsterapin inriktas på yrkesutbildning, omskolning och arbetsträning och dels måste en effektiv öppen psykiatrisk vård kunna ges under försöksutskrivning liksom efter en definitiv utskrivning. Bedömningen av vilka patienter som är i behov av specialvård är mycket svår. Ibland föreligger båda huvudskälen till specialvård — svårskötthet och behov av avancerad aktivitetsterapi — ibland endast det ena. Andra faktorer måste också komma med i avvägningen exempelvis betydelsen av att patienten får vara på ett sjukhus nära sin familj eller att han flyttas långt från en skadlig miljö. Patienterna bör inte vara fastlåsta vid en viss vårdform utan alltefter behov kunna vårdas än på ett vanligt mentalsjukhus, än på ett specialistsjukhus.

För omhändertagande och vård av psykiskt abnorma finnes f. n. inom mentalsjukvården en särskild specialavdelning med 100-tal platser vid vartdera av S:t Sigfrids sjukhus i Växjö och Sidsjöns sjukhus i Sundsvall. Dessa sammanlagt omkring 200 platser är närmast avsedda för svårskötta manliga patienter, i första hand straffriförklarade. Härutöver finnes för farliga psykiskt abnorma eller sjuka en s. k. fast paviljong vid vartdera S:ta Gertruds sjukhus i Västervik och Sätters sjukhus med sammanlagt omkring 70 platser. Det övervägande antalet psykiskt abnorma vårdas emellertid på samma avdelningar som mentalsjukhusens övriga patienter.

Beredningen avvisar den ibland framförda tanken att de specialvårdsbehövande psykiskt abnorma borde tagas om hand på särskilda institutioner för en medicinsk förvaring under kriminalvårdens regi. Den avgörande synpunkten i sammanhanget måste nämligen vara, att de vårdbehövandes möjligheter till behandling — såväl för straffriförklarade som för övriga sjuka eller abnorma — helt ligger inom det medicinskt-psykiatriska verksamhetsfältet. Inom mentalsjukvårdens ram bör dock speciella anordningar vidtagas för ett humant ordnat omhändertagande jämsides med en terapeutisk verksamhet, där nya medicinska rön ständigt måste utnyttjas och tillföras behandlingsarsenalen, om något behandlingsresultat skall kunna påräknas.

Klientelet vid det nya specialistsjukhuset i Katrineholm bör i första hand begränsas till sådana patienter, som visat sig besvärliga och inte lämpade för vård på vanliga mentalsjukhus men som med tillämpning av speciella vårdprinciper och med olika medicinska ingrepp kan påverkas i gynnsam riktning.

Intill dess ytterligare specialenheter med erforderliga terapimöjligheter tillskapats bör de båda nuvarande specialavdelningarna helt tagas i anspråk för vård av sådana patienter som inte lämpligen bör omhändertas

på det nya sjukhuset. På längre sikt får det emellertid anses vara till avgjord nackdel för den egentliga mentalsjukvården att omhänderha ifrågasvarande klientel i omedelbar anslutning till mentalsjukhusens vanliga vårdavdelningar.

Bland ledmotiven för den framtida vårdorganisatoriska planläggningen framhålls också att om den från terapeutisk synpunkt nödvändiga liberaliseringen av vårdformerna vid de vanliga mentalsjukhusen helt skall kunna genomföras, måste sjukhusen befrias från det svårskötta och för vården i övrigt störande klientelet. Den kliniska bedömningen har givit stöd för åsikten, att behandlingen av detta rikt fasetterade klientel kräver minst lika goda diagnostiska och terapeutiska resurser som de i egentlig mening mentalt sjuka.

Eftervården, som är av största betydelse för klientelet rehabilitering och återanpassning i samhällslivet, måste uppläggas i samråd med öppenvård-verksamheten vid den psykiatriska vårdinstitutionen i patientens hemortslän, till vilken denna vård i fortsättningen lämpligen bör vara knuten och där den vid specialsjukhuset påbörjade behandlingen skall fullföljas med regelbundna besök hos psykiater. Avståndet mellan specialsjukhuset och patientens hemortslän får inte vara alltför stort. En spridning av klientelet bör därför ske på flera regionalt ordnade vårdenheter, ettvarvt med flera län som upptagningsområde.

En indelning av landet i upptagningsområden för exempelvis fyra sådana vårdenheter redovisas i promemorian. För att möjliggöra erforderlig enhetlighet i den medicinska ledningen bör varje enhet inte vara större än att den utgör ett lämpligt underlag för en överläkaravdelning och inte omfatta mer än högst 125 patienter.

Skulle Katrineholmssjukhuset inte kunna inpassas i en dylik trängre regional organisation, bör det inte vara omöjligt att till sjukhuset knyta vissa former av specialbehandling av patientkategorier från en större del av landet, eventuellt från hela riket.

Beträffande specialvårdenheternas lokalisering anses hinder inte möta mot att en enhet inrättas såsom en till ett större mentalsjukhus knuten specialinstitution och förlägges på ett avstånd från sjukhuset, som inte är större än att det möjliggör en administrativ och driftsmässig samordning med detta men samtidigt tillräckligt för att icke medföra några störningar för vården vid huvudsjukhuset. Vidare bör man tillvarataga möjligheterna att förlägga en vårdenhet i närheten av ett medicinskt utbildningscentrum.

En oviss faktor, som inverkar på vårdorganisationen, är hur den specifikt medicinska alkoholistvården kommer att utformas. De mera svårskötta nykterhetsvårdsfallen, ofta utpräglad asociala och med psykiska avvikelser, torde delvis utgöras av gravt psykopatologiska fall, som kan behöva en speciell psykiatrisk behandling av i stort sett samma art som i fråga om

andra typer av psykiskt abnormala. En annan till omfattning och ur vårdbehovssynpunkt oviss kategori är det främst i storstäderna förekommande lösdrivarklientelet. Även inom detta är en del fall att anse som hänförliga till det klientel, för vilket den psykiatriska vården inrymmer de mest adekvata behandlingsformerna.

Beträffande *det kvinnliga klientelet* anses problemen vara betydligt mindre, såväl numerärt som med hänsyn till graden av svårskötthet. I den mån behov av en särskild vårdform föreligger bör denna kunna organiseras i form av särskilt inrättade specialavdelningar — tillsvidare i direkt anslutning till mentalsjukhus — med samma möjligheter till aktivitetsterapi och resocialisering som vid specialsjukhusen.

Huvudparten av *farliga psykiskt sjuka och abnormala* utgöres av psykiskt sjuka, ofta schizofrena patienter, epileptiker och fall med grava hjärnskador ävensom enstaka fall med psykisk abnormitet. För detta klientel bör de s. k. fasta paviljongerna vid Sätters och S:ta Gertruds sjukhus tills vidare kunna bibehållas, efter en genomgripande ombyggnad och modernisering. På längre sikt kan det vara mest ändamålsenligt, att särskilda avdelningar för farliga psykiskt sjuka och abnormala inrättas i anslutning till vårdenheter för det specialvårdsbehövande klientelet i övrigt, i vart fall för andra än psykopatiska patienter. Skäl kan dock även tala för att inrätta särskilda mindre avdelningar i anslutning till de gängse mentalsjukhusen — förslagsvis en inom varje region — men på sådant avstånd från sjukhusets huvuddel, att dettas yttre attityd inte blir lidande. Man understryker, att dessa patienter icke a priori kan räknas till det icke behandlingsbara klientelet. De kräver samma goda behandlingsmöjligheter som mentalvårdsklientelet i övrigt.

I *huvudmannaskapsfrågan* diskuterar beredningen till en början, till vilken gren av samhällsverksamheten den s. k. psykopatvården rent principiellt bör anses hänförlig och tillbakavisar sättet att betrakta omhändertagandet företrädesvis som en form av skyddsåtgärd, där de sociala och samhällspreventiva synpunkterna är dominerande. De vårdprinciper och behandlingsmetoder, som bör tillämpas beträffande ifrågavarande klientel, är till helt övervägande del av sådan beskaffenhet, att de är att hänföra till det psykiatriska verksamhetsfältet. Vården av detta klientel är därför otvivelaktigt att inordna under de sjukvårdande uppgifterna som en specialgren inom mentalsjukvården, en bedömning som också legat bakom statsmakternas principbeslut 1947. I sammanhanget erinras om att den godtagna organisationsplanen för vård av mentalt sjuka barn och ungdomar utformats som specialistsjukvård med anslutning till kroppssjukvårdens regionindelning. Vidare har förordats en regional fördelning av mentalsjukhemmen liksom av behandlingshem av typ II.

Av synen på den s. k. psykopatvården som en specialsjukvård inom mentalsjukvårdens ram följer givetvis att den enligt uppfattningen om ett önsk-

vårt enhetligt huvudmannaskap för all hälso- och sjukvård i princip bör vara underställd landstingskommunens huvudmannansvar. De diskuterade undantagen från ett enhetligt huvudmannaskap har, understryker beredningen, icke gällt problem av principiell utan av praktisk natur. Frågan om ett landstingskommunalt huvudmannaskap för psykopatvården bör begränsas till en bedömning av om detta ur praktiska lämplighetshänsyn kan anses organisatoriskt och ekonomiskt rimligt. Under diskussionen om en huvudmannaskapsreform har bl. a. framhållits att gränserna för huvudmannansvaret mellan statliga och kommunala vårduppgifter klart fixeras. Om den specialiserade vårdformen bibehålles som en statlig uppgift, kan detta lätt medföra olika gränsdragningsproblem beträffande ifrågavarande patientgrupper. Inte minst ovissheten om psykopatibegreppets egentliga medicinska innebörd kan föranleda divergerande uppfattningar om huvudmannansvaret för det enskilda vårdfallet. Vidare erinras om den samordning med mentalsjukvården i övrigt, som på olika sätt är nödvändig för behandling av det specialvårdsbehövande klientelet, i synnerhet i fråga om eftervården. Här måste möjligheter finnas att utan besvärande formaliteter överföra patienten från specialvården och på lämpligt sätt infoga honom i den öppna vården inom den ordinarie mentalsjukvården.

Det bör icke vara uteslutet att på liknande sätt som skett i fråga om vissa av kroppssjukvårdens specialiteter åstadkomma en regional organisation även för psykiatrisk specialistbehandling. Den vidtagna patientinventeringen anses ha visat, att det finns förutsättningar för en fördelning på upptagningsområden med så stort befolkningsunderlag, som en rationellt bedriven vård kan anses kräva. En sådan regional vård inom mentalsjukvården bör så nära som möjligt samordnas med den specialiserade kroppssjukvården i fråga om organisatoriska och administrativa problem, planeringsuppgifter som liksom på andra vårdområden bör kunna lösas genom samverkan landstingen emellan genom anknytning till deras planeringsorgan för regionsjukvården, som kan förstärkas med psykiatrisk expertis. Det bör även vara organisatoriskt möjligt att liksom inom kroppssjukvården inrätta en vårdinstitution (specialitet) för mer än en region. Ett interregionalt samarbete torde i så fall kunna anknytas till de organ, som har närmaste motsvarande uppgifter i fråga om kroppssjukvården, bl. a. centrala regionsjukvårdsnämnden. Den principiella planläggningen i stort bör givetvis ske i samråd mellan berörda regionala organ och vederbörande centrala myndigheter, bl. a. mentalsjukvårdsberedningen, medicinalstyrelsen och centrala sjukvårdsberedningen.

Beredningen har såsom odiskutabelt utgått ifrån att bland de specialvårdsbehövande bör inräknas även de farliga psykiskt sjuka eller abnorma patienter, som är omhändertagna på s. k. fast paviljong.

Beredningens ställningstagande i huvudmannaskapsfrågan gäller i förhållande till såväl landstingskommunerna som de s. k. landstingsfria stä-

derna. De mellan staten och storstäderna träffade överenskommelserna rörande vården av straffriförklarade och — om än mot viss ersättning — omhändertagande av vissa psykiskt abnorma kan i realiteten sägas ha inneburit ett åtagande från statens sida att svara för psykopatvården i dessa städer. Bortsett från dessa avtal anser beredningen det inte vara möjligt att andraga några vägande skäl för att vid en huvudmannaskapsreform undantaga den enbart geografiskt avgränsade del av vårdklientelet, som de i storstäderna hemmahörande patienterna utgör, och bibehålla dessa under statens huvudmannaskap. Ett dylikt dubbelt huvudmannaskap skulle tvärtom leda till betydande vårdorganisatoriska och administrativa svårigheter. Principen bör i stället vara att alla lokala huvudmän skall ha samma sjukvårdansvar.

De befintliga *specialavdelningarna* för vård av s. k. psykopater (vid S:t Sigfrids och Sidsjöns sjukhus) och de s. k. *fasta paviljongerna* (å S:ta Gertruds och Sätters sjukhus) måste som nämnts bibehållas under ett övergångsskede, varunder den planerade huvudmannaskapsreformen bör hinna genomföras. Dessa vårdenheter bör underställas de nya huvudmännen för de mentalsjukhus, till vilka de är anslutna, d. v. s. vederbörande landsting. Mellan dessa och övriga lokala huvudmän bör kostnaderna för enheternas underhåll och drift m. m. fördelas efter respektive huvudmans utnyttjande av desamma.

2. Undervisningen och vården av psykiskt efterblivna

Bakgrunden till mentalsjukvårdsberedningens utredning är bl. a. den kritik som riktats mot svårigheterna att komma tillrätta med *gränsdragningen mellan det statliga och landstingskommunala huvudmannaskapet* för undervisningen och vården av de psykiskt efterblivna. Med hänsyn till att olika gränsdragningsproblem aktualiserats i samband med frågan om landstingskommunernas övertagande av den statliga mentalsjukvården har det vidare från inrikesdepartementets sida ansetts lämpligt, att huvudmannaskapsfrågan för detta klientel togs upp till övervägande och beslut vid statsmakternas principiella ställningstagande till huvudmannaskapet för den egentliga mentalsjukvården.

Gränsdragningen mellan statens och landstingskommunernas huvudmannaskap för undervisning och vård av psykiskt efterblivna framgår huvudsakligen av de inledande bestämmelserna i 1954 års lag om undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna.

Lagens tillämpningsområde anges i 1 §, som reglerar undervisningen och vården av dels barn under skolåldern, som på grund av allmän psykisk efterblivenhet icke kan erhålla tillfredsställande vård i enskilt hem, dels andra barn under aderton år, som av sådan orsak icke kan tillgodogöra sig folkskolans vanliga undervisning eller hjälpundervisning, dels ock per-

soner över aderton år, som av samma grund är ur stånd att taga vård om sig själva. Från lagens tillämpning undantages de som är intagna på eller försöksutskrivna från mentalsjukhus eller staten tillhörig anstalt för psykiskt efterblivna.

De psykiskt efterblivnas undervisning och vård enligt 1954 års lag och med stöd därav meddelade föreskrifter handhas av landstingskommunerna. Undantagen från huvudmannskapet finns intagna i lagens 4 § och omfattar följande kategorier:

a) psykiskt efterblivna, som är blinda, dövstumma, höggradigt vanföra, epileptiska, eller som på grund av asocialitet, disciplinärt uppträdande, hypersexualitet eller av annat liknande skäl svårligen kan undervisas eller vårdas tillsammans med andra psykiskt efterblivna, samt

b) höggradigt efterblivna, som är så svårskötta, att de fordrar vård å specialanstalt, eller som lider av tuberkulos i smittsamt skede.

Det undantagna klientelet omhändertages på följande institutioner:

1) Psykiskt efterblivna, som är *blinda*, omhändertagas på *vårdanstalten i Lund för blinda med komplicerat lyte* (175 platser). Institutionen är uppdelad på tre avdelningar: skolhem (50 pl.), arbetshem (66 pl.) och vårdhem (59 pl.). Flertalet av de vårdade utgöres av blinda tillika psykiskt efterblivna.

2) Psykiskt efterblivna, som är *dövstumma* mottages å *vårdanstalten för döva med komplicerat lyte, Mogård*, Finsspång (105 platser). Anstalten utgöres både av skolhem (25 pl.) och arbetshem (40 + 40 pl.).

3) Psykiskt efterblivna, som är *höggradigt vanföra* vårdas på *Kronprinsessan Victorias kustsanatorium*, Barkåkra, Vejbystrand.

Enligt avtal mellan medicinalstyrelsen för statens räkning och direktionen för kustsanatoriet, som ägs av en förening men helt drives med statsmedel, mottages vid sanatoriet 140 vanföra, ortopediskt behandlingsbara, psykiskt efterblivna.

4) Psykiskt efterblivna, som är särskolepliktiga och som på grund av asocialitet, disciplinärt uppträdande, hypersexualitet eller av annat liknande skäl svårligen kan undervisas tillsammans med andra psykiskt efterblivna brukar betecknas såsom *barn med komplicerad utvecklingshämning*. Den nuvarande vårdorganisationen för detta klientel omfattar dels två statliga skol- och yrkeshem, ett för pojkar på *Salbohed*, utanför Sala, och ett för flickor i *Vänerns borg*, dels ock två enskilda, enligt särskilda avtal med bidrag av statliga medel drivna riksanstalter: *Sävstaholms skolhem* för pojkar i Vingåkers kommun och *Söderhaga skolhem* för flickor i Drevviken utanför Stockholm. Huvudman för de båda sistnämnda skolhemmen är Föreningen Sävstaholmsskolorna.

De statliga skol- och yrkeshemmen Salbohed och Vänerns borg är närmast avsedda att mottaga de mest svårskötta med komplicerade psykiska rubbningar, medan de enskilda skolhemmen Sävstaholm och Söderhaga avses

skola tillgodose vårdbehovet för dylika barn med något lättare psykiska eller nervösa rubbningar.

Statens skol- och yrkeshem för pojkar på Salbohed utgöres av dels en skolhemsavdelning med 35 platser och dels en yrkeshemsavdelning med 40 platser. Statens skol- och yrkeshem för flickor i Vänersborg har totalt 38 platser. Huvuddelen av eleverna är yrkeshemsklientel. Hemmens platser kan dock ej helt utnyttjas på grund av lokalernas utformning.

5) Psykiskt efterblivna, som är *asociala* och som erfordrar vård, mottages på mentalsjukhusen a) *Salberga sjukhus*, Sala (334 pl.), b) *Källshagens sjukhus*, Vänersborg, en avdelning (266 pl. se även nedan under 6.), c) *Västra Ny sjukhus*, Motala (203 pl.), d) *Västra Marks sjukhus*, Örebro (380 pl.).

De tre förstnämnda är avsedda för manligt klientel och det sistnämnda för kvinnligt. På dessa sjukhus mottages dels psykiskt efterblivna, som är *straffriförklarade*, dels psykiskt efterblivna, som på grund av *asocialitet*, *indisciplinärt uppträdande*, *hypersexualitet* eller *av annat liknande skäl* bör vårdas å slutet vårdinstitution. Sjukhusen är mentalsjukhus och omfattas av sinnessjuklagstiftningen. Intagning för vård på här nämnda specialsjukhus sker sålunda enligt sinnessjuklagen. Vid sjukhusen finns organiserad kontrollerad familjevård. Psykiskt efterblivna, som är psykiskt sjuka, bör icke vårdas på dessa sjukhus; de skall vårdas på vanliga mentalsjukhus.

6) Psykiskt efterblivna, som är *svårskötta*, vårdas på *Vipeholms sjukhus* (902 pl.) i Lund. Sjukhuset, vars medelbeläggning 1960 var 945, har både manliga (600) och kvinnliga (302) platser. Patienterna är intagna på grund av våldsamhet, förstörelsetendenser, oro, skrik och oljud eller grov osnyggighet, som gör att de icke kan vårdas på vanliga vårdhem. Jämväl på *Källshagens sjukhus* finns sedan år 1961 en avdelning för s. k. vipeholmsklientel. Avdelningen (34 pl.) är avsedd för kvinnliga patienter och är inrymd i byggnad, i vilken eljest vårdas mentalt sjuka.

Vipeholm är mentalsjukhus och sinnessjuklagstiftningen är tillämplig på detsamma. Detta innebär bl. a., att patienterna intages och vårdas enligt sinnessjuklagen.

På särskilt uppdrag av medicinalstyrelsen företog åren 1955—1959 numera professor H. Forssman, som lett mentalsjukvårdsberedningens arbetsgrupp för utredningen, en inventering *av hela det psykiskt efterblivna klientelet* i landet för vilken utredning redogöres i mentalsjukvårdsberedningens förslag.

Enligt inventeringen utgjorde klientelet totalt 12 903 elever och patienter, som fördelade sig på följande olika kategorier av anstalter:

Statliga anstalter	2 436	19 %
Enskilda anstalter	3 012	23 »
Kommunala anstalter	7 455	58 »
	<hr/>	
	12 903	

I sin slutrapport uttalade Forssman bl. a., att om man såg på hela organisationen för omhändertagandet av psykiskt efterblivna, så föreföll denna att vara riktigt och ändamålsenligt utformad i den nya lagen i alla avseenden utom i vad rörde avgränsningen mellan landstingens och statens skyldigheter. Enligt Forssmans uppfattning borde 4 § i 1954 års lag helt omarbetas eller möjligen slopas. De olika kriterierna i 4 § var nämligen i allmänhet vaga och oklara, svårdefinierbara och elastiska samt gav utrymme åt alltför mycket av subjektiva bedömningar.

Även om den synnerligen knappa tillgången på statliga vårdplatser hittills hade gjort, att de på statliga sjukhusen intagna med mycket få undantag var kvalificerat svårskötta patienter, var det likväl också så, upplyste Forssman, att ett stort antal lika svårskötta kvarblivit i landstingskommunernas vård. Han ansåg sålunda, att det var varjehanda tillfälligheter, som i talrika fall bestämde, huruvida ett enskilt fall skulle komma att hänföras till statlig vård eller icke.

Uppföranderubningar och svårskötthet hos lågtstående var så vanliga fenomen, att alla vårdområden måste ha ett stort antal patienter med dessa symtom. Det saknades därför anledning, påpekade Forssman, att förlägga differentieringen utom landstingskommunen, den borde ske inom landstingskommunens egen administration. Det borde vara samma centralstyrelse, som höll alla elever och patienter under sin kontroll. Den lösning man enligt professor Forssmans uppfattning borde arbeta på var regionssjukhusens, där ett antal landstingskommuner fick förvalta och driva sjukhusen i egen regi och där kostnaderna uppdelades efter det antal underhållsdagar, som kom på vart och ett av de deltagande landstingen. Man skulle komma ifrån den svåra tröghet i utbytet mellan statliga sjukhus och landstingsanstalter, som nu låste patientomsättningen så svårt.

I mentalsjukvårdsberedningens förslag, som i stort sett ansluter sig till professor Forssmans synpunkter, heter det, att den rådande faktiska gränsdragningen mellan den statliga och landstingskommunala undervisningen och vården av psykiskt efterblivna synes vara föranledd av de praktiska åtgärder, som framtingats för klientelet omhändertagande. Därvid förefaller icke ha lagts andra synpunkter på huvudmannskapet än att staten skulle svara för det svårskötta och störande klientelet. Det framgår emellertid av redogörelserna för statens organisation och utbyggnadsplaner samt av professor Forssmans rapport, att vårdresurserna för det statliga klientelet kvantitativt alltjämt är otillfredsställande och att en stor del av det statliga klientelet därför omhändertages på landstingens skolor och vårdhem.

En översyn av gränsdragningen mellan statens och landstingens huvudmannskap inom vårdområdet bör ägnas åt vad som ur undervisnings- och vårdsynpunkt är mest ändamålsenligt. I detta ingår frågan om vad som är organisatoriskt lämpligast med hänsyn till en rationellt uppbyggd och driven undervisnings- och vårdorganisation.

Det bör i sammanhanget kunna konstateras, heter det i principförslaget, att undervisningen och vården av psykiskt efterblivna visserligen är av särpräglad natur men att den kan betraktas som en del av den hälso- och sjukvård, som ombesörjes av samhället och som till sin huvudsakliga del numer omhänderhaves av landstingen. Den i olika sammanhang accepterade principen om enhetligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården bör sålunda vara godtagbar även ifråga om undervisningen och vården av psykiskt efterblivna.

Enligt den sjukvårdspolitiska uppfattning, som numera råder, kan det icke vara försvarligt att ha olika organisation för i princip ett och samma klientel. Om man helt obunden av den förhandenvarande organisationen för undervisningen och vården av psykiskt efterblivna i landet skulle framlägga förslag till en ny sådan, skulle det sannolikt anses rimligt och riktigt att i princip sammanföra ansvaret för all undervisning och vård av psykiskt efterblivna under en och samma huvudman. Att landstingskommunerna därvid skulle ligga närmast till hands för uppgiften är en given sak. Det sagda, påpekar mentalsjukvårdsberedningen, överensstämmer med mentalsjukvårdsdelegationens uttalande vid dess bedömning av mentalsjukvårdens huvudmannaskap, därvid delegationen till mentalsjukvård principiellt hänförde den undervisning och vård av psykiskt efterblivna staten omhänderhar enligt 4 § i 1954 års lag. Det framhålles vidare, att omhändertagandet av de psykiskt efterblivna — speciellt vården av dem som vårdas på statens sjukhus men även andra vårdfall, som för övrigt av flera skäl tenderar att öka — är av sådan karaktär, att dess allmänorganisatoriska anknytning till hälso- och sjukvården i dess helhetsbetydelse bör beaktas. Det skulle icke minst av denna anledning vara olyckligt, betonar mentalsjukvårdsberedningen, om enhetsverket inom hälso- och sjukvården, d. v. s. den statliga mentalsjukvårdens och den öppna kroppssjukvårdens överförande till landstingskommunerna, icke skulle fullföljas jämväl i fråga om den statliga undervisningen och vården av de psykiskt efterblivna, inom vilken statens mentalsjukhus för psykiskt efterblivna är den dominerande delen. Detta principiella ställningstagande innebär, till skillnad mot mentalsjukvårdsdelegationens på sin tid gjorda gränsdragning, ett odelbart huvudmannaskap. Fortsatta gränsdragningar med delat huvudmannaskap till förfång för omhändertagandet av psykiskt efterblivna bör därför undvikas. Detta innebär icke ett förminskande av statens ansvar att fullfölja upprustningen av vårdresurserna för det klientel, varom är fråga i utredningen.

Den vård av de psykiskt efterblivna, som kräver omhändertagande på specialanstalter, bör enligt beredningen med fördel kunna anordnas regionalt och därvid med en bättre geografisk fördelning än f. n. De kända synpunkter som lagts på en regionsjukvård för den högspecialiserade kroppssjukvårdens del torde vara giltiga även för undervisningen och vården av psykiskt efterblivna. De mer exklusiva, f. n. statliga enheterna för

2 — *Bihang till riksdagens protokoll 1963. 1 saml. Nr 171*

psykiskt efterblivna, bör i princip kunna organiseras på basis av regioner med ett så stort befolkningsunderlag, att en rationellt bedriven undervisning och vård av särklientelet bland de psykiskt efterblivna sammanfallande med de sex regioner, som landet är indelat i för den högspecialiserade kroppssjukvården, bör kunna medge möjligheter till en smidig organisation och anpassning till det aktuella undervisnings- och vårdbehovet. Detta utesluter icke, att det för någon eller några grupper ej är nödvändigt med anstalter inom varje region. I likhet med inom andra vårdområden kan det nämligen vara nödvändigt eller praktiskt, att viss specialundervisning och specialvård av ett till antalet mycket litet klientel förlägges till ett färre antal institutioner, avsedda att bejåna en eller flera regioner eller t. o. m. hela riket. Avgörande är, att icke fortsättningsvis ett dubbelt huvudmannaskap försvårar en rationell utveckling av undervisningen och vården.

Allmänna erfarenheter pekar på att det blir ett bättre resultat av verksamheten och ett smidigare förfarande i administrationen och samarbetet mellan landstingskommunala institutioner än mellan statliga och landstingskommunala institutioner. Det torde icke föreligga några formella eller praktiska svårigheter för landstingskommunerna att etablera regionalt samarbete.

Mentalsjukvårdsberedningens förslag om att landstingskommunerna skall övertaga hela huvudmannaskapet för de psykiskt efterblivna innefattar i princip alla psykiskt efterblivna oavsett om det med efterblivenheten är förenat något lyte eller svårskötthet. Av praktiska skäl bör dock staten fortsätta att ansvara för undervisningen av blinda och döva särskolebarn. För dessa erfordras särskilda undervisningsanordningar och de kan som nu undervisas tillsammans med andra barn med komplicerat lyte. Statens undervisningsansvar utesluter icke landstingsansvaret för senare omvårdnad, enär alla psykiskt efterblivna förutsättes bli inskrivna hos respektive centralstyrelse.

Om de straffriförklarade psykiskt efterblivna påpekas, att detta kriterium till synes är mycket enkelt och icke borde vålla några svårigheter. Det framhålls, att den psykiskt efterblivne som begår brottslig gärning riktad mot annans personliga säkerhet, ej alltid blir åtalad (s. k. O-fall). En psykiskt efterbliven, som begått brottslig gärning, kan sålunda lika väl bli åtalad med åtföljande straffriförklaring som slippa åtal. I förstnämnda hänseende blir den psykiskt efterblivne ett N-fall, i det senare O-fall. Ur huvudmannaskapssynpunkt kan det icke finnas någon rimlig anledning att skilja på omhändertagandet av dessa psykiskt efterblivna sinsemellan och andra psykiskt efterblivna (s. k. P-fall). Bland de senare kan för övrigt förekomma asociala element, som över huvud genom ett omhändertagande hindras från att begå brottsliga gärningar. Kriteriet för omhändertagandet bör vara den psykiska efterblivenheten. Den efterblivne skall omhändertagas enligt lagen om undervisning och vård av psykiskt efterblivna, undan-

tag härifrån bör icke få ske med mindre än att ett annat omhändertagande kan »ta över» den psykiska efterblivenheten.

I sammanhanget erinras om att mentalsjukvårdsdelegationen i sitt förslag till mentalsjukvårdens överförande till landstingen *icke* undantog straffriförklarade med mindre än att de var psykiskt abnorma.

Oaktat att de ekonomiska villkoren för ett överförande till landstingskommunerna av statens anstalter för undervisning och vård av psykiskt efterblivna faller utanför uppdraget, framhålls dock att villkoren i princip bör regleras i enlighet med vad som föreslagits för den egentliga mentalsjukvårdens del. Statens ekonomiska ansvar för drift och investeringar på detta område understrykes. Driftbidragen för övertagna eller nya anstalter, avsedda för hittillsvarande statligt klientel, bör utgå efter samma grunder, som kan komma att gälla för mentalsjukhusen. Den allmänna principen bör här som inom mentalsjukvården i övrigt vara den, att landstingskommunerna antingen skall övertaga fullt upprustade anstalter eller eljest åtnjuta upprustnings- och/eller anläggningsbidrag. I det senare fallet måste hänsyn tagas till de olika former av vårdplatstyper, som här är aktuella.

Omfånget av den statliga vårdorganisationen, som landstingskommunen skall övertaga, bör — i likhet med vad som förutsatts inom mentalsjukvården — grundas på en bedömning av platsbehovet för respektive landstingsområde och region. Inventeringen av år 1954 och professor Forssmans undersökning bör därvid kunna »följas upp» och det därpå baserade utbyggnadsförslaget tjäna som underlag för en ny bedömning av platsbehovet. Det förutsättes eljest, att staten fortsätter och fullföljer föreliggande planer på erforderlig utbyggnad av berörda anstalter och sjukhus i avvaktan på de överenskommelser med landstingskommunerna, som kommer att bli nödvändiga för huvudmannaskapets genomförande.

Överförandet bör lämpligen ske vid samma tidpunkt som kommer att gälla för mentalsjukvården i övrigt. Ett samtidigt överförande av hela verksamhetsgrenen bör lämpligen ske.

Mentalsjukvårdsberedningen menar att den planering, som kan komma att behövas för regionvård av psykiskt efterblivna icke torde behöva bli alltför komplicerad. Landstingskommunerna är redan med nu gällande bestämmelser skyldiga att upprätta och driva sin undervisning och vård av psykiskt efterblivna enligt av Kungl. Maj:t godkända planer. Den planläggning, som kommer att erfordras för att enhetligt huvudmannaskap, torde lämpligen kunna ske såväl landstingsvis som regionvis. Det finns skäl för att det kan bli till fördel om landstingskommunernas regionvårdsorgan efter reformen jämväl får sig anförtrott den regionala organisationen för psykiskt efterblivna. Självklart förutsätter detta samarbete med vederbörande centralstyrelser samt anlitan av erforderliga sakkunniga. Vidare torde samråd med vederbörande myndigheter — medicinalstyrelsen,

mentalsjukvårdsberedningen och skolöverstyrelsen — bli nödvändiga. Med hänsyn till att det för viss särundervisning och specialvård kan behövas större upptagningsområden än gällande regioner vore måhända lämpligt med interregionalt samarbete.

Särskilda yttranden föreligger från fem experter i den särskilda arbetsgrupp som utarbetat förslaget åt mentalsjukvårdsberedningen. Dessa vill icke betrakta undervisningen och vården av psykiskt efterblivna som en del av hälso- och sjukvården. Ett överförande av statens undervisning och vård av psykiskt efterblivna tillstyrkes emellertid av det skälet, att de gångna årens erfarenheter har visat att berörda grupper med nuvarande ordning icke får den hjälp och det stöd, som tillkommer andra psykiskt efterblivna och att staten icke i erforderlig omfattning byggt ut sin vårdorganisation för att kunna mottaga det svårvårdade och svårskötta klientelet såsom förutsattes vid lagens tillkomst.

Från ett överförande till landstingskommunalt huvudmannaskap göres dock undantag. Det anses att staten alltså bör ansvara för undervisning av blinda och döva, vård av blinda och döva arbetshemselever, undervisning av elever med komplicerad utvecklingshämning, undervisning och vård av behandlingsbara högradigt vanföra, vård av efterblivna med tuberkulos i smittosamt skede. Som skäl härför anföres att staten bör ombesörja sådana speciella och begränsade uppgifter, som med hänsyn till klientelet numerär och särart måste handhas på institutioner av rikskarakter. Någon ändring av statens åtaganden beträffande dessa institutioner bör i varje fall ej ske förrän landstingskommunerna hunnit bygga ut och organisera sin läns- och regionvård i anslutning till det framlagda principförslaget, särskilt som det f. n. icke är möjligt att överblicka de organisatoriska och andra problem, som sammanhänger med landstingens anordnande och drift av riksinstitutioner.

Innan ett ställningstagande sker beträffande de straffriförklarade, bör fastställas i vilken omfattning klientelet är att hänföra till centralstyrelsernas verksamhet respektive bör kvarstanna inom mentalsjukvården.

Dessutom betonas betydelsen av att de särskilda statsbidragen på området bibehålles, då de såsom erfarenheten visat, utgör en betydande stimulans för huvudmännen att utveckla och förbättra verksamheten. Det är emellertid därvid angeläget att bidragen revideras med hänsyn till kostnadsökningen.

Ledamoten av mentalsjukvårdsberedningen generaldirektör A. Engel har jämväl avgivit särskilt yttrande. Han delar dock uppfattningen, att ett enhetligt huvudmannaskap bör eftersträvas i fråga om undervisning och vård av psykiskt efterblivna. Intet hinder föreligger för att detta huvudmannaskap tilldelas landstingskommunerna, även om dessa vid fullgörande av sin uppgift måste samarbeta genom interregionala avtal. Ett sådant samarbete kan dock komma att te sig opraktiskt och icke ägnat att föra sjukvården framåt i jämförelse med ett huvudmannaskap utövat av staten i sådana fall, då praktiskt taget landets samtliga landstingskommuner skulle komma att samarbeta i fråga om några få eller rentav en anstalt. En sådan tveksamhet yppar sig i fråga om vården av de vanföra psykiskt efterblivna, vilka torde behöva sammanföras till högst två anstalter. Den ställning, som efterblivenhetsvårdens ungdomsvårdsskolor, d. v. s. skol- och yrkeshemmen för barn med komplicerad utvecklingshämning, bör inta, bör bli före-

mål för ytterligare prövning. Dessa närmar sig enligt reservantens mening så starkt övriga ungdomsvårdsskolor att socialstyrelsen ganska naturligt framstår som den lämpliga tillsynsmyndigheten.

C. Remissyttranden

1. Mentalsjukvårdsdelegationens principresonemang om mentalsjukvårdens utformning och huvudmannaskapet

Remissinstanserna ansluter sig i allmänhet till delegationens synpunkter. Den öppna vårdens betydelsefulla roll understrykes av flera bland remissmyndigheterna, som eljest behandlar de principiella frågorna i direkt anknytning till delegationens förslag om ändrat huvudmannaskap. Denna fråga intar central ställning i remissyttrandena. På några undantag när delar remissinstanserna mentalsjukvårdsdelegationens uppfattning att — sett ur medicinska och sjukvårdsorganisatoriska synpunkter — en huvudmannaskapsreform bör komma till stånd. Från landstingshåll betonas emellertid samstämmigt, att en förutsättning för en reform är, att ekonomisk uppgörelse kan träffas mellan staten och landstingskommunerna om bestridandet av de framtida kostnaderna för mentalsjukvården.

De centrala ämbetsverken, d. v. s. medicinalstyrelsen, socialstyrelsen och statskontoret, delar mentalsjukvårdsdelegationens uppfattning om att huvudmannaskapet för mentalsjukvården bör överflyttas till landstingskommunerna och de s. k. landstingsfria städerna. *Medicinalstyrelsen* ansluter sig därvid till den samstämmiga positiva uppfattning härom som uttalats av de direktioner för statens mentalsjukhus, vilka beretts tillfälle att yttra sig över betänkandet. En genom statens försorg med kraft fortsatt och fullföljd upprustning av mentalsjukvården förutsättes emellertid av styrelsen böra föregå ett övertagande.

Statskontoret erinrar om att ämbetsverket för sin del tagit principiell ställning i huvudmannaskapsfrågan redan i sitt remissutlåtande över sinnessjukvårdsberedningens år 1950 avgivna betänkande med förslag till generalplan för sinnessjukvårdens tillgodoseende. I nämnda utlåtande förklarade sig ämbetsverket finna avsevärda fördelar vara förenade med ett gemensamt huvudmannaskap för såväl kropps- som sinnessjukvården. Då mentalsjukvårdsdelegationen nu anser det ådagalagt, att medicinska och sjukvårdsorganisatoriska skäl klart talar för att ett överförande av huvudmannaskapet bör ske, ger statskontoret sålunda helt sin anslutning till denna uppfattning.

Även *lärarkollegiet vid Karolinska institutet, medicinska fakulteterna vid Lunds, Göteborgs och Uppsala universitet* samt *centrala sjukvårdsberedningen* ansluter sig till mentalsjukvårdsdelegationens mening i huvudmannaskapsfrågan. *Medicinska fakulteten i Lund* framhåller, att samarbetet mellan mentalsjukhusen och de psykiatriska lasarettavdelningarna skulle

underlättas genom en huvudmannaskapsreform. Fakulteten framhåller, att man emellertid måste vara mycket liberal ifråga om möjligheterna för patienter att vårdas inom annat upptagningsområde än det egna eftersom vid psykisk sjukdom ofta, och i långt högre grad än vid kroppsliga sjukdomar, diskretionssynpunkter spelar in. Därtill kommer för båda sjukhus typerna det speciella behov av utomlänspatienter, som betingas av undervisningens och forskningens behov. *Medicinska fakulteten vid Göteborgs universitet* anser, att erfarenheten klart visat, att landstingskommunernas omsorg om sina egna sjukvårdsinrättningar medfört en i många stycken bättre sjukvård än de statliga anstalterna kunnat presteras. *Medicinska fakulteten vid Uppsala universitet* framhåller, att för Uppsalas vidkommande skulle en huvudmannaskapsreform få den konsekvensen, att Ulleråkers sjukhus övertoges av Uppsala läns landstingskommun, varigenom den planerade psykiatriska kliniken vid Ulleråkers sjukhus skulle bli en ren länskommunal institution, därest icke denna klinik från början finge samma ställning som övriga kliniker vid Akademiska sjukhuset, alltså med ett mellan landstingskommunen och staten delat huvudmannaskap. Den mest rationella lösningen av denna fråga skulle enligt fakultetens mening vara en organisatorisk sammanslagning av Akademiska sjukhuset och hela Ulleråkers sjukhus under en gemensam administrativ ledning. Detta uttalande får stöd av *Uppsala läns landstings förvaltningsutskott*.

Även enligt den dåvarande *statens kommittés för sinnessjukvårdens utbyggande* mening bör en ändamålsenlig organisation av mentalsjukvården vara anknuten till indelningen i landstingsområden. Kommittén framhåller i sitt utlåtande, att den i överensstämmelse härmed planlagt vissa av statsmakterna godtagna förslag till nybyggnader och upprustningar av de statliga sjukhusen.

Bland övriga remissorgan i princip instämmande i mentalsjukvårdsdelegationens synpunkter på huvudmannaskapsfrågan må nämnas *sjukvårdsstyrelserna i Stockholm, Göteborg och Malmö*, vilka avgivit yttranden åberopade av stadsfullmäktige i respektive stad.

Stockholms stads sjukvårdsstyrelse framhåller därvid de överlag goda erfarenheter som man haft både av det samarbete, som på kroppssjukvårdens område sker med landstingskommunerna och städerna utanför landsting, bl. a. inom ramen för det s. k. utomlänsavtalet. Från de synpunkter, som sjukvårdsförvaltningen har anledning att anlägga, skulle det vara värdefullt, framhåller styrelsen vidare, om i det samarbete som går utanför de egna kommunala gränserna samma parter svarade för både kroppssjukvård och mentalsjukvård.

Svenska stadsförbundets styrelse åberopar ett av dess sjukvårdsdelegation avgivet yttrande i ärendet, vari bl. a. framhålles, att den utförliga argumentering, som utredningen framlägger för genomförandet av en huvudmannaskapsreform, synes välgrundad.

Styrelsen för svenska landstingsförbundet framhåller i sitt yttrande, att det med hänsyn till de diskussioner, som under senare år förts rörande ett eventuellt landstingsövertagande av den statliga mentalsjukvården, är tacknämligt, att frågan om hur en länsvis uppbyggd mentalsjukvård bör utformas och fungera blivit utredd. Förbundsstyrelsen, som instämmer i att det är uppenbart att en samordning mellan kroppssjukvård och mentalsjukvård bör eftersträvas, betonar att en dylik samordning underlättas, därest det är en och samma huvudman för de båda vårdformerna även om en ökad samordning är möjlig också vid ett differentierat huvudmannaskap. Styrelsen erinrar om att den i tidigare remissyttranden förklarar sig införstådd med att starka skäl kan anföras för en överflyttning av huvudmannaskapet.

Förvaltningsutskotten i Uppsala, Gävleborgs och Västerbottens läns landstingskommuner instämmer i princip med det av landstingsförbundet avgivna utlåtandet. Det förstnämnda förvaltningsutskottet anser emellertid, att en upprustning av mentalsjukvården och en bättre samordning mellan denna vårdgren och kroppssjukvården inte behöver vara beroende av ett ändrat huvudmannaskap; även med ett fortsatt statligt huvudmannaskap torde samma förbättringar i dessa avseenden kunna genomföras.

Klart positiva till tanken på en huvudmannaskapsreform är även flertalet av de övriga förvaltningsutskotten såsom de i Stockholms, Södermanlands, Östergötlands, Jönköpings, Kronobergs, Kalmar läns norra, Kristianstads, Älvsborgs, Västmanlands, Västernorrlands och Norrbottens läns landsting. Men även i de av dessa remissorgan avgivna utlåtandena anges emellertid regelmässigt som en förutsättning för reformens genomförande, att en tillfredsställande ekonomisk uppgörelse kommer till stånd ifråga om bestridandet av de framtida kostnaderna för mentalsjukvården. I flera av yttrandena framhålles även vikten av att mentalsjukvården erhåller en godtagbar materiell och personell upprustning.

Östergötlands läns landstings förvaltningsutskott anför betänkligheter emot att övertaga en vårdorganisation, som i stor utsträckning icke blivit utformad efter moderna behandlingsprinciper och icke heller från geografiska och kommunikationstekniska synpunkter anpassats efter länets särskilda behov. Förvaltningsutskottet understryker särskilt nödvändigheten av att principbeslut snarast möjligt kommer till stånd om ett övertagande av huvudmannaskapet. Först på basen av ett sådant blir det möjligt att med full kraft planera för den kommande utvecklingen. I annat fall föreligger enligt utskottets mening risker att nu förefintliga möjligheter för ändamålsenlig planering förspilles.

Jönköpings läns landstings förvaltningsutskott framhåller, att vad som gör landstingen tveksamma att påtaga sig nya och kostnadskrävande förvaltningsuppgifter är risken för att detta kan på längre sikt medföra en ökad ekonomisk belastning, som landstingskommunerna har svårt att

bära. Förvaltningsapparaten sväller och förtroendemännens medverkan kan därigenom minskas.

Kronobergs läns landstings förvaltningsutskott anser, att det delade huvudmannaskapet försvårar en rationellt bedriven mentalsjukvård, särskilt som gränsen mellan mentalsjukhusens och sjukhemmens klientel är i hög grad flytande. I valet mellan staten och landstingskommunerna som huvudmän för mentalsjukvården talar enligt utskottet övervägande skäl för ett landstingskommunalt huvudmannaskap.

Norrbottnens läns landstings förvaltningsutskott anser mentalsjukvårdsdelegationens målsättningar vid planeringen inom mentalsjukvården vara riktiga och mot bakgrunden av dessa målsättningar står det även klart, att huvudmannaskapet för mentalsjukvården bör vara i princip enhetligt. Utskottet fortsätter:

På sätt mentalsjukvårdsdelegationen nu på ett övertygande sätt visat, talar medicinska och sjukvårdsorganisatoriska skäl för att huvudmannaskapet för mentalsjukvård överföres till landstingen och de landstingsfria städerna. Farhågorna för att denna uppgift skulle innebära en alltför stark belastning på landstingen såväl arbetsmässigt som ekonomiskt synes knappast berättigade. Så har landstingen redan nu ansvaret för stora delar av mentalsjukvården, och de vid en huvudmannaskapsreform tillkommande arbetsuppgifterna ter sig trots allt rätt måttliga i jämförelse med de uppgifter landstingen har att sörja för på bl. a. hälso- och sjukvårdens samt undervisningens vida fält.

Andra landstings förvaltningsutskott ger uttryck för en försiktigare inställning, även om man i sak tillstyrker en huvudmannaskapsreform. *Malmöhus läns landstings sjukvårdsstyrelse* samt *Gotlands läns landstings förvaltningsutskott* uttalar att de finner frågorna om huvudmannaskapet och de ekonomiska förutsättningarna för en ändring av detsamma äga sådant sammanhang att de icke utan klart besked om nämnda förutsättningar anser sig böra taga ställning till den organisatoriska frågan.

Kopparbergs och Jämtlands läns landstings förvaltningsutskott ävensom *Norrköpings stads hälso- och sjukvårdsstyrelse* är inne på samma tankegång och anser, att ställningstagande ej är möjligt så länge de ekonomiska konsekvenserna ej klarlagts.

Hallands läns landstings förvaltningsutskott anser det icke kan undvikas, att mentalsjukvården i landstingsregi kommer att få konkurrera med andra landstingsuppgifter inom sjukvården eller andra grenar, likaväl som mentalsjukvården nu på det statliga området i kostnadshänseende konkurrerar med andra uppgifter för den statliga verksamheten. Men utskottet vill givetvis på intet sätt förneka, att utvecklingen måhända måste gå i den riktning, som mentalsjukvårdsdelegationen skisserat.

Av landstingskommunerna motsätter sig endast *Värmlands läns landstings förvaltningsutskott* mentalsjukvårdsdelegationens förslag om ett ändrat huvudmannaskap. Enligt utskottets mening kan knappast landstings-

kommunerna ha större möjligheter att anskaffa erforderlig sjukvårdspersonal m. m. eller att över huvud taget bedriva en mera rationell mentalsjukvård än staten. Även om en samordning mellan mentalsjukvård och kroppssjukvård bör eftersträvas, synes denna enligt utskottets mening kunna ske även vid ett differentierat huvudmannaskap. Utanför landstingskretsarna är det eljest blott *statens sjukhuspersonals förbund*, som intar en negativ ståndpunkt. Enligt förbundets mening torde en fullständig samordning av kroppssjukvård och mentalsjukvård komma att dröja »om den ens någon gång kan bli verklighet». Förbundet är av den bestämda uppfattningen, att en ändring av huvudmannaskapet icke vore till gagn för de psykiskt sjuka.

Bland de remissorgan, vilka odelat ansluter sig till mentalsjukvårdsdelegationen i huvudmannaskapsfrågan, må även nämnas *svenska socialvårdsförbundet*, *Sveriges läkarförbund* jämte *svenska psykiatriska föreningen*, *svenska läkaresällskapet*, *svensk sjuksköterskeförening* och *svenska föreningen för psykisk hälsovård*.

2. Mentalsjukvårdsberedningens förslag rörande specialvården av psykiskt sjuka och abnorma

Flertalet av remissmyndigheterna ansluter sig till mentalsjukvårdsberedningens förslag att specialvården av psykiskt sjuka och abnorma skall ingå i en huvudmannaskapsreform inom mentalsjukvården. På några håll avstyrkes emellertid förslaget.

Av de statliga remissmyndigheterna tillstyrker *statskontoret*, *centrala sjukvårdsberedningen*, *medicinalstyrelsen* samt *kanslern för rikets universitet* beredningens förslag. Statskontoret påpekar, att, om specialvården av psykiskt sjuka och abnorma skall kvarstå under statligt huvudmannaskap, ett särskilt organ för ledning och drift av denna till omfattningen föga betydande del av mentalsjukvården därvid är behövlig. En utveckling efter denna linje medför enligt statskontorets uppfattning en oproportionerligt dyrbar och tyngande administration. Intagningen av patienter på psykopat-sjukhuset i Katrineholm, specialavdelningarna samt de fasta paviljongerna torde enligt medicinalstyrelsen tills vidare böra ske efter bestämmande av densamma.

Socialstyrelsen har icke tillstyrkt förslaget i den del denna avser psykopat-klientelet emedan styrelsen anser, att klientelet är av samma karaktär som abnormklientelet inom nykterhetsvårdsorganisationen. Eftervården av klientelet bör innefatta åtgärder av social karaktär vid sidan av de medicinska momenten. Dessa uppgifter ter sig enligt styrelsen främmande för landstingskommunerna och styrelsen ifrågasätter om inte mentalsjukvårdsberedningens förslag i huvudmannaskapsfrågan borde tagas under förnyat övervägande.

Universitetskanslern hänvisar i sin tillstyrkan av förslaget till yttranden från de *medicinska fakulteterna i Uppsala, Lund och Göteborg* samt *lärarkollegierna vid Karolinska institutet och medicinska högskolan i Umeå*. Alla utom Karolinska institutets lärarkollegium tillstyrker huvudmannaskapsreformen även i fråga om specialvården. Karolinska institutets lärarkollegium avstyrker beredningens förslag i fråga om utbyggnaden, eftersom beredningens förslag i denna del ej ger tillräcklig vägledning. Kollegiet anser sig därför sakna anledning att närmare diskutera frågan om huvudmannaskapet. I övriga nu nämnda yttranden understrykes, att vården av de svårskötta patienterna, antingen de är mentalt sjuka och/eller abnorma människor, i huvudsak är ett medicinskt problem. I medicinska fakultetens i Göteborg utlåtande heter det bl. a., att det för specialvården är logiskt att kräva samma resurser som för varje modern mentalsjukvård och därjämte speciella möjligheter för långtidsrehabilitering och socialiserande åtgärder. Omhändertagandet och vården av de psykiskt abnorma bör enligt lärarkollegiet vid högskolan i Umeå uppfattas som en specialgren inom mentalsjukvården och enligt uppfattningen om ett enhetligt huvudmannaskap för all hälso- och sjukvård bör även denna sektor vara underställd landstingens huvudmannansvar. Kollegiet känner sig också övertygat om beredningens argumentering, att även organisatoriska skäl talar för att vården av specialklientelet ej bör undantagas vid en huvudmannaskapsreform. Delat huvudmannansvar torde ge upphov till osmidighet och tungroddhet, då det gäller att överföra en patient från specialvård till vanlig mentalsjukvård eller vice versa eller att infoga honom i en öppen vårdform. I övrigt framhålles i här berörda yttranden, att specialsjukhusen ej bör ha fler än 100 vårdplatser. Enligt fakultetens i Lund uppfattning bör vid samtliga befintliga mentalsjukhus inrättas en specialavdelning om högst 30 platser. Varje sådan avdelning bör vara anknuten till sjukhuset men likväl avlägset belägen inom detta. *Direktionen för Sätters sjukhus*, vars utlåtande liksom utlåtandena från *direktionerna för S:t Sigfrids, S:ta Gertruds och Sidsjöns sjukhus* är fogade till medicinalstyrelsens yttrande, är inne på en liknande tankegång, som dock icke helt delas av de andra direktionerna. Samtliga direktioner för nämnda sjukhus, till vilka hör fasta paviljonger respektive specialavdelningar, tillstyrker eljest beredningens förslag.

Sinnessjuklagstiftningskommittén, som ej ansett sig böra ta ställning till frågan om huvudmannaskapsreformen på detta område, framhåller, att från lagstiftningssynpunkt icke några större svårigheter torde komma att föranledas av den föreslagna reformen. Särskild uppmärksamhet torde dock frågan om behörighet att besluta om intagning på specialanstalter komma att kräva. Kommittén utgår ifrån att medicinalstyrelsen, i vart fall så länge tillgången på vårdplatser för ifrågavarande klientel icke motsvarar efterfrågan, måste tillerkännas ett avgörande inflytande på fördelningen av platserna.

Inom den landstingskommunala sektorn accepteras i stor utsträckning mentalsjukvårdsberedningens förslag, som bl. a. tillstyrkes av *förvaltningsutskotten i Södermanlands, Östergötlands, Kronobergs, Gotlands, Hallands, Kopparbergs, Västernorrlands och Norrbottens län* ävensom av *förvaltningsutskotten i Kalmar läns norra och södra landsting*. *Svenska landstingsförbundets styrelse* har ansett sig icke kunna ta ställning till huvudmannaskapsfrågan, då denna vid remisstillfället var föremål för förhandlingar med inrikesdepartementet. Liknande yttranden föreligger från *förvaltningsutskotten i Jönköpings och Västmanlands läns landsting*. Några förvaltningsutskott har av samma skäl ej alls velat yttra sig. Förslaget har däremot icke kunnat accepteras exempelvis av *förvaltningsutskotten i Uppsala, Malmöhus, Göteborgs och Bohus, Älvsborgs, Värmlands, Jämtlands och Västerbottens läns landsting*. Flera förvaltningsutskott kritiserar, att den föreslagna regionindelningen ej överensstämmer med den som finns inom kroppssjukvården.

Av särskilt intresse är, att förslaget omfattas med intresse och tillstyrkan av förvaltningsutskotten i de landstingskommuner, inom vilka f. n. specialvårdsenheterna är lokaliserade och som vid reformens genomförande skall övertagas av vederbörande landstingskommun. *Förvaltningsutskottet i Södermanlands läns landsting*, inom vars område det nya psykopatsjukhuset i Katrineholm är beläget, delar mentalsjukvårdsberedningens uppfattning, att svårigheter skulle möta att klart avgränsa det psykopatkielentel, som fortsättningsvis skulle vårdas på mentalsjukhusen och det som skulle vårdas på speciella psykopatsjukhus samt att svårigheter jämväl skulle uppstå vid en utväxling av patienter mellan sådana sjukhus under olika huvudmannaskap. Utskottet biträder förslaget om ett gemensamt, landstingskommunalt huvudmannaskap för all mentalsjukvård under förutsättning att psykopatbegreppet begränsas till det klientel, som för närvarande vårdas på mentalsjukhusen. Det måste även klart fastställas, att det klientel, som f. n. vårdas på andra anstalter, sorterande under fångvårdsstyrelsen, socialstyrelsen m. fl. dylika myndigheter, icke hänföres till det psykopatkielentel, som skall ingå i en överlåten mentalsjukvård.

Kronobergs läns landstings förvaltningsutskott framhåller, att den oklarhet, som vidlåder själva psykopatibegreppet, måste komma att leda till olika uppfattningar om huvudmannaskapet för det enskilda värdfallet. En vårdorganisation, som inbjuder till sådana tolkningstvister, kan enligt utskottets mening ej anses vara uppbyggd på ett ändamålsenligt sätt. Från denna utgångspunkt samt med beaktande av de organisatoriska och sjukvårdsmässiga synpunkter, som mentalsjukvårdsberedningen i övrigt anfört, finner utskottet övervägande skäl tala för att ett överförande av ansvaret för mentalsjukvården till landstingskommunerna skall inbegripa även de s. k. psykiskt abnorma, som är i behov av specialvård på särskilda institutioner utanför de egentliga mentalsjukhusen. Ett oeftergivligt villkor för lands-

tingskommunernas övertagande av klientelet är emellertid, att alla sjukvårdshuvudmän, således även storstäderna, skall ha samma sjukvårdssvar.

Under hänvisande till sitt yttrande över statsbidragsutredningens betänkande betonar *Kalmar läns norra landstings förvaltningsutskott* att det inte har något att invända mot att psykopatklientelet inordnas inom mental-sjukvårdens ram i samband med en huvudmannaskapsreform. Ej heller anser sig utskottet ha någon anledning att erinra mot den föreslagna organisatoriska uppläggnings av specialvården. *Förvaltningsutskottet i Örebro läns landsting* understryker — liksom andra förvaltningsutskott — att en förutsättning för huvudmannaskapsreformen är att de ekonomiska villkoren utformas på sådant sätt, att landstingskommunerna verkligen erhåller full kostnadstäckning för de betydande kostnader, som kommer att förenas med specialvården.

I det av *Kopparbergs läns landstings förvaltningsutskott* avgivna yttrandet heter det bl. a., att utskottet med stort intresse tagit del av den patientundersökning, som redovisats i utredningen. Av de resultat, som därvid framkommit torde, säger utskottet, framgå att psykopatklientelet är och kommer att bli föremål för sjukvårdsbehandling i någon form. Då en allmän strävan för närvarande är att till landstingskommunerna överföra all sjukvård synes det vara konsekvent, att landstingskommunerna även svarar för vården av de farligt psykiskt sjuka och abnorma. Ett annat ställningstagande skulle, understryker utskottet, otvivelaktigt medföra många och svåra gränsdragningar, som knappast skulle bli till nytta för patienterna. Det synes därför förvaltningsutskottet som det enda riktiga, att vid en huvudmannaskapsreform även vården av de farligt psykiskt sjuka eller abnorma patienterna skall ingå i landstingskommunernas sjukvårdsuppgifter. Ett delat huvudmannaskap skulle för övrigt, så länge de nuvarande fasta paviljongerna behållas, komma att medföra två olika huvudmän vid en och samma anstalt, vilket icke kan anses ändamålsenligt eller rationellt.

Förvaltningsutskottet i Västernorrlands läns landsting tillstyrker i princip det föreslagna övertagandet av specialvården av psykiskt sjuka och abnorma men med det uttryckliga förbehållet, att landstingskommunerna erhåller full kostnadstäckning för dessa nya arbetsuppgifter. Förvaltningsutskottet framhåller vidare som sin bestämda uppfattning, att lokaliseringsfrågan för de nya enheterna icke blir föremål för ytterligare överväganden och ställningstaganden utan att de blivande sjukvårdshuvudmännen beredes möjlighet att från början delta i de erforderliga överläggningarna.

I de negativa yttrandena märks den synpunkten, att man främst uppfattar patientklientelet, varom här är fråga, såsom utgörande personer, för vilka övriga medborgare måste skyddas. Sålunda menar *förvaltningsutskottet i Västerbottens läns landsting*, att uppgiften att omhänderha och vårda dessa personer alltjämt måste anses vara en statlig uppgift att tillgodose.

Ej endast de alldeles speciella bevakningsanordningar som erfordras bör motivera detta, utan även, säger utskottet, det förhållandet, att antalet dylika vårdfall för landet i dess helhet icke är så många, att varje landstingsområde är i behov av egen anstalt. Detta måste innebära, att en regionplanering med ett stort antal sjukvårdsområden blir nödvändig och organisationsproblemen i samband med en dylik samverkan synnerligen svårbemästrade. Liknande uttalande föreligger från *Värmlands läns landstings förvaltningsutskott*, som dock tillstyrker förslag till regionplanering med den ändringen, att Värmlands län bör tillhöra västra upptagningsområdet i stället för det norra upptagningsområdet, inom vilket specialvården skulle finnas i Umeå. I denna fråga har f. ö. Södermanlands läns landstings förvaltningsutskott anfört, att Värmlands län i stället för Jönköpings län bör höra till det östra området, som skall repliera på sjukhuset i Katrineholm. Även Örebro läns landstings förvaltningsutskott har påpekat olägenheten av att Värmlands län skulle hänföras till upptagningsområdet för Norrland.

Stadsfullmäktige i Stockholm och *Malmö* liksom *svenska stadsförbundet*, som åberopar yttrande av förbundets sjukvårdsdelegation som sitt eget, ställer sig i det stora hela avvisande till beredningens förslag. Sålunda framhåller stadsfullmäktige i Stockholm, att det framförallt ur praktiska synpunkter måste anses såsom en dålig och utomordentligt svåradministrerad lösning, att kommunerna skall stå som huvudmän för fyra specialanstalter av rikskaraktär. Den nuvarande avvägningen mellan storstäderna och staten i fråga om vården av bl. a. svårskötta psykopater och särskilt farliga psykiskt sjuka abnorma synes väl avvägt. Då emellertid frågan om huvudmannskapet torde komma att aktualiseras i samband med den förutsatta revisionen av de s. k. storstadsavtalen saknar fullmäktige emellertid anledning att i detta sammanhang ytterligare kommentera mentalsjukvårdsberedningens förslag. Liknande uttalanden föreligger från stadsfullmäktige i Malmö samt svenska stadsförbundet. *Stadsfullmäktige i Göteborg* ställer sig dock positiv till förslaget och uttalar, att mentalsjukvårdsberedningens ställningstagande är riktigt och att det är den bästa lösningen, att i landstingskommunal regi överföra hela mentalsjukvården sålunda även specialvården av de svårskötta mentalt sjuka och/eller psykiskt abnorma. Skulle emellertid en godtagbar lösning icke vinnas vid en revision av de s. k. storstadsavtalen, torde enligt stadsfullmäktige staten i fortsättningen böra svara för vården av straffriförklarade på statliga mentalsjukhus.

Mentalsjukvårdsberedningens förslag tillstyrkes i övrigt av *Sveriges läkarförbund*, *svenska psykiatriska föreningen* och *svensk sjuksköterskeförening*. Psykiatriska föreningen understryker nödvändigheten av att planeringen av den fortsatta utbyggnaden påskyndas och att åtminstone de befintliga specialavdelningarna med det snaraste flyttas till fristående specialsjukhus och ej i onödan behållas under en kanske lång övergångstid. *Statens sjukhuspersonals förbund* uttalar i fråga om huvudmannskapet, att med

den utformning och lokalisering av vården, som föreslagits och som förbundet ansluter sig till, bör vården av specialklientelet anförtros åt huvudmannen för mentalsjukvården.

3. Mentalsjukvårdsberedningens förslag rörande undervisningen och vården av psykiskt efterblivna

Övervägande antalet remissinstanser ansluter sig i princip till förslaget, att den statliga undervisningen och vården av psykiskt efterblivna, d. v. s. det s. k. § 4-klientelet, överflyttas till landstingskommunalt huvudmannaskap i samband med mentalsjukvårdsreformen. I några fall har dock förslaget icke vunnit bifall.

Mentalsjukvårdsberedningens motiv för en reform, att undervisningen och vården av psykiskt efterblivna liksom all hälso- och sjukvård i övrigt bör omhänderhavas av en och samma huvudman har accepterats av flertalet remissmyndigheter. Denna synpunkt har bl. a. kommit till uttryck i yttranden avgivna av *statskontoret, medicinalstyrelsen, centrala sjukvårdsberedningen, socialstyrelsen, kanslern för rikets universitet, barnanstaltutredningen, stadsfullmäktige i Norrköping, förvaltningsutskotten i Jönköpings, Kronobergs, Hallands, Örebro, Västmanlands, Kopparbergs, Västernorrlands och Norrbottens läns landsting samt i Kalmar läns norra och södra landsting, svenska landstingsförbundet, svenska socialvårdsförbundet, svenska läkaresällskapet, riksförbundet för utvecklingsstörda barn (FUB), svensk sjuksköterskeförening, vårdföreståndarnas förening, föreningen för kuratorer inom efterblivenhets- och epileptiker vården samt riksförbundet Sveriges föräldraföreningar för CP-barn.*

Reservanternas uppfattning, att en reform främst kan motiveras av bristande utbyggnad och resurser inom den statliga sektorn och att en utbyggd statlig vårdorganisation ej skulle behövt föranleda någon ändring i huvudmannaskapet delas av *stadsfullmäktige i Stockholm, Göteborg och Malmö, svenska stadsförbundet samt särskolornas rektorsförening och svenska särskolornas lärarförening.*

Avvisande till en huvudmannaskapsreform ställer sig förvaltningsutskotten i *Södermanlands, Malmöhus, Göteborgs och Bohus, Värmlands och Västerbottens läns landsting. Uppsala och Skaraborgs läns landstings förvaltningsutskott* anser att principförslaget bör bli föremål för översyn. *Statens sjukhuspersonals förbund* hänvisar till sitt tidigare, negativa ställningstagande till en reform inom mentalsjukvården. Om en reform genomföres, bör den enligt förbundet emellertid även omfatta de psykiskt efterblivna.

Från den principiella uppfattningen om huvudmannaskapsreformens omfattning, d. v. s. att landstingskommunerna skall omhändertaga all undervisning och vård av psykiskt efterblivna med undantag för de särskoleelever som är blinda och döva, gör dock flera remissmyndigheter avsteg, varvid man mer eller mindre ansluter sig till de särskilda uttalandena.

Flera anser sålunda, att staten allttjämt bör ansvara för icke blott undervisningen av blinda och döva utan även för vården av blinda och döva arbetshemselever, undervisning av elever med komplicerad utvecklingshämning, undervisning och vård av efterblivna med svår epilepsi, undervisning och vård av behandlingsbara högggradigt vanföra samt vård av efterblivna med tuberkulos i smittosamt skede. Vidare har den åsikten vunnit viss anslutning, att ett ställningstagande icke bör ske beträffande straffriförklarade förrän det klargjorts, i vilken omfattning klientelet är att hänföra till centralstyrelsernas verksamhet respektive bör kvarstanna inom mentalsjukvården. Även om man på landstingshåll accepterar principförslaget yppas en viss tveksamhet inför de praktiska möjligheterna att ansvara för de till antalet små vård- och undervisningsgrupperna. Då frågan om huvudmannaskapsreformen för mentalsjukvården var föremål för förhandlingar vid tidpunkten för remissbehandlingen avstod *svenska landstingsförbundet* och flera förvaltningsutskott från definitivt ställningstagande till principförslaget om att reformen jämväl skulle omfatta de psykiskt efterblivna.

En begränsad huvudmannaskapsreform har bl. a. förordats av *socialstyrelsen*, *stadsfullmäktige i Stockholm, Göteborg och Malmö* samt av *svenska stadsförbundet* ävensom av *Stockholms, Uppsala, Östergötlands, Älvsborgs, Gävleborgs och Västerbottens läns landstings förvaltningsutskott* samt av *Sveriges läkarförbund, barnpsykiatriska föreningen, de enskilda anstalternas förbund, särskolornas rektorsförening* samt *svenska särskolornas lärarförening*.

De skilda uppfattningarna i denna del av mentalsjukvårdens huvudmannaskapsreform kan åskådliggöras genom följande exempel ur remissutlåtandena.

Medicinalstyrelsen, som i princip delar förslaget om ett enhetligt landstingskommunalt huvudmannaskap, frånsatt undervisningen av blinda och döva, anser att det klientel, som mottages vid statens skol- och yrkeshem på Salbohed samt statens skol- och yrkeshem i Vänersborg, bildar en grupp för sig. Detta klientel har i stor utsträckning omhändertagits på sociala indikationer jämlikt barnavårdslagen och sambandet med det klientel, som intages på ungdomsvårdsskolorna, är påtagligt. Så länge dessa bibehålles hos staten synes de båda anstalterna enligt medicinalstyrelsen böra kvarstå såsom statliga institutioner och därvid lämpligen överföras till socialstyrelsens ungdomsvårdsskoleorganisation. Förslaget om att inordna berörda skolhem i organisationen för ungdomsvårdsskolorna har godtagits av *socialstyrelsen*, som anför, att styrelsen framstår som den lämpliga tillsynsmyndigheten, särskilt med hänsyn till barnavårdsnämndernas relationer till verksamheten. Enligt socialstyrelsens erfarenhet har det ofta visat sig svårt att dra en gräns mellan ungdomar, som bör intagas på ungdomsvårdsskola, och sådana som bör placeras på de till efterbliven-

hetsvård hänförliga anstalterna. Staten bör därför bibehålla huvudmannaskapet för skol- och yrkeshemmen i Vänersborg och Salbohed samt övertaga huvudmannaskapet för de två enskilda rixanstalter, som ägs av föreningen Sävstaholmsskolorna, samt inordna dessa anstalter i ungdomsvårdsskoleorganisationen.

Föreningen Sävstaholmsskolorna har icke någon erinran mot ett överförande av huvudmannaskapet för undervisningen och vården av psykiskt efterblivna till landstingskommunerna. Vid en huvudmannaskapsreform måste emellertid de under föreningen lydande skolhemmens Sävstaholm och Söderhaga ställning lösas.

Skolöverstyrelsen delar mentalsjukvårdsberedningens uppfattning att ett enhetligt huvudmannaskap ur flera synpunkter är önskvärt. Överstyrelsen syftar då framförallt på de kategorier barn och vuxna, som ej är beroende av specialvård eller specialundervisning utöver vad som kan erbjudas inom klientens eget landstingsområde eller regionalt. Något tveksammare anser överstyrelsen det vara för vissa andra grupper, där en psykisk efterblivenhet är förenad med ett annat handikapp av specifik natur. Styrelsen, som i stort sett följer beredningens förslag, anför följande.

Undervisningen av psykiskt efterblivna blinda bör fortsättningsvis samordnas med undervisningen för blinda med annat handikapp i en statlig rixanstalt, allt i enlighet med mentalsjukvårdsberedningens förslag. Överstyrelsen delar även beredningens uppfattning att blinda vårdfall lämpligen bör kunna omhändertagas på landstingskommunernas anstalter. Beträffande blinda arbetshemfall framhålls att dessa inte bör spridas ut på landstingskommunernas arbetshem eftersom dessa hem svårigen kan ges personella och materiella resurser för den specifika blindpedagogik och blindterapi, som är önskvärt för att bygga vidare på de färdigheter som inhämtats vid blindskolan. De blinda arbetshemfallen bör på grund av de speciella omständigheterna i samband med deras sysselsättning, utbildning och vård även i fortsättningen sammanhållas i särskilda arbetshem under statligt huvudmannaskap. Motsvarande inställning har överstyrelsen i fråga om undervisning av psykiskt efterblivna döva elever och döva arbetshemfall. Överstyrelsen delar icke motiveringen för överförande av huvudmannaskapet för elever med komplicerad utvecklingshämning till landstingskommunerna. Emellertid hör denna grupp nära samman med övrig undervisning av psykiskt efterblivna. Den ställning landstingskommunerna numera intar på detta vårdområde liksom de positiva erfarenheter av regionalt samarbete, som föreligger på hälso- och sjukvårdens område, utgör dock för överstyrelsen ytterligare argument vid ett ställningstagande i frågan. Överstyrelsen bör fortlöpande kunna bevaka verksamheten och vidtaga de åtgärder som därvid kan befinnas påkallade. Skolöverstyrelsen har intet att erinra mot att de psykiskt efterblivna med svår epilepsi eller behandlingsbar vanförhet överföres till landstingskommunalt huvudmannaskap under förutsättning att barnantalet inom varje region ej blir lägre än att ur pedagogisk synpunkt lämpliga skolenheter kan bildas.

Till skolöverstyrelsens yttrande är fogat yttranden från *styrelserna* för

statens skol- och yrkeshem på Salbohed, statens skol- och yrkeshem i Vänersborg, vårdanstalten i Lund för blinda med komplicerat lyte samt för skol- och yrkeshemmet för döva å Mogård. Av dessa tillstyrker styrelserna för skolhemmen i Vänersborg och Mogård mentalsjukvårdsberedningens förslag. Salbohedshemmet avstyrker en överflyttning av huvudmannaskapet till landstingskommunerna. Beträffande styrelsen för blindanstalten i Lund har denna uttalat, att de blinda arbetshemsfallen med komplicerat lyte även fortsättningsvis bör sammanhållas i särskilda arbetshem. I frågan om huvudmannaskapet för dessa arbetshem har styrelsen avstått från att yttra sig.

Sinnessjuklagstiftningskommittén, som tillstyrker principförslaget, understryker att genomförandet av ett landstingskommunalt huvudmannaskap för undervisningen och vården av psykiskt efterblivna bör ha till följd att samtliga bestämmelser, som erfordras för omhändertagande av sådana patienter, upptagas i en och samma lag. Denna bör således, såsom beredningen för övrigt synes ha förutsatt, vara tillämplig även på personer, som av domstol överlämnas till vård enligt bestämmelser därom i den nya brottsbalken. Det synes därför icke enligt kommittén böra ifrågakomma, att vissa anstalter för psykiskt efterblivna bibehålles som mentalsjukhus.

Utredningen rörande blind- och dövscoleväsendets utbildningsmål och organisation anser, att staten alltjämt skall svara inte bara för blinda och döva särskoleelever utan även för blinda och döva arbetshemselever.

Barnanstaltsutredningen lägger synpunkter enbart på omhändertagandet av barnen bland de psykiskt efterblivna. I yttrandet understrykes, att det är väsentliga skillnader mellan statlig och landstingskommunal organisation och förvaltning. Den närmare kontakt med exempelvis anstalter och de beslutande organen, som man på landstingshåll har, verkar dels stimulerande på initiativen, dels leder till enklare och snabbare handläggning av uppkommande problem. Utredningen anser, att vissa omständigheter talar för att staten — som beredningen föreslagit — skall svara för undervisningen och vården av blinda respektive döva särskoleelever och tillstyrker i övrigt att landstingskommunerna övertager huvudmannansvaret för barnen bland s. k. § 4-fallen.

Beträffande blinda resp. döva vårdfall anföres, att antalet måste vara tämligen litet men i de flesta fall kan det varken för klientelet eller huvudmannen innebära några påtagbara nackdelar att detta klientel omhändertages vid landstingskommunernas vårdanstalter tillsammans med seende och hörande, i den mån de inte skall hänföras till den svårskötta kategorien. Det bör dock övervägas om inte regionala separata institutioner behöver inrättas. På motsvarande sätt yttrar sig utredningen om de blinda respektive döva arbetshemsfallen och understryker kravet på att både de blinda och döva omhändertages på ett sådant sätt, att deras speciella vårdkrav tillgodoses. Rörande de vanföra efterblivna, som är ortopediskt behandlingsbara, konstateras, att det redan nu är landstingskommunerna och inte staten, som har tillgång till ortopedisk expertis. Då avsikten är att dessa vanföra skall be-

redas korttidsvård jämte i förekommande fall undervisning och därefter återgå till respektive landstingsanstalt talar dessa förhållanden avgjort för en regional organisation i landstingskommunal regi. Barn och ungdomar med komplicerad utvecklingshämmning bör bibehållas i den organisation, som från början tagit hand om dem och som har lokala specialorgan för att bistå eleverna efter avslutad skolgång. Ett fortsatt statligt huvudmannaskap skulle accentuera de gränsdragningssvårigheter, som redan finns för detta klientel. Landstingskommunalt huvudmannaskap är att föredraga framförallt med hänsyn till de särskilda krav som måste ställas på omhändertagandet av psykiskt efterblivna och till det förhållandet, att landstingskommunerna har en väl uppbyggd organisation härför. Eftersom landstingskommunerna har lagstadgat huvudmannaskap för epileptikervården och med hänsyn till gränsdragningssvårigheterna, måste ett landstingskommunalt huvudmannaskap för de epileptiska efterblivna enligt barnanstaltsutredningen anses mest praktiskt och följdriktigt.

Barnanstaltsutredningen anser, att organisatoriska och andra svårigheter i samband med relativt många olika regionbildningar icke skall överbetonas. I praktiken torde det icke bli några större skillnader mellan dessa nya organs sätt att fungera och landstingskommunernas tidigare befintliga verkställande myndigheter av skilda slag. Den stora förekomsten av mer eller mindre svårartade komplikationer till den psykiska efterblivenheten gör också, att differentieringen av klientelet troligen bäst kan bli tillgodosedd inom en och samma organisation. Irritation inför avgörandet vem som i det individuella fallet egentligen skall ta hand om vederbörande kan då även undvikas.

Det av mentalsjukvårdsberedningen framförda argumentet, att vårdintressena bättre kan tillgodoses vid ett enhetligt huvudmannaskap under landstingskommunerna än om staten är huvudman anses av *stadsfullmäktige i Stockholm* ej få vara utslagsgivande. Det vore otillfredsställande, om de otillräckliga resurserna inom den statliga sektorn skulle bli det »instrument», med vilket allt större vårduppgifter skjutes över från stat till kommun. Det finns icke något sakligt hinder för en välrustad statlig vårdverksamhet på de avgränsade områden det här är fråga om. Liknande synpunkter framföres av *stadsfullmäktige i Göteborg* och *Malmö*. *Stadsfullmäktige i Norrköping* tillstyrker däremot förslaget med framhållande, att den ståndpunkt som mentalsjukvårdsberedningen intar synes vara väl underbyggd och att det inte torde finnas några starka skäl, som motiverar undantag från den fastslagna huvudprincipen.

Jönköpings läns landstings förvaltningsutskott, som i princip ansluter sig till beredningens förslag, delar generaldirektör Engels uppfattning om att regionalt samarbete i vissa fall kan te sig opraktiskt. Förvaltningsutskottet förordar därför att staten bibehåller huvudmannaskapet för de anstalter, vars upptagningsområden blir så stora, att praktiska svårigheter ur administrativa synpunkter uppstår för landstingskommunerna att driva desamma.

Blekinge läns landstings förvaltningsutskott anser, att staten alltjämt bör omhänderha vården av straffriförklarade psykiskt efterblivna liksom de svårskötta psykiskt efterblivna, d. v. s. det s. k. Vipeholmsklientelet, döva och blinda samt ungdomar med komplicerad utvecklingshämmning. En kritisk inställning till reformen har *Malmöhus läns landstings förvaltningsutskott*. Landstingskommunen uppges sakna resurser för att överta den verksamhet, som omfattas av det s. k. Vipeholmsklientelet. Utredningen ger för övrigt enligt utskottets uppfattning icke tillfredsställande stöd för bedömning av de organisatoriska och andra problem, som uppstår om landstingskommunerna skall samarbeta om en eller några få anstalter för vården. Utskottet motsätter sig att landstingskommunen skulle övertaga Vipeholms mentalsjukhus eller att landstingskommunen eljest skulle gemensamt för ett större antal landstingskommuner anordna ifrågavarande verksamhet. En positivare inställning har *Örebro läns landstings förvaltningsutskott*, som liksom Malmöhus läns landstingskommun inom sitt område har statliga institutioner för vård och undervisning av psykiskt efterblivna. Utskottet anför, att när det gäller de specialgrupper, som till numerären är så små, att vårdtekniska enheter icke med fördel kan upprättas inom sjukvårdsregionen har förvaltningsutskottet den åsikten, att dessa grupper bäst betjänas av ett fåtal institutioner, av rikskaraktär, vilka kan ordnas under landstingskommunalt huvudmannaskap. Man kan här exempelvis, säger utskottet, tänka sig att två eller tre sjukvårdsregioner går samman om dylika institutioner. Enligt *Kopparbergs läns landstings förvaltningsutskott* bör reformens genomförande icke hindras genom att det för vissa vårdanstalter icke finns underlag för dessa inom varje landstingsområde. Det påpekas, att landstingskommunerna redan nu samarbetar över länsgränserna, t. ex. vid regionplanering av sjukvården. De ekonomiska mellanhavandena bör vid driften av gemensamma anstalter regleras på så sätt att gästlandstingen erlägger självkostnadsavgift för vård av psykiskt efterblivna från det egna landstingsområdet, d. v. s. samma princip som gäller för regionsjukvården. Erfarenheterna från samarbetet inom regionsjukvården borgar för att även samordningen för ordnande av vården för de psykiskt efterblivna blir smidig och praktisk. Liknande uttalande föreligger från *förvaltningsutskottet i Västmanlands läns landsting*. *Förvaltningsutskottet i Norrbottens läns landsting* påpekar, att det rent allmänt och principiellt samt praktiskt-organisatoriskt finns goda skäl för den utveckling, som dragits upp av mentalsjukvårdsberedningen.

Svenska socialvårdsförbundet anför, att — såsom i de särskilda yttrandena framhållits — det onekligen föreligger vissa skäl, att staten kvarstår som huvudman för sådana speciella och begränsade uppgifter som med hänsyn till klientelet numerär och särart måste handhas på institutioner av rikskaraktär. Administrativt kan det sålunda förefalla tungrott att låta alla eller flertalet landstingskommuner samarbeta om ett fåtal fall. Dessa admi-

nistrativa svårigheter synes emellertid inte böra överbetonas och förbundet framhåller, att på andra områden har landstingskommunerna visat, att det i praktiken går att förverkliga ett långtgående samarbete. Socialvårdsförbundet hyser därför den uppfattningen, att landstingskommunerna har förutsättningar att administrera även anstalter med rikskaraktär.

Svenska läkaresällskapet ansluter sig i princip till beredningens förslag men ifrågasätter, om icke staten bör ansvara för undervisningen och vården av blinda, döva och dövstumma samt behandlingsbara högggradigt vanföra. I övrigt understryker sällskapet, att erfarenheter från större sjukhus för psykiskt efterblivna visat, att det är fullt genomförbart att inrätta specialavdelningar. Där så erfordras torde vården och undervisningen av dessa kategorier kunna ordnas enligt samma principer som beträffande den regionala sjukvården i övrigt. *Sveriges läkarförbund* och *svenska psykiatriska föreningen* har i ett gemensamt yttrande i princip tillstyrkt förslaget om enhetligt huvudmannaskap men kan icke tillstyrka en sådan reform för de kategorier, för vilka landstingskommunerna skulle vara tvungna att samarbeta i större enheter än i en sjukvårdsregion.

Liknande synpunkter anföres av *svenska barnpsykiatriska föreningen*.

Särskolornas rektorsförening, som ansluter sig till de särskilda yttrandena i utredningen, vänder sig med skärpa mot att man i utredningen hänfört undervisningen och vården av psykiskt efterblivna till mentalsjukvården. För föreningen framstår det som ett obestridligt faktum, att särskoleverksamheten till övervägande del är en pedagogisk uppgift. Resultatet av undervisningen och fostran av psykiskt efterblivna är endast till ytterst ringa del beroende av medicinska behandlingsmetoder, varför det nära sambandet med hälso- och sjukvården, som beredningen hävdar, icke har något reellt samband med den stora grupp av ifrågavarande klientel, som är i stånd att tillgodogöra sig undervisning vid särskolor och yrkesskolor. Det påpekas vidare, att det ligger helt utanför landstingskommunernas erfarenheter att driva riksanstalter och att dylikt i viss mån rent principiellt synes vara främmande för landstingskommunal verksamhet. Risk finns också för att, om landstingskommunerna pålägges alltför många uppgifter, reformen kan bli till förfång för de mycket stora och viktiga uppgifter landstingen redan har.

Svenska särskolornas lärarförening betonar, att undervisningen av psykiskt efterblivna barn bör tillhöra det allmänna skolväsendet och att tiden nu är mogen för en undersökning av möjligheterna att knyta särskoleundervisningen direkt till det allmänna skolväsendet. Föreningen vänder sig mot uppfattningen, att skolorna för undervisning av barn och ungdomar med komplicerad utvecklingshämning skall hänföras till ungdomsvårdsskolorganisationen. Det klientel, som undervisas i dessa skolor, kan inte anses jämförbart med ungdomsvårdsskolornas. Snarare kan dessa skolor, menar föreningen, jämföras med den allmänna skolans observationsklasser.

Riksförbundet för utvecklingsstörda barn (FUB) erinrar om att förbundet i tidigare sammanhang starkt kritiserat det splittrade huvudmannaskapet. Det är därför med stor tillfredsställelse, som förbundet nu konstaterar, att ett förslag om enhetligt huvudmannaskap framlägges. Förbundet godtar de undantag, som har skett i beredningens förslag för döva och blinda särskoleelever. Däremot vänder sig förbundet med skärpa mot de särskilda yttrandena i utredningen.

Beträffande de vanföra påpekas sålunda, att där det finns möjlighet att ta hand om vederbörande lokalt eller inom respektive län får inte en centraliseringsregel ta överhand. Sådan möjlighet torde föreligga där en vård- eller undervisningsenhet är belägen i närheten av lasarett med goda ortopediska resurser. I andra fall får landstingsvis eller regionvis tillskapas mindre speciella vård- eller undervisningsenheter i anslutning till lasarett med ortopediska resurser. Vad angår undervisning och vård av barn och ungdomar med komplicerad utvecklingshämning förordar förbundet mindre enheter med hemliknande atmosfär och kvalificerad personal med läkepedagogisk utbildning. Det understrykes, att de elever det här gäller i stort sett inte kan jämföras med de väsentligen miljöskadade ungdomar, som undervisas i ungdomsvårdsskolor, utan genomgående karakteriseras av psykiska rubbningar av i stort sett annan karaktär. Även om otvivelaktigt åtskilliga gränfall förekommer, föreligger i detta avseende en principiell skillnad, som talar för att här ifrågavarande ungdomar skall hänföras till sjukvårdsområdet och icke samordnas med den organisation, som står under tillsyn av socialstyrelsen. Förbundets uppfattning om de straffriförklarade är, att de bland dem som är psykiskt utvecklingsstörda bör hänföras under centralstyrelsernas ansvar och icke under mentalsjukhusens. Vidare betonas, att särskilt för detta klientel ofta är en ren tillfällighet, huruvida vederbörande blir straffriförklarad eller inte. Dessa tillfälligheter har ingenting att göra med vad som är den ur vårdsynpunkt lämpliga huvudmannen. Vad angår de blinda och döva arbetshemseleverna understrykes, att allmänna segregationsregler, som utesluter möjligheterna till lokalt omhändertagande, där förutsättningar härtill finns, måste betraktas som förkastliga. Där det i särskilda fall är möjligt att ge tillfredsställande vård med lokala resurser bör detta också ske. Om å andra sidan i vissa enskilda fall, sådana möjligheter inte står till buds, bör det enligt FUB ej föranleda ändrat huvudmannaskap, ty på individuella grunder fattade beslut om särskilt huvudmannaskap kan lätt leda till att andra synpunkter gör sig gällande än just lämpligheten av olika vårdformer i det särskilda fallet. Förbundet fasthåller vid principen, att landstingskommunerna skall handha huvudmannaskapet även för denna grupp men att, där så är nödvändigt, man tillskapar regionala resurser. Motsvarande synpunkter lägges på epileptiker- och tuberkulosfallen.

Svensk sjuksköterskeförening anammar med tillfredsställelse principen,

att landstingskommunerna skall ha huvudmannaskapet för undervisningen och vården av samtliga psykiskt efterblivna med de undantag som angivits av mentalsjukvårdsberedningen.

Det är föreningens övertygelse, att det hittillsvarande statliga klientelet som allmänt betecknas som svårskött skulle minska i omfattning, om vården av detta blev mera differentierad så att alla patienter kunde utvecklas till större självverksamhet och arbetsförmåga. Den huvudman, som har ansvaret för hela vårdområdet, torde lättare än den som därav endast har en del inse orsak och verkan och finna att det lönar sig att satsa på vård och utbildning av de psykiskt utvecklingsstörda.

Riksförbundet Sveriges föräldraföreningar för CP-barn framhåller, att det är av central betydelse, att man ifråga om både vården och undervisning av psykiskt efterblivna kan arbeta med så små grupper som möjligt samtidigt som det är angeläget att så långt förutsättningarna medger skapa ur vård- och undervisningssynpunkt homogena grupper för att kunna uppnå bästa möjliga resultat. Beredningens förslag innebär, att kravet på små enheter lättare kan tillgodoses. Landstingskommunerna har också genom sina samlade resurser på sjukvårdens område betydande förutsättningar att ändamålsenligt lösa vårdproblemen för denna kategori. De har även goda förutsättningar att i samarbete med skolmyndigheter skapa en effektiv undervisning för psykiskt efterblivna. Decentraliseringen till landstingskommunalt huvudmannaskap skulle enligt förbundet underlätta kontakten mellan barnen och föräldrarna och mellan de sistnämnda och barnens lärare eller vårdare, vilket torde vara av betydelse för ett gynnsamt resultat. Förbundet ansluter sig därför helhjärtat till beredningens förslag om enhetligt huvudmannaskap. Det understrykes samtidigt, att en centralisering icke bör övervägas annat än att man därigenom anser sig nå bättre resultat. Förbundet ställer sig sålunda tveksamt till de särskilda yttrandena om undantag från landstingskommunalt huvudmannaskap. Även för dessa grupper bör nämligen en lösning eftersträvas i främsta rummet på det regionala planet och riksanstalt tillgripas enbart i de fall där regional lösning är möjlig endast genom samverkan mellan ett alltför stort antal landstingskommuner eller då speciell experthjälp eller utrustning är nödvändig. Detta torde gälla — som mentalsjukvårdsberedningen föreslagit — psykiskt efterblivna blinda och döva. Förbundet understryker, att epileptikerfallen inte bör skiljas från andra psykiskt efterblivna och att skolhemmen för barn och ungdom med komplicerad utvecklingshämning hänföres till sjukvårdsområdet.

4. Mentalsjukvårdsdelegationens förslag till mentalsjukvårdens organisation

Förslagen i denna del har rönt livligt intresse och mötts av en mångfald positiva men även av kritiska uttalanden ävensom andra synpunkter och förslag.

Beträffande den av delegationen föreslagna organisationen av mentalsjukvården inom ett landstingsområde anser *medicinalstyrelsen* det synnerligen väsentligt att öppen vård organiseras vid såväl psykiatriska lasarettssavdelningar som mentalsjukhus. Enligt styrelsen får det anses tveksamt, om den föreslagna uppspaltningen av den öppna vården på en mängd olika verksamhetsgrenar, såsom alkoholistvård, familjerådgivning etc. verkligen kan skapa förutsättningar för en ökad effektivitet. Med hänsyn till den begränsade tillgången på psykiatrer bör om möjligt en samordning ske av de erforderliga resurserna, vilket dock inte hindrar, att en viss specialisering kan anses motiverad i våra större städer med deras rikligare tillgång på specialister av olika slag. Styrelsen anför vidare, att ett betydande behov av konsultation skulle kunna tillgodoses genom privatpraktiserande läkare. De föreslagna dag- och nattsjukhusen gör det synnerligen önskvärt, att försöksverksamhet kommer i gång så snart som möjligt. Vad gäller föreslagen placering av nya mentalsjukhus påpekar *medicinalstyrelsen*, att den hävdad, att betydande fördelar kan vinnas genom att dessa förläggas i så nära anslutning som möjligt till centrallasarett, varigenom ett intimare samarbete kan etableras med kroppssjukvårdens olika discipliner.

Vad delegationen anfört rörande de öppna vårdformernas mindre kostnadskrävande natur synes *statskontoret* vara värt att noga beakta, särskilt som ökade möjligheter till öppen vård bör kunna medföra en minskning i fråga om det beräknade behovet av vårdplatser på mentalsjukhus. Lösligheten i de i organisationsplanen framlagda exemplen och förslagen gör enligt *statskontorets* mening, att de undandrar sig varje möjlighet till saklig prövning i nuvarande läge. Frågorna om olika vårdformers avvägning mot varandra, om mentalsjukhusens optimala storlek och om vårdavdelningarnas dimensionering och personalbehov kan prövas först på ett senare stadium, då samtliga inverkan omständigheter kan tagas i beaktande. Härtill kommer — som delegationen själv påpekat — att alla planer på detta område måste ses mot bakgrunden av det begränsade investeringsutrymmet och mot den stora bristen på psykiatrer och annan kvalificerad personal. Det synes ämbetsverket angeläget att några mera definitiva slutsatser rörande de personalorganisatoriska förhållandena icke drages, förrän läget kan bättre skärskådas.

Vad beträffar uppdelningen av klientelet mellan å ena sidan mentalsjukhusen och å andra sidan de psykiatriska lasarettssavdelningarna varnar *medicinska fakulteten vid Lunds universitet* för att söka uttrycka denna differentiering som en olikhet i diagnoser, exempelvis så att i princip psykoser skulle vårdas på mentalsjukhus och neuroser eller alkoholister på psykiatriska lasarettssavdelningar. Den naturliga uppdelningen och den som över huvud taget framtvingar den särskilda sjukvårdsform, som mentalsjukhusen utgör, torde snarare vara av vårdteknisk innebörd och gälla i vilken grad patienten är ur olika synpunkter störande eller farlig, eller är i behov

av vid mentalsjukhusen förekommande terapi, däribland mera långvarig vård och behandling.

Dåvarande *statens kommitté för sinnessjukvårdens utbyggande* har i princip inte något att invända mot delegationens idealprogram. Utbyggnaden av vården — även efter ett förändrat huvudmannaskap — torde emellertid, framhåller kommittén, kunna ske endast i mycket långsam takt framför allt med hänsyn till bristen på läkare över huvud taget och på psykiatrer i synnerhet; kraftiga åtgärder måste därför vidtagas för att göra psykiaterbanan mera lockande än vad nu är fallet. Kommittén understryker önskvärldheten av att familjevården och eftervården utbygges med hänsyn till såväl de viktiga vårduppgifter de har att fylla som att de ställer sig ekonomiskt fördelaktiga för huvudmännen. Särskilt i områden med större folktäthet synes konvalescenthemmen och inackorderingshemmen kunna avsevärt förkorta vårdtiderna både vid de slutna sjukhusen och vid lasarettavdelningarna.

Angående avvägningen av behoven av att utbygga och förbättra den slutna vården av andra mentalsjukvårdsformer uttalar *sinnessjuklagstiftningskommittén*, att det ligger i sakens natur, att en sådan avvägning med hänsyn till ett flertal svårbestämbara omständigheter alltid måste präglas av viss osäkerhet. Anspråken på starkt ökade resurser för den slutna vårdens del är starkt dokumenterade, och skall över huvud en fullt godtagbar standard kunna uppnås inom rimlig tid torde långtgående insatser erfordras under åtskilliga år framåt. En utbyggnad av den öppna vården är emellertid otvivelaktigt även ett angeläget intresse framhåller kommittén. Särskilt måste beaktas, att en ökning av resurserna på detta område kan leda till minskat behov av vårdplatser. Kommittén anser, att det framstår som en brist i planeringen att underlag saknas för bestämmande, i vilken utsträckning en utbyggd öppen vård skulle kunna påverka behovet av vårdplatser. Det är önskvärt att klarhet i möjligaste mån skapas i fråga om detta spörsmål.

Enligt *styrelsens för svenska landstingsförbundet* mening torde åtskilliga detaljproblem i delegationens förslag rörande mentalsjukvårdens regionala organisation kräva närmare undersökningar. Förbundsstyrelsen framhåller vikten av att organisationen utformas flexibelt och att lokalplanläggningen göres så att den kan anpassas till ändrade förhållanden.

Även enligt styrelsens mening framstår som ett angeläget önskemål att sluten och öppen vård samordnas i största möjliga utsträckning.

Som en yttersta länk i den lokala organisationen av mentalsjukvården har delegationen placerat distriktssköterskan. Förbundsstyrelsen har intet att invända mot den principiella inställning delegationen deklarerat i detta hänseende, men den kan icke finna det möjligt att inom överskådlig framtid i någon väsentligare omfattning utnyttja distriktssköterskorna för dessa arbetsuppgifter. Ej heller torde det vara möjligt att pålägga distriktssköterskorna arbetsuppgifter inom den somatiska vården vid mentalsjukhemmen. Föreståndarinnor och sjuksköterskor vid dessa hem bör ha sådan utbildning,

att de skall kunna omhänderha den okomplicerade kroppssjukvård, som där kan komma i fråga.

I fråga om den regionala organisationen av mentalsjukvården understryker förbundsstyrelsen vad delegationen uttalat rörande sekundärvårdens behov av anknytning till primärvården. Erfarenheterna från mentalsjukhusens kronikeravdelningar ger anledning till antagandet att de fall, som i dag betraktas som vårdhemsfall, inom en icke alltför avlägsen framtid kan bli behandlingsbara med kommande behandlingsmetoder, och det är då angeläget att möjligheter finns att utnyttja centralsjukhusens resurser även för dem.

Uppsala läns landstings förvaltningsutskott framhåller nödvändigheten av att det i fråga om sjukhemmen för lättskötta psykiskt sjuka — i betänkandet benämnda mentalsjukhem — klart utsäges, att vid dessa hem enbart skall vårdas sådana patienter, som inte kräver mera kvalificerad vård och att i stället till dessa hem hänvisas sådana som kan meddelas terapi av olika slag och i stort sett kan sköta sig själva. En försämring av klienteletts karaktär har under senare år skett så att både sängliggande och svårskötta åldringar utflyttas till sjukhemmen som härigenom förlorat sin ursprungliga karaktär.

Östergötlands läns landstings förvaltningsutskott erinrar om att de psykiatriska lasarettavdelningarnas uppgifter i betänkandet antytts på så sätt, att dessa avdelningar skulle ta hand om symtomatiskt lättare fall av mentalsjukdom; avdelningarna förutsattes t. ex. bli viktiga centra för alkoholistvården, fall av delirium tremens skulle emellertid vårdas på mentalsjukhusen. En sådan uppdelning torde, enligt förvaltningsutskottets mening, bli mycket svår att upprätta i realiteten och i hög grad beroende av lasarettavdelningens och mentalsjukhusets inbördes belägenhet. Över huvud taget måste ifrågasättas om man i framtiden bör åtskilja lasarettavdelningar och mentalsjukhus som nu göres. Uppdelningen synes ur medicinsk synpunkt vara artificiell och mest tillkommen som ett första försök att införa mentalsjukvården där den hör hemma — nämligen bland annan sjukvård; man började med den mest »acceptabla» delen, den som låg närmast allmän erfarenhet och var minst belastad med fördomar och primitiv skräck för det oförståeliga. För förvaltningsutskottet ter sig uppdelningen emellertid lika konstlad, som om man inrättade olika vårdenheter för hjärntumörer — med och utan epilepsi, eller olika avdelningar för hjärtsjukdomar — med och utan inkompensation. Gränslinjerna mellan framtidens olika psykiatriska specialiteter kommer enligt utskottet sannolikt att få dras efter andra principer än de som i dag gäller mellan lasarettavdelningar och mentalsjukhus.

Kronobergs läns landstings förvaltningsutskott menar att, om distriktsköterskorna skall inordnas i mentalsjukvårdsorganisationen, det torde bli nödvändigt att förutsätta en ytterligare minskning av distrikten och sålunda en ökning av distriktssköterske kåren. Då det redan nu råder en avsevärd brist på distriktssköterskor, torde det inte bli möjligt att inom överskådlig

tid utnyttja distriktssköterskorna inom mentalsjukvården. Liknande uttalande göres av *Kristianstads läns landstings förvaltningsutskott*. *Hallands läns landstings förvaltningsutskott* betonar, att väsentligast är och förblir att möjligheter skapas för utbildning och forskning. En utvidgad utbildningskapacitet liksom över huvud lösandet av vårdproblemen förutsätter väsentligt ökade lärar- och forskningsresurser. Den psykiska forskningen får icke komma i efterhand vid jämförelse med andra medicinska vetenskaper. Även beträffande andra personalkategorier måste utbildningskapaciteten väsentligt ökas, om man skall praktiskt lyckas genomföra vad delegationen föreslagit. *Norrbottnens läns landstings förvaltningsutskott* understryker delegationens uttalande, att huvudmännen bör ha en betydande frihet att utforma organisationen på skiftande sätt allt efter de lokala förhållandena samt att förslagen därför endast bör tjäna som allmän riktlinje för den kommande utvecklingen.

Svenska socialvårdsförbundet markerar i sitt yttrande behovet av särskilda geriatriska avdelningar inom mentalsjukhusen för vården av det växande åldringsklientelet.

Svenska läkaresällskapet, som livligt tillstyrker förslaget att utbygga den öppna vården vid mentalsjukhus och lasaretsavdelningar, anser det dock knappast finns någon anledning att anordna ett antal parallella öppna vårdorganisationer för olika kategorier av psykiskt sjuka. Den naturliga samlingsplatsen för all öppen psykiatrisk verksamhet är lasaretten. Ett sammankopplande av mentalsjukhusens och lasaretsavdelningarnas öppna vård kommer helt säkert att bidra till ett smidigare samarbete mellan dessa olika vårdformer.

Svensk sjuksköterskeförening hälsar med tillfredsställelse delegationens förslag om distriktssköterskornas inlemmande i den perifera, öppna mentalsjukvården. Distriktssköterskan som »den yttersta länken inom mentalsjukvårdsorganisationen» har mycket stora möjligheter att bidra till att psykisk ohälsa förebygges. De nya arbetsuppgifterna kräver dock enligt föreningens mening viss ökad utbildning i mentalsjukvård för den blivande distriktssköterskan.

Bland de i betänkandet framlagda förslagen vill *svensk kuratorsförening* speciellt understryka betydelsen av att det inrättas mentalvårdsdispensärer. Verksamheten vid dessa skulle i väsentlig grad bidra till att minska antalet vårddagar vid mentalsjukhus och psykiatriska lasaretsavdelningar. Föreningen vill likaså framhålla det stora behovet av inackorderingshem för patienter, vilka inte helt kan klara sig på egen hand ute i samhället.

IV. De ekonomiska villkoren för mentalsjukvårdsreformen

A. Statsbidragsutredningen

1. Allmänna synpunkter

I sin principdeklaration om de ekonomiska verkningarna av en huvudmannaskapsreform påpekar mentalsjukvårdens statsbidragsutredning att ett överförande av den egentliga mentalsjukvården till landstingskommunerna utan ekonomisk kompensation skulle för dem framtvinga betydande utdebiteringshöjningar. Även om en mindre kostnadsdel lägges på landstingskommunerna, kan en härav föranledd utgiftshöjning leda till utdebiteringsökningar. Huruvida detta är att föredraga framför en finansiering även till denna del genom statliga bidrag är en fråga, som ytterst bör bedömas med beaktande av de olika grunderna för statlig och kommunal beskattning. Det förhållandet, att en huvudmannaskapsreform inte i och för sig har till syfte att ändra sättet för finansieringen av mentalsjukvården talar enligt utredningens mening närmast för att de kommunala huvudmännen beredes ersättning av staten med belopp, som ger dem en i princip hundra procentig täckning för den merkostnad, som deras övertagande av den egentliga mentalsjukvården medför. Ersättningen bör därför bestämmas med utgångspunkt från statens nuvarande kostnader för denna vårdgren och avvägas så att den i ett utgångsläge i stort sett motsvarar dessa. En huvudmannaskapsreform bör följaktligen i utgångsläget principiellt sett icke komma att verka höjande på statens utgiftsnivå för ifrågavarande vårdsektor och icke heller medföra någon ekonomisk uppoffring för landstingskommunerna. Ersättningen bör vidare i görligaste mån anknytas till kostnadsutvecklingen på området. I anslutning härtill betonar utredningen, att reformen bör genomföras efter så enhetliga riktlinjer som möjligt. Några principiella olikheter i villkoren mellan de olika landstingskommunerna bör icke förekomma varken i fråga om vårdåtagande eller i fråga om ekonomiskt bistånd. Såvitt möjligt bör undvikas att intrång göres i huvudmännens handlingsfrihet i vårdorganisatoriska frågor.

I enlighet med sina direktiv har statsbidragsutredningen prövat frågan, i vad mån nu utgående statliga bidrag till mentalsjukvårdsgrenar, som redan omhänderhas av landstingskommunerna, lämpligen kan samordnas med förordade nya bidrag för den egentliga mentalsjukvården. De här aktuella bidragen avser psykiatriska lasarettavdelningar (vuxenklientel), sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka, anstalter för psykopatiska och nervösa barn samt undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna ävensom psykisk barna- och ungdomsvård.

De nu utgående byggnadsbidragen till skilda slag av sjukvårdsinstitutioner har utredningen, med hänsyn till den olika graden av utbyggnad inom

de olika landstingsområdena, ansett tills vidare böra bibehållas som separata bidrag.

Däremot framstår det enligt utredningen som naturligt, att statens ekonomiska bistånd till driftkostnaderna lämnas som ett för hela vårdområdet gemensamt, enhetligt driftbidrag. De nuvarande driftbidragen till de landstingsdrivna vårdgrenarna föreslås därför bli samordnade med ett bidrag till driften av den egentliga mentalsjukvården. Dessutom talar praktiska skäl för att även driftbidragen till epileptikeranstalter samordnas med ett generellt mentalsjukvårdsbidrag. Då den aktuella huvudmannaskapsreformen inte i och för sig påfordrar en översyn av de nuvarande driftbidragens storlek, har utredningen vid avvägningen av ett nytt enhetligt driftbidrag utgått ifrån de nuvarande bidragsbeloppen.

Om primärkommunala mentalsjukvårdsinrättningar alltjämt finns vid huvudmannaskapsreformens genomförande, föreslås, att vederbörande kommun med respektive landstingskommun får träffa överenskommelse om bestridandet av kostnaderna för den fortsatta driften av dylika sjukhus.

2. Sjukhusanläggningarnas övertagande

Statsbidragsutredningen förutsätter att landstingskommunerna vederlagsfritt skall övertaga statens befintliga sjukhusanläggningar med den mark, som är erforderlig för sjukvårdsverksamheten.

De statliga mentalsjukhusen har sedan gammalt disponerat stora markområden av olika slag, park-, åker- och skogsmark m. m., för jordbruk m. fl. näringar, inom vilka patienterna sysselsatts. Då dessa former för arbetsterapi minskat i betydelse har dessa näringsgrenar i många fall nedlagts och djurbesättningar avvecklats. Även om markområden därvid försålts eller utarrenderats kommer sjukhusen i många fall att disponera markområden, som måste anses vara alltför stora enligt nuvarande uppfattning. Numera torde man enligt utredningen räkna med ett normalt markbehov av ca 300 000 à 400 000 m² för ett sjukhus om 600 à 800 vårdplatser. Sjukhusens markområden är i flertalet fall av sådan storlek, att enligt denna norm ett visst »överskott» av mark kommer att föreligga. Utredningen förordar, att staten vid ett överlämnande av sjukhusbyggnaderna principiellt icke avhänder sig större markområden än vad som kan anses erforderligt för respektive sjukhus vårduppgifter. Storleken av det tomtområde, som bör ingå i en eventuell överlåtelse, bör enligt utredningens uppfattning bedömas från fall till fall. Som en lämplig norm för bestämmandet av sjukhusområdenas omfattning torde kunna tjäna de beräkningar av markbehovet, som under senare år tillämpats vid avtal om markförvärv för planerade nya sjukhus.

Mark, som vid överlämnandet av sjukhusbyggnaderna kan komma att friställas och som staten ej önskar disponera, torde i första hand böra hembjudas vederbörande landstingskommun till inlösen. Eventuellt bör den nye

huvudmannen tills vidare medgivas dispositionsrätt till marken, så länge den användes för mentalsjukvårdsändamål. Skulle huvudmannen vilja utnyttja marken för annat ändamål föreslås, att förhandlingar om inlösen upptagas. I annat fall bör den friställda marken utbudas till försäljning, i första hand till annan intresserad köpare. En dylik försäljning torde i förekommande fall böra förbindas med villkor, att marken icke användes för ändamål, som kan anses olämpligt med hänsyn till det intilliggande sjukhuset.

3. Investeringsbidrag

För ett övertagande av den egentliga mentalsjukvården är förutsättningarna beträffande vårdresurser f. n. helt olika inom olika landstingsområden. I de flesta län finns mentalsjukhus av en storlek, som mer än väl täcker det föreliggande vårdbehovet inom länet i fråga — sjukhusens storlek har vanligen bestämts med tanke på att tillgodose vårdbehovet inom flera län. Endast något enstaka av de befintliga sjukhusen kan anses vara i stort sett färdigrustat medan i fråga om merparten upprustningen fortgår. Flera landstingsområden saknar mentalsjukhus och deras vårdbehövande klientel hänföres till ett eller flera sjukhus inom närbelägna sjukvårdsområden.

Med hänsyn till dessa förhållanden skulle det enligt utredningen ligga närmast till hands att låta ett överförande till enskilt landsting av huvudmannaskapet ske i län, där ett färdigrustat eller nytt mentalsjukhus redan finns och har sådan storlek, att det kan tillgodose länets vårdbehov. Hinder bör dock icke möta mot ett överförande även inom ett landstingsområde, där ett sjukhus finns, vars upprustning ännu inte hunnit slutföras och vars platsantal icke täcker vårdbehovet. I dylikt fall kan upprustningen av ett övertaget sjukhus eller den del av upprustningen, som ännu återstår, förutsättas komma att ombesörjas av den nye huvudmannen. I 1956 års reviderade generalplan (se prop. nr 106 år 1956) redovisade investeringsberäkningar för den pågående upprustningen och utbyggnaden av mentalsjukvården upptager bl. a. kostnader för ombyggnad och modernisering av de befintliga sjukhusen. Dessa kostnader har alltså förutsatts skola bestri- das av staten. Skäl synes därför tala för att dessa statens kostnader nedlägges i form av bidrag till landstingskommunerna. Det förordas, att sådana bidrag utgår i form av **u p p r u s t n i n g s b i d r a g**. Detta bidrag kommer sålunda att vara ett engångsbidrag och utgå endast i samband med att en huvudmannaskapsreform genomföres för ett landstingsområde, då ett inom området befintligt statligt mentalsjukhus samtidigt övertages av landstingskommunen och upprustas genom dess försorg.

Med hänsyn till utvecklingen på vårdområdet efter antagandet av 1956 års reviderade generalplan har man tvingats att i många fall frångå de i planen upptagna förslagen. Mentalsjukvårdsberedningens byggnads- och utrustningsdelegation har börjat utarbeta moderniserade planer, som, i den

mån de godkännes av utredningen, förordas böra vinna tillämpning vid bestämmandet av upprustningens omfattning.

Storleken av upprustningsbidragen bör enligt utredningen bestämmas från fall till fall i samband med förhandlingar med vederbörande landstingskommun om huvudmannaskapets övertagande. Man bör därvid utgå från de kostnader, som statsmakterna varit beredda att nedlägga, därest upprustningen fullföljts i statlig regi. Av statsmakterna godtagna beräkningar av kostnader för sjukhusens planerade upprustning bör därför i det enskilda fallet vara normerande för bidragens bestämmande med de justeringar, som kan föranledas av förändringar i det allmänna byggnadskostnadsläget. Om individuella planer inte blivit upprättade, bör underlag för bedömandet av bidragets storlek kunna erhållas i kostnadsberäkningar, avseende den under senare år genomförda upprustningen av befintliga sjukhus.

Vid sina beräkningar har utredningen utgått ifrån att kostnaderna per vårdplats för nybyggda ersättningsplatser vid befintliga sjukhus respektive för ombyggnad och modernisering av befintliga platser belöper sig till ungefär 25 000 respektive 18 000 kronor. Man bör, betonar utredningen, skilja mellan kostnaderna för upprustningen av den del av ett sjukhus, som definitivt istandsättes, och kostnaderna för en mera begränsad modernisering av sådana vårdplatser, som under en övergångstid bibehålles vid sjukhuset. Sistnämnda kostnader kommer såtillvida att intaga en särställning i bidragshänseende, då en slutlig reglering av desamma synes böra ske i samband med beräkningen av de anläggningsbidrag, som kan utgå, då övergångsplatserna framdeles ersättes med definitiva platser. I bidraget bör inräknas ersättning för anskaffande av erforderlig utrustning för sjukhusen. Denna ersättning bör, menar utredningen, bestämmas med ledning av de kostnader för anskaffande av utrustning till moderniserade sjukhus, som erfarenhetsmässigt föreligger vid tiden för förhandlingarna. Upprustningsbidragets fastställande innebär en slutlig uppgörelse mellan huvudmannen och staten om ersättning för den vid tidpunkten för övertagandet återstående upprustningen av ett sjukhus och någon omprövning av bidraget bör således inte kunna komma i fråga.

De sjukhus, som i samband med reformen överlämnas till de nya huvudmännen, kan i allmänhet inte, konstaterar statsbidragsutredningen, beräknas komma att täcka vårdplatsbehovet inom respektive sjukvårdsområde. En fortsatt utbyggnad blir därför erforderlig i flertalet fall. Denna måste ske genom att antingen tillskapa nya självständiga sjukhus eller inrätta ytterligare vårdplatser vid befintliga vårdenheter. Utredningen förordar att staten skall bidra till kostnaderna härför i form av anläggningsbidrag.

Det erinras i utredningen om att företagna undersökningar av vårdplatsbehovet inom den egentliga mentalsjukvården givit vid handen, att behovet av platser är beroende av en rad olika omständigheter, vars verkningar inte

i förväg låter sig överblickas. Ett framtida platsbehov kan därför inte definitivt fastställas. Man bör i första hand hålla sig till de beräkningar, som redovisats i 1956 års reviderade generalplan och mentalsjukvårdsdelegationens huvudbetänkande. I generalplanen beräknas ett platsbehov för varje landstingsområde, som i medeltal för hela landet motsvarade omkring 3,5 promille av befolkningen. Delegationen har uppskattat platsbehovet till i genomsnitt 4 promille. Enligt statsbidragsutredningens mening bör sistnämnda behovstal gälla som en generell övre gräns vid bedömningen av utbyggnadsbehovet inom ett sjukvårdsområde. Undersökningar har emellertid visat, att på mentalsjukhusen intagna patienter från samma landstingsområde redan nu på vissa håll uppgår till antal, som betydligt överstiger denna gräns. I dylika fall bör det manifesterade faktiska vårdbehovet tills vidare vara den övre gränsen för utbyggnadens omfattning.

Utredningen anser, att en prövning från statens sida av vårdorganisationen inom ett sjukvårdsområde efter en huvudmannaskapsreform kan begränsas till ett allmänt bedömande av, hur olika vårdresurser inom mentalsjukvården i dess helhet mest rationellt bör fördelas inom området. Bedömningen bör bl. a. bygga på 1956 års reviderade generalplan, som överarbetats av mentalsjukvårdsberedningens byggnads- och utrustningsdelegation. Denna överarbetning bör liksom hittills bedrivas i samråd med de presumtiva huvudmännen. Vårdgrenens utveckling inom sjukvårdsområdet bör emellertid inte bindas vid en bestämd vårdorganisation utan måste bli beroende av då föreliggande erfarenheter, bl. a. i fråga om den öppna vårdens betydelse. Det är av vikt, understryker utredningen, att huvudmännens framtida handlingsfrihet i dessa frågor inte inskränkes.

Anläggningsbidraget bör bestämmas enligt vissa i utgångsläget fixerade ersättningsnormer. Dessa bör gälla dels uppförande av nya självständiga mentalsjukhus och dels tillskapande av nya vårdplatser vid redan befintliga vårdenheter inom mental- och kroppssjukvården. Normerna bör närmast bestämmas med utgångspunkt från de erfarenhetskostnader, som den hittills i statlig regi genomförda utbyggnaden av vårdgrenen givit. Kostnaderna för uppförande av nya sjukhus enligt dittillsvarande principer i fråga om storlek samt planläggning och utformning kan enligt utredningen anses belöpa sig till i medeltal 45 500 kronor per vårdplats enligt prisläget den 1 juli 1959. Beräkningen har gjorts på byggnadskostnaderna för de nya mentalsjukhusen Falbygden (784 pl.), Mellringe (720 pl.) och Bollnäs (660 pl.) ävensom det på sin tid planerade sjukhuset i Upplands Väsby (627 pl.). Den genomsnittliga beräknade platskostnaden för dessa sjukhus (inklusive vissa alternativ) var 45 370 kronor. Högsta belopp var beräknat för Bollnässjukhuset — 48 500 kronor — och lägsta beloppet för Falbygdens sjukhus i Falköping — 42 300 kronor.

En utbyggnad av den slutna mentalsjukvårdens resurser genom tillskapande av nya vårdplatser vid redan befintliga vårdinstitutioner kan bli

aktuell på olika sätt. En eventuellt ändrad uppfattning om den lämpligaste storleken av ett mentalsjukhus kan medföra, säger utredningen, att en utbyggnad kommer till stånd vid det sjukhus, som övertagits av landstingskommunen i samband med reformen eller uppförts av landstingskommunen i anslutning till denna eller inrättats först som ett led i den fortsatta utbyggnaden. Man kan inte heller utesluta, att en utbyggnad sker genom att tillskapa platser för mentalsjukvård i anslutning till vårdenheter för andra grenar av sjukvården.

Till grund för bedömandet av kostnaderna för dylika åtgärder lägger utredningen de beräknade kostnaderna för enbart vårdpaviljongerna vid de nya, nyss nämnda statliga mentalsjukhusen, vilka kostnader efter vad utredningen inhämtat kan anses vara representativa. Den genomsnittliga kostnaden härför är 24 500 kronor per plats, vilket belopp föreslås vara normgivande för det anläggningsbidrag, som skall utgå till kostnaderna för anordnande av ytterligare vårdplatser vid befintliga sjukhus.

Skulle en utbyggnad av platsantalet vid en vårdinrättning ställa ökade krav på kapaciteten hos sjukhusets gemensamma hetsanordningar (kök, panncentral, behandlings- och administrationslokaler m. m.), har utredningen ansett skäligt, att bidrag utgår även till härav föranledda utbyggnadsåtgärder med belopp, som motsvarar de verkliga kostnaderna.

Då bidragsfrågan aktualiseras, förordar utredningen, att beloppen justeras med hänsyn till förändringar i det allmänna byggnadskostnadsläget, lämpligen genom en anknytning till byggnadsstyrelsens byggnadskostnadsindex.

De rekommenderade beloppen grundar sig på kostnaderna för uppförande av nya mentalsjukhus eller tillskapande av nya vårdplatser enligt den vid utredningstillfället rådande uppfattningen om den erforderliga standarden vid sjukhusen. I den mån under utbyggnadsskedet fråga uppkommer om en reglering av de av utredningen förordade bidragsbeloppen med hänsyn till en ändrad standard vid sjukhusen, torde spørsmålet enligt utredningens uppfattning få bli föremål för förhandlingar mellan berörda parter.

Sedan landstingskommunerna genom dessa åtgärder från statens sida erhållit ett modernt och i stort sett likvärdigt sjukhusbestånd, bör mellanhavandet mellan staten och landstingskommunerna i denna del rimligen anses avslutat. Det torde därför få bli en de nya huvudmännens angelägenhet att ombesörja och ekonomiskt svara för uppförande av erforderliga ersättningsbyggnader. Mot bakgrunden härav har utredningen ansett sig icke böra föreslå en statlig bidragsgivning till kostnader för framtida ersättningsanskaffningar.

I det vederlagsfria överlämnandet har ansetts böra ingå så stor del av de till sjukhusen hörande markområdena, som erfordras för de sjukvårdande uppgifterna. Utredningen har därvid förordat en begränsning av markområdets storlek till omkring 30 à 40 hektar för ett sjukhus om 600 à 800 plat-

ser. För markområden, som tagits i anspråk för de under senare år beslutade sjukhusen, har med undantag av sjukhuset i Sala för höggradigt psykiskt efterblivna ersättning däremot erlagts med belopp ej överstigande 1 krona per kvadratmeter. I den mån de nya huvudmännen icke själva disponerar lämpliga markområden, torde man få räkna med att ersättning även framdeles kommer att krävas för mark, som ianspråktoes för utbyggnaden inom mentalsjukvården. Det bör också förutsättas, att staten skulle få vidkännas dessa kostnader vid ett oförändrat huvudmannaskap. I förekommande fall synes därför i princip bidrag böra utgå även till kostnaderna för lösningen av erforderliga markområden. Några normer för beräkningen av detta bidrag kan naturligen icke angivas. Bidragsbeloppet torde, menar statsbidragsutredningen, därför få bestämmas efter prövning från fall till fall.

I samband med den fortsatta utbyggnaden av vårdgrenen aktualiseras även frågan om ersättning för kostnaderna för utrustning av nya vårdenheter. Principiellt sett synes denna böra bedömas på samma sätt som beträffande upprustningen av befintliga sjukhus och bidrag till utrustningskostnaderna böra utgå. Storleken av ett blivande statligt bidrag till utrustningskostnader bör alltså enligt utredningens mening upptagas till prövning och bestämmas på grundval av de erfarenhetsmässiga kostnader per vårdplats, som färdigställandet av nya statliga sjukhus kommer att ge, såväl när det gäller utrustning av ett helt nytt sjukhus som i fråga om utrustning av nya vårdavdelningar vid ett befintligt sjukhus.

4. Driftbidrag

I fråga om utformningen av ett enhetligt bidrag till driftkostnaderna inom mentalsjukvården har utredningen bl. a. övervägt möjligheterna att tillämpa de olika förslag till lösning av motsvarande problem på den slutna kroppssjukvårdens område, som prövades av 1946 års statsbidragskommitté för hälso- och sjukvården i dess år 1948 avgivna betänkande (SOU 1948:48). Sålunda har undersökts fyra alternativa utformningar av bidraget, nämligen som ett procentbidrag, ett vårddagsbidrag, ett standardbidrag per invånare eller som ett kombinerat invånar- och vårddagsbidrag.

Statsbidragsutredningen har i likhet med 1946 års sakkunniga funnit, att ett kombinerat invånar- och vårddagsbidrag bör väljas. Ur förenklingsynpunkt har emellertid den del av bidraget, som hänför sig till antalet vårddagar i stället ansetts böra beräknas med anknytning till antalet vårdplatser inom varje landstings sjukvårdsområde. Utredningen förordar sålunda, att principen med ett kombinerat invånar- och vårdplatsbidrag lägges till grund för utformningen av ett generellt driftbidrag till mentalsjukvården, i vart fall under den pågående upprustnings- och utbyggnadsperioden. I ett läge, då den pågående upprustnings- och utbyggnadsperioden kan

anses i huvudsak slutförd, kan det bli möjligt att övergå till ett än mer för-
enklat bidragssystem. Vid avvägningen av de båda bidragsdelarnas inbör-
des storlek har utredningen ansett, att driftbidraget tills vidare lämpligen
bör utgå med i stort sett likvärdiga delar i form av invånar- respektive vård-
platsbidrag. Detta resultat erhålles, om man utgår ifrån proportionen mel-
lan antalet vård dagar i landet inom mentalsjukvården och invånarantalet
i riket.

Det enhetliga driftbidraget föreslås av utredningen i utgångsläget grunda
sig på dels statens driftkostnader för egentlig mentalsjukvård, reducerade
med kostnaderna för de från en huvudmannaskapsreform undantagna pa-
tientkategorierna, dels statens kostnader för sådana nu utgående bidrag
till redan landstingsdrivna mentalsjukvårdsgrenar, beträffande vilka förut-
sättningar för en samordning befunnits föreligga. Summan av dessa kost-
nader har utredningen kallat bidragsunderlag.

Det totala kostnadsbelopp, som i utgångsläget utgör underlag för fixeran-
det av ett enhetligt driftbidrag till mentalsjukvården, har av utredningen
beräknats till 177,7 milj. kronor. Verkställda beräkningar av beloppet för
respektive bidragsdelar har visat, att såväl totalt som för de flesta lands-
tingskommuner en relativt god överensstämmelse med bidragsunderlaget
ernås, om bidraget per invånare bestämmes till 14 kronor och bidraget för
varje vårdplats till 2 550 kronor.

Utredningen har även sökt belysa, vilka ekonomiska konsekvenser, som
en tillämpning av det förordade bidragssystemet skulle ha haft för de loka-
la huvudmännen, om utbyggnaden av mentalsjukvården varit helt genom-
förd redan i utgångsläget. Undersökningen har sålunda begränsats till de
förändringar i tillgången på vårdplatser inom respektive grenar av mental-
sjukvården, som utbyggnaden kan anses medföra, och i övrigt utgått ifrån
oförändrade förhållanden. Enligt utredningens mening bör mentalsjuk-
vårdsdelegationens uppskattningar av vårdplatsbehovet gälla som en gene-
rell övre gräns vid bedömningen av det bidragsberättigande utbyggnads-
behovet inom ett sjukvårdsområde, d. v. s. vid egentliga mentalsjukhus
motsvarande i genomsnitt 4 promille av befolkningen (inklusive mental-
sjukhus och mentalsjukhem för barn och ungdomar), vid vårdhem för lätt-
skötta mentalt sjuka 1 promille samt vid psykiatriska lasarettssavdelningar
0,4 promille. Vid beräkningarna av den framtida platstillgången har utred-
ningen förutsatt en utbyggnad av denna omfattning. I de fall där antalet
platser redan i utgångsläget överstiger det av delegationen antagna behovet,
har platsantalet bibehållits oförändrat. Beträffande psykiskt efterblivna har
medicinalstyrelsen uppgivit, att man för detta klientel bör räkna med ett
framtida platsbehov, motsvarande i runt tal 2 promille. För barn- och ung-
domspsykiatriska lasarettssavdelningar samt de av delegationen föreslagna
behandlingshemmen typ I och II har utredningen med undantag för Got-
lands län beräknat 22 platser per 100 000 invånare.

Undersökningen har visat, att summan av de kostnader, som staten enligt gällande ordning och bidragsbestämmelser skulle svara för och alltså utgöra underlag för ett enhetligt driftbidrag vid full utbyggnad inom vårdområdet, belöpte sig till i runt tal 215 milj. kronor. Tillämpningen av det kombinerade invånar- och vårdplatsbidraget skulle giva sammanlagt ungefär 206,3 milj. kronor. För landstingskommunerna skulle sålunda uppkomma en underkompensation med omkring 8,7 milj. kronor, motsvarande en ökad utdebitering av i medeltal 3,6 öre.

Utredningen förordar vidare, att det enhetliga driftbidraget, i vart fall till den del det avser den egentliga mentalsjukvården och under tiden för den planerade utbyggnaden och upprustningen av denna vårdgren, göres i möjligaste mån värdebeständigt med hänsyn både till den allmänna löne- och kostnadsutvecklingen och till den ökning av driftkostnaderna, som en av statsmakterna godtagen standardhöjning framkallar. Värdebeständighetsfrågan bör principiellt lösas genom att en successiv justering av bidraget göres avhängig av utvecklingen inom den dominerande driftkostnadsdelen, d. v. s. personalkostnaderna. Justeringen bör fördelas på två moment med hänsyn till dels den allmänna löneutvecklingen och dels förskjutningar i personalens antal, sammansättning och löneställning.

En anpassning av det enhetliga driftbidraget till den allmänna löneutvecklingen kan enligt utredningen åstadkommas genom dess anknytning till det genomsnittliga procenttal, som vid varje tidpunkt kan gälla för uppräknningen av lönerna för statliga befattningshavare.

I fråga om justeringen av bidraget med hänsyn till förändringar i personalens antal, sammansättning och löneställning, anser utredningen enda utvägen vara att vid beslutet om reformen i princip fastslå, dels att en justering av driftbidraget i nu berörda hänseende successivt bör ske i den mån en av statsmakterna godtagen standardhöjning föranleder ökning av personalkostnaderna, och dels att tillämpningen av denna princip skall bli beroende av särskilda, förslagsvis vart tredje år återkommande överväganden, vid vilka även de kommunala huvudmännen skall vara företrädde.

I en till statsbidragsutredningen gjord reservation anföres bl. a.:

Det föreslagna driftbidragssystemet karakteriseras av brist på enkelhet och administrativ hanterlighet. Utredningens förslag bör under alla förhållanden betraktas som ett provisorium. Vad angår de olika ekonomiska punkterna hävdas, att landstingskommunerna bör ersätta staten för all mark vid övertagandet av sjukhus och att ersättning icke skall utgå vid förvärv av mark till nya sjukhusenheter. Anläggningsbidraget bör i princip vara fast, motsvarande oförändrad standard. Innan ett principbeslut fattas om reformen måste ökad klarhet skapas om vad som skall anses vara »full utbyggnad» i vad avser antalet vårdplatser hos landstingskommunerna och därav följande investeringsbehov. Det föreslagna driftbidraget kan accepteras som en tillfällig lösning men ett rent invånarbidrag är att föredraga. Reservanten anser sig kunna tillstyrka driftbidragets värdebestän-

dighet under utbyggnadsskedet i form av en anpassning till lönenivåns generella förskjutning. Frågan om värdebeständigheten kan visserligen icke lösas utifrån principiella synpunkter utan är att betrakta som en lämplighetsfråga. Det gäller här i första hand en lämplig avvägning mellan statlig och kommunal beskattning i framtiden, en fråga där det icke finns möjlighet att nu ta en definitiv ställning. Däremot kan ej accepteras att i princip full kompensation skall utgå även för kostnadsökningar föranledda av fortsatt höjning av vårdstandarden. Statsbidragsutredningens princip innebär, att landstingen skall bestämma över utgifter, för vilka de själva ej behövt ta det ekonomiska ansvaret. Landstingen bör vara beredda att ta det ekonomiska ansvaret för den del av den framtida utgiftsstegringen, som motsvarar standardstegringen. Självfallet kan detta innebära, att utdebiteringshöjningar blir nödvändiga. En annan sak är, att olika förhållanden kan tänkas föranleda en omprövning av bidragsbeloppen, exempelvis utifrån skattepolitiska utgångspunkter. Detta bör emellertid ske i ett större sammanhang och utan sammankoppling med frågan om standardutvecklingen på mentalsjukvårdens område.

B. Remissyttranden

1. Allmänna synpunkter

Även i den principiella diskussionen av statsbidragsutredningens betänkande ansluter sig nästan alla remissinstanserna, d. v. s. framförallt landstingens förvaltningsutskott, till uppfattningen, att landstingskommunerna bör övertaga huvudmannaskapet för mentalsjukvården.

Huvudtemat i de yttranden över mentalsjukvårdsdelegationens och statsbidragsutredningens båda betänkanden, som avgivits av landstingens förvaltningsutskott är, att man är införstådd med behovet av en huvudmannaskapsreform, därför att en sådan är medicinskt och sjukvårdsorganisatoriskt önskvärd, men att reformen endast kan tänkas under förutsättning att landstingen erhåller full täckning för kostnaderna samt att de får frihet att organisera mentalsjukvården efter egen uppfattning. Landstingskommunerna accepterar av denna anledning i och för sig statsbidragsutredningens allmänna synpunkter, men i flera fall är man emellertid skeptiskt inställd till den föreslagna utformningen av statsbidragen, som ej anses praktisk. Särskilt kritiseras, att driftbidragsreglerna ej kunnat göras enkla och mindre svårhanterliga. Därtill kommer vissa allmänt kritiska uttalanden, i vilka vissa betänkligheter kommer till uttryck. Flera utskott har anfört, att den utformning, som de statliga bidragen erhållit, icke kan godtagas. Detta har särskilt kommit till uttryck i yttranden av *Uppsala, Jönköpings, Kronobergs, Blekinge, Skaraborgs, Örebro, Kopparbergs, Väster-norrlands, Jämtlands och Västerbottens läns landstings förvaltningsutskott*.

Man understryker kraftigt utredningens uttalande om full likställighet mellan de blivande huvudmännen i vad avser deras vårdåtagande och rät-

tigheter till ekonomiskt bistånd. Vidare poängteras uttalandet, att landstingskommunerna skall ha största möjliga frihet att anordna och genomföra för dem lämpliga vårdorganisationer. Farhågor yppas dock, att bidragssystemets utformning kan komma att menligt inkräkta på denna frihet.

Med hänsyn till att den förhållandevis snabba utveckling, som under senare årtionden skett inom den somatiska sjukvården, har medfört betydande kostnadsstegringar och därmed ökade uttaxeringsbehov inom landstingskommunerna, är det enligt *Örebro läns landstings förvaltningsutskott* en avgjord förutsättning för en huvudmannaskapsreform, att denna inte får medföra någon kostnadsökning för de nya huvudmännen. Då den ifrågasatta huvudmannaskapsförändringen inte heller motiveras från några skatte-tekniska utgångspunkter utan endast med syfte att åstadkomma en för sjukvården ändamålsenligare organisation, synes det rimligt att kostnaderna för den egentliga mentalsjukvården även i fortsättningen kommer att helt stanna på statsverket. Det av utredningen framlagda förslaget syftar även till en sådan lösning, dock att de nya huvudmännen inte skall få ersättning för kostnader som föranledas av att de rustar upp mentalsjukvården i hastigare takt än staten skulle ha gjort vid en i statlig regi bibehållen mental-sjukvård.

Skaraborgs läns landstings förvaltningsutskott, som anser, att utredningen kommit fram till ganska komplicerade och oöverskådliga regler för fördelningen mellan staten och landstingen av mentalsjukvårdens upprustning och drift, har i princip ingen erinran mot grunderna för finansieringen av mentalsjukvården. Men det förefaller utskottet uppenbart att de av utredningen förutsatta förhandlingarna landstingskommun för landstingskommun måste komma att bli mycket tungrodda och »svårligen kunna leda till den enhetlighet i fråga om kostnadsfördelningen vid en efter övertagandet fortsatt utbyggnad och upprustning på vårdområdet, som man i princip ansett vara en förutsättning för reformens genomförande». Statsbidragen bör inte få en sådan utformning, att de leder till en »centraldirigering» av mentalsjukvården. Uttalande av samma innehåll har gjorts av *Gävleborgs läns landstings förvaltningsutskott*.

Hallands läns landstings förvaltningsutskott, som anser, att utredningen så långt möjligt är, löst den ekonomiska sidan på ett för landstingen i det stora hela tillfredsställande sätt, har i övrigt antytt önskvärdheten av ett enhetligt statsbidrag till all hälso- och sjukvård. Utskottet förutsätter, att de blivande statsbidragsbestämmelserna för mentalsjukvården skall inarbetas i statsbidragsbestämmelser, som framdeles kan komma att bestämmas för hälso- och sjukvården i dess helhet.

Från ett par av de statliga remissmyndigheternas sida anlägges i viss mån en annan syn på den ekonomiska uppgörelsen om mentalsjukvården. Sälunda är *statskontorets* principiella uppfattning den, att statsbidragets funktion bör vara att för landstingskommunerna underlätta själva överta-

gandet, däremot inte med nödvändighet att bereda dem täckning för de kostnader, som mentalsjukvården i framtiden kommer att draga.

Några principiella skäl för att staten även efter en huvudmannaskapsreform skulle bära kostnaderna för mentalsjukvården kan knappast andragas, säger statskontoret vidare. Den omständigheten, att staten hittills svarat för mentalsjukvården kan sålunda i och för sig ej grundlägga sådan skyldighet för staten. Det bör beaktas, att statens hittillsvarande kostnader för mentalsjukvården framstår som relativt blygsamma i jämförelse med landstingskommunernas totala sjukvårdstygter och skulle fördelade på landstingen medföra endast en begränsad höjning av deras utdebitering.

Det bör härjämte även ihågkommas, att huvudmannaskapsreformen sedd från landstingens synpunkt icke blott är en genomgripande sjukvårdsreform utan dessutom innebär, att mentalsjukvården ekonomiskt och organisatoriskt inlemmas i en befintlig stor sjukvårdsadministration. Något av stordriftens fördelar måste därför komma att göra sig gällande i form av lägre relativa vårdkostnader för mentalsjukvården, sedan denna övertagits av landstingen. Obundenheten vid fixerade vårdformer bör kunna leda till att den öppna vården utökas relativt mera än den slutna, varigenom kostnadsminskningar kan uppstå landstingen tillgodo. En under landstingens huvudmannaskap bedriven mentalsjukvård kan vidare repliera på den för landstingen gemensamma upphandlingsorganisationen, vilket förhållande jämväl torde innebära stora möjligheter till besparingar och kostnadsreduceringar. Nu anförda omständigheter talar enligt statskontorets mening för att staten ej bör åtaga sig att för framtiden svara för driftkostnaderna för mentalsjukvården. Det statsbidrag som erfordras för att för landstingen underlätta själva övertagandet av de nya uppgifterna bör alltså givas en tidsbegränsad giltighet.

Mentalsjukvårdsberedningen, som inte vill motsätta sig utredningens förslag som ett provisorium, anser även att landstingskommunerna i framtiden själva bör svara för även mentalsjukvårdens kostnader såsom de nu svarar för kroppssjukvårdens. Beredningen finner dock kostnaderna för mentalsjukvården vara av den storleksordningen, att de — med hänsyn till de uppgifter, som redan åvilar landstingskommunerna — inte utan vidare synes böra åläggas landstingen. Först i samband med att skattesystemets utformning tages upp till övervägande kan man enligt beredningen diskutera att pålägga landstingskommunerna kostnader av ifrågavarande art och storlek. Utgångspunkten för reformen bör därför vara den av utredningen förordade, att landstingskommunerna erhåller i princip hundra procentig täckning för den merkostnad, som deras övertagande av mentalsjukvården medför.

Beredningen konstaterar att det är en svaghet, att bidragsreglerna inte kunnat göras enklare och ur administrativ synpunkt lätthanterligare. Det synes i hög grad angeläget, att man når fram till enklare och såvitt möjligt generella regler. Reglerna bör därför sedermera — såsom utredningen själv förutsatt — bli föremål för omprövning i förenklande syfte. Beredningen be-

tonar även, att huvudmännen själva bör få avväga behovet av olika vårdformer så långt detta är möjligt och skapa en med hänsyn till de lokala förutsättningarna ändamålsenlig och rationell vårdorganisation.

Förslaget till samordning av driftbidraget till egentlig mentalsjukvård med nu utgående bidrag till landstingskommunernas mentalsjukvårdande verksamheter har, i den mån frågan berörs, i allmänhet accepterats av remissinstanserna.

2. Sjukhusanläggningarnas övertagande

Statsbidragsutredningens förslag, att landstingskommunerna i princip vederlagsfritt skall övertaga de statliga mentalsjukhusen, betraktas i remissvaren på landstingshåll i allmänhet som en självklarhet. Bland de statliga remissorganen är meningarna delade om ersättning för mark.

Centrala sjukvårdsberedningen påpekar, att då landstingskommunerna i vissa fall får övertaga nybyggda sjukhus, nyupprustade sjukhus eller i andra fall erhåller bidrag för utrustning eller nybyggnad, kommer landstingen sinsemellan att få mycket varierande ekonomiska utgångspunkter i fråga om anläggningar, vilket ur rättvisesynpunkt bör beaktas vid förhandlingarna om övertagandet.

Statskontoret har ingen erinran mot att landstingskommunerna får övertaga sjukhusen utan vederlag och utan förbehåll, men överlåtelsen bör icke inbegripa till sjukhusen hörande markområden, eftersom dessa är av olika värde och beskaffenhet i olika landsting. Om de nya huvudmännen i stället får utge ersättning för dessa markområden vinnas även ur landstingskommunernas egen synpunkt den fördelen, att områdena icke blir bundna för all framtid till en viss användning utan kan disponeras fritt på det sätt som respektive landstingskommun finner mest ändamålsenligt.

Riksrevisionsverket anser icke, att de nya huvudmännen bör ersätta den mark, som medföljer de befintliga anläggningarna, då kronan inte haft att vidkännas några nämnvärda kostnader härför.

Domänstyrelsen delar utredningens uppfattning, att staten vid överlämnande av sjukhusbyggnaderna inte bör avhända sig större markområden än vad som kan anses erforderligt för respektive sjukhus vårduppgifter.

Mentalsjukvårdsberedningen finner det icke rimligt, att staten skulle uttaga ersättning för befintliga sjukhusanläggningar, utan dessa bör med tillhörande mark överlätas på landstingskommunerna utan vederlag. Det framhålls, att det inte kan åberopas något sakligt skäl för att särskilja marken från anläggningen i övrigt. Att vidtaga ett särskilt värderingsförfarande för just marken, som ju utgör en förhållandevis liten del av anläggningens värde, synes enligt beredningen inte böra ske. I konsekvens härmed bör staten även bidra till kostnaderna för sådan mark, som huvudmännen framdeles måste förvärva för en erforderlig utbyggnad.

Från landstingshåll betonas givetvis, att ett villkor för en reform måste

vara att anläggningarna får övertagas vederlagsfritt. Enligt *styrelsen för svenska landstingsförbundet* måste det betraktas som självklart, att de befintliga anläggningarna utan vederlag överlämnas till landstingen. Styrelsen har intet att erinra mot att överlåtelsen omfattar endast en del av marken, som erfordras för sjukhusens behov. Styrelsen vänder sig däremot med skärpa mot uttalandet, att landstingen bör utge ersättning för all mark, som medföljer anläggningarna.

3. Investeringsbidrag

Vissa av remissmyndigheterna har uttryckligen förklarat, att de ej har något att erinra mot utredningens förslag om *upprustningsbidrag*. Detta är fallet beträffande *statskontoret, svenska landstingsförbundet* samt *Kronobergs och Västernorrlands läns landstings förvaltningsutskott*.

Södermanlands läns landstings förvaltningsutskott menar, att valfrihet måste tillerkännas de nya huvudmännen antingen att godtaga ett upprustningsbidrag och själva ombesörja upprustningen eller kräva att upprustningen ombesörjes och bekostas av mentalsjukvårdsberedningens byggnads- och utrustningsdelegation som verkställt kostnadsberäkningarna och därför ensamt kan svara för dessas tillförlitlighet. Den nye huvudmannen bör äga frihet att avyttra eller på annat sätt tillgodogöra sig det förefintliga sjukhuset och i stället anordna nya platser till motsvarande antal i anslutning till ett lasarett. De föreslagna grunderna för upprustningsbidrag ger mycket liten vägledning för de ekonomiska bedömanden, som är påkallade. Utskottet beklagar därför att upprustningsplanerna inte färdigställts och redovisats i samband med betänkandet, varvid mera påtagliga fakta för ett realistiskt bedömande av utredningens förslag förelegat. Planerna för upprustning av äldre sjukhus bör givas en sådan utformning och omfattning, att de motsvarar de senast nybyggda mentalsjukhusen. Utskottet anser detta vara av den vikt och betydelse att ett klart och otvetydigt uttalande härutinnan från statsmakternas sida bör lämnas som direktiv till byggnads- och utrustningsdelegationen.

Östergötlands läns landstings förvaltningsutskott anser, att ersättning för framtida upprustning av sjukhusen bör utgå, vilket bidrag kan tänkas inarbetas i driftkostnadsbidraget.

Malmöhus läns landstings förvaltningsutskott finner det oskäligt, att upprustningen normeras till de av delegationen beräknade kostnaderna. Kostnadsberäkningar är ofta otillförlitliga. Det torde med fog kunna antagas, säger utskottet, att rimliga överenskommelser kan träffas med de tilltänkta huvudmännen om ersättning för verkliga kostnader. Uppgår den verkliga kostnaden i något fall inte till den beräknade bör det för övrigt ligga i statens intresse att inte behöva betala mer än den verkliga kostnaden.

Om anläggningsbidragen bryter sig till vissa delar åsikterna. Bland de statliga myndigheternas yttranden märks statskontorets och mentalsjuk-

vårdsberedningens uppfattning, att en reglering av bidragsbeloppen med hänsyn tagen till en under utbyggnadsskedet inträffad förändring i fråga om lämplig sjukhusstandard strider mot principen om lika behandling. De ansluter sig därför till reservantens i utredningen uppfattning, att en sådan reglering skulle vara ägnad att skärpa den ojämnhet mellan landstingskommunerna som ligger redan däri, att respektive landstingskommuner kommer att förfoga över sjukhus av olika ålder och förslitningsgrad.

Statskontoret framhåller vidare, att det bör ligga i sakens natur, att staten såsom finansiär av den kapitalslukande upprustningen inom vårdgrenen även skall äga bestämma, vilken andel av den totala investeringsvolymen, som under respektive år kan reserveras för här ifrågavarande ändamål.

Från *mentalsjukvårdsberedningens* sida anföres, att det beträffande investeringskostnaderna inte bör råda någon tvekan om att kostnaderna för fullföljandet av den pågående upprustningen bör åvila staten. En annan ordning skulle medföra en orimlig belastning för det landsting, inom vars område ännu inte finns något mentalsjukhus eller något upprustat sådant sjukhus.

Beredningen tillstyrker metoden för anläggningsbidragens beräkning. De principer i fråga om storlek samt planläggning och utformning, som tillämpas vid de nya sjukhusen, bör enligt beredningens mening ge uttryck för en uppfattning om den erforderliga standarden vid sjukhusen, som för den överblickbara utbyggnadsperioden får anses fullt acceptabel och riktig.

Byggnadsbesparingsutredningen framhåller, att det föreslagna systemet kan medföra risk för att byggnader, som borde ersättas, kommer att utnyttjas även sedan de blivit omoderna och mer personalkrävande än de moderna anläggningarna.

På landstingshåll hyser man en gentemot de statliga remissmyndigheterna motsatt uppfattning, även om de av utredningen föreslagna bidragsbeloppen som sådana accepteras. Då utredningen föreslagit, att anläggningsbidraget skall bestämmas efter vissa i utgångsläget fixerade ersättningsnormer är det enligt *svenska landstingsförbundets styrelse* nödvändigt, att bidraget justeras med hänsyn till förändringar i det allmänna byggnadskostnadsläget. Rimligt är även, säger förbundsstyrelsen, att bidraget anpassas efter de standardförändringar, som inträder under utbyggnadsperioden. Eftersom någon automatiskt verkande formel härför inte torde kunna finnas, torde man, såsom utredningen föreslagit, bli hänvisad att lösa denna fråga förhandlingsvägen. Förbundsstyrelsen anser i motsats till utredningen, att ersättning till framtida förnyelser av sjukvårdsanläggningarna och ersättning för avskrivningskostnader borde ha inarbetats i driftkostnadsbidraget. Landstingsförbundets inställning stöds av flertalet förvaltningsutskott, av vilka flera framför principiella synpunkter. En av dessa är, att bidrag bör utgå till kostnader för lösen av erforderliga markområden vid nyanläggning av sjukhus, vilket reservanten motsatt sig. Dennes uppfattning delas

eljest av statskontoret och riksrevisionsverket men även av Norrbottens läns landstings förvaltningsutskott.

Eftersom byggnadskostnaderna varierar i landet, måste enhetligt anläggningsbidrag innebära ett avsteg från förslaget om likställighet, påpekar *Kristianstads och Västerbottens läns landstings förvaltningsutskott*. En generell byggnadskostnad är orealistisk, säger det förstnämnda utskottet, allra helst som det rekommenderats att sjukhus, som uppföres i anslutning till lasarett, lämpligen bör omfatta 300—400 vårdplatser.

Förvaltningsutskottet i Blekinge läns landsting ifrågasätter, om icke den landstingskommun som övertager ett upprustat, äldre sjukhus, som inom en begränsad tidrymd behöver ersättas, borde vara berättigat att vid uppförandet av nytt sjukhus erhålla ett visst anläggningsbidrag.

Hallands läns landstings förvaltningsutskott frågar sig vad utredningen avsett beträffande omfattningen av anläggningsbidrag. Skall dylikt bara utgå till det första av de två mentalsjukhus, som mentalsjukvårdsdelegationen föreslagit för Hallands del, kan förvaltningsutskottet knappast vara intresserat av mentalsjukvårdens uppdelning på två mindre sjukhus. Det synes utskottet som behövt att begreppet »full utbyggnad» klart definieras och specificeras.

Ersättning för de verkliga investeringskostnaderna förordas i remissyttranden från *Malmöhus, Örebro, Kopparbergs* och *Västernorrlands läns landstings förvaltningsutskott*. Beträffande anläggnings- och utrustningsbidragen förutsätter det förstnämnda utskottet, att utbetalningen av dessa icke fördröjes, sedan de blivit beviljade och att landstingskommunerna inte skall påföras oproportionerliga kostnader för medicinskt erforderliga åtgärder. Då utskottet anser, att fler platser än 4 promille kan vara erforderliga, bör generella bidrag utgå för merbehovet av platser. Även dessa bidrag bör utgå efter den verkliga kostnaden.

Örebro läns landstings förvaltningsutskott anser, att anläggningsbidrag skall utgå till en utbyggnad av den omfattning som erfordras för att meddela adekvat vård åt de mentalt sjuka inom landet. Utgivandet av anläggningsbidrag får därför icke upphöra vid en i förväg bestämd tidpunkt utan först då platstillgången vid mentalsjukhus blivit tillräcklig i förhållande till föreliggande behov.

Kopparbergs läns landstings förvaltningsutskott har ingen erinran mot föreslagna investeringsbidrag, men om staten inte skall bidra till kostnader för framtida ersättningsanskaffningar instämmer utskottet endast under förutsättning, att staten ersätter de verkliga driftkostnaderna.

Västernorrlands läns landstings förvaltningsutskott reagerar mot att den framtida förnyelsen kostnadsmässigt skall helt falla på de nya huvudmännen. Förslaget härutinnan anses strida mot den föreslagna principen, att reformen inte skulle föranleda kostnadsökningar för de blivande kommunala huvudmännen.

Beträffande utredningens uppfattning, att mentalsjukvårdsdelegationens uppskattningar av vårdplatsbehovet bör gälla som en generell övre gräns vid bedömningen av det bidragsberättigande utbyggnadsbehovet inom ett sjukvårdsområde, har några remissinstanser framfört vissa principiella påpekanden. På landstingshåll är man betänksam mot en eventuellt fastlöst promilleregeln.

Centrala sjukvårdsberedningen erinrar om att behovet av vårdplatser varierar inom olika områden och påverkas av olika faktorer. Vid behovsberäkningarna bör beaktas bl. a. vårdens intensitet, mer eller mindre väl differentierade vårdformer, exempelvis i fråga om sjukhemsvård, samt den öppna vårdens inverkan.

Statskontoret utgår ifrån att under utbyggnadsstadiet betryggande kontroll över vårdplatsbehovet inom de olika landstingsområdena kommer att utövas, så att upprustningen totalt sett kan hållas inom en generell gräns för vårdplatsbehovet, beräknat efter 4 promille av befolkningen.

En av de faktorer, som *mentalsjukvårdsberedningen* funnit böra uppmärksammas i detta sammanhang, är den förändring av vårdtiderna och därav följande inverkan på vårdplatsbehovet, som kan betingas av en under senare år intensifierad aktiv psykiatrisk terapi jämte utvecklingen av de farmakologiska behandlingsmetoderna. En expertgrupp inom beredningen är f. n. sysselsatt med en undersökning av den ökade patientomsättningens betydelse för platsbehovet. Enligt beredningen kan det vara skäl att avvakta undersökningens resultat, innan man fastställer det antal platser, som utöver de befintliga skall utgöra normen för erhållande av anläggningsbidrag.

Den schematiska gränsen för utbyggnaden kan enligt *svenska landstingsförbundets styrelse* självfallet underskridas i vissa områden och överskridas i andra. Bidrag bör i varje särskilt fall utgå för det antal vårdplatser, som erfordras för vårdbehovets tillgodoseende.

Förvaltningsutskottet i Kalmar läns södra landsting, som förutsatts repliera på mentalsjukhuset i det norra landstingsområdet, erinrar om att det efter reformens genomförande kan uppstå det egendomliga förhållandet, att den som utnyttjar sjukhuset mest får ringa eller intet inflytande på dess utformning eller drift. Att tvister därvid kan uppstå är lätt tänkbart. Utskottet framhåller som önskvärt att allmänna riktlinjer uppdrages för förvaltningen av de sjukhus, som de närmaste åren efter reformens genomförande kommer att ha upptagningsområden större än det egna landstingets.

Norrbottens läns landstings förvaltningsutskott understryker att vid bestämmandet av anläggningsbidragen är det angeläget att tillräcklig hänsyn tages till sjuklighetens omfattning i respektive huvudområde.

4. Driftbidrag

Spörsmålen kring driftbidraget har livligt diskuterats av de olika remissorganen, därvid så gott som samtliga landsting i olika avseenden visat tvek-

samhet inför utredningens förslag. Majoriteten understryker även i denna bidragsfråga, att en reform måste förutsätta, att de nya huvudmännen tillförsäkras ersättning för de verkliga kostnaderna. Varken från dessa remissinstansers sida eller från alla statliga myndigheters sida gives någon principiell tillstyrkan av utredningens förslag. Särskilt bryter sig meningarna om standardhöjning och nästan alla instanser påtalar, att bidragssystemet är föga lätthanterligt. Enklare och såvitt möjligt generella regler efterlyses. Blott några få remissinstanser tillstyrker klart ett driftbidrag i form av ett kombinerat invånar- och vårdplatsbidrag, och även i dessa fall förekommer reservationer.

Statskontorets synpunkter på driftbidraget bygger på den av ämbetsverket intagna principiella ståndpunkten, att statsbidragens funktion skall underlätta övertagande men inte nödvändigtvis bereda täckning för framtida kostnader.

Det är ur flera synpunkter otillfredsställande, säger statskontoret sålunda, att någon klar slutgräns inte satts för den tidsperiod, under vilken landstingskommunerna över huvud taget skall ha rätt att uppbära statsbidrag till täckande av de med mentalsjukvården förenade driftkostnaderna. Vägande skäl talar för att även driftbidragen på längre sikt bör successivt avvecklas, så att landstingen i framtiden själva får övertaga kostnaderna för mentalsjukvården på samma sätt som fallet redan är beträffande kostnaderna för kroppssjukvården. Statskontoret håller före, att ett bibehållande på längre sikt av separata driftbidrag skulle verka konserverande på gränsdragningen mellan mentalsjukvård och kroppssjukvård. Statskontoret har dock inte något att andraga emot att driftbidraget, under den tid det skall utgå, konstrueras som ett kombinerat invånar- och vårdplatsbidrag. *Medicinalstyrelsen* tillstyrker också det kombinerade systemet tills vidare under vårdgrenens fortsatta utbyggnad. När vården är utbyggd, bör ett enklare driftbidragssystem införas. Betydande fördelar ur förenklingssynpunkt hade otvivelaktigt vunnits om driftbidraget kunnat grundas på invånarantalet. Det bör övervägas om icke vissa förenklingar skulle kunna uppnås genom ett mindre strängt upprätthållande av principerna om en hundra procentig kostnadstäckning och full likställighet de olika huvudmännen emellan, anser *riksrevisionsverket*.

Statens byggnadsbesparingsutredning föreslår, att de nya huvudmännen beredes ersättning för sina ökade kostnader med ett enhetligt belopp per invånare motsvarande statens vid bibehållet delat huvudmannaskap beräknade kostnader vid full utbyggnad enligt av statsmakterna godkända planer.

Centrala sjukvårdsberedningen framhåller, att bidragets konstruktion med en del i form av bidrag per vårdplats kan medföra, att en landstingskommun, som ordnat sin mentalsjukhusfråga med snabb patientomsättning och således procentuellt mindre vårdplatsbehov, erhåller mindre driftbidrag än övriga. Någon stimulans till intensifierad vård och som följd härav minska-

de utbyggnadsbehov föreligger således ej genom konstruktionen av bidraget. Med hänsyn till den rådande bristen på kvantitativa vårdresurser kan den föreslagna utformningen av driftbidraget vara motiverad, säger *mentalsjukvårdsberedningen*, som emellertid även i detta sammanhang är angelägen framhålla, att förslaget endast bör accepteras som ett provisorium för en begränsad tidsperiod såsom en övergång till en mera förenklad konstruktion, som så småningom bör kunna utsträckas att gälla sjukvården i sin helhet. Ett invånarbidrag kan vara en tänkbar lösning.

Från *förvaltningsutskottets i Malmöhus läns landsting* sida göres inte någon erinran mot driftbidragets konstruktion, även om, heter det, ett rent invånarbidrag skulle medföra fördelar ur förenklingssynpunkt. Det synes utskottet lämpligt, att det föreslagna bidraget något så när följer vårdens intensitet. Man framhåller dock, att de sakkunnigas jämförelse mellan kostnaden före och efter ett övertagande inte är rättvisande, enär flertalet av de nu utgående bidrag, som medräknats, inte längre motsvarar, vad de ursprungligen avsetts utgöra. Statsbidraget får inte utformas på ett sådant sätt, att ett landsting lockas säga sig att en eller annan åtgärd inte skall vidtagas därför att statsbidrag inte utgår. Detta vore föga tilltalande, framhåller *förvaltningsutskottet*.

Andra ställer sig än mer kritiska och framför även de i viss utsträckning andra bidragsförslag, i vilka jämväl efterlyses bidrag anpassade till landstingens varierande skatteunderlag.

Stockholms läns landstings förvaltningsutskott föreslår, att av utskottet förordade interimistiska avtal för de landstingskommuner, som successivt önskar övertaga mentalsjukvården, utformas så att landstingen i princip kan erhålla full ersättning för kostnader förenade med en med hänsyn till utvecklingen inom mentalsjukvården fullt tidsenlig vård. Statens ersättning till driftkostnaderna bör kunna bestämmas på förhand på basis av upprättade statförslag.

Kronobergs läns landstings förvaltningsutskott anför, att utredningens olika alternativ för landstingets del skulle komma att medföra en ej oväsentlig ökning av landstingets utgifter och därmed också av landstingets utdebitering.

Därest ett system med bidrag differentierat efter landstingens relativa skatteunderlag skulle leda till ett rättvisare resultat, bör enligt utskottets mening detta prövas. Utskottet har också övervägt, huruvida icke bidraget skulle kunna givas formen av ett modifierat invånarbidrag med olika bidragsbelopp per invånare med hänsyn tagen till skatteunderlaget per invånare inom de olika landstingskommunerna. Det synes utskottet obilligt, att just de landsting, som har det lägsta antalet skattekronor per invånare, skall få sin skattebörda ytterligare ökad genom den ifrågasatta huvudmannaskapsreformen. En omprövning av driftbidragets utformning så att samtliga landstingskommuner erhåller full kompensation synes utskottet ofrån-

komligt för att landstinget skall vara berett att åtaga sig huvudmannaskapet för mentalsjukvården.

Då *Göteborgs och Bohus läns landstings förvaltningsutskott* hesiterar inför utredningens förslag, så beror detta i första hand på att utredningens förslag förmodas kunna motivera en statlig dirigerings av helt andra mått än vad som ifrågasättes för landstingskommunens sjukvårdande verksamhet i övrigt. Även detta utskott kommer in på ett resonemang om skattekraften och utdebiteringen.

Med hänsyn i första hand till de olika grunderna för statlig och kommunal beskattning krävs det självfallet ingående bedömningar i större sammanhang för att besvara frågan, huruvida nuvarande proportioner mellan statens och de kommunala huvudmännens skatteuttag är de lämpligaste. Men om bibehållande av nuvarande proportioner så långt möjligt bör eftersträvas, vilket utredningen utgått från, kvarstår dock den olägenheten, att den kommunala utdebiteringen även vid lika standard varierar avsevärt på grund av samfälligheternas större eller mindre skattekraft. För landstingens del varierar skattekraften enligt senast tillgängliga uppgifter mellan 31:10 och 53:73 kronor per invånare — medtages även storstäderna som förutsatts få driftbidrag enligt samma grunder, blir jämförelsen ännu mera talande. Behovet av skatteutjämnande åtgärder är sålunda stort.

Förvaltningsutskottet ifrågasätter om inte de avsevärda belopp, som driftbidrag med värdebeständighetsgaranti skulle åsamka staten, i stället borde disponeras för statsbidrag till landstingens sjukvårdande verksamhet över huvud taget och konstrueras mera med tanke på att åstadkomma skatteutjämnande effekt än på att åstadkomma full täckning för kostnaderna för viss prestation. Därmed skulle också landstingskommunerna kunna garanteras samma rörelsefrihet i fråga om mentalsjukvården som de redan har beträffande sin övriga sjukvårdande verksamhet. Även *förvaltningsutskottet i Västerbottens läns landsting* finner skäl tala för en gruppering av statsbidraget efter skattekraften hos landstingen. *Svenska landstingsförbundets styrelse*, som erinrar om att den i olika sammanhang påtalat den betydande spännvidden i landstingskommunernas skatteunderlag, menar, att, vid en övergång till ett enklare bidragssystem än det föreslagna, man inte kan undgå att närmare pröva möjligheterna till ett på skatteunderlagen graderat bidrag.

Driftbidraget borde anknytas till de verkliga kostnaderna hävdar bl. a. förvaltningsutskotten i *Kristianstads, Kopparbergs och Västernorrlands läns landsting* samt i *Kalmar läns norra landsting*. Det förstnämnda utskottet föreslår procentbidrag så att följsamhet erhålles till ökade kostnader vid standardförbättring. Förvaltningsutskottet i Kopparbergs läns landsting förordar individuella bidrag beroende på respektive mentalsjukhus verkliga driftkostnader vid överlämnandet. Värdebeständigheten bör garanteras genom tilläggsbidrag. Enligt förvaltningsutskottet i Västernorrlands läns landsting bör driftbidraget beräknas på statens verkliga kostnader för det

beräknade vårdbehovet i varje landstingsområde. De verkliga kostnaderna vid de modernaste mentalsjukhusen bör därvid tjäna som utgångspunkt för beräkningen. Kalmar läns norra landstings förvaltningsutskott anser att bidraget bör kunna beräknas på hela eller viss del av medeltalet av driftkostnaderna vid mentalsjukhusen i riket.

Förändringar i befolkningmängden kan medföra en snedvridning av bidraget, framhåller några förvaltningsutskott. *Förvaltningsutskottet i Skaraborgs läns landsting* uttalar, att det föreslagna driftbidraget till synes kan förefalla väl avvägt. Utskottet kan emellertid ej undgå att med viss skärpa framhålla, att det föreslagna driftbidraget måste anses lika ogynnsamt för de sjukvårdsområden, som har ett vikande eller stagnerande befolkningsunderlag, som det är gynnsamt för de områden, där befolkningsunderlaget är i starkt stigande. Med ett sjunkande befolkningsunderlag, påpekar utskottet, följer nära nog undantagslöst ett relativt sett lägre skatteunderlag som kan skapa stora svårigheter för vederbörande huvudman att ekonomiskt klara driften av sina sjukhusanläggningar av skilda slag. Områden med en stagnerande och åldrande befolkning kan få större vårdbehov än i områden, där befolkningstillväxten är stor. Förvaltningsutskottet ställer sig därför tveksamt till ett bidragssystem, som med hänsyn till sin avvägning mellan invånar- och vårdplatsbidrag till synes är särskilt ogynnsamt för de ej expanderande sjukvårdsområdena, som redan tidigare har ett betydligt lägre skatteunderlag per capita räknat, än de enligt förslagen mera gynnade landstingskommunerna. Med den erfarenhet landstingen har i fråga om statsbidrag bör man enligt utskottets mening »kräva en klart garanterad skyldighet för staten att kontinuerligt reglera sitt driftbidrag i relation till de framtida verkliga driftkostnaderna». Liknande uttalande har gjorts av *Gävleborgs läns landstings förvaltningsutskott*.

För de områden som har ett vikande befolkningsunderlag förordar *Jämtlands läns landstings förvaltningsutskott* ett rent vårdplatsbidrag. Den ej oväsentliga skillnaden i driftkostnaderna mellan de olika mentalsjukhusen, som uppstår genom dyrortsgraderingen, bör enligt utskottet bli föremål för överväganden och beaktanden.

Den metod för de med jämna mellanrum återkommande omprövningarna av driftbidraget, som utredningen föreslagit, finner *statskontoret* vara alltför ohanterligt i praktiken för att kunna godtagas. Oavsett huru driftbidraget i övrigt må utformas, anser ämbetsverket sig därför böra avstyrka, att detta bidrag göres värdebeständigt i förhållande till en av statsmakterna godtagen standardhöjning. Däremot accepteras tanken, att driftbidraget, i vart fall till den del det avser den egentliga mentalsjukvården och under tiden för den planerade utbyggnaden och upprustningen av denna vårdgren, göres i möjligaste mån värdebeständigt med hänsyn till den allmänna löneutvecklingen.

Vid den justering av driftbidraget som föreslagits skola ske vart tredje år

förutsätter *medicinalstyrelsen* att hänsyn tages till de rationaliseringsåtgärder som kan bli resultatet av personaldelegationens inom mentalsjukvårdsberedningen arbete, även om detta skulle innebära en minskning av personalkostnaderna.

Riksrevisionsverket ifrågasätter lämpligheten av att driftbidraget även skall innefatta kompensation för kostnadsökningar, som föranleds av en fortsatt höjning av vårdstandarden. En viktig avvägning i nu nämnda avseende torde komma att stöta på stora praktiska svårigheter och vara förenat med betydande administrativt besvär.

Styrelsen för svenska landstingsförbundet anför, att stor vikt måste helt naturligt läggas vid möjligheterna att inom det föreslagna systemet bibehålla driftbidraget vid dess realvärde. För värdebeständigheten vid lika standard torde någorlunda tillfredsställande garantier ha erhållits genom det föreslagna systemet, men frågan om anpassning av ersättningen vid standardhöjningar hade förtjänat att ytterligare övervägas. Styrelsen anser det angeläget understryka, att en stor del av de väntade fördelarna med överförandet till landstingen av mentalsjukvården kan väntas utebli, om verksamheten skall detaljregleras från staten. Dessutom erinras om att ett förhållande motsatt det av reservanten omnämnda inte är alldeles sällsynt, d. v. s. att staten genom detaljreglering bestämmer kommunala utgifter, för vilka staten endast i viss — stundom ringa — utsträckning behöver ta det ekonomiska ansvaret. Landstingskommunerna kommer med all säkerhet att förorsakas betydande kostnader genom övertagandet av huvudmannskapet för mentalsjukvården, och det är därför naturligt, att de önskar garantier för att inte ensamma behöva bära kostnaderna för standardhöjningen. Enligt förbundsstyrelsens mening är det därför nödvändigt att bidragets anpassning till standardförbättringar innefattas i ett automatiskt verkande system, som bör fungera helt fritt från överväganden rörande det statsfinansiella läget vid varje framtida anpassningstillfälle. Liknande uttalanden föreligger från olika förvaltningsutskott.

V. Departementschefen

1. Principiell diskussion om huvudmannskapsreformen och mentalsjukvårdens utformning

Hälsa- och sjukvårdens problem står i dag mer än någonsin i centrum för samhällsdebatten såväl i vårt land som i andra länder. Denna för den enskilda människan och för samhället i dess helhet vitala verksamhetsgren erbjuder mångskiftande aspekter utifrån olika intressen, för vilka dock alla brukar angivas det gemensamma målet att på bästa sätt söka främja den enskilda människans hälsa och att bota eller lindra hennes sjukdomar. I samband med planeringen för den under det senaste årtiondet kraftigt expanderande

hälso- och sjukvården har debatten ofta rört sig kring det mellan staten och landstingskommunerna delade huvudmannansvaret för sjukvårdens organisation. Denna uppdelning har med skärpa kritiserats och har särskilt ur vårdsynpunkt ansetts vara förkastlig, därest en ändamålsenlig sjukvård skall kunna bedrivas.

Staten har av ålder ombesörjt tjänsteläkarväsendet, d. v. s. provinsialläkarväsendet, och den s. k. egentliga mentalsjukvården samt verksamheten vid vissa undervisningssjukhus. Landstingskommunerna har sedan sin tillkomst för hundra år sedan anförtrotts huvudparten av hälso- och sjukvården och är nu huvudmän för bl. a. kroppssjukvård, distriktsvård, dispensärvård, förebyggande mödra- och barnavård samt folktandvård m. m. ävensom den del av mentalsjukvården, som omfattat av psykiatriska kliniker och sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka samt den psykiska barna- och ungdomsvården jämte huvuddelen av undervisningen och vården av psykiskt efterblivna. Den splittrade organisationen av hälso- och sjukvården har inte motsvarat de krav, som numera ställs och måste ställas på en ändamålsenlig planering och en adekvat vård. Både humanitära och samhällsekonomiska intressen torde bäst gagnas om den hälso- och sjukvårdande verksamheten samordnas under enhetlig ledning.

En betydelsefull åtgärd i denna riktning har vidtagits genom statsmakternas beslut att från och med den 1 juli 1963 överföra tjänsteläkarväsendet till landstingskommunalt huvudmannaskap (prop. 1961: 181; SU 186; rskr. 394). Målet har därvid varit att åstadkomma en rationell samordning mellan den slutna kroppssjukvården och den öppna sjukvården utanför sjukhus. Denna samordning har accentuerats genom tillkomsten av 1962 års sjukvårdslag (prop. 1962: 122; SU 30; rskr. 156), enligt vilken landstingskommunerna i princip skall svara för ej blott, såsom nu, slutna sjukvård utan även öppen sjukvård.

Det andra steget i hälso- och sjukvårdens sammanförande under enhetligt huvudmannaskap är mentalsjukvårdens fullständiga samordning med kroppssjukvården. Frågan om den statliga mentalsjukvårdens överförande till landstingskommunerna har varit föremål för omfattande utredningar och debatter sedan lång tid tillbaka. Undan för undan har den uppfattningen kommit att nästan helt dominera, att mentalsjukvårdens isolering från sjukvårdsorganisationen i övrigt varit till nackdel ur såväl organisatoriska som sjukvårdsmässiga synpunkter. Ett brytande av denna isolering genom mentalsjukvårdens sammansmältning med kroppssjukvården skulle också skapa bättre förutsättningar för att det ur allmänmänsklig synvinkel olyckliga förhållandet, att mentalsjukdomarna och vården för dem uppfattas som något särpräglat. Ett steg i denna riktning kan sägas redan ha tagits genom att det numera finns möjlighet att söka vård vid mentalsjukhus liksom på kroppssjukhus utan att intagningen medför tvång att kvarstanna på mentalsjukhuset.

Som bakgrund till sitt förslag om mentalsjukvårdens planering och organisation har mentalsjukvårdsdelegationen kartlagt de psykiska sjukdomarnas utbredning och vårdbehovet. I anslutning härtill har delegationen även redogjort för mentalsjukvårdens dåvarande utformning och resurser, varvid kritik riktats mot brister inom särskilt den statliga mentalsjukvården.

Genom egna och andra undersökningar har mentalsjukvårdsdelegationen visat, att vårdbehovet inom mentalsjukvården är både kvantitativt och kvalitativt omfattande. De undersökningar av platsbehovet och sjukdomarnas utbredning, som delegationen redovisat utgör en god grund för en bedömning av det totala vårdbehovet inom mentalsjukvården. Enligt delegationens beräkningar skulle vårdplatsbehovet inom den s. k. egentliga mentalsjukvården, d. v. s. vid mentalsjukhusen, uppgå till i genomsnitt 4 promille av befolkningen. Platsbehovet för vård på mentalsjukhem skulle motsvara 1 promille och för vård på lasarettpsykiatriska kliniker 0,4 promille av befolkningen. För storstädernas del beräknades något högre promilletal.

Även om jag delar vissa remissinstansers uppfattning, att delegationen haft ett vittomfattande sjukdomsbegrepp, måste det enligt min mening vara ofrånkomligt att erkänna, att de psykiska sjukdomarna och besvären framträtt allt tydligare i det moderna samhället. Samtidigt har emellertid den medicinska forskningen på området nått givande resultat och lett till att behandlingsmetoderna kunnat avsevärt förbättras. Sålunda vill jag erinra om att man nu kan ingripa på ett helt annat sätt än tidigare mot de traditionella psykiska sjukdomarna, psykoserna, och mot de i stor utsträckning av olika samhällsförhållanden beroende psykiska insufficienstillstånden, d. v. s. neuroser och andra brister i den psykiska funktionsdugligheten. Framför allt har under de senaste åren den medikamentella behandlingen genom nya preparat fått mycket stor betydelse för mentalsjukvården, vartill kommit andra nya terapeutiska metoder. Även en ny syn på mentalsjukvårdsklientelet som sådant börjar vinna ökad terräng innebärande att det ej anses nödvändigt att i lika stor utsträckning som hittills varit fallet differentiera det s. k. lättare klientelet från det s. k. svårare. Nya organisationsformer för vården har härvid kommit att prövas. Möjligheterna att i tillräcklig omfattning ta i bruk de nya hjälpmedlen eller vårdformerna har dock stundom hämmats av bristande materiella och personella resurser.

Mentalsjukvårdsdelegationen har pekat på flera av de faktorer, som påverkar vårdplatsbehovet i dess helhet. För att kunna följa dessas betydelse för bl. a. vårdorganisationens materiella och personella utveckling och ändamålsenliga dimensionering har delegationen föreslagit att undersökningar med prognoser, snarlika den s. k. hallandsundersökningen, skulle genomföras exempelvis vart femte år. I den mån remissinstanserna yttrat sig häröver har de givit sin anslutning till förslaget. Från landstingshåll har dock påpekats, att det icke är möjligt att anpassa mentalsjukvårdens organisation efter varje sådan undersökning.

För egen del är jag ense med delegationen och remissinstanserna om det önskvärda och nödvändiga i att få säkrare underlag för bedömningen av vårdbehovet och dess tillgodoseende. Jag vill dock i detta sammanhang understryka, att, sedan mentalsjukvårdsdelegationen avslutat sitt arbete år 1958, inom mentalsjukvårdsberedningen har företagits kontinuerliga undersökningar av vårdplatsbehovet. Inom beredningen har sålunda vårdplatsbehovet inom de olika sjukvårdsområdena undersökts i förhållande till beläggning och exspektantlistor vid mentalsjukhusen. Framför allt för att söka få en mera ingående uppfattning om de moderna behandlingsmetoderna, den ökande patientomsättningens och klientelförändringens inverkan på vårdtider och platsbehov har vidare inom mentalsjukvårdsberedningen genomförts vissa undersökningar av vårdbehovet och dess förändringar inom några sjukvårdsområden. Sålunda har bl. a. i samråd med berörda landstingskommuner särskilda undersökningar företagits dels rörande klientelet och dess förändringar m. m. under en femtonårsperiod vid Sidsjöns sjukhus, dels rörande det totala vårdbehovet och dess fördelning på olika vårdformer inom några landstingsområden.

Det av mentalsjukvårdsdelegationen framräknade riksmedeltalet för platsbehovet inom mentalsjukvården om 4 promille av befolkningen har av mentalsjukvårdsberedningen i dess utbyggnadsplaner i stor utsträckning måst frångås generellt. De faktiska omständigheterna, d. v. s. sjuklighetens olika utbredning, gör att vårdplatsbehovet inom vissa områden kan vara väsentligt större och i andra ej obetydligt mindre än 4 promille. De av beredningen företagna inventeringarna har sålunda visat variationer i vårdplatsbehovet mellan 2,5 och 6 promille av befolkningen. Härtill kommer att de snabbt förbättrade möjligheterna att bota och lindra psykiska sjukdomar — ej endast i slutna vård utan även inom olika former av öppen vård — har medfört, att såväl delegationens som andra äldre platsbehovssiffror ansetts kunna reduceras. Hänsyn härtill har givetvis tagits i den »rullande» planering, som mentalsjukvårdsberedningen företager för den statliga mentalsjukvårdens utbyggnad. Detta framgår för övrigt av vad som anförts senast i propositionen nr 63 till årets riksdag angående anslag för budgetåret 1963/64 till vissa byggnadsarbeten vid statens mentalsjukhus m. m.

Återkommande undersökningar rörande vårdbehovet är överhuvud erforderliga för all sjukvårdsplanering, sålunda ej enbart för mentalsjukvårdens planering. Det synes mig i detta sammanhang inför hälso- och sjukvårdens samordning under enhetligt huvudmannaskap vara anledning att framhålla den allmänna betydelsen härav. De landstingskommunala huvudmännen torde i ökad omfattning komma att behöva bygga sina ställningstaganden inom hälso- och sjukvården på väl dokumenterade undersökningar och prognoser rörande utvecklingen av efterfrågan på och behov av hälso- och sjukvård. I framtiden torde det icke i första hand böra ankomma på staten att vidtaga undersökningar av det slag mentalsjukvårdsdelegationen

föreslagit. Självfallet måste likväl staten ha ett allmänt intresse av att vårdbehovet inom mentalsjukvården kan följas. Någon principiell invändning mot delegationens förslag att medicinalstyrelsen mer effektivt än hittills bör ha möjlighet att följa klientelstrukturen och patientomsättningen på mentalsjukhusen, har jag därför icke. Sådan möjlighet har numera givits styrelsen genom den under år 1962 påbörjade omläggningen av mentalsjukhusens patientregister.

Frågan om mentalsjukvårdsdelegationens förslag till mer omfattande, periodvis återkommande undersökningar bör enligt min åsikt lösas i särskild ordning, varvid statens och de lokala huvudmännens olika ansvar och intressen bör avgränsas. Jag finner icke skäl att i detta sammanhang ta ytterligare ställning till förslaget. De undersökningar, som erfordras för statens fortsatta utbyggnad av vårdgrenen, göres, som jag nyss framhöll, av mentalsjukvårdsberedningen i samråd med vederbörande landstingskommun. Till frågan om vårdorganisationens bestämmande i samband med den föreslagna huvudmannaskapsreformen återkommer jag i det följande.

De brister inom mentalsjukvården, som delegationen påtalade i sitt år 1958 avlämnade betänkande och som i stor utsträckning hänför sig till förhållanden under första hälften av femtiotalet, var utan tvekan betydande. Jag vill emellertid erinra om att sedan delegationen slutfört sitt arbete har den under senare år i stegrad takt pågående såväl materiella som personella upprustningen inom mentalsjukvården varit betydande och i stor utsträckning eliminerat tidigare brister och avsevärt förbättrat förhållandena inom vårdområdet. Antalet vårdplatser har under senare år ökat i rask takt samtidigt som effektivare behandlingsmetoder jämte förbättrade materiella och personella resurser ökat patientomsättningen och nedbringt en betydande del av överbeläggningen och antalet exspektanter. Som exempel på upprustningen och utbyggnaden av statens mentalsjukvård kan först nämnas att statsmakterna alltsedan budgetåret 1958/59 anvisat i runt tal 310 miljoner kronor för byggnadsarbeten och inköp av utrustning m. m. Platsantalets utveckling belyser också det pågående reformarbetet. År 1949 var antalet fastställda vårdplatser vid de egentliga mentalsjukhusen 18 235, vilket antal år 1961 ökat till 21 551 eller med 3 316. Ökningen av platsantalet har varit särskilt stor under perioden 1955—1959, då ökningen var närmare 2 000 platser. Överbeläggningen har minskat från 14 procent av det godkända platsantalet år 1955 till omkring 3,4 procent år 1960 och har numera totalt sett upphört. Åtskilliga sjukhus har dock fortfarande en ej obetydlig överbeläggning. Antalet exspektanter har under åren 1955—1961 minskat med mer än 40 procent. Patientomsättningen, d. v. s. antalet intagna med nytt patientnummer i procent av medelbeläggningen, har vid primärsjukhusen stigit från 57 procent år 1955 till 96 procent år 1961, d. v. s. med cirka 80 procent. År 1949 var patientomsättningen blott 41 procent, vilket innebär att mer än en fördubbling av antalet nyintagna uppnåtts

mellan åren 1949 och 1961. Räknat per läkartjänst har omsättningen under tiden 1955—1961 ökat från 78 till 88 eller med nära 13 procent. Antalet läkartjänster ökade samtidigt med omkring 45 procent.

Jämväl på personalsidan har en betydande upprustning ägt rum. De senaste fem budgetåren, d. v. s. 1958/59—1962/63, har tillkommit sammanlagt för nya och befintliga sjukhus 2 000 nya tjänster. Brist råder dock alltså jämt på personal, särskilt läkare, men det är att hoppas, att också dessa brister i vårdgrenens resurser skall successivt kunna avhjälpas, t. ex. genom ökad läkarutbildning samt den kvalitativa och kvantitativa förbättringen av mentalsjukvårdspersonalens utbildning, som ägt rum under senare år. Inom mentalsjukvårdsberedningen arbetar f. n. en särskild delegation med uppgift att utreda och föreslå en rationellare personalorganisation vid mentalsjukhusen, varigenom personalförhållandena ytterligare bör kunna förbättras.

Även om hänsyn tages till de förhållanden, som rådde vid tiden för mentalsjukvårdsdelegationens arbete, kan delegationens kritiska beskrivning av och uttalanden om mentalsjukvårdens belägenhet följaktligen synas väl mörka. De betydande insatser som skett inom området och som exemplifierats bör icke förglömmas, men jag vill också understryka, vad jag anfört i tidigare uttalanden i andra sammanhang, att otillfredsställande vårdförhållanden alltså råder inom vissa delar av mentalsjukvården. Den utomordentligt angelägna upprustningen av våra mentalsjukhus eller tillkomsten av nya sådana, särskilt i de landstingsområden som saknar mentalsjukhus, måste sålunda genomföras med all kraft. Det är min förhoppning, att den hittills gjorda men även den fortsatta upprustningen jämte den medicinska utvecklingen på området för framtiden skall ge mentalsjukvården bättre förutsättningar att lösa sina vårdproblem än den tidigare har haft. De medicinska och sjukvårdsorganisatoriska bristerna kvarstår emellertid så länge som mentalsjukvården förblir en sjukvård utan medicinsk och organisatorisk samhörighet med övrig sjukvård. Så länge dessa brister får bestå, kommer det enligt min uppfattning fortfarande att finnas en för de av sjukdomar lidande människorna olycklig gränsdragning mellan somatisk och psykisk sjukvård.

Såsom mentalsjukvårdsdelegationen understrukit är det angeläget att de psykiskt sjuka kommer under behandling så tidigt som möjligt. Den viktigaste förutsättningen för både »tidigbehandling» och ett tillfredsställande vårdresultat är, att full likställdhet ernås mellan kroppssjukvård och mentalsjukvård. Tidigbehandling, samordning av slutna och öppna mentalsjukvård samt av mentalsjukvård och kroppssjukvård kräver gemensam planläggning och förvaltning av hela vårdområdet. Slutmålet skall vara, att de båda huvudvårdgrenarna sammansmälter inom en och samma sjukvårdsorganisation. Såväl medicinska som sjukvårdsorganisatoriska skäl talar sålunda klart för ett gemensamt huvudmannaskap.

Det är därför med tillfredsställelse jag konstaterar, att en så gott som enhällig remissopinion är införstådd med att det medicinskt och sjukvårdsorganisatoriskt ej är tillfredsställande med fortsatt delat huvudmannaskap för vården av de mentalt sjuka. I de undantagsfall där en viss tvekan yppats mot reformen har icke framförts några bärande argument för att mentalsjukvården skulle förbliva under statligt huvudmannaskap. Övervägande antalet remissinstanser är också ense om att sjukvården bör ses som en helhet under enhetlig ledning. I likhet med mentalsjukvårdsdelegationen och den så gott som enhälliga remissopinionen finner jag sålunda klart ådagalagt, att medicinska och sjukvårdsorganisatoriska skäl talar för att den statliga mentalsjukvården överföres till landstingskommunerna. Jag föreslår därför också för egen del att den statliga mentalsjukvården i princip överföres till och ställes under landstingskommunalt huvudmannaskap.

Från flera remissinstanser har såsom en förutsättning för en huvudmannaskapsreform rests krav på en tillfredsställande ekonomisk uppgörelse samt på en materiell och personell upprustning. Det är min förhoppning, att den tveksamhet, som av dessa skäl kan råda, skall undanröjas genom det förslag till allmänna bestämmelser för reformens genomförande, som jag framlägger i det följande. Vissa farhågor har framkommit för att landstingen genom övertagandet av statens mentalsjukvård får en sådan ökning av förvaltningsuppgifterna att förtroendemännens medverkan i landstingsförvaltningen skulle minska. Tillkomsten av mentalsjukhus i varje enskild landstingskommun behöver dock ej i och för sig betyda någon större ansvällning av den landstingskommunala förvaltningsorganisationen. Tillsammantaget med andra reformer och med hänsyn till nödvändigheten av en vidgad planering kan dock huvudmannaskapsreformen medföra, att landstingskommunerna behöver utöka sin centrala förvaltningsapparat. Den nuvarande landstingslagen ger dock uppenbarligen landstingen möjlighet bl. a. att tillförsäkra oinskränkt och avgörande medverkan från förtroendemännens sida i olika styrelser och nämnder. Härtill vill jag även erinra om att av mig särskilt tillkallade sakkunniga, den s. k. landstingsutredningen, f. n. genomför en översyn av landstingens arbetsformer och organisation. I utredningsuppdraget ingår att söka utforma landstingens organisation och verksamhetsformer så att de blir i stånd att handha ytterligare uppgifter. Det finns följaktligen anledning vänta att eventuella olägenheter för landstingsmännens medverkan i handhavandet av landstingskommunernas angelägenheter kommer att beaktas av landstingsutredningen.

På remiss håll har också anförts, att mentalsjukvården under landstingskommunernas huvudmannaskap skulle komma att konkurrera med andra landstingsuppgifter inom sjukvården liksom mentalsjukvården på det statliga området i kostnadshänseende konkurrerar med andra statliga verksamhetsgrenar. Enär de statliga bidragen i princip kommer att täcka hela kostnaden för mentalsjukvården även efter dess överförande till landstingskom-

munerna bör dock en dylik konkurrens knappast bli aktuell. Den statliga mentalsjukvårdens överförande till landstingskommunerna bör innebära dess likaberättigande med kroppssjukvården på ett sådant sätt, att det totala sjukvårdsbehovet framdeles kan bli enhetligt bedömt och tillgodosett genom en samordnad planering. Vårdgrenen mentalsjukvård bör bli en gren vid sidan av lasarettvård, sanatorievård, epidemivård etc. och följaktligen assimileras medicinskt och organisatoriskt med sjukvården i övrigt. En väsentlig bevekelsegrund för huvudmannaskapsreformen skulle enligt min bestämda uppfattning undanryckas om efter en reform något slags principiell åtskillnad i nämnt hänseende skulle göras mellan mentalsjukvård och kroppssjukvård. En huvudmannaskapsreform för mentalsjukvårdens del avser m. a. o. att möjliggöra en lösning av sjukvårdens problem i dess helhet, i vilken mentalsjukvården bör intaga sin naturliga plats vid sidan av övriga sjukvårdsgrenar.

2. Huvudmannaskapsreformens omfattning m. m.

Från förslaget till huvudmannaskapsreform har mentalsjukvårdsdelegationen undantagit *dels* de psykiskt sjuka, som kallas psykopater, *dels* de särskilt farliga psykiskt sjuka och abnorma, vilka kräver specialvård, *dels* de psykiskt efterblivna, som vårdas på statliga anstalter och ej omfattas av 1954 års lag om undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna, *dels* epileptiker, som vårdas på statliga anstalter och ej omfattas av 1954 års lag om undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna, *dels* ock epileptiker i övrigt, som vårdas på statliga institutioner. Mentalsjukvårdsdelegationen har som skäl för denna sin ståndpunkt bl. a. hävdad, att den var mer av praktisk än principiell natur.

Delegationens förslag om vissa »statliga» patientkategorier inom mentalsjukvården har av flera remissinstanser påtalats bl. a. medföra svårighet att draga en konsekvent gräns mellan »landstingskommunala» och »statliga» patienter. Bl. a. på grund härav har dessa frågor sedermera varit föremål för särskilda utredningar inom mentalsjukvårdsberedningen. Svårigheterna i delegationens gränsdragning har därvid klart åskådliggjorts. Mentalsjukvårdsberedningens förslag innebär därför att den tilltänkta huvudmannaskapsreformen skulle bli praktiskt taget total och i princip omfatta all mentalsjukvård.

Vad först angår psykopatvården vill jag erinra att frågan om dess organisation senast behandlades vid 1959 års riksdag, som i enlighet med proposition nr 87 beslutade om uppförandet av psykopatsjukhuset i Katrineholm. De båda specialavdelningarna vid S:t Sigfrids och Sidsjöns sjukhus skulle enligt samma beslut tills vidare tagas i anspråk för vård av sådana manliga psykopater, vilka icke lämpligen borde omhändertagas på det nya

sjukhuset. Jag framhöll i nämnda proposition, att jag med sjukhusets i Katrineholm uppförande icke tagit ställning till frågan om huvudmannaskapet på längre sikt för psykopatvården inom mentalsjukvården. Likheten i klientelet art kunde anses tala för att såväl s. k. egentlig mentalsjukvård som psykopatvård också i fortsättningen borde handhas av samma huvudman, medan å andra sidan vissa organisatoriska skäl möjligen kunde motivera ett fortsatt statligt huvudmannaskap, även om mentalsjukvården i övrigt överfördes till landstingen. Frågan borde därför prövas i sammanhang med ställningstagande till mentalsjukvårdsdelegationens utredning.

Av mentalsjukvårdsberedningens utredning framgår att man på medicinskt ansvarigt håll till alldeles övervägande del ansluter sig till uppfattningen, att i begreppet psykopati på ett oriktigt sätt införts en social värdering, innebärande att en psykopat är en för samhället misslyckad eller obehaglig individ. Det torde i stället vara så, att det är fråga om ett psykiskt abnormtillstånd, som kan vara lesionellt betingat och utgöra defekttillstånd efter hjärnskador, vilka kan ligga mycket långt tillbaka i tiden. Huruvida ett psykiskt abnormtillstånd, som kräver vård och omhändertagande på mentalsjukhus, har föranlett patientens straffrifyrkning eller inte, bör här lika litet som beträffande andra mentalt sjuka ej ha någon inverkan på vårdansvaret som sådant. Anser den medicinska sakkunskapen att en psykiskt abnorm människa, s. k. psykopat, eller farligt psykiskt sjuk är i behov av omhändertagande på mentalsjukhus för specialvård eller för gängse mentalsjukvård, bör allt detta enligt min uppfattning ske inom ramen för mentalsjukvården och icke i en utanför denna särskilt tillskapad vårdgren under annan huvudman. Utöver vad jag nu anfört vill jag särskilt understryka vad som framkom i mentalsjukvårdsberedningens inventering av patientklientelet, nämligen att de undersökta patienterna i en helt dominerande omfattning är psykiskt sjuka i stort behov av psykiatrisk-medicinsk vård och av samma utrednings- och behandlingsmöjligheter som övriga patienter på mentalsjukhus och psykiatriska kliniker. Det är uppenbarligen ur vårdsynpunkt av fundamental betydelse, att även psykopatpatienterna liksom mentalsjukvårdens övriga patienter inte är fastlåsta vid en viss vårdform utan att de alltefter behov kan vårdas än på allmänna vårdavdelningar än på specialvårdavdelningar.

På många håll råder den uppfattningen att landstingskommunerna genom övertagandet av specialvården av s. k. psykopater och de särskilt farliga psykiskt sjuka kommer att bli huvudmän för något som kunde betraktas som kriminalvård. Vissa förvaltningsutskott har betonat, att man icke vill åta sig något vårdansvar beträffande patienter, för vilka övriga medborgare måste skyddas. Gentemot denna uppfattning vill jag framföra att till mentalsjukvården skall givetvis icke hänföras klientel, som icke av medicinska skäl behöver omhändertagas och vårdas på mentalsjukhus. Jag vill bestämt understryka, att det är fråga om ett patientklientel i behov av

specialvård inom mentalsjukvården oavsett om straffriförklaring föreligger eller ej. Det avgörande är behovet av specialsjukvård, som måste finnas inom alla grenar av sjukvården. Behovet av specialvård inom mentalsjukvården avgöres liksom inom sjukvården i övrigt av vederbörande läkare på medicinska grunder. Det är m. a. o. behovet av vård inom ramen för sjukvården som är och förblir det avgörande kriteriet.

Vad jag anfört om psykopatvården gäller i princip även vården av de farliga psykiskt sjuka ävensom undervisningen och vården av de svårskötta psykiskt efterblivna, d. v. s. det s. k. § 4-klientelet, samt vården av epileptiker vid statliga institutioner.

Rörande de nämnda psykiskt efterblivna kan urskiljas dels de som vårdas på särskilda mentalsjukhus, vilka är det stora flertalet, och dels de som undervisas och vårdas på vissa skolhem. Svårigheten att upprätthålla en klar gränsdragning mellan statligt och landstingskommunalt klientel har påvisats inom så gott som alla grupper av psykiskt efterblivna. Gällande kriterier på den form av efterblivenhet, som skall indicera statligt vårdansvar, har kritiserats både i mentalsjukvårdsberedningens principförslag och i remissvaren. Den av mentalsjukvårdsdelegationen gjorda principdeklarationen för ett enhetligt huvudmannaskap för mentalsjukvården har åberopats såsom i princip även tillämplig på frågan om huvudmannaskapet för undervisningen och vården av psykiskt efterblivna. Kritik har från några håll riktats mot att undervisningen av psykiskt efterblivna, d. v. s. både den nuvarande landstingskommunala och den statliga skolhemsorganisationen för psykiskt efterblivna, hänförts till sjukvårdsorganisationen. Till detta vill jag anföra, att enighet torde råda om att den del av verksamheten, som tar sikte på både undervisning och vård, till väsentlig del omfattar skolundervisning som så långt möjligt är till sin karaktär bör ställas i paritet med den vid vanliga skolor. Det kan likväl icke vara till nytta varken för klientelet eller för behovet av ett samlat grepp över omhändertagandet av de psykiskt efterblivna att separera skolhemmens klientel från ett enhetligt huvudmannaskap. Detta skulle leda till en återgång till förhållandena före den nuvarande lagstiftningens ikraftträdande och innebära en tudelning av klientelet, som ur både organisatoriska och andra synpunkter vore olämplig. Det primära i sammanhanget är, vilket icke minst understrykts av föräldraorganisationerna, att omhändertagandet av alla psykiskt efterblivna organisatoriskt bör ombesörjas av samma huvudman. Jag vill understryka det önskvärda i att de nuvarande statliga skolhemmen för barn med komplicerad utvecklingshämning på ett naturligt sätt inlemmas i landstingens särskoleorganisation så att de för denna kan tjänstgöra som specialskolhem i intimt samarbete med särskolorna på länsplanet. Kan specialvård bedrivas inom den psykiska barna- och ungdomsvården liksom inom sjukvården och barnhemsvården i övrigt bör jämväl speciellt omhändertagande av barn med komplicerad utvecklingshämning rimligen kunna åstadkommas

av landstingskommunerna utan några större svårigheter. Härpå har landstingskommunerna givit utomordentliga exempel i andra sammanhang, då det ur vårdsynpunkt gällt att skapa små enheter, inom vilka exempelvis hänsyn kunnat tagas till önskemål om differentierad vård.

Oavsett vilken klientelgrupp det är fråga om har jag den uppfattningen, att en på regioner ordnad landstingsvård är möjlig att åstadkomma inom mentalsjukvården liksom fallet är inom kroppssjukvården. Det förefaller mig föga rationellt att vid en huvudmannaskapsreform utbryta en del av mentalsjukvården och låta denna kvarbliva under statligt huvudmannaskap med ty åtföljande svårigheter att bestämma vilka som skall vara statens respektive landstingskommunernas patienter. De skäl som anförts för en samordnad mentalsjukvård och kroppssjukvård är följaktligen enligt min uppfattning allmängiltiga för all hälso- och sjukvård och bör i princip utesluta undantag. Det kan icke vara till gagn, humanitärt, organisatoriskt eller samhällsekoniskt med ett splittrat huvudmannansvar inom hälso- och sjukvården i dess vidare bemärkelse. De praktiskt organisatoriska svårigheterna för inordnandet av de till antalet få patientkategorierna krävande specialvård under landstingskommunernas vårdansvar bör icke hindra den fullständiga samordningen av all sjukvård under enhetligt huvudmannaskap.

Mentalsjukvårdsberedningens förslag att staten alltfort skulle svara för undervisningen och vården av de psykiskt efterblivna döva och blinda barnen vid skolhemmen för barn med komplicerat lyte är givetvis ett avsteg från den uttalade principen. Men det ligger här — som markerats i utredningen och i flera remissvar — i uppenbar dager, att dessa barn kräver en specialundervisning av alldeles särskild karaktär, som också innesluter andra barn med motsvarande lyten. Med hänsyn härtill och då även döv- och blindskolorna i övrigt drivs av staten, ansluter jag mig till beredningens förslag, att döva och blinda särskolebarn skall omhändertagas för undervisning och vård på statliga skolhem. Även dessa psykiskt efterblivna bör dock vara inskrivna hos sina hemortslandstings centralstyrelser och eljest underställas dessa för erforderlig omvårdnad, då vistelsen vid de statliga skolhemmen upphör.

I anslutning till det nu anförda bör sålunda landstingskommunerna såvitt angår patienter från landstingsområdena övertaga huvudmannaskapet för den av staten bedrivna mentalsjukvården och vården av epileptiker. Till den av staten bedrivna mentalsjukvården hänföres därvid *dels* den i anslutning till statens mentalsjukhus drivna slutna och öppna vården, till vilken hör specialvården av psykiskt sjuka med tuberkulos i smittsamt skede, psykiskt sjuka barn och ungdomar, särskilt farliga psykiskt sjuka, psykiskt abnorma (s. k. psykopater) och psykiskt efterblivna, *dels* den undervisning och vård av psykiskt efterblivna, som meddelas vid andra statliga institutioner än vid mentalsjukhusen, *dels* ock sådan mentalsjukvård samt undervisning och

vård av psykiskt efterblivna vid institutioner, till vilkas drift staten bidrager enligt särskilt avtal. Till den öppna vården hör bl. a. hjälpverksamhet och familjevård. Från övertagandet bör dock undantagas undervisningen och vården av sådana blinda och döva psykiskt efterblivna barn, som skall mottagas vid statens blind- och dövskolor.

Vad jag här förordat har intagits i förslaget till allmänna bestämmelser om landstingskommunernas övertagande av statens mentalsjukvård. Jag konstaterar med tillfredsställelse att man från landstingskommunernas sida vid de förda överläggningarna i princip godtagit den föreslagna omfattningen av reformen. Det är min förhoppning, att de eventuella organisatoriska svårigheterna kommer att smidigt lösas i samförstånd mellan berörda myndigheter och landstingskommuner i samband med upprättandet av de vård- och regionvårdplaner, som enligt förslaget till bestämmelser om reformens genomförande förutsättes skola ingå i de separata avtalen med landstingen. Vid de överläggningar som hållits med representanter för landstingsförbundet har enighet nåtts om att ett samtidigt genomfört övertagande av huvudmannaskapet är att föredraga framför ett successivt.

Den pågående upprustningen av mentalsjukvården och landstingskommunernas omedelbart förestående övertagande av tjänsteläkarväsendet men även pågående utredning om landstingens arbetsformer och organisation samt olika detaljspörsmål i samband med de kommande lokala förhandlingarna på området medför dock att en reform bör ses på någon sikt efter fattandet av principbeslutet härom. Med hänsyn härtill och i enlighet med därom träffad överenskommelse föreslår jag, att reformen genomföres fr. o. m. den 1 januari 1967 utom beträffande huvudmannaskapet för psykopatvården, vilket bör övertagas av landstingskommunerna senast den 1 januari 1970.

Den bedömning av angelägenheten att se mentalsjukvården som en helhet kommer därigenom beklagligtvis att icke omedelbart resultera i denna specialvårds inlemmande i hälso- och sjukvårdens allmänna organisation och samordning, trots att det här är fråga om specialvård inom mentalsjukvården.

Det nu sagda utesluter givetvis icke att landstingskommun dessförinnan träffar överenskommelse med staten om uppförande och drift av nytt sjukhus eller om drift av nytt sjukhus, som staten uppfört. Självfallet bör de allmänna bestämmelserna i förslaget ligga till grund för en dylik överenskommelse. Det som här åsyftas är närmast sådana överenskommelser som Örebro och Gävleborgs läns landstings övertagande av driften vid Mellringe respektive Hälsinge mentalsjukhus.

Från landstingshåll har i samband med diskussionen om en huvudmannaskapsreform betonats, att de tilltänkta huvudmännen i avvaktan på övertagandet bör ha möjlighet till medinflytande på mentalsjukvårdens planering och utbyggnad. I anledning härav vill jag änyo erinra om att samarbete

och samråd därutinnan redan nu sker mellan mentalsjukvårdsberedningen med dess olika organ och vederbörande landstingskommuner, vilka därvid äger möjlighet att få sina sjukvårdsorganisatoriska intressen beaktade. Inför beslutet om överförandet av den statliga mentalsjukvården till landstingskommunerna och med hänsyn till de planer, som skall ligga till grund för den fortsatta utbyggnaden inom vårdgrenen enligt kommande avtal, är det både angeläget och nödvändigt för reformens genomförande att samarbetet och samrådet mellan mentalsjukvårdsberedningen och de nya huvudmännen intensifieras under tiden fram till reformens genomförande.

3. Mentalsjukvårdens organisation

Vid remissbehandlingen har man i stort sett godtagit mentalsjukvårdsdelegationens förslag till mentalsjukvårdens organisation inom ett landstingsområde såsom allmän riktlinje för vårdgrenens fortsatta lokala utbyggande. Delegationens betydelsefulla uttalande, att de nya huvudmännen bör ha frihet att planera och utforma organisationen, anses särskilt på landstingshåll såsom en självklar och rimlig princip. Också för egen del ansluter jag mig till denna uppfattning, vilken ju är grundläggande för mentalsjukvårdens organiska sammansmältning med den av landstingskommunerna i övrigt bedrivna sjukvården. Det vårdorganisatoriska ansvaret för mentalsjukvården bör alltså för de nya huvudmännen bli av samma slag, som föreligger inom kroppssjukvården.

Vad delegationen eljest föreslagit beträffande organisationen har kritiserats såsom alltför lösligt av bl. a. statskontoret och centrala sjukvårdsberedningen, som ställer sig något tveksamma om tillräckligt underlag funnits för att motivera en så stark standardhöjning som skisserats. Denna i viss mån skeptiska inställning, som delas av andra remissorgan, är ingalunda orealistisk, men det bör samtidigt hållas i minnet, att delegationens organisationsförslag är att betrakta som en rekommendation och som ett önskemål. I den upprustning av mentalsjukvården, som nu pågår från statens sida och i samarbete med landstingskommunerna, beaktas delegationens allmänna riktlinjer med hänsynstagande till den snabba utvecklingen inom mentalsjukvården. Efter reformens genomförande måste det bli de nya huvudmännens sak att söka sig fram till den för varje huvudman mest lämpliga organisationen. Härvid kan delegationens riktlinjer tjäna som vägledning.

I detta sammanhang vill jag framhålla, att ett av skälen till huvudmannaskapsreformen är, att den moderna mentalsjukvården undan för undan håller på att vårdorganisatoriskt splittras mellan mentalsjukhus under statens ansvar och landstingskommunernas psykiatriska lasarettskliniker m. m. Det vore enligt min uppfattning olyckligt om denna »inre splittring» finge fortgå utan att man beaktar vad som sker ej endast inom psykiatrin utan även

inom den medicinska vetenskapen i övrigt och som klart accentuerar behovet av intimt samarbete mellan psykiatri och övriga specialiteter. Detta leder i sin tur såsom flertalet remissinstanser också betonat naturligen till att krav reses på en organisatorisk och byggnadsmässig sammansmältning av de olika specialiteterna. Det skulle — som bl. a. påpekats av Östergötlands läns landstings förvaltningsutskott — vara föga lyckligt, om det ur medicinska synpunkter blev en konstlad uppdelning mellan vård å mentalsjukhus och å psykiatrisk klinik. Det är — som jag tidigare anfört — väsentligt, att det även inom vårdgrenen som sådan sker en samordning av resurser, organisation och utbyggnad också av det skälet att diskrimineringen av de mentalt sjuka och deras sjukdomar i det allmänna medvetandet därigenom motverkas. Medicinska fakultetens i Lund yttrande, att differentieringen av mentalvårdspatienter snarare bör vara vårdteknisk än diagnosmässig, finner jag därför vara värd att uppmärksamma icke minst med tanke på att landstingskommunerna jämväl föreslås omhänderha specialvården av psykiskt sjuka och abnorma samt av psykiskt efterblivna.

Jag vill även poängtera nödvändigheten av att uppmärksamhet i ökad omfattning ägnas åt sambandet mellan sjukhemmen för de lättskötta psykiskt sjuka och övriga sjukvårdsinstitutioner. Det har påtalats, att det på sjukhemmen förekommer ett stort antal patienter, som rätteligen borde vårdas på mentalsjukhusen. Men även det motsatta förhållandet är ett faktum. Vad som här är av speciell betydelse är dock vården av det växande åldringsklientelet. I anslutning till svenska socialvårdsförbundets yttrande synes det mig nödvändigt framhålla att man i högre grad än hittills tar hänsyn till de gamlas psykiska och fysiska besvär även om dessa inte alltid kan klassificeras under det sjukdomsbegrepp som kräver sjukhusvård i egentlig mening. Jag vill här också understryka vad särskilt styrelsen för svenska landstingsförbundet anfört, nämligen att i en ej alltför avlägsen framtid kan de, som i dag betraktas som sjukhemsfall, bli behandlingsbara med kommande behandlingsmetoder. För dessa bör då finnas möjlighet att anlita resurserna vid primär- eller centralsjukhusen.

Vad angår delegationens förslag rörande mentalsjukhusens storlek vill jag påminna om att de statliga fristående mentalsjukhus som planerats och uppförts under 1950-talet har det av delegationen rekommenderade platsantalet om 600 å 700 platser. Mentalsjukvårdsberedningens byggnads- och utrustningsdelegation, som handlägger ärenden rörande planering och projektering av nya mentalsjukhus ävensom upprustning av befintliga sjukhus, utgår givetvis i sin fortsatta planering från att sjukhusen får en storlek som överensstämmer med vad som är både vårdmässigt och driftsekonomiskt önskvärt. Det sedan flera år tillbaka pågående planeringsarbetet avser mindre enheter i direkt anslutning till nya eller befintliga lasarett. Den alltmer av olika skäl ökade betydelsen av öppen vård i olika former påverkar intimt den slutna vårdens utbyggnad. I mentalsjukvårdsdelegatio-

nens utredning har kraftigt markerats nödvändigheten av att den öppna mentalsjukvården intensifieras och att denna blir föremål för principiella och praktiska överväganden. Denna uppfattning delas i stort sett av remissinstanserna, även om tveksamhet kommer till synes inför den långtgående uppspaltning av organisationen som föreslagits. Jag vill starkt understryka vikten av att den öppna vården och därvid icke minst familjevården utbyggs och förstärkes. Jag vill också framhålla önskvärdheten av att dagsjukhus, inackorderingshem eller andra anordningar för s. k. halvöppen eller halvsluten vård kommer till stånd. Erfarenheterna av dylika institutioner från andra länder och av bedriven försöksverksamhet i vårt land anses vara goda och det är min uppfattning, att de bör väsentligt kunna medverka till skapandet av en ändamålsenlig vårdorganisation som supplement till sjukhusen och som betydelsefullt stöd åt andra vårdformer. En god öppen vård har sin givna betydelse särskilt då det gäller att tillgodose kravet på tidigbehandling. Härvid bör också — som antytts av delegationen och vissa remissorgan — de finansiella intressena för en ändamålsenlig ekonomisering av sjukvårdens resurser bättre kunna tillvaratagas. Jag vill i denna del slutligen erinra om att en särskild expertgrupp för utredning om den öppna mentalsjukvårdens utbyggnad har tillsatts inom mentalsjukvårdsberedningen. På grundval av förslag från beredningen har försöksverksamhet beslutats och påbörjats, som i sinom tid bör kunna ge lämpliga riktlinjer för en mer funktionell öppen vård. Bl. a. bör underlag kunna erhållas för bestämning, i vilken utsträckning en utbyggd öppen vård kan påverka vårdplatsbehovet. Jämväl frågan om provinsialläkarnas och distriktssköterskornas medverkan i den öppna mentalsjukvården torde bli föremål för gruppens överväganden.

4. Allmänna bestämmelser för landstingskommunernas övertagande av statens mentalsjukvård m. m.

Såsom förut nämnts har överläggningar förts mellan företrädare för inrikesdepartementet och svenska landstingsförbundet om de bestämmelser, som skall gälla för överförandet av statens mentalsjukvård till landstingskommunerna. Resultatet framgår av det protokoll jämte förslag till allmänna bestämmelser för landstingskommunernas övertagande av den statliga mentalsjukvården, som här bifogats. Innan jag övergår till att i det följande redogöra för innebörden av de olika villkoren i förslaget skall jag beröra vissa principiella spörsmål i fråga om reformens genomförande. Först vill jag därvid framhålla, att de föreslagna bestämmelserna för huvudmannaskapsreformens genomförande är att betrakta som ett principavtal, vilket enligt vad jag förordar skall läggas till grund för de olika avtal, som för landstingskommunernas övertagande av den statliga mentalsjukvården skall upprättas mellan kronan, å ena, och respektive landsting å andra sidan. Statsbidragsutredningens och remissorganens uppfattning, att ett överförande bör ske efter så enhetliga riktlinjer som möj-

ligt liksom även att full likställighet bör råda mellan de nya huvudmännen måste således vara grundläggande även för de fortsatta förhandlingarna. Avvikelser från »ramavtalet» kan dock komma i fråga t. ex. beträffande bidrag till sjukhus, som avses för medicinsk utbildning eller för specialvård av farliga psykiskt sjuka. Med hänsyn till de speciella omständigheterna i samband med utbyggnaden av undervisningssjukhuset i Lund anser jag mig vidare kunna godtaga att Vipeholms sjukhus i Lund skall övertagas av Malmöhus läns landstingskommun senast den 1 januari 1970.

De särskilda avtalen förutsättes kunna ingås mellan av Kungl. Maj:t och respektive landsting särskilt förordnade förhandlingsdelegationer. Då landstingskommunernas övertagande av den statliga mentalsjukvården föreslagits ske den 1 januari 1967 måste med hänsyn härtill de lokala avtalen ha ingåtts i god tid dessförinnan, icke minst med tanke på att landstingen senast vid 1966 års lagtima landstingsmöten skall ha tillfälle att fatta de beslut, som erfordras för mentalsjukvårdens landstingskommunala förvaltning. Det torde få ankomma på Kungl. Maj:t att meddela nödvändiga föreskrifter om den förhandlingsorganisation, som erfordras för genomförandet av förhandlingarna med de tjugofem landstingen.

Grunderna för de ekonomiska villkoren för landstingskommunernas övertagande av statens mentalsjukvård skall enligt förslaget gälla i fem år, d. v. s. intill den 1 januari 1972. I god tid dessförinnan skall förutsättningslösa förhandlingar upptagas mellan staten och landstingskommunerna beträffande statens fortsatta bidrag till den övertagna vården. Bestämmelsen härom, som avslutar principavtalet (*punkt 27*), möjliggör en fullständig omprövning av grunderna för de ekonomiska villkoren ävensom av föreslagna bidragsbelopp. Under femårsperioden bör man på ömse sidor kunna få underlag såväl för en eventuell omprövning av bidragen som för överväganden om samordning av statens bidrag till hälso- och sjukvården i dess helhet. Från landstingssidan har både i remissyttrandena över statsbidragsutredningens betänkande och under överläggningarna om de allmänna bestämmelserna med eftertryck framhållits nödvändigheten av statsbidragens värdebeständighet och följsamhet i förhållande till ökade kostnader vid förbättring av vårdstandarden. De nu föreslagna bidragens konstruktion måste emellertid anses på ett skäligt sätt tillgodose dessa synpunkter samtidigt som den korta avtalstiden medger tillfälle till en eventuell omprövning av de ekonomiska villkoren även utifrån dessa synpunkter.

Av vad nu sagts framgår, att det endast är de ekonomiska villkoren och grunderna för dessa som kan omprövas. Huvudmannaskapet för mentalsjukvården som sådant kan icke omprövas utan är definitivt från och med den 1 januari 1967 med undantag för psykopatvården, där ansvaret övergår från staten till landstingskommunerna senast den 1 januari 1970. Landstingskommunernas huvudmannaansvar för mentalsjukvården kommer från nämnda tidpunkter att regleras jämlikt sjukvårdslagen, enligt vars 3 § det

åligger landstingskommun att för dem, som är bosatta inom landstingsområdet, ombesörja såväl öppen som sluten vård för sjukdom, skada, kroppsfel och barns börd, i den mån icke annan drager försorg härom. Samma vårdskyldighet åvilar landstingskommunen för dem, som vistas inom landstingsområdet utan att vara där bosatta, därest behov av omedelbar vård föreligger. I dylikt fall gäller som bekant skyldigheten att bereda sluten vård endast så länge som den vårdbehövande ej utan men kan flyttas till sjukhus, där den landstingskommun, i vilken den sjuke är bosatt, förfogar över vårdplatser.

Medicinska fakulteten i Lund har i samband med principförslaget om reformen påtalat önskvärdheten av att underlätta möjligheterna för patienter att vårdas inom annat län än det egna. Som skäl härför har anförts, att vid psykisk sjukdom ofta, och i långt högre grad än vid kroppsliga sjukdomar, diskretionssynpunkter spelar in samt att undervisningen och forskningen kan ha behov av s. k. utomlänspatienter. I anledning härav vill jag, utöver vad förut anförts, understryka, att den föreslagna reformen givetvis innebär att varje landstingsområde kommer att utgöra ett eget upptagningsområde för de mentalt sjuka som är bosatta inom området liksom nu är fallet med andra sjuka. Härtill kommer skyldigheten att för erforderlig sjukhusvård omhändertaga alla inom landstingsområdet akut insjuknade eller att eljest mottaga för specialistvård remitterade patienter. Bestämmelserna för denna s. k. utomlänsvård finns f. n. beträffande kroppssjukvården reglerat i två mellan landstingskommunerna och städerna utanför landsting upprättade avtal om dels s. k. utomlänsvård dels ock specialistvård inom regionsjukvården. I avtalen regleras bl. a. rätten för läkare att för specialistvård remittera patienter och huvudmännens ekonomiska förpliktelser sinsemellan för meddelad utomlänsvård åt patienter vid annat sjukhus än hemortssjukhus. Jag förutsätter, att de båda avtalen kommer att göras tillämpliga även på de mentalt sjuka och att man därvid för dessa tillämpar samma möjligheter till vård inom annat sjukvårdsområde än det egna. Humanitära och sociala skäl bör även vid psykiska sjukdomar tala för en liberal tillämpning av avtalen. Specialistvården inom mentalsjukvården torde komma att kräva ett remissförfarande och läkarna vid mentalsjukhusen bör få rätt att remittera patienter för specialistvård vid andra sjukhus än mentalsjukhus. Självfallet gäller i övrigt här de särskilda författningar och andra bestämmelser som finns eller kommer att utfärdas angående intagning på mentalsjukhus.

Beträffande de psykiskt efterblivna bör observeras, att sjukvårdslagen icke är tillämplig för deras omhändertagande. Med hänsyn till att vården av dessa uttömmande reglerats i 1954 års lag om undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna ansågs denna vård vid utarbetande av 1959 års sjukhuslag över huvudtaget inte böra behandlas i sjukhuslagen. 1954 års lag är — som jag omnämnt i annat sammanhang — f. n. föremål för

översyn inom mentalsjukvårdsberedningen. Jag förutsätter att man därvid kommer att beakta huvudmannaskapsreformens innebörd för detta klientel och att frågan löses om den rättsliga regleringen av vården av de psykiskt efterblivna, som f. n. är intagna för specialvård på bl. a. statliga mentalsjukhus.

I detta sammanhang bör framhållas att i avtalet med vård i förekommande fall likställes även undervisning av psykiskt efterblivna. Till begreppet mentalsjukvård hänföres i det följande även vården av epileptiker. Om ej annat sägs avses med sjukhus statens mentalsjukhus och epilepsisjukhus, statens skol- och yrkeshem för barn med komplicerad utvecklingshämning samt statens arbetshem och vårdhem för blinda och döva med komplicerat lyte eller andra institutioner för mentalsjukvård, till vilkas drift staten bidrager enligt särskilda avtal. De sjukhus som enligt den 1 januari 1963 gällande organisation omfattas av huvudmannaskapsreformen är förtecknade i anslutning till *punkt 1* i förslaget. I de särskilda avtalen med landstingskommunerna skall fastställas dels en vårdplan för den mentalsjukvård, som ej är specialvård och som skall tillgodoses landstingsvis, dels ock en regionvårdplan för den specialvård, som skall omfatta flera sjukvårdsområden. I dessa planer skall anges *dels* antalet fullgoda platser vid befintliga sjukhus, som skall övertagas av landstingskommunen, *dels* antalet platser som är i behov av upprustning, *dels ock* antalet tillkommande, helt nya vårdplatser för att täcka eventuellt platsunderskott (*punkt 3 och 4*).

Regionvårdplanerna är nödvändiga icke minst för att underlätta och säkra samarbetet inom specialvården, som i likhet med t. ex. kroppssjukvårdens och barnhemsvårdens specialvård kan kräva större upptagningsområden än en landstingskommun. I regionvårdplanerna skall jämväl ingå de platser som erfordras för specialvård av patienter från de s. k. landstingsfria städerna, vilka ju utgör egna sjukvårdsområden. Så långt möjligt synes den inom kroppssjukvården tillämpade regionvårdindelningen böra användas som underlag för en regional vårdorganisation inom mentalsjukvården.

De olika vård- och regionvårdplanerna förutsättes bli utarbetade gemensamt av berörda statliga myndigheter och sjukvårdshuvudmän. Till grund för planerna bör liksom beträffande driftbidraget läggas det antal inom respektive landstingsområde mantalsskrivna patienter som året före reformens ikraftträdande är intagna vid sjukhusen i fråga. Under överläggningarna med inrikesdepartementet har från landstingssidan önskemål framförts att, där mera avsevärda ändringar i befolkningens antal och sammansättning inträffar under avtalsperioden, förhandlingar om revision av vårdplanerna skall kunna upptagas. Efter vad som erfarenhetsmässigt kan bedömas, torde det knappast under femårsperioden 1967—1971 förväntas bli sådana avsevärda ändringar i befolkningens antal och sammansättning, att övertagna och planerade vårdresurser kommer att bli otillräckliga. Spörsmålet om en revision av vårdplanerna bör enligt min uppfattning naturligen övervägas i

4 — Bihang till riksdagens protokoll 1963. 1 saml. Nr 171

samband med de förutsättningslösa förhandlingar, som skall upptagas mellan parterna före år 1972.

Det är att märka, att landstingskommunerna icke blir bundna av att upp- rusta eller uppföra nya platser enligt planerna. I och med övertagandet av vården regleras landstingskommunernas ansvar som sjukvårdshuvudmän enligt sjukvårdslagen och de kan inom gränserna för sitt ansvar enligt av- talet fritt vidtaga erforderliga dispositioner för att åstadkomma en ända- målsenlig vårdorganisation. Med hänsyn till att andra huvudmäns vård- intressen kan beröras, exempelvis inom den regionala vården eller i de fall landstingskommun under en övergångstid måste repliera på sjukhus inom annat sjukvårdsområde, är det emellertid ofrånkomligt med inskränkningar i denna rätt (*punkt 9*). I varje fall bör detta gälla till dess de nya huvud- männen själva överenskommer om annan organisation.

Övertagandet av befintliga sjukhus. I likhet med remiss- instanserna anser jag mig kunna tillstyrka statsbidragsutredningens för- slag, att landstingskommunerna vederlagsfritt skall övertaga i statens ägo befintliga sjukhus med tillhörande markområde, dock icke mer mark än vad som erfordras för varje sjukhus. Självfallet skall i förekommande fall klausul härom intagas i de olika avtalen (*punkt 5*).

Endast sådan fast egendom, som erfordras för sjukhusanläggningarnas verksamhet och fortsatta bestånd, skall övertagas. Vad statsbidragsutred- ningen i övrigt anfört om övertagandet av anläggningar och markområden torde i tillämpliga delar kunna beaktas vid träffandet av lokala avtal.

I övertagandet skall inbegripas ej endast byggnader och mark utan även alla inventarier och annan utrustning, som är erforderlig för verksamheten (*punkt 6*), samt alla till den övertagna egendomen knutna rättigheter och skyldigheter (*punkt 5*). Staten kommer under tiden fram till övertagande- tillfället självfallet icke att ge avkall på normalt underhåll av byggnader och inventarier.

Övertagandet av rättigheter och skyldigheter knutna till fastigheterna avser bl. a. donationer, servitut och andra onera belastande eller hörande till sjukhusen.

Vidare måste hänsyn tagas till avtal mellan staten och tredje man om leverans av värme, elkraft och andra nyttigheter m. m. Landstingskommu- nen bör här inträda i statens skyldigheter och rättigheter, vilket kan förut- sätta tredje mans medgivande. Jag utgår från, att man från statens sida kommer att tillse att erforderliga medgivanden inhämtas (*punkt 7*).

Överförandet av statliga fastigheter till landstingskommunal ägo innebär även att landstingskommunerna i egenskap av nya ägare skall söka lagfart på de övertagna fastigheterna. Landstingskommunerna bör vid sökande av lagfart befrias från alla lagfartskostnader (*punkt 8*).

Från principen att landstingskommun skall övertaga inom landstingsom- rådet för mentalsjukvården befintliga och erforderliga anläggningar kan

undantag bli erforderliga. Sålunda måste Göteborgs och Bohus läns landstingskommun övertaga det inom Göteborgs stad befintliga S:t Jörgens sjukhus för att landstingskommunen skall kunna svara för huvudmannaskapet för sin mentalsjukvård i enlighet med sjukvårdslagens förutsättningar. Vissa landstingskommuner saknar mentalsjukhus inom sitt område och måste därför tills vidare repliera på sjukhus inom annat eller andra sjukvårdsområden. Så t. ex. är Ulleråkers södra sjukhus i huvudsak upplåtet för patienter från Stockholms läns landstingskommun. Om denna del av sjukhuset, som beräknas bli använd endast under en övergångstid, skall övertagas av Uppsala eller Stockholms läns landstingskommun torde bli föremål för särskilda överväganden i samband med de lokala förhandlingarna. De landstingskommuner, som har regionvårdsjukhus inom sina områden, måste givetvis övertaga dessa fastän de ej är erforderliga enbart för mentalsjukvården inom det egna landstingsområdet. Detta är nödvändigt med hänsyn till kraven på regionvård enligt de antagna regionvårdplanerna. Även de s. k. sekundäravdelningarna skall i princip övertagas av de landstingskommuner, inom vars områden de är belägna.

Angående de sjukhus till vilkas drift staten bidrager enligt särskilda avtal har i de allmänna bestämmelserna förutsatts, att statens driftansvar för dessa övertages av de landstingskommuner, inom vilkas områden de är belägna. Självklart förutsätter en dylik anordning, att genom statens medverkan överenskommelse härom kan träffas med ägarna till dessa institutioner.

Investeringsbidrag. Till de sjukhus, som enligt planerna helt eller delvis skall bibehållas men som ej är upprustade vid tidpunkten för övertagandet, skall utgå *upprustningsbidrag* (*punkt 10*).

Omfattningen av upprustningen skall fastställas i de olika avtalen med respektive landstingskommun. Upprustningen skall bestämmas till den standard, som är likvärdig med och som är accepterad av statsmakterna för de intill tidpunkten för reformens genomförande senast upprustade sjukhusen av motsvarande karaktär. Upprustningsbidraget skall utgå med belopp motsvarande de av staten i samråd med varje landstingskommun beräknade kostnaderna för upprustningen, dock högst med verkliga kostnaden. Upprustningsbidraget göres värdebeständigt genom dess anknytning till byggnadsstyrelsens byggnadskostnadsindex (*punkt 15*).

För varje befintligt sjukhus måste i respektive plan fixeras det antal platser som av staten skulle ha upprustats vid fortsatt statligt huvudmannaskap. Jämväl anges annan erforderlig upprustning av sjukhuset. Till platser eller motsvarande som ej skall definitivt upprustas utan utgå ur vårdorganisationen kan visst bidrag utgå om de övergångsvis skall bibehållas i avvaktan på nya vårdplatser enligt planen. Då ett sjukhus i behov av upprustning övertages men vederbörande landstingskommun ej önskar upprusta detsamma enligt vård- eller regionvårdplanen, står det landstingskom-

munen fritt att — om ej annat överenskommes — använda högst det framräknade upprustningsbidraget för andra vårdanordningar inom mentalsjukvården ävensom att fritt disponera det övertagna sjukhuset för annat ändamål. Självfallet kan i dylikt fall icke något annat bidrag än upprustningsbidraget eller del därav utgå för de andra investeringar den nye huvudmannen företager i stället för upprustningen enligt planen. Upprustningsbidraget har — såsom förut nämnts — beräknats utgå för sjukhus, som skall bibehållas helt eller delvis. Emellertid kan i något undantagsfall ett helt sjukhus bedömas inte böra bibehållas och upprustas utan i stället ersättas med nya platser. Intill dess så sker kan det dock bli fråga om såväl visst underhåll som upprustning för en övergångstid av sjukhuset. I ett sådant fall bör sjukhuset jämte erforderlig mark övertagas av landstingskommunen, som därjämte bör erhålla upprustningsbidrag med ett belopp motsvarande högst anläggningsbidraget till nya sjukhus. Den nye huvudmannen får med detta bidrag svara för den nödvändiga upprustningen av sjukhuset under övergångstiden och med återstoden av bidraget bestrida nybyggnadskostnaderna. Några andra investeringsbidrag kan icke komma ifråga. Det övertagna sjukhuset får i vanlig ordning fritt disponeras, om ej annat avtalats. Genom detta förfarande erhålles viss motsvarighet till den s. k. avräkningsregeln (*punkt 14*), till vilken jag skall återkomma.

För inrättande av nya platser enligt de olika vårdplanerna skall jämväl i överensstämmelse med statsbidragsutredningens förslag av statsmedel utgå *anläggningsbidrag*. Enligt statsbidragsutredningen borde anläggningsbidrag bestämmas enligt vissa i utgångsläget fixerade ersättningsnormer. Dessa borde gälla dels uppförande av nya självständiga mentalsjukhus och dels tillskapande av nya platser vid redan befintliga vårdenheter inom mental- och kroppssjukvården.

Några remissinstanser har invänt, att de varierande byggnadskostnaderna i landet vid ett enhetligt bidrag icke medför likställighet mellan landstingskommunerna. Därför har önskemål uttalats, att anläggningsbidraget skulle utgå efter de verkliga byggnadskostnaderna. Till detta må först anföras, att den av utredningen åberopade kostnadsberäkningen baserats på olika mentalsjukhusprojekt i skilda delar av landet, även om icke övre Norrland och södra delen av landet därvid varit representerade. Beräkningen måste sålunda anses väl överensstämma med de verkliga genomsnittskostnader staten haft för uppförande av nya mentalsjukhus och därför också vara så rättvis, som rimligtvis kan åstadkommas. Ett bidrag motsvarande landstingens verkliga kostnader skulle vidare leda till att sjukhusanläggningarnas utformning i detalj måste regleras och avtalas mellan parterna, vilket ej kan anses eftersträvansvärt eller ändamålsenligt. En dylik detaljreglering torde nämligen vara oundviklig, både för att staten därvid måste tillse, att ingen orättvisa skulle ske de nya huvudmännen emellan men även därför att det vore uppenbart orimligt, att landstingskommunerna skulle ha frihet att helt

på egen hand vidtaga investeringar för vars kostnader staten oinskränkt skulle svara.

Vid de överläggningar som hållits med landstingsförbundets representanter har från inrikesdepartementets sida förordats den av statsbidragsutredningen föreslagna utformningen av anläggningsbidraget, dock att särskilda anläggningsbidrag bör utgå för platser inom specialvården av psykiskt sjuka barn och s. k. psykopater (*punkt 11*).

De av statsbidragsutredningen nämnda bidragsbeloppen, som avsåg kostnadsläget den 1 juli 1959, har på grundval av inträffade kostnadsökningar framräknats till kostnadsläget den 1 juli 1962 samt därutöver justerats uppåt. Här kan sålunda nämnas, att det av utredningen föreslagna bidraget om 45 500 kronor per plats vid nytt sjukhus enligt prisläget vid sistnämnda datum skulle uppgått till 51 500 kronor. I avtalsförslaget föreslås emellertid ett per den 1 juli 1962 beräknat, generellt bidrag om 55 000 kronor per plats vid helt nya sjukhus. Statsbidragsutredningens beräknade bidrag om 24 500 kronor per tillkommande plats vid i avtalet avsedda eller eljest befintliga sjukhus och institutioner har förordats utgå med ett till 30 000 kronor förhöjt bidrag per plats. De föreslagna bidragsbeloppen skall ej endast utgå för platser vid mentalsjukhus av vanligt slag utan även för platser inom den del av vården och undervisningen av psykiskt efterblivna och av epileptikervården, som övertas från staten.

Vid de föreslagna anläggningsbidragens bestämmande har beaktats den utveckling som skett sedan statsbidragsutredningen framlagt sitt betänkande. Det av utredningen föreslagna utgångsbeloppet om 45 500 kronor per plats var sålunda beräknat på fristående mentalsjukhus med omkring 700 platser. Jag vill i detta sammanhang erinra om att de verkliga byggnadskostnaderna för dessa sjukhus varierat mellan 34 600 kronor och 51 500 kronor per plats. Sålunda var platskostnaden vid Falbygdens sjukhus 34 600 kronor och vid Gullberna sjukhus 40 400 kronor. Vid de nu landstingsdrivna Mellringe och Hälsinge sjukhus var byggnadskostnaderna 48 600 respektive 51 500 kronor per vårdplats. Numera planeras sjukhus med mindre antal platser men i anslutning till lasarett eller andra sjukhus. De relativt sett större byggnadskostnaderna per vårdplats vid mindre sjukhusenheter har därför, även om kostnadsberäkningen genom samordningen i olika hänseenden med lasarett m. m. verkar i motsatt riktning, ansetts motivera den förut nämnda uppräknningen av anläggningsbidraget från 51 500 kronor till 55 000 kronor per sjukhusplats. På motsvarande sätt har anläggningsbidraget per tillkommande plats vid befintligt sjukhus justerats. Inom specialvården av psykiskt sjuka barn och s. k. psykopater, föreslås anläggningsbidragen utgå med i princip 70 000 kronor per plats vid helt nya sjukhus och 45 000 kronor per plats vid befintligt sjukhus. Särskild hänsyn har sålunda tagits till det förhållandet att platserna för specialvård regelmässigt är dyrare på grund av mindre enheter och mer

kostnadskrävande anordningar. Motsvarande bestämmelser saknades i statsbidragsutredningens förslag och får — liksom justeringen av anläggningsbidragen i övrigt — ses som en ej oväsentlig förbättring i förhållande till statsbidragsutredningens förslag. Till vad nu sagts kommer möjligheten att ompröva det föreslagna anläggningsbidraget för platser avsedda för specialvård av psykiskt sjuka barn, när erfarenhet vunnits om de faktiska byggnadskostnaderna för sådana platser uppförda i statlig regi. Omprövningen skall ske vid överläggningar mellan berörda parter. Bestämmelsen härom är tillkommen i anledning av att statens utbyggnad av dessa platser vid tidpunkten för förhandlingarna icke kommit så långt, att några erfarenheter vunnits beträffande de verkliga kostnaderna. Anläggningsbidragens värdebeständighet per den 1 juli 1962 är garanterad genom anknytningen till byggnadskostnadsindex (*punkt 15*).

Även frågan om en ortsindeering av anläggningsbidragen har varit föremål för överväganden under förhandlingarna. Variationerna i bostadsstyrelsens ortskoefficient, delserien ortsindeering för byggkostnad (BKO), som är enda tillgängliga index i sammanhanget och som användes vid bidragen till skolbyggen, är dock icke större än att de flesta i sammanhanget aktuella orterna ligger inom en marginal av ± 5 enheter. Inom marginalen ± 10 ligger samtliga orter utom Lund, Östersund och Norrbottens län. För Lund är index 88, för Östersund 112 samt för Norrbotten, representerat av Gällivare, 135. Bortsett från Östersund och Gällivare motiverar de angivna skillnaderna enligt min mening knappast någon ortsindeering. Beträffande Östersund planeras inget nytt sjukhus och för ett nytt sjukhus i Gällivare har ett särskilt bidrag ställts i utsikt.

Vad angår anläggningsbidragen per tillkommande vårdplats vid befintligt sjukhus bör observeras, att de ej endast avser nya platser vid befintliga sjukhus enligt vårdplaner och regionvårdplaner utan även tillkommande platser vid andra institutioner, t. ex. vid lasarett eller sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka. Om nytt mentalsjukhus uppföres i anslutning till lasarett utgår bidraget självfallet med 55 000 kronor per plats. Vad som är att anse som ett nytt mentalsjukhus i anslutning till befintligt sjukhus och tillkommande platser vid sådant sjukhus anser jag böra bedömas från fall till fall med beaktande av utbyggnadens storlek och utformning.

Om en landstingskommun kan tillgodose mentalsjukvårdens behov genom investeringar i annan form än sluten vård, exempelvis genom inrättandet av s. k. dagsjukhus eller genom andra anordningar för öppen vård, skall investeringsbidrag utgå med verkliga kostnaden härför, dock med högst det belopp, som skulle ha utgått vid upprustning eller nybyggnad av motsvarande plats i sluten vård (*punkt 12*). Avsikten med denna bestämmelse är att tillförsäkra landstingskommunerna investeringsbidrag till den form av mentalsjukvård, som av de nya huvudmännen befinnes lämplig för de olika patientkategorierna. I sista hand ankommer det på medicinal-

styrelsen att i egenskap av tillsynsmyndighet tillse, att mentalsjukvården liksom annan sjukvård drives och ombesörjes enligt sjukvårdslagen och övriga sjukvårdsförfattningar.

Såsom statsbidragsberedningen påpekat är det uppenbart att en större utbyggnad av platsantalet vid ett befintligt sjukhus kan ställa krav på ökad kapacitet hos sjukhusens *gemensamhetsanordningar* såsom dess kök, panncentral m. m. Kostnaderna för härav föranledda utbyggnadsåtgärder vid sjukhuset måste bli helt olika från fall till fall. Av den anledningen bör bidrag i princip utgå med belopp motsvarande de av utbyggnaden föranledda verkliga kostnaderna. I avtalsförslaget har en ersättningsklausul av denna innebörd införts, därvid dock bidraget avsetts böra maximeras till högst 20 000 kronor per tillkommande plats (*punkt 13*). Inberäknat vårdplatsbidraget kan bidrag i dylika fall således utgå med sammanlagt högst 50 000 kronor per plats. Bidrag till gemensamhetsanordningar skall utgå vid en utökning av desammas kapacitet såväl vid sjukhus övertagna enligt avtalet som vid eljest förekommande sjukhus och institutioner, till vilka mentalsjukvårdsplatser anslutes. Om gemensamhetsanordningar måste utökas på grund av en utbyggnad av andra former för mentalsjukvård än slutenvård bör ersättning jämväl kunna utgå.

I vissa fall kan de befintliga mentalsjukhusen komma att innefatta ett antal vårdplatser, som endast under en övergångsperiod skall bibehållas vid sjukhusen. Av rättviseskäl landstingskommunerna emellan finner jag det i överensstämmelse med vad statsbidragsutredningen anfört påkallat, att de kostnader, som utöver sedvanligt underhåll måste nedläggas för att kunna bibehålla övergångsplatserna, avräknas från anläggningsbidragen till en sedermera vidtagen utbyggnad av vårdresurserna. *Avräkningsbeloppet* skall följaktligen bestämmas till så stor del av den nedlagda kostnaden per plats, som vid tidpunkten för respektive sjukhus övertagande hänför sig till den enligt vårdplanen respektive regionvårdplanen återstående tiden för platsernas användning (*punkt 14*). Jag vill understryka att avräkningsförfarandet är motiverat ej endast i det fall staten nedlagt kostnader för övergångsplatser före reformens ikraftträdande utan även då landstingskommun övertager sjukhus, som enligt vårdplan eller regionvårdplan skall utgå och ersättas med nytt men staten vid reformens genomförande ej kunnat vidtaga åtgärder för dess övergångsvisa bibehållande. Landstingskommunen får då ett upprustningsbidrag som i princip högst kan motsvara anläggningsbidraget. Härigenom får landstingskommunen göra en intern avräkning mellan det sålunda erhållna bidraget mot dess kostnader för att övergångsvis hålla sjukhuset i stånd.

I den mån de nya huvudmännen icke själva disponerade lämpliga *markområden* för nya mentalsjukhus ansåg statsbidragsutredningen att man fick räkna med att ersättning framdeles skulle komma att krävas för mark, som ianspråktoes för utbyggnaden inom mentalsjukvården. Det kunde

också förutsättas, att staten skulle få vidkännas dessa kostnader vid ett oförändrat huvudmannaskap. I princip borde bidrag därför utgå även för de kostnader, som var förenade med lösen av erforderliga markområden. Då några normer för beräkningen av dylikt bidrag icke kunde angivas, ansåg statsbidragsutredningen att bidragsbeloppet borde få bestämmas efter prövning från fall till fall. Remissopinionen var på denna punkt icke fullt enhällig. Sålunda ansåg några remissinstanser att bidrag icke borde utgå till kostnader för lösen av erforderliga markområden. Flertalet landstings förvaltningsutskott var eljest av den uppfattningen att bidrag borde utgå. I avtalsförslaget har förutsatts, att bidrag skall utgå till köp av erforderlig mark för nya platser enligt vård- eller regionvårdplanerna med högst det belopp, som motsvarar statens genomsnittliga kostnader för jämförbar sjukhusmark under åren 1960—1966 (*punkt 16*). Om landstingskommunens beräknade kostnader för ett eventuellt markköp skulle väsentligen överstiga statens bidrag, skall möjlighet föreligga för landstingskommunen att påkalla överläggningar om ersättning för det belopp, varmed landstingskommunens kostnad överstiger nämnda genomsnittsbelopp. Dylika överläggningar skall upptagas i sådan tid, att staten kan medverka i förhandlingarna om det eventuella markförvärvet. Jag vill här tillfoga att det måste ankomma på vederbörande landstingskommun att svara för att dylik representation möjliggöres.

I analogi med upprustnings- och anläggningsbidragen föreslås i avtalsförslaget att *utrustningsbidrag* skall utgå till såväl upprustade och nya platser som anordningar för annan än sluten vård (*punkterna 17 och 18*). Förslaget följer härvid i princip vad statsbidragsutredningen rekommenderat. I fråga om platser vid helt nya sjukhus föreslås ett utrustningsbidrag om 5 000 kronor och för tillkommande plats vid i avtalet avsedda eller eljest befintliga sjukhus och institutioner 2 500 kronor. Motsvarande bidrag för utrustning av platser avseende såväl psykiskt sjuka barn som s. k. psykopater föreslås utgå med 7 000 kronor respektive 3 000 kronor per plats. De olika utrustningsbidragens värdebeständighet garanteras genom att bidragen skall förändras i relation till ändringar i omsättningsskatt och kommerskollegii partiprisindex (*generalindex*) efter den 1 juli 1962. De nu angivna bidragsbeloppen har framräknats på grundval av kostnaderna för anskaffande av utrustning till de senast uppförda statliga mentalsjukhusen.

Den f. n. i statlig regi pågående utbyggnaden inom mentalsjukvården är omfattande och innebär en väsentlig standardhöjning av vården som sådan. Den byggnadsmässiga upprustningen har under de senaste åren väsentligt kunnat ökas och för ändamålet står för budgetåret 1963/64 75 miljoner kronor till förfogande. Då mentalsjukvårdens investeringar enligt här föreslagna villkor för huvudmannaskapsreformen skall bekostas av staten, måste de naturligen inrymmas inom den statsfinansiella ramen för statens investeringar. Detta leder till att de statliga investeringsbidragen efter men-

talsjukvårdens överförande till landstingskommunerna icke kan utgå i annan takt än den som anges i en av statsmakterna godkänd *investeringsplan* (*punkt 19*). Investeringsplanen skall fastställas i samråd med landstingskommunerna. Dessa är dock ej — såsom förut poängterats — bundna av investeringsplanen i sitt handlande, utan äger själva att besluta och genomföra sina utbyggnadsplaner enligt eljest gällande förutsättningar. Men de statliga investeringsbidragen kan ej utgå i annan tidsordning än som fastställs i investeringsplanen. Detta bör ur landstingskommunernas synvinkel kunna vara till fördel vid deras egen planering. Givetvis kan inte några investeringsbidrag utgå med mindre än att investeringarna för mentalsjukvårdens utbyggnad enligt vård- och regionvårdplanerna verkligen äger rum. Utöver vad som anförts bör även framhållas, att investeringsbidragen till regionvårdplatser städse skall utgå till de landstingskommuner, som enligt regionvårdplanerna skall svara för de olika enheterna för specialvård. Kommer de nya huvudmännen sedermera överens om en annan organisation och fördelning av regionvårdsenheter, torde emellertid överenskommelse kunna träffas med staten om en ändring beträffande den huvudman, som skall äga rätt att upp bära bidragen.

Driftbidragen. Den kritik som mött statsbidragsutredningens förslag till driftbidrag har medfört, att detsamma ej ansetts kunna förordas. Vid de överläggningar, som hållits med landstingsförbundets förhandlingsdelegerade, har med hänsyn härtill andra alternativ diskuterats. Därvid har konstaterats det angelägna i att åstadkomma ett så enkelt och rättvist system som är möjligt. Efter ingående prövningar har man därvid stannat för det förslag som intagits under *punkt 20* i avtalsförslaget. Driftbidraget föreslås sålunda utgå *dels* till platser vid andra sjukhus än psykopatsjukhus och *dels* till platser vid psykopatsjukhus och vid specialavdelningar för psykopater. Såsom bas för driftbidraget lägges den genomsnittliga vårddagskostnaden vid de av staten drivna sjukhusen utom Furunäsets sjukhus (för s. k. psykopater dock enbart vårddagskostnaden vid Katrineholms sjukhus) året före avtalets ikraftträdande, d. v. s. år 1966 (år 1969 för psykopatplatser) multiplicerad med *dels* det antal inom respektive landstingskommun mantalsskrivna patienter, som i genomsnitt under år 1966 (år 1969 för s. k. psykopater) är intagna vid här avsedda sjukhus, *dels* ock talet 365. I realiteten erhålles härigenom ett bidrag, som motsvarar medelkostnaden per vårdplats multiplicerad med patientantalet. För Norrbottens läns landsting beräknas bidragsunderlaget på grundval av vårddagskostnaden vid Furunäsets sjukhus.

Vårddagskostnaden beräknas på samtliga institutioner, sålunda även de sjukhus och skolhem, till vilkas drift staten bidrager enligt särskilda avtal. Det bör här nämnas, att de statliga mentalsjukhusens vårddagskostnader icke är jämförbara med kroppssjukhusens vårddagskostnader beroende på olika beräkningsmetoder.

En väsentlig fördel för landstingskommunerna är, att vid beräkningen av vårddagskostnaden personalkostnaderna skall grundas på den förutsättningen, att alla enligt gällande personalplan för varje sjukhus inrättade tjänster varit besatta med placering i näst högsta löneklassen under hela det år, som skall ligga till grund för beräkningen av vårddagskostnaden. I anslutning härtill vill jag erinra om att statsmakterna eftersträvar att ge de statliga mentalsjukhusen en likvärdig personalstandard. Att antalet befattningar vid sjukhusen under de senaste åren ökat väsentligt framgår av vad jag i det föregående redovisat i fråga om den materiella och personella upprustningen av mentalsjukvården. Något avkall på dessa strävanden kommer givetvis icke att göras. Vidare skall till medelkostnaden per plats läggas pensionskostnader, inklusive socialförsäkringsavgifter, beräknade till 20 procent av den avlöningssumma som ingår i medelkostnaden (*punkt 22*).

För varje kalenderår anpassas driftbidraget dels till den årliga procentuella förändringen av lönerna för statens tjänstemän, det s. k. procenttillägget, dels ock till den genomsnittliga förhöjningen av lönerna för tjänsterna inom den statliga sektorn vid s. k. B-listeförhandlingar, d. v. s. lönegradshöjningarnas procentuella värde (*punkt 21*). Värdet av dessa dubbla procenttillägg på driftbidraget ävensom sättet för personalkostnadernas beräkning och tillägget för pensionskostnaderna måste anses fördelaktigt för de nya huvudmännen, särskilt som procenttilläggen utgår på alla driftbidragets komponenter, d. v. s. även andra kostnader än personalkostnader. Avsikten har varit att söka åstadkomma en bidragskonstruktion, som såväl i och för sig som genom möjligheter till rationaliseringsvinster kan förväntas ge de nya huvudmännen utrymme för en standardhöjning.

Bidragskonstruktionen avser icke blott att tillförsäkra landstingskommunerna fullgod täckning av driftkostnaderna som sådana utan även att åstadkomma ett så enkelt och lätthanterligt system som möjligt. Att exempelvis — såsom föreslagits under överläggningarna om villkoren för reformen — beräkna driftbidraget blott på de sjukhus, vid vilka patienter från respektive landstingsområde varit intagna, vore att frångå den principiella uppläggningsen av systemet. Med hänsyn till spridningen av patienterna på olika sjukhus torde för övrigt utgångsläget för landstingskommunernas del knappast kunna förbättras. Skall man tillgodose både rättvisekrav och strävanden till enkelhet med rimligt hänsynstagande till vad som kan vara allmänt skäligt måste en ändring från ett riksmedeltal till ett helt slumpmässigt »landstingsmedeltal» anses olämplig.

Även frågan om att statsbidraget skulle beräknas med tillägg för antalet exspektanter har varit föremål för diskussion. Ett bidrag kan emellertid icke rimligen beräknas på personer, som ej är omhändertagna för vård och som följaktligen ej heller föranleder några vårdkostnader. Det torde vidare framstå som självklart, att en person som är exspektant ej av den anled-

ningen är ett givet vårdfall. Mentalsjukvårdens förbättrade resurser har dessutom medfört att antalet exspektanter inom hela den statliga mentalsjukvården sjunkit från 1 935 år 1955 till 962 år 1962 och för den s. k. egentliga mentalsjukvården från 1 517 till 675 år 1962 och kan förväntas upphöra till år 1967.

Vidare har förslag framförts om att de psykiskt efterblivna, vilka enligt § 4 i 1954 års lag om undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna skall ha vård på statens sjukhus men som av platsbrist på dessa vårdas på landstingskommunala institutioner, borde inräknas i det antal patienter, som skall ligga till grund för driftbidraget. Till detta vill jag erinra om att i mentalsjukvårdsberedningens utredning om psykiskt efterblivna klargjorts svårigheterna att draga en klar gräns mellan statligt (§ 4-fall) och landstingsklientel. Detta är — såsom förut påpekats — en av anledningarna till att det enhetliga huvudmannaskapet för mentalsjukvården även föreslagits omfatta § 4-fallen. I den mån man nu kan klart urskilja § 4-klientelet, omfattar detta framför allt vissa handikappade och särskilt svårskötta, gravt psykiskt efterblivna. Det tryck för vilket en del landstingsinrättningar varit utsatta genom att vårda sådana svårskötta torde till större delen bli eliminerat genom bl. a. färdigställandet av det nya sjukhuset i Sala. Om man härutöver skulle avskilja hithörande klientel på landstingsinstitutioner, skulle detta å andra sidan leda till att man för driftbidrag exempelvis undantog de patienter på mentalsjukhusen, som kan bedömas rätteligen böra vårdas på landstingskommunernas sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka o. s. v.

Driftbidraget får användas av de nya huvudmännen efter eget skön och är icke bundet till någon särskild vårdform. Bidragets konstruktion medger tyvärr icke nu exemplifiering av hur det beloppsmässigt skulle utfalla för landstingskommunerna. Såsom förut anförts måste emellertid såväl bidragets konstruktion som omfattning komma att bereda utrymme för rationaliseringsvinster och standardförbättringar under den tid bidragsvillkoren avses skola gälla. I anledning av att vissa remissinstanser påpekat önskvärdheten av en översyn av frågan om hälso- och sjukvårdens finansiering i syfte att ernå en skatte- och kostnadsutjämning landstingskommunerna emellan vill jag nämna, att 1958 års skatteutjämningskommitté i tilläggsdirektiv den 26 april 1963 fått i uppdrag att verkställa utredning rörande skatteutjämning mellan landstingskommunerna.

Varje landstingskommun skall enligt avtalet uppbära sitt driftbidrag. I den mån patienter kommer att vistas på sjukhus inom annan landstingskommun än den i vilken de är hemmahörande, måste givetvis hemlandstinget ersätta värdlandstinget för vården av dessa patienter. I det föregående har jag berört önskvärdheten ur patientsynpunkt av s. k. utomlänsavtal även för mentalsjukvårdens del. Även de ekonomiska mellanhandena de nya huvudmännen emellan nödvändiggör utomlänsavtal. Den interna ersättningen landstingskommunerna emellan blir — förutom beträff-

fande landstingskommuner som nu saknar egna sjukhus — framför allt aktuell inom specialvården av psykiskt sjuka och efterblivna samt epileptiker. Därest specialvården av psykopater icke övertages av landstingskommunerna förrän den 1 januari 1970 måste förutsättas, att särskild överenskommelse träffas om statens ersättning för vård av dessa patienter vid de specialavdelningar som tillhör av landstingskommuner övertagna sjukhus.

Till de med utbildningen av mentalsjukvårdspersonal förenade kostnaderna skall särskilt driftbidrag utgå (*punkt 23*). Bidraget skall utgå på grundval av de kostnader staten har för dylik utbildning av sin personal vid mentalsjukhusen året före avtalets ikraftträdande och göres värdebeständigt på samma sätt som driftbidraget till vården. Enligt särskild anteckning skall bidraget i framtiden ersättas med det statliga bidrag till yrkesutbildning inom vårdnadsyrkena, som kan komma att införas i särskild ordning. Överläggningar mellan parterna må upptagas om de problem, som kan uppstå i samband med övergång till det nya bidragssystemet. Rimligen kan detta driftbidrag allenast utgå under förutsättning att landstingskommunerna fortsätter en vårdutbildning, motsvarande i princip den för vilken staten svarar.

Vad angår sättet för driftbidragets beräkning torde icke några större svårigheter finnas även om kostnaderna skall beräknas per kalenderår och icke per budgetår. Redan nu för medicinalstyrelsen kostnadsstatistik per kalenderår för mentalsjukhusens del. Särskilda beräkningar måste dock göras för bl. a. skol- och yrkeshemmen. På dessa institutioner bör med vård dag likställas alla dagar, under vilka klientelet vistats vid hemmen.

Statsbidragens utbetalning. De olika investeringsbidragen, d. v. s. upprustnings-, anläggnings- och utrustningsbidragen samt bidrag till marklösen, skall utbetalas kvartalsvis i efterskott (*punkt 24*). Utbetalningen skall ske i takt med realiserandet av den överenskomna vårdplanen respektive regionvårdplanen samt investeringsplanen.

Någon annan prövning av anläggningarna än vad som gäller för deras godkännande enligt sjukvårdslagen och sjukvårdsstadgan skall icke förekomma. Vad angår sättet för bidragens rekvisition och utbetalande föreslår jag, att det får ankomma på Kungl. Maj:t att efter samråd med de nya huvudmännen i sinom tid få utfärda föreskrifter härom. Avsikten är att därvid eftersträva största möjliga enkelhet i förfarandet och administrationen. Vissa kontrolluppgifter kan dock bli erforderliga, exempelvis i det fall bidrag skall utgå för de faktiska utgifterna för anordningar för öppen vård i stället för platser i slutenvård enligt vårdplanen. Den sakgranskning det här kan bli fråga om, må ej gå längre än att pröva, att det ej är fråga om kostnader för andra ändamål än vad som ryms inom en adekvat mentalsjukvård. Eventuella tvistigheter på denna punkt torde lämpligen kunna avgöras inom ramen för medicinalstyrelsens befogenheter som tillsynsmyndighet.

Driftbidragen skall erläggas månadsvis i efterskott i form av utbetalningar å conto motsvarande $\frac{1}{12}$ av det belopp, vartill bidragen uppgått för det senast slutligt reglerade kalenderåret. Slutlig reglering av driftbidraget, d. v. s. dess anpassning efter de procentuella tilläggen, skall ske kalenderårsvis i efterskott (*punkt 25*).

För att de statliga myndigheterna och landstingen skall kunna göra en ungefärlig beräkning av storleken av driftbidraget för år 1967, d. v. s. det första avtalsåret, bör en preliminär uträkning ske på grundval av 1965 års siffror. Det resultat man härvid erhåller bör läggas till grund för driftbidragets utbetalande under det första halvåret 1967. Därefter bör driftbidraget kunna regleras och utgå på basis av de i avtalet förutsatta beräkningsgrunderna för år 1966. Det är för landstingens statbehandling av vikt att de i god tid och senast den 1 juli 1966 erhåller uppgift om vilka bidrag som kan påräknas enligt de på år 1965 tillämpade beräkningsgrunderna. På motsvarande sätt bör en preliminär beräkning göras för driftbidraget till psykopatvården under år 1970.

Personalfrågorna. I likhet med vad jag anförde i proposition nr 181 år 1961 angående hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena m. m. beträffande provinsialläkarnas övergång till landstingskommunal tjänst anser jag, att, oavsett vilka legala förutsättningar, som finns för ett överförande av innehavare av statliga fullmakter och konstitutorial till landstingskommunal tjänst, det är avgörande för reformens framgångsrika och snabba genomförande, att de anställda frivilligt medverkar till en huvudmannaskapsändring.

I syfte att underlätta denna medverkan har i principavtalet föreskrivits, att statens förpliktelser mot sjukhusens personal skall övertagas av landstingskommunerna med garanti av de nya huvudmännen, att de anställda, så länge de innehar samma eller motsvarande tjänst, skall vidbliva de för dem vid avtalets ikraftträdande gällande statliga anställningsvillkoren därest dessa icke dessförinnan ersätts av andra bestämmelser, tillkomna efter förhandlingar mellan landstingskommunerna och berörda personalorganisationer (*punkt 26*). Med sjukhusens personal avses alla vid sjukhusen anställda, oavsett anställningsform, och med statliga anställningsvillkor avses samtliga statliga avlönings- och pensionsbestämmelser ävensom övriga bestämmelser reglerande de anställningsvillkor, som är tillämpliga å de anställda intill tidpunkten för landstingskommunernas övertagande av sjukhusen. Även om den föreslagna garantin i princip godtagits vid de överläggningar som från inrikesdepartementets sida förts med företrädare för berörda personalorganisationer och landstingsförbundet har från båda sidor berörts olika personalproblem, som man ej anser lösta med den utformning övergångsklausulen fått i principavtalet. Från personalens sida har exempelvis påpekats, att man trots garantin kan komma att mista vissa av de befordringsmöjligheter, som staten nu erbjuder. Vidare har framhållits, att be-

svärsinstitutet är bättre utformat inom den statliga sektorn än inom den landstingskommunala. Även andra villkor av olika innebörd och värde har anförts såsom exempel på att personalen skulle gå förlustig skilda förmåner vid övergång till landstingskommunal tjänst. Sålunda har statens sjukhuspersonals förbund uttalat, att de statliga anställningsvillkoren för all berörd personal borde bibehållas i sin helhet och personalens förmåner icke försämrats vid sjukhusens överförande från staten till landstingskommunerna. Även från Sveriges akademikers centralorganisation, tjänstemännens centralorganisation samt statstjänstemännens riksförbunds sida har framförts liknande synpunkter på innehållet i den föreslagna personalklausulen. Enighet har emellertid nåtts om att de spörsmål, som vid överläggningarna varit föremål för diskussion ävensom övriga problem i sammanhanget, skall upptagas till gemensamma förhandlingar mellan företrädare för staten, landstingen och personalorganisationerna under tiden fram till huvudmannaskapsreformens genomförande. Förhandlingarna bör föras på ett sådant sätt att avtal om de villkor, som skall gälla för övergång till landstingskommunal tjänst, kan träffas före den 1 januari 1967 för att träda i kraft samtidigt med landstingskommunernas övertagande av statens mentalsjukvård. Det är min förhoppning, att dessa gemensamma förhandlingar skall leda till en lösning av de problem som sammanhänger med personalens övergång till landstingskommunal tjänst och landstingskommunernas emottagande av nu på statliga villkor anställd personal. Med hänsyn till att fråga uppkommit rörande bl. a. besättandet av de ordinarie statliga befattningarna i avvaktan på reformens genomförande, anser jag det rimligt, att några inskränkningar icke sker i tillsättandet av ordinarie eller andra befattningar fram till den 1 januari 1967. Dock bör i förekommande fall vid de olika tjänsternas utannonsering och tillsättande förbehåll göras, att vederbörande befattningshavare skall vara skyldig att den 1 januari 1967 eller vid motsvarande tidpunkt övergå till landstingskommunal tjänst.

Statens pensionsförpliktelser enligt avtalsförslaget är utformade analogt med vad som föreskrivits i samband med polisväsendets förstatligande. För de framtida pensionskostnader, d. v. s. även kostnader för livräntor, som avser tjänstetid hos staten, skall staten således ansvara. Kostnader för pensioner, som börjat utgå före övertagandet, bestrides av staten. Pensionsrätten grundar sig därvid på statens allmänna tjänstepensions reglemente (SPR). Pensionskostnaderna fördelas emellan staten och landstingskommunerna i princip i förhållande till antalet år, under vilka befattningshavaren varit underkastad SPR eller tidigare gällande statliga pensionsreglementen respektive landstingens pensionsreglemente (LPR). Om en skötare t. ex. pensioneras 23 år efter avtalets ikraftträdande och har tio SPR-år före denna

tidpunkt, fördelas i princip pensionskostnaden i proportion $\frac{10}{33}$ och $\frac{23}{33}$. Ana-

logt med vad som skett i samband med beslutet om polisväsendets förstat-

ligande bör statens andel sålunda låsas till den pensionsnivå, som gäller omedelbart före avtalets ikraftträdande, därvid med pensionsnivå avses bruttonivå enligt SPR.

Sammanfattningsvis vill jag understryka, att huvudmannaskapsreformen inom mentalsjukvården ej endast är av utomordentligt stor betydelse för åstadkommandet av en ändamålsenlig sjukvård under enhetligt, landstingskommunalt huvudmannaskap utan även innebär en förändring i den statliga och landstingskommunala förvaltningen. Staten upphör i stort sett att ha det omedelbara ansvaret för någon del av sjukvården under det att landstingskommunerna får en vidgad verksamhet att ansvara för. Sålunda kommer de tjugofem landstingskommunerna att få övertaga omkring 25 000 vårdplatser fördelade på drygt 40 olika institutioner vid vilka f. n. mer än 12 000 fasta tjänster finns inrättade. Det ligger i sakens natur, att reformens genomförande kommer att kräva stora arbetsinsatser av alla, som därav är berörda. Det principavtal, som jag här har förordat, kommer visserligen att vara grundläggande för uppläggningsen av reformens genomförande men löser ingalunda alla de formella och materiella spörsmål av skilda slag, som kommer att uppstå, då reformen skall föras ut på det praktiska fältet. Icke mindre än tjugofem olika avtal skall således upprättas, varvid för varje landstingsområde skall förhandlas först och främst rörande omfattningen av både vårdplan och regionvårdplan. Med hänsyn bl. a. till de olika investeringsbidragen måste därvid ingående organisatoriska avvägningar göras såväl landstingsvis som regionvis. De regionala anordningarna för specialvården inom mentalsjukvården kommer att fordra speciella överväganden i fråga om både utbyggnad och organisation. I samband därmed måste även förhandlingar föras med städerna utanför landsting. Att i varje avtal fastställa omfattningen av alla i principavtalet beskrivna platstyper kräver grundlig genomgång av platsbeståndet samt ingående överläggningar om planernas innehållsmässiga utförande. Principavtalet innebär vidare, att omfattningen av de anläggningar och markområden, inventarier m. m., som skall övertagas, skall fastställas i varje avtal. Särskilda förhandlingar blir vidare erforderliga med tredje man, med vilken staten har bindande avtal om leveranser av nyttigheter o. d. För de sjukhus, som skall vara regionsjukhus eller eljest tills vidare skall betjäna annat landstingsområde än det egna, måste överenskommelser träffas med landstingen om rätten till vård på dessa sjukhus.

Ett stort antal av de statliga sjukhusen kommer vid överförandet till landstingskommunal ägo att vara i behov av upprustning. Omfattningen av denna och det upprustningsbidrag, som skall utgå måste ävenledes bli föremål för ingående prövningar och förhandlingar. På motsvarande sätt måste överenskommas om det utrustningsbidrag, som skall utgå till upprustade vårdplatser. Även beträffande övriga investeringar och bidrag härtill måste

förhandlingar föras i samband med de olika avtalens upprättande. Jag kan här peka på de frågor som rör markförvärv, avräkning av kostnader, som staten tidigare nedlagt ävensom bidrag till s. k. gemensamhetsanordningar. Vidare måste investeringstakten som sådan bli föremål för överläggningar med landstingen, innan statsmakterna fastställer investeringsplanen för bidragen till den övertagna mentalsjukvården. Beräkningen av driftbidragens storlek måste givetvis föreligga innan ett övertagande kan ske. Speciella förhandlingsproblem medför — såsom jag förut särskilt markerat — personalens övergång till landstingskommunal tjänst.

Vad jag nu anfört innebär ett konstaterande, att så gott som varje punkt i principavtalet kräver både omfattande utredningsarbeten och särskilda överläggningar eller förhandlingar med såväl de nya huvudmännen som andra myndigheter, organisationer och övriga, som kan beröras av reformen. Det föreslagna principavtalet är avsett att tjäna som grundval för de tjugofem olika avtalens upprättande. Detta synnerligen omfattande förhandlingsarbete måste vara i princip slutfört före våren 1966, vilket betyder att ungefär två år står till förfogande för förhandlingsarbetet.

Arbetets omfång och den relativt korta tid, som kommer att stå till buds för ett realiserande av reformen fordrar en effektiv och snabbt arbetande förhandlingsorganisation, som med hjälp av mentalsjukvårdsberedningen samt dess byggnads- och utrustningsdelegation snarast bör träda i verksamhet för att den föreslagna huvudmannaskapsreformen skall kunna genomföras. Jag har i det föregående föreslagit, att Kungl. Maj:t bör bemyndigas att sluta de olika avtalen och att det bör ankomma på Kungl. Maj:t att meddela erforderliga föreskrifter om den förhandlingsorganisation, som erfordras.

VI. Hemställan

Under åberopande av vad jag sålunda i olika hänseenden anført hemställer jag, att Kungl. Maj:t måtte föreslå riksdagen att

a) besluta, att huvudmannskapet för den av staten drivna mentalsjukvården m. m. skall enligt de förutsättningar samt i den omfattning och på de villkor jag i det föregående förordat överföras till landstingskommunerna den 1 januari 1967;

b) bemyndiga Kungl. Maj:t att godkänna avtal med landstingen om deras övertagande av mentalsjukvården m. m. i huvudsak enligt av mig i det föregående förordat principavtal och eljest angivna grunder.

Med bifall till vad föredraganden med instämmande av statsrådets övriga ledamöter hemställt förordnar Hans Kungl. Höghet Regenten, att till riksdagen skall avlätas proposition av den lydelse bilaga till detta protokoll utvisar.

Ur protokollet:
Bertil Segerfalk

Protokoll, hållet vid överläggningar den 8 maj 1963 mellan företrädare för inrikesdepartementet, å ena sidan, samt för svenska landstingsförbundet, å andra sidan, angående landstingskommunernas övertagande av statens mentalsjukvård m. m.

§ 1.

Efter förda överläggningar angående omfattningen av och villkoren för överförandet av den statliga mentalsjukvården m. m. till landstingskommunalt huvudmannaskap framlades från inrikesdepartementet det förslag häröver, som framgår av till detta protokoll fogad bilaga. Företrädarna för inrikesdepartementet förklarade att avsikten var att framlägga förslaget i en kommande proposition om landstingskommunernas övertagande av statens mentalsjukvård m. m. I propositionen skulle bl. a. hemställas, att Kungl. Maj:t måtte föreslå riksdagen att *dels* besluta, att huvudmannaskapet för den av staten drivna mentalsjukvården m. m. skulle enligt de förutsättningar samt i den omfattning och på de villkor, som förslaget omfattade, överföras till landstingskommunerna den 1 januari 1967, *dels ock* bemyndiga Kungl. Maj:t att godkänna för reformen erforderliga avtal med respektive landstingskommun.

§ 2.

Företrädarna för svenska landstingsförbundets styrelse och förhandlingsdelegation meddelade, att i § 1 omnämnt förslag av förbundets styrelse underställt landstingens förvaltningsutskott för granskning varjämte förslaget behandlats vid en konferens med representanter för utskotten. Därvid hade framkommit erinringar mot åtskilliga punkter i bestämmelserna. Vid förnyat övervägande av frågan hade förbundsstyrelsen och dess förhandlingsdelegation funnit bestämmelserna i vissa avseenden alltjämt otillfredsställande.

Landstingsförbundets företrädare ville sålunda anmäla, att det inom förbundsstyrelsen och dess förhandlingsdelegation förelåg betänkligheter t. ex. i fråga om de föreslagna anläggningsbidragen, vilka syntes otillräckliga, främst vad det gällde uppförande av mindre mentalsjukhus. Även utrust-

ningsbidragen ansågs alltför små. Svårigheter förelåg vidare att bedöma, hur det föreslagna driftbidraget skulle utfalla, men så mycket syntes tydligt, att det icke torde komma att täcka de kostnader en modern, intensivt bedriven mentalsjukvård betingade. Utformningen av bestämmelserna om landstingens övertagande av mentalsjukhusens personal gav också anledning till bekymmer med anledning av de konsekvenser, främst på det administrativa området, som därmed var förbundna. Landstingsförbundet hade framhållit önskvärdheten av att erforderliga förhandlingar med personalorganisationerna kunde slutföras före 1967. I anslutning till punkt 26 hade landstingsförbundet vidare för sin del fogat följande tillägg till protokollsanteckningen.

Tillägg till protokollsanteckning, punkt 26.

Landstingsförbundet förutsätter, att punkt 26 tillkommit för att skydda den personal, som vid övertagandetillfället har fast anställning vid sjukhusen, mot försämring av anställningsvillkoren sedda som helhet. Förbundet utgår därför ifrån att för den personal som övergår till landstingsanställning kommer att gälla landstingens anställnings- och avlöningsbestämmelser med de övergångsbestämmelser, som för detta ändamål kan vara erforderliga och varom överenskommelse kan träffas med vederbörande personalorganisation före sjukhusens överförande till respektive landsting.

Landstingsförbundet har vidare omnämnt, att Malmöhus läns landsting yrkat att tidpunkten för övertagande av Vipeholms sjukhus flyttas till den 1 januari 1971 samt att krav på förhöjda anläggningsbidrag till mentalsjukhusen även i vissa i bestämmelserna ej omnämnda Norrlandslän förelåg med hänsyn till byggnadskostnadernas storlek i dessa län.

Trots sålunda föreliggande allvarliga betänkligheter hade dock styrelsen och dess förhandlingsdelegation, med hänsyn till önskvärdheten att erhålla en rationell organisation av mentalsjukvården och till angelägenheten att förbättra de mentalt sjukas vårdförhållanden, ansett sig böra godtaga det av inrikesdepartementet framlagda förslaget till allmänna bestämmelser för landstingskommunernas övertagande av statens mentalsjukvård.

Ledamoten av landstingsförbundets styrelse herr Pålsson i Lit hade inom förbundsstyrelsen anmält avvikande mening under uttalande, att han ansett, att styrelsen i nuvarande läge hade bort avstyrka förslaget.

Vid protokollet:

För inrikesdepartementet

Rune B. Johansson

För svenska landstingsförbundet

Fridolf Thapper

Axel Mannerskantz

Carl G. Persson

Ivar Dahlgren

Allmänna bestämmelser för landstingskommunernas övertagande av statens mentalsjukvård m. m.

1. Landstingskommunerna övertager såvitt angår patienter från landstingsområdena den 1 januari 1967 huvudmannskapet för den av staten bedrivna mentalsjukvården och vården av epileptiker. Huvudmannskapet för specialvården av psykopater skall dock, om ej annorlunda överenskommes, övertagas senast den 1 januari 1970.

Från övertagandet undantages undervisningen och vården av sådana blinda och döva psykiskt efterblivna, som skall mottagas vid statens blind- och dövskolor.

Anteckning till punkt 1.

a) Den av staten bedrivna mentalsjukvården omfattar *dels* den i anslutning till statens mentalsjukhus drivna slutna och öppna vården, till vilken hör specialvården av psykiskt sjuka med tuberkulos i smittsamt skede, psykiskt sjuka barn, särskilt farliga psykiskt sjuka, psykiskt abnorma, s. k. psykopater, och psykiskt efterblivna, *dels* den undervisning och vård av psykiskt efterblivna, som meddelas vid andra statliga institutioner än vid mentalsjukhus, *dels ock* mentalsjukvård samt undervisning och vård av psykiskt efterblivna vid institutioner, till vilkas drift staten bidrager enligt särskilda avtal. Till den öppna vården hör bl. a. hjälpverksamhet och familjevård.

b) Till begreppet mentalsjukvård hänföres i det följande även vården av epileptiker. Med vård likställes i förekommande fall även undervisning av psykiskt efterblivna.

c) Med sjukhus avses i det följande — om ej annat sägs — statens mentalsjukhus och epilepsisjukhus, statens skol- och yrkeshem för barn med komplicerad utvecklingshämning samt statens arbetshem och vårddem för blinda och döva med komplicerat lyte eller andra institutioner för mentalsjukvård, till vilkas drift staten bidrager enligt särskilda avtal.

d) I punkt 1 avsedda institutioner omfattar den 1 januari 1963 följande sjukhus:

(1) *Mentalsjukhus*

U l l e r å k e r s s j u k h u s, Uppsala, Uppsala län

S : t a A n n a s j u k h u s, Nyköping, Södermanlands län

S u n d b y s j u k h u s, Strängnäs, Södermanlands län

(med sekundäravdelningar i Ribbingelund, Ärla, och Rosöga, Härad)

- Birgittas sjukhus, Vadstena, Östergötlands län
(med sekundäravdelning i Hammar)
- Ryhovs sjukhus, Jönköping, Jönköpings län
- S:t Sigfrids sjukhus, Växjö, Kronobergs län
(med specialavdelning och Korsberga centralhem)
- S:ta Gertruds sjukhus, Västervik, Kalmar län
(med fast paviljong)
- S:t Olofs sjukhus, Visby, Gotlands län
- Gullberna sjukhus, Karlskrona, Blekinge län
- S:t Lars sjukhus, Lund, Malmöhus län
- S:ta Maria sjukhus, Hälsingborg, Malmöhus län
- S:t Jörgens sjukhus, Lillhagen, Göteborgs och Bohus län
- Restads sjukhus, Vänersborg, Älvsborgs län
(med sekundäravdelning i Österängen)
- Källshagens sjukhus, Vänersborg, Älvsborgs län
- Falbygdens sjukhus, Falköping, Skaraborgs län
- Mariebergs sjukhus, Kristinehamn, Värmlands län
- Mellringe sjukhus, Örebro, Örebro län
- Sätters sjukhus, Kopparbergs län
(med fast paviljong samt med sekundäravdelningar i Pärby, Grangärde, och Olofsfors, Avesta)
- Hälsinge sjukhus, Bollnäs, Gävleborgs län
- Sidsjöns sjukhus, Sundsvall, Västernorrlands län
(med specialavdelning)
- Gådeå sjukhus, Härnösand, Västernorrlands län
- Frösö sjukhus, Östersund, Jämtlands län
(med sekundäravdelning i Järvsö)
- Umedalens sjukhus, Umedalen, Västerbottens län
- Furunäsets sjukhus, Piteå, Norrbottens län

(2) *Mentalsjukhus för psykopater*

- Sjukhuset i Katrineholm, Katrineholm, Södermanlands län
(under uppförande)

(3) *Mentalsjukhus för psykiskt efterblivna*

- Västra Marks sjukhus, Örebro, Örebro län
- Västra Ny sjukhus, Motala, Östergötlands län
- Vipeholms sjukhus, Lund, Malmöhus län
- Källshagens sjukhus, Vänersborg, Älvsborgs län
(jämför under (1))
- Salberga sjukhus, Sala, Västmanlands län

(4) *Statens epilepsisjukhus*

Vilhelmsro sjukhus, Jönköping, Jönköpings län

(5) *Statens skol- och yrkeshem för barn med komplicerad utvecklingshämning m. fl.*

Statens skol- och yrkeshem för flickor i Vänersborg, (Laxå), Älvsborgs (Örebro) län

Statens skol- och yrkeshem för pojkar på Salbohed, Västmanlands län

Statens vård- och arbetshem för blinda med komplicerat lyte, Lund, Malmöhus län

Vårdanstalten för döva med komplicerat lyte, Mogård, Finspång, Östergötlands län

(6) *Institutioner för mentalsjukvård, till vilkas drift staten bidrager enligt särskilda avtal*

Kronprinsessan Victorias kustsanatorium, tillhörande föreningen med samma namn, Vejbystrand, Kristianstads län,

Skolhemmen Sävstaholm, Vingåker, Södermanlands län, samt Söderhaga, Drevviken, Stockholms län, tillhörande Föreningen Sävstaholmsskolorna,

Mellansjö skolhem, tillhörande föreningen med samma namn, Täby, Stockholms län.

Statens nuvarande ansvar för driften vid dessa inrättningar upphör vid landstingens övertagande av huvudmannaskapet för mentalsjukvården för att i första hand övertagas av de landstingskommuner, inom vilka inrättningarna är belägna, de s. k. vårdlandstingen.

e) Före den 1 januari 1967 må på grundval av de allmänna bestämmelserna överenskommelse träffas mellan staten och landstingskommun om uppförande och/eller drift av nytt sjukhus.

f) Malmöhus läns landstingskommun skall övertaga Vipeholms sjukhus, Lund, senast den 1 januari 1970.

2. Mellan staten och envar landstingskommun upprättas avtal, nedan kallat avtalet, om de särskilda bestämmelser för landstingskommunens övertagande av den statliga mentalsjukvården, som — utöver vad i det följande anges — erfordras.

3. I en för varje landstingsområde upprättad *vårdplan* fastställs i avtalet för den del av mentalsjukvården, som ej omfattas av specialvården enligt punkt 4, *dels* antalet fullgoda platser vid befintliga sjukhus, som skall övertagas av landstingskommunen, *dels* antalet platser i behov av utrustning vid sådana sjukhus, *dels ock* antalet erforderliga nya platser.

4. I en för flera sjukvårdsområden (»regioner») upprättad *regionvårdplan* fastställs i avtalet för specialvården av

- a) psykiskt sjuka med tuberkulos i smittsamt skede,
- b) psykiskt sjuka barn,
- c) särskilt farliga psykiskt sjuka,
- d) psykiskt abnorma, s. k. psykopater,
- e) psykiskt efterblivna, samt
- f) epileptiker

dels antalet fullgoda platser vid befintliga sjukhus, som skall övertagas av respektive landstingskommun, *dels* antalet platser i behov av upprustning vid sådana sjukhus, *dels ock* antalet erforderliga nya platser.

Anteckning till punkt 3 och 4.

Vårdplanen respektive regionvårdplanen är icke bindande för landstingskommunen i dess ansvar för mentalsjukvården enligt sjukvårdslagen och enligt de andra författningar, i vilka vården eller undervisningen av i avtalet omnämnt klientel regleras.

5. Vid avtalets ikraftträdande övertager landstingskommunen vederlagsfritt och med full äganderätt samtliga av staten ägda inom landstingsområdet för mentalsjukvården befintliga och erforderliga anläggningar jämte markområden med därtill knutna rättigheter och skyldigheter.

Markområdenas omfattning fastställs i avtalet.

Anteckning till punkt 5.

a) Det förutsättes, att anläggningar och mark, som icke överlåtes till landstingskommunen, icke skall komma att nyttjas på ett för sjukvården störande eller menligt sätt.

b) Beträffande övertagande av rättigheter och skyldigheter antecknas, att däri ingår donationer, servitut och andra onera belastande eller hörande till övertagna sjukhus. Inkomster och utgifter, som avser tiden före övertagandet, skall tillkomma respektive falla på statsverket.

c) I det fall primärsjukhus är beläget utanför den landstingskommun, som utgör sjukhusets egentliga upptagningsområde, skall sjukhuset — såvida ej annat överenskommes — övertagas av landstingskommunen ifråga.

6. I övertagandet av anläggningar ingår för mentalsjukvården befintliga och erforderliga inventarier och annan utrustning.

7. Därest avtal föreligger mellan staten och tredje man om leverans av nyttigheter e. d. inträder landstingskommunen i statens rättigheter och skyldigheter enligt avtalet.

8. Övertagandet av anläggningar och markområden medför icke skyldighet för landstingskommunen att erlægga lagfartskostnader.

9. Den nye huvudmannens förfoganderätt till övertagna anläggningar skall i princip icke inskränkas. Undantag härifrån skall göras i de fall landstingskommun övertager sjukhus, som i enlighet med vårdplanen respektive regionvårdplanen skall mottaga patienter från annat sjukvårdsområde än det inom vars område sjukhuset är beläget.

10. För de sjukhus, som enligt vårdplanen respektive regionvårdplanen helt eller delvis skall bibehållas men som ej är definitivt upprustade vid tidpunkten för övertagandet, skall av statsmedel utgå upprustningsbidrag.

Upprustningens omfattning fastställs i avtalet och bestäms därvid till den standard, som är likvärdig med och av statsmakterna accepterad för de — intill tidpunkten för avtalets ikraftträdande — senast upprustade sjukhusen av motsvarande karaktär. Upprustningsbidraget utgår med belopp motsvarande de av staten i samråd med landstingskommunen beräknade kostnaderna för upprustningen, dock högst med verkliga kostnaden.

11. Till det i vårdplanen respektive regionvårdplanen angivna antalet nya platser utgår av statsmedel anläggningsbidrag, beräknat per den 1 juli 1962, med ett belopp om 55 000 kronor per plats i sluten vård vid helt nya sjukhus och 30 000 kronor per tillkommande sådan plats vid i avtalet avsedda eller eljest befintliga sjukhus och institutioner. Vid anläggning för specialvård av psykiskt sjuka barn och s. k. psykopater utgår dock anläggningsbidraget med 70 000 kronor per plats i sluten vård vid helt nya sjukhus och 45 000 kronor per tillkommande sådan plats vid i avtalet avsedda eller eljest befintliga sjukhus och institutioner.

Anteckning till punkt 11.

a) För uppförande av ett nytt mentalsjukhus i Gällivare skall följande gälla: Därest det efter sjukhusets färdigställande med hänsyn till de särskilda förhållandena i Norrbottens län skulle visa sig att ett anläggningsbidrag om 55 000 kronor per plats är otillräckligt, skall särskild ersättning utgå med skäligt belopp för eventuella merkostnader utöver anläggningsbidraget. Staten skall därvid tillförsäkras inflytande vid sjukhusets projektering.

b) Anläggningsbidraget till platser avsedda för specialvård av psykiskt sjuka barn skall omprövas vid överläggningar mellan parterna när erfarenhet vunnits om de faktiska byggnadskostnaderna för sådana platser uppförda i statlig regi.

12. Sker ej upprustning av befintligt sjukhus eller nybyggnad av platser till det antal som anges i vårdplanen respektive regionvårdplanen utgår icke upprustnings- eller anläggningsbidrag till de platser, som sålunda ej komma till utförande. Om platserna i respektive plan ersättes genom investeringar på annat sätt än nu nämnts må dock bidrag utgå med verk-

liga kostnaden, dock med högst det belopp, som skulle ha utgått vid upp-
rustning eller nybyggnad av motsvarande plats i slutet vård.

13. För investeringar i gemensamhetsanordningar, vilkas kapacitet vid
en utbyggnad måste ökas, utgår anläggningsbidrag med den del av den
verkliga kostnaden, som hänför sig till nytillskottet av platser, dock med
högst 20 000 kronor per tillkommande plats.

14. I det fall staten nedlagt kostnader utöver sedvanligt underhåll för
att vid befintligt sjukhus under en övergångstid bibehålla ett antal platser
i avvaktan på deras definitiva förläggning, göres avräkning härför i av-
talet. Avräkningsbeloppet bestämmes till så stor del av den nedlagda kost-
naden per plats, som vid tidpunkten för sjukhusets övertagande hänför sig
till den enligt vårdplanen respektive regionvårdplanen återstående tiden
för platsernas användning.

15. Upprustnings- och anläggningsbidragen göres värdebeständiga genom
anknytning till byggnadsstyrelsens byggnadskostnadsindex. Anläggnings-
bidragen göres värdebeständiga per den 1 juli 1962.

16. Bidrag till köp av erforderlig mark för nya platser m. m. enligt vård-
planen resp. regionvårdplanen utgår med högst det belopp, som motsva-
rar statens genomsnittliga kostnad för jämförbar sjukhusmark under åren
1960—1966.

Därest landstingskommunens beräknade kostnad för ett eventuellt mark-
köp skulle väsentligen överstiga statens bidrag, må landstingskommunen
påkalla överläggningar om ersättning för det belopp, varmed landstingskom-
munens kostnad överstiger nämnda bidrag. Dylika överläggningar skall upp-
tagas i sådan tid, att staten kan medverka i förhandlingarna om det even-
tuella markförväret.

17. Ersättning för anskaffning av erforderlig utrustning, utrustningsbi-
drag, skall utgå av statsmedel till såväl upprustade och nya platser som an-
ordningar enligt punkt 12. I samband med upprustningsbidrag utgår ersätt-
ningen i den mån så erfordras för att uppnå i punkt 10 angiven upprust-
ningsstandard.

18. Utrustningsbidraget utgår med ett belopp om 5 000 kronor per plats
vid helt nya sjukhus och med 2 500 kronor per tillkommande plats vid i
avtalet avsedda eller eljest befintliga sjukhus och institutioner.

Vid anläggning för vård av psykiskt sjuka barn och s. k. psykopater ut-
går utrustningsbidrag med 7 000 kronor per plats vid helt nya sjukhus och
med 3 000 kronor per tillkommande plats vid i avtalet avsedda eller eljest
befintliga sjukhus och institutioner.

För de sjukhus, som upprustats enligt punkt 10, utgår utrustningsbidrag
i överensstämmelse med de grunder, som gäller för upprustningsbidrag.

För de anordningar, som vidtages enligt punkt 12, utgår utrustningsbi-

drag i överensstämmelse med de grunder, som gäller för bidrag enligt nämnda punkt.

Bidragen skall förändras i relation till ändringar i omsättningsskatt och kommerskollegii partiprisindex (generalindex) efter den 1 juli 1962.

19. Takten i upprustningen och utbyggnaden enligt vårdplanen respektive regionvårdplanen fastställs i samråd med landstingskommunen i en av statsmakterna godkänd investeringsplan.

20. Som ersättning för mentalsjukvårdens driftkostnader utgår av statsmedel till landstingskommunen driftbidrag i form av bidrag *dels* till platser vid andra sjukhus än psykopatsjukhus, *dels ock* till platser vid psykopatsjukhus samt vid specialavdelning för psykopater.

a) Såsom bas för driftbidraget till platser vid andra sjukhus än psykopatsjukhus lägges beträffande Norrbottens läns landstingskommun den genomsnittliga vårddagskostnaden vid Furunässets sjukhus samt beträffande andra landstingskommuner den genomsnittliga vårddagskostnaden vid övriga av staten drivna sjukhus året före avtalets ikraftträdande, multiplicerad med *dels* det antal inom landstingskommunen mantalsskrivna patienter, som i genomsnitt under år 1966 är intagna vid här avsedda sjukhus inom riket, *dels ock* talet 365.

b) Såsom bas för driftbidraget till platser vid psykopatsjukhus samt vid specialavdelning för psykopater lägges den genomsnittliga vårddagskostnaden vid Katrineholms sjukhus år 1969, multiplicerad med *dels* det antal inom landstingskommunen mantalsskrivna patienter, som i genomsnitt under år 1969 är intagna vid psykopatsjukhus samt specialavdelning för psykopater, *dels ock* talet 365.

Anteckning till punkt 20.

a) Vårddagskostnaden beräknas på följande sätt: Personalkostnaderna och omkostnaderna för sjukhusvården, familjevården och hjälpverksamheten samt utgifter för fastigheters reparation och underhåll ävensom för hyror och arrenden minskas med inkomster av hyror, arrenden o. d. samt vårdavgifter. Erhållen summa divideras med antalet vårddagar vid samtliga sjukhus — vårddagskostnaden.

b) Vid beräkningen av personalkostnaderna förutsättes att alla enligt gällande personalplan för varje sjukhus inrättade tjänster varit besatta med placering i näst högsta löneklassen under hela det år, som skall ligga till grund för beräkningen av vårddagskostnaden.

c) Utgifterna för fastigheters underhåll och reparation beräknas efter de normer, som gäller för de olika sjukhusen vid beräkningen av medicinstyrelsens medelsbehov under styrelsens delfond av statens allmänna fastighetsfond.

De för statens sjukhus erforderliga underhållsmedlen beräknas efter fastställda riktlinjer, innebärande bl. a. att procentsatserna 1,5, 1,0 och 0,5 tillämpas för äldre byggnader, nya byggnader över åtta år respektive nya byggnader ej över åtta år.

21. Driftbidraget anpassas för varje kalenderår *dels* till den årliga procentuella förändringen av lönerna för statens tjänstemän, *dels ock* till den genomsnittliga förhöjningen av lönerna för tjänsterna inom den statliga sektorn vid s. k. B-listeförhandlingar.

22. Såsom gottgörelse för kostnaderna för sjukhuspersonalens pensionering m. m. ökas den genomsnittliga vårddagskostnaden med pensionskostnader, inklusive socialförsäkringsavgifter, beräknade till 20 procent av den avlöningssumma, som ingår i genomsnittskostnaden.

23. Som ersättning för de med utbildningen av mentalsjukvårdspersonal förenade kostnaderna utgår av statsmedel särskilt driftbidrag med utgångspunkt från de kostnader staten har för sådan utbildning året före avtalets ikraftträdande.

Denna kostnad fördelas på respektive landstingskommun i förhållande till det genomsnittliga antal inom landstingskommunen mantalsskrivna patienter, som under år 1966 är intagna på sjukhus enligt punkt 20 a). Bidraget anpassas för varje kalenderår *dels* till den årliga procentuella förändringen av lönerna för statens tjänstemän, *dels ock* till den genomsnittliga förhöjningen av lönerna för tjänsterna inom den statliga sektorn vid s. k. B-listeförhandlingar.

Anteckning till punkt 23.

Parterna är ense om principen, att vid den tidpunkt, då yrkesutbildningen inom vårdnadsyrkena och statens bidrag till kostnaderna härför regleras i annan ordning, detta skall gälla även förevarande område. Överläggningar mellan parterna må upptagas om de problem, som kan uppstå i samband med övergång till det nya bidragssystemet.

24. Upprustnings-, anläggnings- och utrustningsbidrag samt bidrag till marklösen utbetalas kvartalsvis i efterskott i takt med realiserandet av den överenskomna vårdplanen respektive regionvårdplanen samt investeringsplanen. För anläggningarnas godkännande gäller bestämmelserna i sjukvårdslagen och sjukvårdsstadgan eller motsvarande författningar.

25. I avtalet omförmälda ersättningar till landstingskommunen för driftkostnader skall erläggas månadsvis i efterskott i form av utbetalningar à conto motsvarande $\frac{1}{12}$ av det belopp, vartill ersättningarna uppgått för det senast slutligt reglerade kalenderåret. Slutlig reglering av driftbidragen avseende anpassning enligt punkt 21 skall ske kalenderårsvis i efterskott.

26. Statens förpliktelser mot sjukhusens personal övertages av landstingskommunen med garanti av landstingskommunen, att de anställda, så länge de innehar samma eller motsvarande tjänst, skall vidbliva för dem vid avtalets ikraftträdande gällande statliga anställningsvillkor, därest dessa icke dessförinnan ersatts av andra bestämmelser, tillkomna efter förhandlingar mellan landstingskommunen och berörda personalorganisationer. Staten skall ansvara för de framtida pensionskostnader, som avse tjänstetid hos staten.

Anteckning till punkt 26.

Kostnader för pensioner och livräntor, som börjat utgå före övertagandet, bestrides av staten. I fråga om pensionskostnader för den personal, som innehar fortlöpande anställning vid övertagandet, skall staten ansvara för de pensionskostnader som hänför sig till tiden före övertagandet.

Statens andel fastställs till den pensionsnivå, som gäller omedelbart före övertagandet, därvid med pensionsnivå avses bruttonivå enligt statens pensionsreglemente (SPR).

27. Dessa bestämmelser skall i vad avser de ekonomiska villkoren tillämpas t. o. m. utgången av år 1971. Förutsättningslösa förhandlingar mellan parterna beträffande statens bidrag till den av landstingen då övertagna vården skall upptagas i sådan tid, att en ny överenskommelse skall kunna tillämpas fr. o. m. 1972.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sid.
I. <i>Inledning</i>	3
II. <i>Allmänna synpunkter på mentalsjukvården</i>	8
A. Mentalsjukvårdsdelegationen	8
B. Remissyttranden	13
III. <i>Principiella synpunkter på den statliga mentalsjukvårdens överförande till landstingskommunerna</i>	18
A. Mentalsjukvårdsdelegationen	18
1. Mentalsjukvårdens utformning och huvudmannaskapet.....	18
2. Mentalsjukvårdens organisation.....	21
B. Mentalsjukvårdsberedningen.....	23
1. Specialvården av psykiskt sjuka och abnorma	23
2. Undervisningen och vården av psykiskt efterblivna.....	29
C. Remissyttranden.....	37
1. Mentalsjukvårdsdelegationens principresonemang om mentalsjukvårdens utformning och huvudmannaskapet	37
2. Mentalsjukvårdsberedningens förslag rörande specialvården av psykiskt sjuka och abnorma	41
3. Mentalsjukvårdsberedningens förslag rörande undervisningen och vården av psykiskt efterblivna	46
4. Mentalsjukvårdsdelegationens förslag till mentalsjukvårdens organisation	54
IV. <i>De ekonomiska villkoren för mentalsjukvårdsreformen</i>	59
A. Statsbidragsutredningen	59
1. Allmänna synpunkter.....	59
2. Sjukhusanläggningarnas övertagande	60
3. Investeringsbidrag.....	61
4. Driftbidrag	65
B. Remissyttranden.....	68
1. Allmänna synpunkter.....	68
2. Sjukhusanläggningarnas övertagande	71
3. Investeringsbidrag.....	72
4. Driftbidrag	75
V. <i>Departementschefen</i>	80
1. Principiell diskussion om huvudmannaskapsreformen och mentalsjukvårdens utformning.....	80
2. Huvudmannaskapsreformens omfattning m. m.....	87
3. Mentalsjukvårdens organisation.....	92
4. Allmänna bestämmelser för landstingskommunernas övertagande av statens mentalsjukvård m. m.....	94
VI. <i>Hemställen</i>	113
Bilaga A. Förhandlingsprotokoll av den 8 maj 1963.....	114